

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 yansiyordu.

Hekimin değerlendirilmesinin ve ücretin ödenmesinin yalnızca hasta tarafından yapıldığı bu patronaj ilişkisi hastayı, rakip meslektaşlarını haricte tutmaya çalışan hekim karşısında güçlendiriyordu. Hekim ve hasta arasında var olan kişisel ve yakın ilişki, bu dönemin hastalık anlayışına da uygundu. Biyomedikal modelin henüz hakim paradigma olmadığı bu dönemde hastalık, bir bütün olarak insanın çevresiyle kurduğu dengenin bozulması, yani bir bütün olarak insanın başına gelen bir durum olarak algılanıyordu. Bu çerçevede hastalığı teşhis ve tedavi edecek hekimlerin kişisel deneyimlerinden kaynaklanan birikimleri, donanımları ve vasıfları ön plandaydı, yani bir hekimi diğer bir hekimle ikame etmek söz konusu değildi. Diğer bir deyişle bu dönemde hekimliğin gücünün ana zemini mesleki bilgi, deneyim ve vasıftı. Ancak bu vasıfları ve mesleki bilgiyi kazanmak, bir ön koşul olarak toplumun en üst sınıf ve statü gruplarında yer almayı gerektiriyordu. Tıp eğitimi ancak müreffeh, saygın ve beyaz ailelere mensup erkekler için söz konusuydu. Kadınların, etnik ve dinsel azınlıkların tıp eğitimi almalarının önünde uzun yıllar boyunca duran bu engeller bir yandan emek arzını, yani yetişecek hekim sayısını ve ücretleri belirlemede bağımsızlık sağlayarak işgücü piyasasında hekimlerin elini güçlendirmiş, bir yandan da dışa kapalı bir statü grubu oluşturmalarını ve meslek örgütlerinin homojen kalmasını sağlamıştı. Ancak modern toplumun doğuşu ile birlikte bu manzara köklü bir şekilde değişecekti.

Modern toplum, bilimsel devrimler sürecinde yapılan keşiflerin endüstri devrimi sürecinde toplumsal yaşama aktarıldığı, kırsal alandan kentlere kitlesel bir göçün yaşandığı, önceden var olmayan yeni toplumsal sınıfların ortaya çıktığı, rasyonel, seküler, bürokratik bir toplumdu ve siyasal olarak ulus devlet çerçevesinde örgütleniyordu. Çalışma yaşamından aile yapısına kadar her şeyin değiştiği bu yeni toplum modeli şimdide dek görülmemiş bir karmaşıklığa sahip-

ti. Önceden geniş coğrafi alanlarda dağınık şekilde yaşayan ve ağırlıklı olarak tarım yapan toplumların yerini endüstriyel kentlerin içinde yoğunlaşmış, çoğu fabrikalarda işçi olarak çalışanlardan oluşan bir toplum almış, önceki kadar kolay idare edilemeyen, sayılması, sınıflandırılması ve yönetilmesi gereken yeni ve büyük bir nüfus meydana gelmişti. Üstelik bu nüfus, kötü barınma ve çalışma koşulları, düşük ücretler, yetersiz beslenme, endüstrinin dayandığı kömür enerjisi nedeniyle oluşan hava ve çevre kirliliği gibi nedenlerden ötürü oldukça sağlıksızdı. Ancak bu yeni toplum modelinde devletler fabrikalarda çalışacak sağlıklı işgücüne ve savaşlarda savaşacak sağlıklı askerlerden oluşan ordulara ihtiyaç duyuyorlardı. Sağlıklı kitlelere duyulan bu ihtiyaç merkezi bir sorun haline gelince devletler gözlerini toplum sağlığına çevirdiler ve endüstriyel ve askeri alanlarda kullanılmak üzere sağlıklı bir kitle yaratmaya giriştiler.

Modern toplum, temelde Aydınlanma'nın ilkeleri üzerine örgütlenmişti ve bilim de bu ilkelerin en önemlilerinden biriydi. Devlet toplumu idare etme görevinde yeni gelişen modern akademik disiplinlerden faydalandı. Kriminoloji suçluları, sosyoloji sapkınları, tıp hastaları belirleyip sınıflandırıyor, bu sınıflara girenler kurumsallaşmaya başlayan hastanelerde ve hapishanelerde normalleştirilmeye ve "topluma kazandırılmaya" çalışılıyor, normalleşemeyenler ise toplumdan uzaklaştırılıyordu. Modernitenin ideali, sağlıklı, gülbüz, verimli, çalışkan, itaatkâr insanlardan oluşan bir topluma dayanıyordu ve modern devlet bu toplumu inşa etmek için bilime güveniyordu. Bu süreçte nasıl endüstride çalışacak işçilerin piyasasının gerektirdiği vasıfların edinilmesi için eğitim aileden kopup okullara taşındıysa, hekimle hasta arasındaki ilişkinin de bağlamı değişti, özel muayenehaneler yerini devlet hastanelerine bıraktılar. Bu dönüşümün hekimler açısından çeşitli sonuçları oldu.

Toplum sağlığını koruyup iyileştirmek için kamu hastanelerinin kurulması, önceki dönemde hasta ile hekim arasında var olan patronaj ilişkisini yıktı ve hasta karşısında hekimini güçlendirdi. Fakir kitleler de hastanelere gitmeye başlayınca hastalar tedavi hakkı karşılığında hekimin direktiflerine uymakla yükümlü oldular. Bu açıdan hekime bağımlı hale gelen hastalar için karşılardaki hekimler hem kendilerininine göre üst sınıflardan gelen, hem de yaptıkları iş karşısında ücret talep etmeyen insanlardı. Bu faktörler, özellikle de hekimlerin ücretlerinin devlet tarafından ödeniyor olması hekimlerin statülerini güçlendiriyor ve hastalar karşısında otoritelerini sağlamlaştırıyordu. Bununla birlikte artık hastanelerde çalışmaya, hastane bürokrasisinin bir parçası olmaya başlayan hekimlerin önceki döneme oranla çok daha fazla sayıda hastaları ve hastalarla aralarında çok daha gayri şahsi ve zayıf bir ilişkileri vardı. Bunun nedenlerinden biri hastane yapısı ise, diğeri de sağlığın ve hastalığın biyomedikal modelinin kurduğu hâkimiyet idi. Artık hastalık bir bütün olarak insanın başına gelen bir durum olarak değil, belirli bir organın patolojisi olarak algılanıyor, hekim hastadan dar bir alanda fiziksel bilgi talep ediyor, bütün haldeki insana yönelik ilgi azalarak hastalık organik lezyonlara ve işlev bozukluklarına indirgeniyor, hatta bilimsel gelişmeler ve testler ilerledikçe hastalık bilimsel test sonuçlarına, hasta da laboratuvarında analiz edilecek maddesel bir şeye dönüşüyor, Jewson'un (1976: 238) deyişiyile "hasta adam ortadan kayboluyordu".

İlerleyen bilim ve kendi kontrolünde olan fakir bir hasta kitlesi hekimlerin elini güçlendirmişti ama devlet bürokrasisine bağlı olarak çalışmaya başlamak çalışma biçimlerini etkiliyordu. Hekimler artık teşhis ve tedavi sürecinde gözetim ve denetim altındaydılar. Ancak devletin tubba ve hekimlere duyduğu ihtiyaç sürdüğü için hekimler uzun zaman sadece hekimler tarafından yönetilme ayrıcalığına sahip olacaklardı. Yine

aynı nedenle fakülte kontenjanları gibi mesleki eğitim konusunda karar alma gücü hekimlerdeydi, işgücü piyasasına emek arzını kontrol altında tutabilen hekimler çalışma koşulları, ücret ve prestij açısından taleplerini elde ediyorlardı. Bu prestijin temelinde devletin tıbbi olan ihtiyacı varsa da, görünür kısmında en büyük avantajı hekim-hasta ilişkisinin ücretten soyutlanmış görünümündü. 1952'de yaptığı tıp analizinde sosyolog Talcott Parsons, tıbbi kapitalist piyasa mekanizmalarını kırarak, çıkarılıktan uzak, özgeci ve fedakâr bir meslek olarak kurguluyordu. Parsons sağlığın toplumun en değerli kaynağı olduğunu belirtiyordu, çünkü toplum, insanların gündelik hayatta rollerini yerine getirmelerine dayanıyordu. Kötü sağlık toplum açısından olumsuz sonuçlar doğuracaktı, ama insanlar rollerini yerine getirmemek için hasta olmaya çalışabiliyorlardı. Hasta hissetmek ile hasta olmak arasında hekim duruyordu, çünkü tıp tarafından onaylanmayan bir hastalık hissi toplumsal rollerden kaçmak için yeterli kabul edilmeyordu. Tıbbın en önemli işlevi, hasta olmaya çalışan herkesi hasta kabul etmemek, böylece kötü sağlığı kabul edilebilir bir seviyede tutmaktı. Buradan da anlaşılabilir gibi, modernite bilimsellik fikrinin coşkunu heyecanı üzerinde yükselse de, hekimlik mesleğini fazla yüceltmekle eleştirilmiş olan en iyimser sosyolojik analizde bile tıbbi verilen değer tıbbin bilimsellik iddialarıyla değil, tıbbin toplumsal işlevi ile ilgiliydi. Toplumun işlevsel açıdan devamlılığını sağlamak ve nüfusu devletin istekleri doğrultusunda sınıflandırıp normallaştırmak hekimlerin yüksek statüsünün altındaki zemindi.

İşlevsel nedenlerle de olsa toplum sağlığındaki iyileşme, Büyük Buhran'a neden olan sorunları çözmek için uygulamaya konan Keynesyen ekonomi politikaları ve Sosyal Refah Devleti uygulamaları ile pekişti. Ekonomisi liberal olan ülkelere bile işçi sınıfını sosyalist bloğun etkisinden koruma refleksi, kitlelerin yaşama ve çalışma koşullarını olduğu

kadar sağlık hizmetlerine erişimlerini de iyileştirdi. Bu gelişmeler tıbbi hakim olan paradigmayı da etkiliyordu, biyomedikal model eleştiriliyor, sağlığın ve hastalığın sosyal modeli geliyor ve insanların yaşadıkları çevrenin ekonomik, toplumsal ve siyasal özelliklerinden etkilendiği görülüyordu. Sonuç olarak modern dönemde tıbbi getirilebilecek çok eleştiri olsa da hastalar da hekimler de önceki döneme göre daha iyi sayılacak bir durumdaydılar. Ancak teknoloji, endüstri ve ekonomi değişiyor, dünya küreselleşmeye başlıyor, devletler yeniden şekilleniyordu ve meslek olarak hekimlerin durumu da değişmek üzereydi.

1970'lere gelindiğinde artık nitelikleri değişmiş farklı bir toplumdan bahsediliyordu. Teknolojideki yenilikler, ulaşım ve iletişim alanlarındaki ilerlemeler endüstriyel yapıyı olduğu kadar kültürü de değiştiriyordu. Devletleri Keynesyen ekonomi politikaları uygulamaya iten nedenler ortadan kalkmış, Büyük Buhran sonrasında kitlesel bir tüketici yaratmak için yükseltilen reel ücretler düşmüş, imalat endüstrisinde çalışanlar azalıyor hizmet sektöründe çalışanlar artmış, ulusal ekonomileri korumak için yükseltilen gümrük duvarları ve ithalat yasakları kaldırılmış, küreselleşmenin ticari boyutu sermayenin uluslararası dolaşımını hızlandırmaya başlamıştı. Büyüyen ulus ötesi şirketler ulus devletlerden daha güçlü hale geldikçe Sosyal Refah Devleti serbest ticaretin önünde bir engel olarak görülmeye başladı. Doğu blokunun çökmesi ile birlikte ideolojik tehditler de ortadan kalkınca devletler sosyal sorumluluklarından sıyrılmaya ve 'küçülmeye' başladılar. Önceki dönemde devletin ihtiyaç duyduğu kitlesel işçi ve asker ihtiyacı ortadan kalkmıştı, tam istihdam bir hedef olmaktan çıkmıştı, seri üretimin gerektirdiği vasıfsız işçi kitlesine artık gereksinim duyulmuyordu ve silah endüstrisi de kitlesel asker ihtiyacını azaltmıştı. Diğer bir deyişle devletin tıbbi duyduğu ihtiyacın zemini çatırdıyordu ve kurumsal anlamda devlet ve tıp arasındaki ilişki çözülmeye başlıyordu.

Bu yeni toplumu yöneten Neo-liberal devlet için sağlık, erişilmesi gereken bir hedef değildi, artık hedef, sağlığı devletin mümkün olduğunca az müdahale ettiği kârlı bir piyasa olarak yeniden kurmaktı. Bu durum dünya genelinde 1980 sonrasında sağlıkla ilgili politikaların DSÖ yerine IMF ve Dünya Bankası tarafından belirlenmesinde de açıkça görülüyordu. Sağlık, talebin asla azalmayacağı, hatta riskleri vurgulayıp korku yaratan bir söylemin her alana nüfuz etmesiyle daha da artacağı bir alandı ve bu özelliği onu yeni ekonominin lokomotifine haline getiriyordu. Bu doğrultuda IMF ve Dünya Bankası, sağlık sistemi az ya da çok sosyal refah devleti ilkeleri çerçevesinde işleyen ülkeleri sağlık alanında reform yapmaya ve sağlık harcamalarını azaltmaya yönlendirmeye başladı. Bu reformları savunuların görünürdeki gerekçesi artık ölümlere salgın ve akut hastalıkların yerine tedavisi uzun ve masraflı olan kronik hastalıkların neden olması ve artan ortalama ömür nedeniyle giderek artan bir kitlenin sağlık hizmeti talep ediyor olmasıydı. Bu nedenlerle artan sağlık maliyetlerinin devletlere büyük bir 'yük' oluşturmaya başladığı iddia ediliyordu. Ancak görünürdeki bu nedenin ardında neo-liberal ekonomi politikaları nedeniyle istihdam kapasitesinin daralması ile enformel ve esnek istihdamın artması yatıyordu, çünkü prime dayalı sosyal güvenlik sistemlerinin işleyebilmesi için formal sektörde istihdamın belirli bir seviyenin altına inmemesi gerekiyordu. Diğer bir deyişle sağlık sistemlerini zora sokan, prim ödeyebilecek insanların azalmasıydı. Kaldı ki devletin hizmet sağlayıcı görevinden el çektiği sağlık reformları sonrasında devletlerin sağlık alanında yaptıkları harcamalar azalmayacak, sadece özel sektöre kanallı olacaktı. Bu 'reform salgını' dünya genelinde sağlık sistemlerini piyasa temelli sağlık sistemlerine dönüştürüyor, bu amaçla sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılıyor, sağlık bakım hizmetleri özelleştiriliyor, kamu sağlığı altyapıları tasfiye

ediliyor ya da zayıflatılıyor, az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru sağlık profesyonellerinin hareketliliği sağlanıyor ve biyomedikal paradigma, üstelik tıbbi teknolojileri ve diğer yüksek maliyetli araçları hiç olmadığı kadar vurgulayarak, tıba yeniden hakim oluyordu.

Bu değişim kamu kurumlarına Yeni Kamu Yönetimi paradigması üzerinden yansıyor, hastaneler içinde halen özelleştirilmemiş olanlar, kamu kurumlarını kâr amaçlı şirketlere benzer şekilde yönetmekte kararlı olan bu paradigma içinde işleyiş değiştiriyordu. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özel olmayanların da özel 'miş gibi' yönetilmeye başlanması, hekimler açısından çok boyutlu ve önemli bir gelişmeydi. İlk olarak, hekimler önceki dönemlerde bürokrasi ile sorunsuz bir ilişki içindeydiler çünkü hekimliğin mesleki amaçları devletin amaçları ile büyük ölçüde örtüşüyordu, ama özelleştirilmiş sağlık kurumlarında artık amaç sağlık değil, kâr olmuştu. Bu durumun çoklu sonuçları hekimlerin etrafını sarıyor, hekimler artık işlerini önceden belirlenmiş kalite kriterleri çerçevesinde, sigorta şirketlerinin koyduğu sınırlılıklar içinde ve meslekten olmayan profesyonel yöneticiler tarafından denetlenerek yapıyordu.

İdari yöneticilere hekimlerden daha fazla güç veren "klinik yönetim", yani hekim olmayan profesyonel yöneticilerin hekimlerin yaptıkları işleri denetlemesi, ancak yeni yönetim tekniklerinin uygulanmasıyla mümkün olacaktı. Bu teknikler, işbölümünde ileri uzmanlaşma temelinde kuruluyordu ve verimliliğin ve denetlenebilirliğin artırılabilmesi için işin yapılabilir en küçük parçaya bölünmesini ifade ediyordu. Bu çerçevede geliştirilen uygulama tebliğleri, hekimlerin yaptıkları işlerin bütünlüğünü parçalıyor, işi standart, kapsamı daralmış ve daha az karmaşık olan teknik parçalara bölüyordu. Bunun en önemli sonucu, hekimin inisiyatif ve yorum alanının giderek daralması, yapılacak iş için daha az

deneyimin yeterli olmasıydı. Hekimin yorumunun ve inisiyatifinin önemini azaltan sadece yeni yönetim teknikleri değildi, tıpta ileri uzmanlaşma ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler de bunları zedeliyordu. Geleneksel dönemdeki genel tıp bilgisine vakıf, teşhis ve tedavi sürecinin tamamına hakim olan hekimlerin yerini artık dar bir uzmanlık alanında derinlemesine bilgiye sahip olan, bu nedenle bir yandan diğer alanların uzmanlarına, bir yandan da tıbbi teknoloji ürünlerini üretip kullananlara, yani başka mesleklere (ve endüstriye) bağımlı olan hekimler ahyordu. Üstelik yeni teknolojiler konusunda karar verme yetkisi hekimlerden çok piyasa dinamiklerine uymayı hedefleyen yöneticilerin elindeydi ve kararlar mesleki gereklilikler doğrultusunda değil, kârlılık doğrultusunda alınıyordu. Kârlılık peşindeki yönetimler bir araç olarak "Toplam Kalite Yönetimi"ni kullanıyor, hastanelerde balık kılçığı diyagramları çiziliyor, 5n+k analizleri yapılıyor, çeşitli istatistiksel süreç kontrolü teknikleriyle maliyeti yüksek ama getirisi az olan işlemler bertaraf edilmeye çalışılıyordu.

Toplam Kalite Yönetimi temel olarak 'iç ve dış müşteriler' kavramlarıyla üretilen ürünü satın alacak olanlar gibi üretenleri de birbirlerinin müşterileri olarak kurgulayan ve farklı tekniklerle maliyetleri düşürüp kârlılığı artırmanın yollarını arayan bir yönetim anlayışıydı. Temelde istatistiksel süreç kontrolüne dayanan ve sorunların nedenlerini ortaya çıkarmada başarılı olan bu tekniklerle sözgelimi hastane enfeksiyonlarının azaltılması gibi olumlu sonuçlar alınıyordu. Ancak bu teknikler temelde kârlılığı artırmayı hedefleyen bir anlayışla uygulandığı için asıl hedef hastanelerde işlem sürelerinin, hastaların bekleme ve kalış sürelerinin, taburcu prosedürlerinin kısaltılması, işgücü maliyetlerinin azaltılması ve gelirlerin artırılmasıydı. Toplam Kalite Yönetimi bu konuda da başarılı oldu, ama artık "müşteri" olarak görülen hastaların bekleme sürelerinin azalması ve işletme-has-

tanelerin daha fazla müşteri-hastaya hizmet vermesi, hekimler açısından iş yoğunluğunun artması ve hasta başına ayrılan sürenin azalması anlamına geliyordu. Aynı işin hep daha kısa sürede yapılmasını hedefleyen bu sistem, W.F.Taylor'un yarattığı, kronometre ile işçilerin yaptığı işin süresini ölçüp kıyaslayan ve herkesin kendi işini, işi en kısa sürede yapan işçiyle aynı şekilde yapmasını sağlayarak zaman açısından 'verimlilik' sağlayan Taylorist yöntemin bir yansımasıydı. Ama bu yöntem temel olarak seri üretim yapılan fabrikalardaki kitlesel vasıfsız işçileri yönetmek için tasarlanmıştı. Hekimler işçileri yönetmek için tasarlanmış bir sistemle yönetilebilir miydi?

Genel tıp bilgisi zayıflamış ve bilgisi derin de olsa uzmanlık alanıyla sınırlanmış olan hekimlerin kendilerini diğer hekimlerden ayırdedecek deneyim ve yorum gücünün önemi azaldıkça ve hekimlik mesleğinin içeriği giderek yönetilebilir, izlenebilir, değerlendirilebilir kıldıkça hekimler giderek birbirine daha benzer işler yapan, ikame edilebilir işçilere dönüşüyordu. İşin bütünlüğünün bozulması şu anlama geliyordu, artık hasta bir hekimin hastası değildi, farklı uzmanlık alanlarındaki çok sayıdaki hekimin hastasıydı, hekimler bir şey söylemeden önce tıbbi teknoloji ürünlerinin sonuçlarını bekliyorlardı ve hastayla ilgili yapabilecekleri de sigortanın neyi ödediğine, hastanın ne istediğine, diğer uzmanların görüşlerine, tıbbi cihazları üreten ve kullananlara, uygulama tebliğlerine, performans kriterlerine ve hastane yönetiminin politikalarına bağlıydı. Bu tablo hekimlerin klinik içinde mesleki özerkliklerini yitirmelerini yansıtıyordu. Ancak hekimler özerkliklerini ve güçlerini sadece klinikte değil, işgücü piyasasında ve akademik alanda da yitiriyorlardı.

İşgücü piyasasında hekimlerin elini zayıflatan faktörlerden biri, yukarıda değinilen ikame edilebilirlik/değiştirilebilirlik meselesiydi. Bu duruma yol açan nedenlere karşı

mesleki olarak karşı çıkılabildi, ama uzmanlığın giderek daha önemli kabul edilmesi, hekimlerin uzmanlık kimliklerinin hekimlik kimliklerinin önüne geçmesine neden oluyor, bu da ulusal düzeyde hekim örgütlerinin zayıflamasına ve uzmanlığa dayalı çok sayıdaki meslek örgütünün güçlenmesine neden oluyordu. Uzmanlık örgütleri, ikame edilemeyecek derecede ileri uzmanlaşmış olan hekimlerin toplumsal ve ekonomik konumlarını korumakta ve yükseltmekte başarılıydılar, ancak bu durum genel pratisyenlerin konumlarını zayıflatıyor ve hekimler arasındaki dayanışmayı zedeledi. Ulusal meslek örgütlerinin gücü dışarıdan sağlıklı kârlı bir özel sektöre dönüştürmeyi hedefleyen neo-liberal devlet tarafından, içeriden de hekimler arası dayanışmayı zedeleyen uzmanlık-pratisyenlik ayrımı tarafından zayıflatılıyordu. Meslek örgütlerinin gücü azaldıkça genel olarak çalışma koşulları kötüleşmekle kalmıyor, Tıp Fakülteleri kontenjanları artıyor, artan emek arzının sonucunda Türkiye örneğinde 1990'ların ortalarında ilk defa hekim işsizliğinden söz edilmeye başlanıyor ve 2000'lerde 'yabancı hekimler' de işgücü piyasasına girmeye başlıyordu.

Tıbbın sadece devletle ilişkisi değil, toplumla da ilişkisi bozulmaya başlamıştı. Hastaların müşteriler haline gelmesinin hastalar açısından olumlu sonuçlarından biri, ancak 'müşteri' olanların, yani ürün veya hizmet satın alacak olanların sesini duyan neo-liberal anlayışın hasta hakları birimlerini ve şikâyet haklarını kurması oldu. Her ne kadar şimdiki dek hasta olarak şikâyet hakkı bulamamış kitlelerin müşteri olarak şikâyet etme hakkına kavuşması hastalar açısından son derece olumlu ve önemli bir gelişme ise de, klinik yönetim sürecinde hekimlerden daha fazla güce sahip olan işletme yöneticileri hasta memnuniyetini hekimler üzerinde denetim kurmanın bir aracı olarak kullanmaya başladılar. Hem hasta memnuniyetinin bu çarpık

kullanımı, hem de malpractice yarası sonrasında hekimlerin zorunlu olarak mesleki sigorta yaptırmaya yönlendirmeleri, hekimlerle hastalar arasındaki ilişkiyi zedeledi. Performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle hastalar hekimlerin kendileri üzerinde tıbbi açıdan gereksiz olsa da ekonomik getirisi olan çeşitli işlemler yapacağı endişesini taşımaya başladılar ve hekimlere duydukları güven azaldı. Güvenin azalması sağlık 'piyasası' açısından çok da kötü değildi çünkü artık bir hekime güvenmeyen hastalar, bir nevi sağlık alışverişine çıkıyor ve birkaç hekime daha başvurarak daha fazla sağlık hizmeti 'satın alıyordu'. Bunun yanında hastaların hekimlere duyduğu güvenin azalması hastaları sıklıkla hikmeti kendinden menkul internet sitelerinin yarattığı bilgi kirliliği içinde kısmi ve doğruluğu şüpheli bilgiler edinmeye itiyordu. Hekimler de hastalara karşı bir yandan hekime yönelik şiddetten, bir yandan da hasta şikâyetlerinin iyi yönetilmemesinden ve kendilerine karşı kullanılmasından kaynaklanan giderek artan bir şüphe ve mesafe ile yaklaşıyorlardı. Ama elbette Yirminci Yüzyılın sonlarına doğru toplumun tıbbi yönelik şüphesinin artması sadece tıbbin ticarileşmesinden kaynaklanmıyordu, bu aynı zamanda modern bilime yönelik eleştirilerin ve yükselen postmodernizmin de yankısıydı. Bu yankı, elli yıl önce 'kocakarı ilacı' olan bazı malzeme, araç ve yöntemlerin istikrarlı bir şekilde artan kullanımında kendini gösteriyor, ama ticarileşme konusunda başarılı olan kurumsal tıp bu 'piyasaya' da giriyordu. Tıp fakültelerinde açılan doğu tıbbi ve tamamlayıcı tıp bölümlerinin açılması ve kitle iletişim araçlarında hekimlerin bu geleneksel yol ve yöntemleri savunmaları ile birlikte 'alternatif tıp' 'tamamlayıcı tıp'a evrilerek kocakarı ilaçlarının modern tıpla barışmasını sağlıyordu.

Velhasıl son manzarada hekimler sürekli olarak daha kısa sürede daha fazla işi, üstelik sıkı sıkıya denetlene-

rek yapmak zorunda kalan, özerkliği zayıflamış, işletme çıkarı uğruna çalışan, maruz kaldıkları şiddetin bile özel hastanelerin yönetim kaygıları nedeniyle kayda geçmediği, içindeki küçük elitler dışında genelinin kendi durumundan muztarip olduğu bir meslek grubu gibi görünüyor. Peki, meslek örgütleri üzerinden değil de sendikalar üzerinden örgütlenselerdi, sağlık işgücünün çoğul yapısının desteğini alsalardı daha güçlü olurlarmıydı? Bu süreçte emek ucuzlarken, hastanelerden önce diğer kurumlar özelleştirilirken, neo-liberal politikalar toplumun diğer kesimlerini vururken onların yanında olsalardı bugün toplum desteğini daha çok hissederler miydi? Eğer hekimlerin konumu tıbbin devletle kurduğu ilişki çerçevesinde belirleniyorsa, hastanede hasta muayene eden doktorlar değilse de laboratuvarlarda, biyokimyasal silahlar gibi devletlerin yeni ilgi alanları üzerinde çalışan hekimlerin statüsü giderek daha fazla mı yükselecek? Tıbbi teknolojilerin yükselttiği maliyetleri düşürmek için hekim emeği daha ne kadar ucuzlatılabilir? Peki hekimlerin içinde kendi çalışma ve yaşam koşullarını ilaç endüstrisi ve akademik kapitalizm ile ilişki kurarak iyileştirmeye çalışanlar başarımı, herkesin boğulayazdığı bu suyun üzerinde daha ne kadar tutabilirler? Kredi kartı ödemesi sonrasında bir tıklama ile semptomların belirtilip hekim ile "online" görüşme yapılan yeni muayeneler, yani e-tıp, tıbbın geleceği mi? Bu yeni gelecek içinde eski ve yeni hekimlerin, yerli ve yabancı hekimlerin, uzman ve pratisyen hekimlerin yeri ne olacak? Bunlar da, bu dönüşümün doğurduğu ve konuşulmayı bekleyen diğer sorular...

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN - Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Eskişehir

Levent AKYILDIZ - Özel Mardinpark Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Mardin