

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİNİN
DÖNÜŞÜMÜ

Doktora Tezi

Çağla ÜNLÜTÜRK ULUTAŞ

Ankara-2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİNİN
DÖNÜŞÜMÜ

Doktora Tezi

Çağla ÜNLÜTÜRK ULUTAŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Metin Özüğurlu

Ankara-2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİMİNİN
DÖNÜŞÜMÜ**

Doktora Tezi

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Metin Özuğurlu

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Tez Sınavı Tarihi

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(...../...../200...)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin Adı ve Soyadı

Çağla Ünlütürk Ulutaş

İmzası

.....

TEŞEKKÜR

Her bilimsel çalışma gibi, bu çalışma da kolektif bir emeğin ürünüdür. Araştırmanın tasarımı ve planlanmasından, hayata geçirilmesi ve sonlandırılmasına kadar burada isimleri anılan ve anılmayan çok sayıda isim çalışmaya katkıda bulundu veya destek oldu. Tüm eğitim sürecim boyunca beni destekleyen aileme ve sevgili dostlarıma teşekkürü bir borç biliyorum. Beni bugüne getiren sevgili annem ve babam doktora süresince de sonsuz desteklerini ve fedakârlıklarını esirgemediler. Onların tıp doktoru olmam yönündeki dileklerini gerçekleştiremesem de, sağlık hizmetleri üzerine gerçekleştirdiğim araştırmayla kazandığım bu doktora unvanının beklentilerini bir nebze karşıladığımı umut ediyorum. Akademik hedeflerimi gerçekleştirebilmem için hayatının akışını değiştiren eşim Barbaros Ulutaş'ın sabrı, desteği ve cesareti olmasaydı, bu çalışmayı gerçekleştiremezdim. Necile Gezgin ve Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin de, yardım ve önerileriyle doktora eğitimim boyunca hep arkamda oldular. Elif Burcu Günaydın, Yücel Günaydın, Çağlayan Döne ve Gülşah Uran, umudumu ve cesaretimi hiç yitirmeden çalışmamı sürdürmemi sağladılar.

Akademik çalışma yapmanın yalnızca bilgi değil, sabır da gerektirdiğini bana öğreten tez danışmanım Doç.Dr. Metin Özüğurlu'ya yalnızca tez çalışmam süresince değil, tüm lisansüstü öğrenimim boyunca akademik gelişimime sonsuz katkılarda bulunduğu için teşekkür ederim. Akademik yaşamımın en başından itibaren yoluma ışık tutan ve her zorlu süreçte olduğu gibi, doktora boyunca da beni yalnız bırakmayan kıymetli hocam Prof. Dr. Gülay Toksöz'e, tezimi itinayla okuyan ve kıymetli fikirleriyle tezimi geliştirmemi sağlayan Prof. Dr. Gürhan Fişek'e, Prof. Dr. Gamze Yücesan Özdemir'e ve Doç. Dr. Mehmet Zencir'e de teşekkürlerimi sunarım. Tüm bilgi birikimi borçlu olduğum Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı ve Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi Anabilim Dalı öğretim elemanlarına bugüne dek bana öğrettikleri her şey için ve tez süresince anlayışlarını esirgemedikleri için sonsuz teşekkür borçluyum. Çalışma arkadaşım ve kıymetli dostum Aslıcan Kalfa, hem ağır bir işyükünü üstlenerek, hem de bilgi ve dostluğunu paylaşarak, bu çalışmayı destekledi.. Doç. Dr. Oğuz Karadeniz tezimi hızla bitirmem için beni sürekli yüreklendirdi ve engin bilgisiyle önemli katkılar sundu.

Çok sayıda ismin yanı sıra, Cahit Pekyardımcı, Ata Soyer, Selma Şanlı, Salime Tarihçi ve Fulya Paksoy'a, hiç bilmediğim sağlık hizmetleri alanında yolumu bulabilmemi ve araştırmamı gerçekleştirmemi sağladıkları için; burada isimleri sayılmayan ancak sesleri çalışmanın içinde saklı olan sağlık çalışanlarına, ağır çalışma şartları içinde bana vakit ayırdıkları ve açık yüreklilikle görüşlerini paylaştıkları için teşekkür ederim. Ayrıca doktora eğitimi süresince finansal destek veren TÜBİTAK'a da teşekkürlerimi sunmak isterim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1
I. KAMUSAL OLANDAN TİCARİ OLANA: SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA SÜRECİ	7
1.1. Sandığın İçinde Neler Var? Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüme İlişkin Farklı Yaklaşımlar.....	7
1.2.Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Dönüşüm.....	10
1.2.1 Kamusal Alanının Kurumsal Yapısının Düzensizleştirilmesi Ve Kamusal Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması.....	17
1.2.2.. Kamu Hizmetlerinde Mesleki Dönüşüm Ve Sağlık Emek Sürecinde Meydana Gelen Temel Değişiklikler	24
1.2.3. Yurttaştan Müşteriye, Hastadan Tüketiciye.....	29
1.2.4. Kamusal Alanın Mekânsal Dönüşümü ve Sağlık Hizmetlerinin Uluslararası Ticareti.....	32
II. SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ	36
2.1. Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşümü Çözümleme Aracı Olarak Emek Süreci Kuramı	36
2.2. Kamusal Sağlık Hizmetlerinde Yönetmelik Stratejilerin ve Denetim Biçimlerinin Dönüşümü.....	45
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamaları.....	48
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Denetimin Dönüşümü	54
2.3. İşbölümü ve Aşırı Uzmanlaşma.....	59
2.3.1.Modern Tıpta Uzmanlaşmanın Kökenleri:	62
2.3.2. Mesleki İşbölümünün Dönüşümü	68
2.3.3. Uzmanlaşma ve Vasıfsızlaşma İlişkisi:	71
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Standardizasyonu: “Hasta Yok Hastalık Var”.....	73
2.5.Sağlık Hizmetlerinde Vasıfsızlaşma ve İşin Değersizleşmesi	78
2.6. Sağlık Çalışanlarının Profesyonelleşmesi ve Proleterleşmesi.....	81
2.6.1. Profesyonellik ve Tıbbi Mesleklerin Profesyonelleşme Süreci.....	82
2.6.2. Profesyonelleşme ve Profesyonelliğin Yitirilmesi Tartışmaları.....	85

2.6.3. Proleterleşme Tartışmaları.....	88
2.6.4. Proleterleşme ve Sınıf Yazınının Sağlık Çalışanları Açısından Değerlendirilmesi.....	94
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Teknolojik Dönüşüm	97
2.7.1. Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşüm ve Teknolojik Dönüşüm İlişkisi	97
2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Teknoloji Kullanımının Hız Kazanması.....	98
III. TÜRKİYE’DE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ	111
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşümün Tarihsel Arka Planı	111
3.1.1. 1923- 1960: Ulus İnşası ve Modern Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması.....	114
3.1.2. “Gökte Allah Yerde Sosyalizo”: 1960-1980 Sosyalleştirme Uygulamaları ve Sonrası.....	118
3.1.3. 1980- 1989 Sermayenin Karşı Saldırısı ve Sağlıkta Metalaşma	119
3.1.4. 1989- 2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri: Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık Reformları.....	125
3.1.5. 2002’den günümüze Sağlık Hizmetleri: Kürek Çeken Değil Dümen Tutan Sağlık Bakanlığı.....	132
3.2. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü.....	136
3.2.1. Yönetimsel Dönüşüm ve Emek Sürecine Etkileri.....	136
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Esnekleşme: İstihdam ve Ücret Sisteminin Dönüşümü.....	149
3.3. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Profesyoneleşmesi ve Proleterleşmesi.....	169
3.3.1. Hekimlerin Proleterleşmesi Tartışmaları	169
3.3.2. Türkiye’de Hemşirelik Mesleği ve Hemşirelerin Profesyoneleşmesi.....	180
IV. KURAMDAN ALANA: TÜRKİYE’DE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA	186
4.1. Sağlık Hizmet Üretimini Araştırmanın Metodolojisi Üzerine	186
4.2. Bulguların Işığında Sağlık Emek Sürecinde Dönüşüm	196
4.2.1. Etimesgut 1 No’lu Sağlık Ocağı: Bir Modelin Trajik Öyküsü.....	196
4.2.2. Yenice Sağlık Ocağı: Tarla-Tapan Sağlıktan İlevsizleşmiş Polikliniğe	212
4.2.3. Gazi (Üniversitesi) Hastanesi Örnek Olay Çalışması.....	218
4.2.4. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örnek Olay Çalışması.....	248

4.2.5. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örnek Olay Çalışması.....	265
4.2.6. Örnek Olay Çalışmalarının Değerlendirmesi:.....	273
SONUÇ.....	279
KAYNAKÇA.....	284
EK1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları.....	301
EK 2: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Çalışan Memnuniyet Anketi Örneği.....	302
EK 3: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketi Örneği.....	305
EK 4: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Ayaktan Tedavi Hizmetleri Değerlendirme Anketi Örneği	308
Ek 5: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Anketi Örneği	310
ÖZET.....	312
ABSTRACT.....	312

KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
DB	:	Dünya Bankası
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı
ES	:	Emekli Sandığı
GATS	:	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GSS	:	Genel Sağlık Sigortası
İKY	:	İnsan Kaynakları Yönetimi
İMF	:	Uluslar arası Para Fonu
Mad.	:	Madde
SAĞLIK-SEN	:	Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Çalışanları Sendikası
SB	:	Sağlık Bakanlığı
SES	:	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TKY	:	Toplam Kalite Yönetimi
TRIPS	:	Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Sözleşmesi
TSM	:	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	:	Türk Tabipler Birliği
TÜRK SAĞLIK-SEN	:	Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Çalışanları Sendikası
YKİ	:	Yeni Kamu İşletmeciliği

GİRİŞ

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan sağlıkta yeniden yapılanma sürecinin emek süreci kuramı çerçevesindeki bütünlüklü çözümlemesini konu almaktadır. Sağlık hizmetinin artizanal kamusal niteliğini kaybederek standartlaşmış ticari bir niteliğe nasıl büründüğü sorusu, çalışmanın tamamını kavrayan ana sorunsaldır. Sağlıkta yeniden yapılanma sürecinin birbiriyle bağlantılı ayaklarını oluşturan, sağlık reformları, Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Denetimi başlıkları bu çalışmada, politika içeriklerinden kalkarak değil, hizmet üretim mekanındaki gerçekleşme biçimlerine odaklanarak ele alınacaktır. Bu yaklaşım gereği çalışma şu üç araştırma sorusuna yanıt arayacaktır: (i) Sağlık hizmet sunumunda, sağlık çalışanlarının sınıf ve statü konumları neden ve nasıl dönüşmektedir? (ii) Sağlık çalışanlarının kendi iç ilişkilerinde personel rejimindeki değişim, tam süreli/kısmi süreli çalışma, hiyerarşi, denetim gibi hususlar ne yönde etkide bulunmaktadır? Bu ilişki örüntüleri parçalanma, kutuplaşma ve/veya türdeşleşme yönünde mi evrilmektedir? (iii) Sağlık çalışanları ile sağlık hizmeti sunulan hedef nüfus arasındaki ilişkiler sağlığın hak olmaktan çıkışı, yurttaşlık statüsünün erozyonu, tıbbi teknolojilerin kullanım biçimi, koruyucu hekimliğin ortadan kalkışı, tanı ve tedavi sürecindeki standardizasyon, aşırı iş bölümü ve vasıfsızlaşma gibi faktörlerle ne yöne evrilmektedir?

Yüzyıl başında hızla tamamlanan reformlarla teknolojik ve örgütsel dönüşümü çarpıcı bir boyut kazanan sağlık hizmetleri alanı, sosyal bilimcilerin de verimli çalışma alanlarından biri haline gelmiştir. Sosyal bilim disiplinleri içinde gerçekleştirilen birçok sağlık çalışmasında belirgin tema “sağlık politikaları” olmuştur. Politika temelli çalışma geleneği günümüzde de “sağlıkta reform” uygulamalarına odaklanmış durumdadır. Uluslararası çalışmalarda da, buna ilaveten, refah rejimi ve yurttaşlık statüsündeki dönüşüm boyutu öne çıkmaktadır. Bütün bu çalışmalarda ortaya konan bilgi birikiminden azami düzeyde yararlanan bu tezin ayırt edici iddiası şudur: Sağlıkta dönüşüm teması, yalnızca bu dönüşümü hedefleyen “reform” politikalarına bakılarak değil, aynı zamanda sağlık hizmeti üretim noktasına bakılarak çözümlenebilir; zira dönüşüm, onu hedefleyen “reform” programında verili değildir; dönüşüm, sağlık hizmet üretim sürecinde de gerçekleşir. Dolayısıyla sağlıkta dönüşüm teması, emek sürecine ve hizmetlerin örgütlenmesine

analitik öncelik verilerek çalışılmalıdır. Bu yanıyla tez çalışması, sağlıkta dönüşüm tartışmalarının emek süreci gibi ihmal edilmiş ve gölgede kalmış alanına odaklanmak gibi bir ayırt edici çabaya sahip olacaktır. Burada gölgeli bölgeleri görünür kılmak maksadıyla, emek sürecindeki dönüşüm, kamu ve yurttaşlık statüsündeki dönüşümle ilişkilendirerek ele alınacaktır.

...

Yunan mitolojisine göre, tıbbın ve sağlığın tanrısı Appolon ve Koronis'in oğlu Asklepios¹, doğanın içinde yaşayan, doğanın sırlarını bilen Kheiron'un yanında yetişir. Asklepios, zamanla hekimliğin ve cerrahlığın tüm sırlarını öğrenir, usta bir hekim olur. Ancak Asklepios bununla kalmaz, ölüleri bile diriltmeye başlar. Tanrıların tanrısı Zeus, doğal düzene aykırı davranan ve kendi otoritesini zayıflatan hekim tanrının gücünü kıskanır; ölülerin dirilmesi yer altı Tanrısı Hades'i de iyiden iyiye huzursuzlandırmaya başlamıştır. Zeus bu haddini bilmezliği, Asklepios'u yıldırımlarla öldürerek cezalandırmıştır (Şeyhoğlu, 2009).

Çağlar boyunca, ölüme karşı koyan, şifa dağıtan rolüyle tanrısallaştırılmış olan hekim, modern devletin oluşumu sürecinde bu "tanrısal" güçlerini önemli düzeyde yitirmiştir. Üstelik siyah çantasıyla tek başına şifa dağıtan hekimlik modeli, sağlık hizmetlerinin devlet eliyle örgütlenmesi ve hekimler dışında çok sayıda sağlık çalışanını da içeren modern sağlık örgütlerinin oluşumuyla değişmiştir. Sağlık hizmetleri, dünyanın pek çok yerinde farklı düzey ve sistemlerle de olsa hak statüsünde genelleşirken, sağlık çalışanlarının mesleki ve toplumsal işbölümüne dayalı, katı bir hiyerarşi içeren, bürokratik tıbbi bakım modeli de yaygınlaşmıştır. Modern sağlık örgütlerinde, hekimler kendilerine atfedilen tanrısal güçlerden yoksun olmakla birlikte, eğitim, sertifika, mesleki denetim ve uzmanlık bilgisi gibi mesleklerinin ayırt edici temel özellikleri sayesinde, hiyerarşinin en üst basamağında oturmayı sürdürdüler. 20. Yüzyıl başında tıbbi meslekler arasında tanımlanan "ebelik" ve "hemşirelik" gibi meslekler gebe takibi ve bakım verme gibi geleneksel olarak kadın işleri olarak belirlenmiş işler olarak, tıbbi hiyerarşinin alt basamaklarında konumlandırıldı. Bu işlerin, modern tıbbi işbölümü içinde de, toplumsal

¹ Mitolojide, Asklepios'un yanından hiç ayırmadığı asası, bugün bildiğimiz, tıbbın simgesi olan yılan dolanmış asadır.

yaşamdakine benzer biçimde ikincilleştirilmiş ve cinsiyetlendirilmiş olması, bir yandan ebelik ve hemşireliğin profesyonelleşmesini engellemiş, diğer yandan hekimlerin sağlık emek süreci üzerindeki denetiminin teminatı olmuştur. Modern sağlık kurumlarındaki yoğun işbölümü ve uzmanlaşmaya rağmen, klinik içinde hiyerarşi ve usta çırak ilişkisi korunarak artizanal vasıfların kuşaktan kuşağa aktarımı sürdürülmüştür.

Gerek dünyada gerek ülkemizde sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması, kamusal sağlık örgütlerinin oluşturulması ve sağlık personelinin yaygın kamusal istihdamı ancak geçtiğimiz yüzyılda mümkün olabilmıştır. Keynesyen Refah Devleti döneminde, sağlık hizmetlerinin hak statüsünde genelleşmesi ve meta dışına çıkarılması, yurttaşların sağlığa erişimini kolaylaştırmış, ancak hekimi kutsal şifa verici ve hastayı güçsüz ve edilgen olarak konumlandıran paternalist yapıyı kıramamıştır. Sağlık hizmetleri meta dışı karakterini çok kısa bir süre koruyabilmiş, 1970'lerin sonundan itibaren neo-liberal sistemin egemen olması, kısa zamanda sağlık hizmetlerinin de yeniden metalaştırılması ile sonuçlanmıştır. Devlet sağlıktan elini çekerken, kriz dönemlerinde bile yüksek talebin korunduğu sağlık hizmetleri, sermaye için yeni bir yatırım alanı haline gelmiştir.

Tıpkı Zeus'un hekim tanrı Asklepios'un sınırsız güçlerle donanmasına izin vermemesi gibi, sermaye de, önemli bir yatırım ve tüketim alanı haline gelen sağlık hizmetlerinin denetimini hekimlerin elinde tutmasına izin veremezdi. Bugünün başat gücü, bir başka ifadeyle neo-liberalizmin yeni tanrısı olan "piyasa", sağlık hizmetlerinin de yönlendiricisi haline geldi. Sağlık hizmetleri piyasa ilişkileri içinde yeniden tanımlandı ve piyasa ilkelerine göre yeniden örgütlendi. Sağlığın piyasa ekseninde yeniden yapılanma süreci, uluslararası kuruluşların önderliğinde "sağlık reformları"² adı altında, çok sayıda ülkede ard arda gerçekleştirildi.

Dünyanın pek çok bölgesinde benzer biçimde, Türkiye'de de kamusal sağlık hizmetlerinin "reform" adı altında yeniden inşa süreci; yeni finansman modeline geçilmesi,

2 Sağlıkta gerçekleştirilen değişikliklerin "reform" kelimesinin içerdiği olumlu anlama sahip olmadığı açıktır. Bununla birlikte, ulusal ve uluslararası yazında, sağlıktaki bu sistematik dönüşüm "reform" olarak adlandırıldığı için burada da aynı sözcük kullanılmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası uygulaması, özerkleştirme, yeni yönetim tekniklerinin uygulanması, Sağlık Bakanlığı ve sağlık kurumlarının örgütsel yapılarının dönüştürülmesi, istihdam ve ücret rejiminin revizyonu gibi uygulamalarla sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasını beraberinde getirmiştir. Metalaşma ile hizmet üretiminin kamusal ihtiyaçlar yerine kâr elde edilmesi amacıyla gerçekleştirilmeye başlanması, sağlık emek sürecinin, kamusal hizmet özelliklerini yitirerek meta üretim süreci ile benzeşmesi, sağlık çalışanları üzerindeki baskı ve denetimin artması, çalışmanın temel varsayımlarını oluşturmaktadır.

Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin ve sağlık emek sürecinin dönüşümüne ilişkin tartışmalar, bu çalışmanın sorunsalları ekseninde eleştirel bir değerlendirmeye tabi tutulacaktır. İkinci bölümde öncelikle sağlık hizmetlerindeki dönüşümü emek süreci kuramının penceresinden bir analize tabi tutmak mümkün müdür sorusuna cevap aranacak, ardından çalışmanın asli ilgi odağı olan sağlık emek sürecindeki dönüşüm, yönetim ve denetim stratejilerinin dönüşümü, işbölümü ve uzmanlaşma, standardizasyon, vasıfsızlaşma ve teknolojik dönüşüm gibi emek süreci kuramının odaklandığı temel başlıklar altında ele alınacaktır. Bu bölümde gerek emek süreci yazını, gerek sağlıkta dönüşüm yazını ışığında, sağlık emek sürecinin nasıl dönüştüğü sorusu yanıtlanmaya, çalışmanın kuramsal eksenini inşa edilmeye çalışılacaktır. Üçüncü bölümde ise, çalışmanın odaklandığı dönüşüm Türkiye özelinde ele alınacak, ülkemizdeki sağlık yazını ve alandaki temel tartışmalar emek süreci süzgecinden geçirilerek sunulacaktır. Dördüncü ve son bölümde, gerçekleştirdiğim çoklu örnek olay çalışmasının serüveni, yöntemi ve sonuçları değerlendirilecektir. Araştırma kapsamında, yarı yapılandırılmış mülakat, grup görüşmeleri, katılımcı ve katılımcı olmayan gözlem teknikleriyle veri toplanmıştır. Çalışmanın bütünsel ve derinlemesine bir araştırmayı gerekli kılması nedeniyle yöntem olarak örnek olaya çalışması tercih edilmiştir. Örnek olay çalışmaları, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı ve Yenice Sağlık Ocağı'nda gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada sağlık, ekonomipolitik bir yaklaşımla ele alınacaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946 yılında imzalanan Anayasası'ndaki sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın

olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak ele alan tanım³ halen korunsada, “sosyal⁴” olana ilişkin vurgusu giderek silikleşmiş, örgütün politikalarına piyasa odaklı mekanist bir sağlık yaklaşımı hâkim olmuştur. Oysa bu çalışmada söz konusu tanım kullanılırken, sağlığın sosyal boyutuna ağırlık verilecek ve tanımın içindeki “sosyal iyilik hali” en geniş biçimiyle kullanılacaktır. Çünkü çalışmanın temel yaklaşımı, sağlığı üretim ilişkileriyle biçimlenen ve belirlenen, ekonomik ve siyasi dönüşümle birlikte işlevleri değişen ve dönüşen toplumsal bir olgu olarak ele almaya dayanmaktadır.

Çalışmanın başlığı sağlık hizmeti üretiminin dönüşümü olarak belirlenmişse de, burada sağlık hizmetleri çerçevesi, yalnızca bireye/topluma yönelik koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri ile sınırlandırılmıştır. Sağlık hizmetleri alanının bu tez çalışmasının kapsamını aşacak denli geniş olması, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, iş sağlığı ve işyeri hekimliği, eczacılık, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, idari hizmetler ve otelcilik hizmetleri gibi tıbbi bakım hizmetlerinin önemli ayaklarını da dışarıda bırakmama yol açmıştır.⁵ Sağlık hizmetlerinin geniş kapsamı, sağlık personeli yelpazesinin de geniş olmasına yol açmaktadır.⁶ Oysa bu araştırmada gerek kuramsal gerek ampirik analizlerde odaklanılan sağlık personeli grubu, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, psikolog, fizyoterapist ve sağlık teknisyenleriyle (laboratuvar, radyoloji ve anestezi teknisyenleri) sınırlandırılmıştır.⁷ Bu grup içinde hemşirelere ve hekimlere, sağlık hizmet kolundaki nicel ve nitel egemenlikleri nedeniyle daha çok vurgu yapılmıştır. Ekip hizmetini yok sayarak hekimi yıldızlaştıran sağlık hizmeti anlayışına karşı eleştirel bir tutum takınılmışsa da, gerek yazınsal birikimin gerek mevcut sağlık hizmeti örgütlenmesinin hekim odaklı oluşu,

3WHO (2006), *Constitution of the World Health Organization*, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

4 Sağlığın sosyal niteliğindeki ilk boyut, tüm topluma sağlıklı yaşam hakkı sunulmasına işaret ederken, ikinci boyut bireyin ve toplumun sağlık düzeyini belirleyen etmenlerin ekonomik, toplumsal ve kültürel çevreden bağımsız olarak ele alınamayacağını işaret eder (Fişek ve Gökbayrak, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=56>).

5 Sağlık hizmetlerinin bu ayaklarının dışarıda bırakılması, yalnızca çalışmayı sınırlandırmaya hizmet etmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüm ayaklarının birbiriyle sıkı sıkıya bağlı olduğu ve toplum sağlığının iyileştirilmesinin, her biri çok önemli olan tüm bu ayakların bütünsel olarak iyileştirilmesiyle mümkün olduğu göz ardı edilmemektedir.

6 Sağlık İşgücü içinde bulunan mesleki kategorilerle ilgili ayrıntılı bilgi için Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlık İşgücü Atlası'ndan yararlanılabilir: <http://apps.who.int/globalatlas/docs/HRH/HTML/TechNotes.htm>.

7 Veterinerler, çevre sağlığı teknisyenleri, eczacılar, diş hekimleri, sağlık fizikçi ve mühendisleri araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır.

bu çalışmada da zaman zaman hekim merkezli analizlerin ağırlıklı biçimde yer almasına yol açmıştır. Diğer yandan, sağlık hizmet üretimi araştırılırken, yalnızca kamu sektörüne odaklanılmış, özel sağlık kuruluşları araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çünkü bu çalışmayla amaçlanan, kamusal sağlık hizmeti üretiminin piyasalaşma sürecinde nasıl bir dönüşüm geçirdiğinin ortaya konmasıdır.⁸

⁸ Elbette özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilecek bir araştırma, kamusal ve özel sağlık kuruluşlarında hizmet üretiminin ne tür benzerlikler ve farklılıklar taşıdığı, kamu sağlık kuruluşlarındaki hizmet üretiminin özel sağlık hizmet üretimiyle benzeşip benzeşmediği konusunda değerli katkılar sunabilir. Bu karşılaştırmanın, gelecek bir araştırmanın konusu olmasını umut ediyorum.

I. KAMUSAL OLANDAN TİCARİ OLANA: SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA SÜRECİ

1.1. Sandığın İçinde Neler Var? Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüme İlişkin Farklı Yaklaşımlar

Son yıllarda sosyal bilimciler tarafından sağlık hizmetleri alanına artan bir ilgi gösterilmektedir. Bu artan ilginin temel nedeni hiç kuşku yok ki, tüm dünyada ardı ardına uygulamaya konan sağlık reformu paketleriyle sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılmasıdır. Sağlık hizmet sunumunda yeniden yapılanma sürecinin, gerek dünya, gerek Türkiye yazınında birkaç biçimde ele alındığı görülmektedir. İleri Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların, sağlıkta reform sürecini nasıl yönlendirdikleri, Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması'nın (GATS) sağlık reformlarını nasıl şekillendirdiği gibi sorular üzerine odaklanan küreselleşme yazınıdır (bkz. Pollock ve Price, 2000; Sexton, 2001; Keany, 2002; Lee vd., 2002). Türkiye'deki yazına baktığımızda da yaygın olarak dönüşümün küreselleşme ve uluslararası kuruluşlarla bağlantısı temelinde ele alındığı gözlenmektedir. Bu yaklaşım, bu kurumların dönüşümdeki belirleyici ve yönlendirici rolünü teşhir etmesi ve mevcut neo-liberal yeniden yapılanma süreciyle eleştirel bir ilişki kurması açısından çok önemli bir role sahip olmakla birlikte Türkiye'ye özgü dönüşüm dinamiklerinin ve Türkiye'de sağlık hizmeti üretim noktasında meydana gelen tahribatın gözden kaçmasına neden olabilmektedir.

Çoğunlukla küreselleşme yazını ile ilişkili biçimde özelleştirme ve metalaşma konularına odaklanan ve bu konuları hükümet politikaları ile yasal düzenlemeleri analiz ederek ele alan çalışmalar da sağlıkta yeniden yapılanma yazınında geniş yer tutmaktadır. Bu çalışmalar, başta Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) reformu, olmak üzere, özellikle Avrupa ve Latin Amerika ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık reformlarına odaklanmakta ve bu reformları Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımının bir parçası olarak

değerlendirmektedir (Bkz. Harrison, 2002; Pollit vd. 1991; Walby ve Greenwell, 1994). Buna karşın, Türkiye’de kamu yönetimindeki dönüşümle kamusal sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması arasında bağlantı kuran çalışmalar son derece azdır (Balcı ve Kırılmaz, 2006; Ataay, 2005). Bu çalışmalar, kamu politikalarındaki dönüşümün sağlık politikalarındaki somut yansımalarını gözler önüne sermesi açısından çok önemlidir. Bununla birlikte bu politikaların, sağlık hizmeti üretim noktasına, klinik süreçlere, yurttaşların hizmet alım biçimlerine ve sağlık personelinin çalışma koşullarına gündelik yansımaları hakkında analizlere pek fazla yer vermemektedirler.

Benim çalışmam için önemli olan bir başka yazınsal birikim, sağlık hizmetlerinin ekonomipolitik analizini yapan kuramcılar tarafından sunulmaktadır. Uluslararası alanda olduğu gibi ülkemizde de, sağlıkta dönüşümle ilgili yasal değişiklikleri, tarihsel dönüşüm dinamikleriyle de ilişkilendiren ve/veya reformların ekonomipolitik analizini yapan yazarlara rastlanmaktadır (Bkz. Belek, 2001, 2009; Fişek, 2004; Hamzaoğlu, 2000; Lesley ve Imogen, 1991; Navarro, 1980; Soyer, 2000, 2001, 2003, 2007). Sağlığı ekonomipolitik yaklaşımla ele alan çalışmalar sağlık hakkı, işçinin yeniden üretiminde sağlık hizmetlerinin rolü, sağlıkta dönüşümle birlikte kamusal sağlık kurumlarında, sağlığa erişimde ve sağlık göstergelerinde meydana gelen bozulma ve eşitsizliklere vurgu yapmıştır. Reformlarla birlikte sağlık hizmetlerinin metalaşmasının hastaların müşterileşmesi, sağlık profesyonellerinin iktidar kaybı ve metalaşmanın tıbbi etiğe etkileri gibi farklı boyutlara odaklanan çalışmalar da bulunmaktadır.

Gerek uluslararası gerek ulusal yazındaki son hâkim yaklaşımı ise “sağlık işletmeciliği” yaklaşımı olarak adlandırabiliriz. Bu yaklaşım artan maliyetlere, azalan verimliliğe ve olumsuz sağlık göstergelerine dayanarak reformları kaçınılmaz olarak ortaya koymakta, mevcut reform biçimini ve metalaşma sürecini desteklemekte ve işletmeci yaklaşımıyla daha çok konunun toplam kalite yönetimi, performans yönetimi vb. teknik boyutlarına eğilen çok geniş bir yazınsal kaynağa sahip bulunmaktadır.

Son derece geniş olan sağlık reformu yazınında sağlıkta emek sürecindeki dönüşüme ilişkin çalışmalarla karşılaşmak bir hayli güçtür. Uluslararası yazında bir elin parmaklarını

geçmeyecek sayıda yazar İngiltere'deki reform sürecini sağlık emek sürecindeki dönüşümü açıklayarak ele almıştır (Harrison, 2002; Money ve Law, 2007; Kennedy ve Kennedy, 2007). Emek süreci tartışmalarına göz atıldığında, kamu emek sürecinin ne kadar az yer tuttuğunun görülmesi, sağlık emek süreci konusundaki kısırlığı şaşırtıcı olmaktan çıkarmaktadır. Türkiye'de sağlık emek sürecindeki dönüşümü bir bütün olarak analiz eden çalışmalara rastlamak zor olmakla birlikte, denetim, teknolojik dönüşüm, hizmet üretim sürecinin parçalanması, toplam kalite uygulamaları, performansa dayalı ödeme sistemleri, sağlık personelinin çalışma koşulları gibi üretim noktasına ilişkin başlıklardan birini veya birkaçını ele alan ve bu alanlardaki dönüşümü iktisadi ve siyasi alandaki dönüşümlerle ilişkilendiren çalışmalarla karşılaşmak mümkündür (Acar, 2010; Belek, 2000; Civaner, 2005; Şemin, 1999; Talıcan 2004;). Diğer yandan ülkemizde sağlıkta yeniden yapılanmayı ele alan çalışmalar çoğunlukla hekimlere odaklanmıştır. Ülkemizde pek ilgi görmeyen hekim dışı sağlık personelinin dönüşüm sürecindeki konumu, özellikle de hemşirelik, uluslararası yazında son dönemde çokça üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir (bkz. Allen, 2000).

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerindeki dönüşümü ele alırken, mevcut yazının sunduğu zenginliklerden yararlanmaya, boş bıraktığı alanlarda ise katkı sağlamaya çalışacağım. Sağlıkta yeniden yapılanma süreci ile ulusal ve uluslararası siyasalar ve kamu yönetimindeki dönüşüm arasındaki ilişkiyi kurduktan sonra, yazında gölgede kalmış bir alanı, bu politikaların sağlık hizmet üretimi noktasına yansımalarını analiz etmeye çalışacağım. Bu amaçla sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan sağlıkta yeniden yapılanma sürecinin emek süreci kuramı çerçevesinde bütünlüklü bir çözümlemesini yapmaya çabalayacağım. Söz konusu çözümlemeyi gerçekleştirirken, metalaşmanın sağlık hizmetinin temel kamusal niteliklerini ortadan kaldırarak veya deforme ederek sağlık emek sürecinin, meta üretim süreciyle benzeştiği varsayımından yola çıkacağım. Bu bölümde, sağlık emek süreci alanındaki az sayıda çalışmanın temel kavramları ve kuramsal yaklaşımlarını ortaya koyacağım

1.2.Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliğinde Dönüşüm

Sağlık hizmetlerinin kamusal bir nitelik kazanarak günümüzdeki modern sağlık kurumlarının oluşturulması, endüstriyel kapitalizm ve ulus devletlerin gelişimine paralel bir tarihsel seyir izlemiştir. Burada sağlığın kamusal bir hizmet olarak sunulması ile kast edilen, hak statüsünde genelleşmiş (sosyal hak) ve meta-ilişkileri dışında örgütlenmiş olmasıdır (Özügürlü, 2003). Bu tanımı daha somutlaştırmak gerekirse, sağlık hizmetini kamusal kılan nitelik, hizmet sunumunun devlet tarafından, üretim ilişkileri alanının kurallarından belirli düzeyde bağışık kılınarak üstlenilmesi (Karahanoğulları, 2004) ve bu hizmetlerin temel bir yurttaşlık hakkı olarak sunulmasıdır. Bu anlamda, piyasa kurallarından, kar maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hesapları ve etkinlik oranından bağışıklık, genel bir yurttaşlık hakkı olarak sunuluyor olması, kamu otoritesinin hizmet tekeli altında bulunuyor olması, kamusal sağlık hizmetinin temel özellikleri arasında sayılabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin finansmanının piyasa fiyatlandırmasına karşı vergilendirme sistemiyle sağlayan kamu bütçesi sistemi ile gerçekleştirilmesi ve personel rejiminin kamu hizmetlerini halkın çıkarları doğrultusunda sürdürmeyi sağlayan yüksek korumalı, kadrolu memurluk sistemi üzerine oturması, sağlık hizmetinin kamusal niteliğinde belirleyici olacaktır (Ayman Güler, 2005: 15). Hemen fark edileceği gibi buraya kadar henüz herhangi bir hizmetin kamusal niteliğini tayin eden özelliklere yer verilmiştir. Kuşkusuz kamusal bir sağlık hizmeti, gerek üretimi gerekse de sunumu bakımından bu genel koşulları taşımak durumundadır. Ancak bu listenin sağlık olgusunun kendine özgü özellikleri içinden yeniden tanımlanması da gerekir. Yeniden tanımlamayı saf kavramsal bir işlem olarak değil de tarihsel referanslarla gerçekleştirmek daha uygun bir çözümleme stratejisi olacaktır.

Tıp tarihine yakından bir bakış, sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılmasının, bu hizmetlerin devlet tarafından oluşturulmuş büyük sağlık örgütleri eliyle, hekimlerin yanı sıra çok sayıda farklı mesleği de içeren bir işbölümü içinde sunulmasının ve sağlık hakkının bir yurttaşlık hakkı olarak kabul edilmesinin ancak son 100- 150 yıllık dönemde gerçekleştiğini göstermektedir.

Devletlerin toplumun sağlık sorunlarının ozumune yonelik ilgisi 16. Yuzyilda artmaya baslamisttir. Merkantalist doktrinin nufusun etkin kullanma yonundeki abasi, bu artan ilginin temel sebebidir. 17. yuzyilda hizlanan endustrileseme ve kentleseme, devletleri, ozellikle salgın hastalikların kontrol altına alınmasına ve isgucunun yeniden uretim maliyetlerini dusurerek etkinligin saglanmasına yoneltmisttir. Fransız İhtilali'yle sağlık bir yurttaşlık hakkı olarak kabul edilmiştir. Modern yurttaşlık kurumunun inşası, sağlık hakkının tanınmasını sağlasa da, 19. yuzyula kadar sağlığın korunması ve geliştirilmesine yonelik kamusal sağlık politikası adımları atılmamış, kamu sağlık kurumları oluşturulmamıştır. 18. Yuzyilda sayisi artmaya baslayan sağlık kurumları gonulluler veya vakıflarca oluşturulmuştur. Endustrileseme ve hizlı kentleseme kamu sağlığını korumaya yonelik tedbirleri ve kurumları zorunlu kılmaya baslamıştır. Diğer yandan teorik duzeyde, sağlık politikasının ulusal politikanın bir parçası olması gerektiği, sağlığın salt tıbbi değil aynı zamanda toplumsal bir olgu olduğu yonunde goruşler dile getirilmeye baslanmıştır. 1848 devrimleri ve devamında yukselen işçi hareketleri de devletlerin sosyal politika uygulamalarına ağırlık vermeleri ve sağlığı geliştirici adımlar atmalarında onemli rol oynamıştır.⁹ Orneğin, Bismarck'ın 1884 yılında Almanya'da hastalık sigortası ile Avrupa'da ilk olarak sosyal sigortacılığı baslatmasında işçi hareketi ve sosyalistleri i tehdit olarak gormesinin ve bu tehditi yok etme çabasının onemli bir etkisi olmuştur. Gelişen sendikal hareket, Alman Sosyal Demokrat Partisi'nin Reichstag'a 12 milletvekili sokacak bir guce ulasması, Bismarck'ı bir toplumsal uzlaşı sistemi olarak sosyal sigorta sistemini oluşturmaya yoneltmiştir. Greve giden işçilerin ucretlerin yukseltilmesi, çalışma surelerinin kisaltılması gibi taleplerini reddederken sosyal guvenlige yonelik yardım sandıklarını yasal bir temelde kurumsallaştırmayı tercih etmiştir. Söz konusu sosyal hareketler Almanya'da korporatist sosyal politikaların, Fransa'da ise solidarist sosyal politikaların yeşermesinde önculük etmiştir (Akkaya, 2006). Kamusal sağlık hizmeti sunumu ve sağlık sigortası da bu politikalar içinde yerini almış, tedricen gelişmiş ve yayılmıştır.

⁹ 1848 devrimlerinin ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesi yonunde bir diğer katkısı da sosyal hekimliğin ortaya çıkışıdır. Böylece ilk defa sağlıkla ekonomipolitik arasındaki ilişki kuruluyordu. Kolera gibi salgın hastalikların yaygınlaşması da, yoksullukla sağlık arasındaki ilişkinin kurulmasına yol açmış ve kamusal sağlık sisteminin oluşturulması gereksinimini doğurmuştur.

Kamusal sağlık örgütlenmelerinin görece erken oluşturulduğu Avrupa'da, devletin hekimleri tam zamanlı ve maaşlı olarak istihdam etmesi ancak 19. yüzyılda yaygınlaşmaya başlamıştır. 1875 Kamu Sağlığı Sözleşmesi ile İngiltere o dönemde Avrupa'nın en gelişmiş ulusal kamu sağlığı idaresini oluşturmuştur (Rosen, 1958, Porter, 1999). Böylece 19. Yüzyılda hekimlik tek başına uygulanan yarı kutsal meslek konumundan hastane çalışanı olmaya doğru evrilmeye başlamış, hekim eğitiminde, hekimliğin uygulamasında, tanı, tedavi yaklaşımında kamu organizasyonu ve denetimi rol oynamaya başlamıştır. 20. Yüzyılda, sağlık alanında birçok profesyonel meslek ile birlikte kadınlar için de hemşirelik bir meslek olarak ortaya çıkmıştır (Tarihçi- Delice, 2006). Kamusal sağlık hizmetleri ancak aynı yüzyılda kurumsal ve yaygın bir yapıya kavuşabilmiştir.

20. yüzyılda pek çok ülkede sağlık sosyal hak statüsüne kavuşmuş ve meta dışına çıkarılmıştır.¹⁸ Yüzyılda medeni haklarla başlayan, siyasi hakların kazanımıyla zenginleşen yurttaşlık kurumu, 20. Yüzyılda sosyal hakların da eklenmesiyle bugünkü modern içeriğine kavuşmuştur (Marshall ve Bottomore, 2006). 20. Yüzyılda sağlık hizmetine erişim sosyal yurttaşlığın temel bir göstergesi olurken, evrensel sağlık hizmeti sistemi de modern seçmenlerin beklentileri arasına girdi (Gabe vd., 2004: 243). Diğer yandan kapitalizmin kurumsallaştırılması sürecinde devletler, bir yandan topluma sunulan kamusal sağlık programlarını genişletirken, diğer yandan bir toplumsal uyum işlevi üstlenmesi karşılığında hekimlerin ayrıcalıklı ekonomik ve sosyal konumlarını desteklediler (Soyer, 2009: 142). İkinci Dünya Savaşı sonrası birikim rejimindeki değişimle, dünyanın pek çok yerinde farklı tiplerde Keynesyen refah politikalarının uygulamaya konması, kamusal sağlık hizmetleri, hemen her ülkede sosyal hak statüsüne taşınmış ve pek çok ülkede evrensel sağlık hizmeti modeli oluşturulmuştur. 1943 yılında yayınlanan Beveridge Raporu¹⁰, savaş sonrası dönemde sağlık ve sosyal politika alanında gelişen duyarlılığın önemli bir simgesidir. Raporda tüm yurttaşlara hizmet sağlayacak ulusal sağlık hizmetleri mekanizmasının gereği ve önemi ele alınmıştır. Raporda yer

¹⁰ <http://www.sochealth.co.uk/history/beveridge.htm>

alanlar, 1948 yılında İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri mekanizmasının oluşturulmasıyla büyük ölçüde hayata geçirilmiştir. Beveridge Modeli, merkezi ve genel bütçeden karşılanan yaygın sağlık hizmet sunumunun öncü bir örneği olması açısından önemlidir. İngiltere'nin ardından diğer gelişmiş Avrupa ülkeleri de benzer veya farklılaşan modellerle ve sistemlerle sağlığı meta ilişkileri dışına çıkarmışlardır. 20. Yüzyılın 3. Çeyreğinde çok sayıda Afrika ve Asya ülkesinde de hükümetler anti-kolonyal veya devrimci hareketlerin etkisiyle yükselen evrensel sağlık hizmetine erişim taleplerine yanıt vermek zorunda kalmış ve hızla kamusal sağlık hizmet ağlarını oluşturmaya koyulmuşlardır (Bloom vd., 2008: 2078). Bununla birlikte İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde devletin yeniden bölüşümcü politikalarla sınıfsal eşitsizlikleri düzeltici bir rol üstlendiği Keynesyen Refah Devleti modeli 1970'lerin ikinci yarısından itibaren ortadan kalkmaya başlamıştır.¹¹ Yeni dönemdeki devlet yapısı, farklı kuramcılar tarafından, Post- Fordist Refah devleti, Schumpeteriyen Çalışma Devleti, İşletmeciler Devleti gibi isimlerle adlandırılmıştır (Mooney ve Law, 2007: 25). Kimi kuramcılar, refah devletinin biçim değiştirdiğini, kimi ise tamamen ortadan kalktığını öne sürmüştür. Bu çalışmada başlı başına devlet tartışmaları konu edilmeyecektir. Kuşkusuz “refah rejiminin” ve “kapitalist devletin” dönüşümü tartışmaları, sağlık emek sürecindeki dönüşümün de ana bağlamını oluşturmaktadır. Tam da bu nedenle, müstakil bir tema olarak değil, sağlık emek sürecindeki dönüşüm bağlamında sözü edilen devlet tartışmalarına göndermeler yapılacaktır.

Yeni dönemde hâkim olan neo-liberal ilkeler etrafında kamu hizmetleri yeniden yapılandırılmaya başlamış, Keynesyen Refah devleti döneminde meta ilişkileri dışına çıkarılan diğer mal ve hizmetler gibi sağlık da hızla yeniden metalaştırılmaya çalışılmıştır. Böylece devlet, meta ilişkileri dışına çıkarma işlevini terk ederek, erken Kapitalizm dönemindeki gibi metalaştırıcı bir ajana dönüşmüştür (Cerny, 1990: 230). Bir yandan devletin rolü ve işlevleri, kamu çalışanları ve yurttaşların devlet ile ilişkileri yeniden

¹¹ Refah devleti modeli ve refah devletinin dönüşümüyle ilgili ayrıntılı tartışmalar için bkz. G. E. Andersen(1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press; I. Gough (1979) *The Political Economy of the Welfare State*, London, Mc Millen; C. Offe (1984), *The Contradictions of Welfare State*, Hutchinson, London; O'Connor, J. (1973), *The Fiscal Crisis of the State*, New York, St Martin's Press..

tanımlanmış, diğer yandan kamu yönetiminde paradigmatik bir değişiklik meydana gelmiştir. Böylece son dönemde “Yeni Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı, hâkim kamu yönetimi yaklaşımı haline gelmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin örgütlenme, sunum ve yönetiminde kamunun rolünü ve temel hizmet ilkelerini köklü bir değişime uğratmıştır. İlk kapsamlı uygulama alanını İngiltere’de bulan bu yeni anlayış, Dünya Bankası ve OECD gibi uluslararası kuruluşların bu yeni yaklaşımı kamu reformu takvimlerinin en başına yazmalarıyla birlikte, kısa zamanda dünyanın pek çok ülkesine yayılmıştır. Kamu kesimi harcamalarının sürdürülemez biçimde arttığı, kamunun hantal yapısı, kamu hizmetlerinin kalite ve etkinlikten uzak oluşu, vatandaşların taleplerine cevap veremeyişi gibi argümanlar, tüm ülkelerde değişim gereksinimine ilişkin en sık başvurulan argümanları oluşturmuştur.

“Yeni Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı, sağlık emek sürecinde üç dönüştürücü işleviyle dikkat çekmektedir. Öncelikle, performansı sağlamak üzere güçlü bir işletme işlevi ortaya çıkmıştır. Bu işlev, verimlilik ve etkililiği geliştirmek üzere, kamuda şirket işletme tekniklerinin kullanılmasını ve profesyonel işletmeci rollerin geliştirilmesini içerir. Böylece sağlık hizmeti üretim süreci, meta üretim sürecine benzer işletme ilkeleriyle yeniden kurulmaktadır. İkinci olarak örgütsel yapılarda, tek parça yapıların, ayrı bölümlere bölünmesini içeren değişiklikler göze çarpmaktadır. Böylece alışılmış kamusal hiyerarşide bir parçalanma ve çok sayıda yeni özerk sağlık kuruluşu ortaya çıkmaktadır (ör. aile hekimliği, bağımsızlaşan görüntüleme birimleri). Üçüncü temel işlev ise piyasa yönelimidir (Bach vd., 1999:8). Piyasa yönelimi, sağlık hizmet üretiminin kamusal ihtiyaçlardan ziyade, arz/ talep dengesine odaklanmasını ifade etmektedir. Bu yaklaşımın temel ön-kabulü, kamu ve özel sektörün aynı ilkeler etrafında örgütlenebileceği iddiasıdır. Sözü edilen ilkeler, kamu ve özel sektörü karakterize eden ilkelerin dışında tanımlanmış bir tür “üçüncü boyut ilkeleri” değildir; dolayısıyla da yukarıdaki ön-kabulün gerçekte söylediği, kamunun özel sektör ilkeleri etrafında örgütlenmesi gerektiği hususudur. Böyle olduğu içindir ki, kamu mekanizmalarının piyasa ile benzeştirilmesi, “yarı piyasa” mekanizmalarının oluşturulması konusu, bu yaklaşımın anahtar özelliğini bize verir (Dawson and Dargie, 2002: 35).

Özelleştirmeler, kısmi özelleştirmeler, kamu özel işbirliği ve taşeronlaştırma uygulamaları kamusal mal ve hizmet üretiminin örgütsel dönüşümündeki başlıca araçlardır. Yeni Kamu İşletmeciliği anlayışı ile tüm sistemin piyasa ilkelerine göre yeniden örgütlenmesi hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda, kaynakların etkin kullanım oranını saptamak amacıyla girdi ve çıktılarının hesaplanmasını sağlayan yeni muhasebe teknikleri kullanılmaya ve sıkı mali rejimler uygulanmaya başlamıştır. Kamu hizmetlerinin üretim ve dağıtımında otomasyon ve enformasyon teknolojilerinin payı artırılmıştır. Yurttaşlar, kişisel faydası için girdi talep eden girişimci-müşteriler olarak tanımlanmaya başlamış ve yurttaş haklarından tüketici haklarına doğru bir kayma meydana gelmiştir. Toplam kalite uygulamaları, performans yönetimi, hizmet sunum sürecini düzenleyen rehberler, bilgi sistemleri ile kamu çalışanları üzerindeki denetim de artmıştır. Geniş, çok fonksiyonlu bürokrasilerin yerini yalın, yatay ve bağımsız yapılar almaya başlamıştır. Kamu işletmeciliğinin ana başlıklarına, karar verme tarzlarına, hükümetler arası işbirliğine odaklanan uluslararası bir ajandanın geliştirilmesi ise, küresel düzeyde devletlerin yeniden yapılandırılmasına aracılık etmektedir (Hood, 1991; Pollit 1993; Clarke ve Newman, 1994). Hükümetlerin başarılarının meclisten geçen program sayısı ve bütçeye aktarılan para ile ölçüldüğü talebe dayalı yönetimden, başarının programların etkisiyle ölçüldüğü sonuca dayalı yönetime geçilmiştir. Diğer bir anlatımla, girdi odaklılıktan çıktı odaklılığa doğru bir kayma söz konusudur (Kettl, 1997: 449)

Aşağıdaki tabloda söz konusu yaklaşımın temel uygulamaları ve bu uygulamalara ilişkin öne sürülen gerekçeler özetlenmektedir. Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımı ile bürokrasi ve piyasa karışımı melez bir yapı oluşturulmuştur. Bu yeni yapıda uzmanlık bilgisi işletmecilik yeteneği ile yer değiştirmiştir. Kamu hizmetlerinde çalışan bazı uzmanlar (örneğin hekimler), yöneticilerin otoritesine potansiyel bir tehdit olarak algılanmakta ve özerklikleri sözleşmeler ve göstergelerle sınırlandırılmaktadır. Diğer yandan muhasebeciler ve insan kaynakları uzmanları, söz konusu sistem içinde yüceltilmektedir (Moony ve Law, 2007 :37).

Tablo: 1 Temel YKİ Uygulamaları ve Uygulamaların Gerekçeleri

YKİ UYGULAMASI	GEREKÇE
Kesin performans standart ve ölçütleri	Mali sorumluluk hedeflerin açıkça belirlenmesini gerektirir
Çıktı denetimine odaklanma	Süreç yerine çıktılara odaklanmak gerekmektedir
Birimlerin parçalanması	Böylece birimler daha yönetilebilir, taşeronlaştırma ve imtiyaz uygulamaları ile daha etkin bir hale gelecektir
Özel sektör tipi yönetim	Kamu hizmetlerinin etkin işlemesi için, kamu hizmet etiğinden uzaklaşarak işe alım ve ödüllendirmelerde esnekleşme ve halkla ilişkiler gibi özel sektör yönetim araçlarının kullanılması gerekmektedir
Hizmet sunucular arasında rekabet yoluyla maliyet denetimi	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetleri maliyetleri etkin bir biçimde denetleyemez ve azaltamaz
Kaynak kullanımında yüksek disiplin ve kısıtlama, emek maliyetlerini düşürme	Kamuda daha az kaynakla daha çok hizmet sağlanmalıdır
Rekabet ve Kalite uygulamaları	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetlerinde hizmet kalitesi etkin biçimde geliştirilemez
Hizmet standartlarının oluşturulması ve hizmet alan bireylerin bu standartlara uygun hizmet almalarını sağlayacak yönergelerin çıkartılması	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetleri, yurttaşların beklentilerine uygun standartlarda hizmet sunamaz
Kamu sendikalarının ve doktorlar, öğretmenler gibi profesyonel meslek gruplarının güçlerinin azaltılması	Sendika ve profesyonel örgütlerinin kamu hizmetlerinin sunumu ve düzenlenmesi üzerinde çok fazla etkisi ve gücü bulunmaktadır. Mükafatların azaltılması tehdidi, grev yasağı veya sınırlamaları, et,k kurallara başvurulması ve özelleştirilmenin genişletilmesi tehdidi ile bu gücün zayıflatılması sağlanabilir.
KAYNAK: Dawson and Dargie, 2002: 36; Hood, 1991:4	

Yeni Kamu İşletmeciliği modelinin politika uygulayıcıları tarafından artan oranda benimsenmesi ve uygulamaya sokulması Pollitt (1993:53) tarafından Neo-Taylorizm'in yükselişi olarak adlandırılmıştır. Pollitt'i takiben başka bazı yazarlar da modelin esin kaynaklarından birinin Neo-Taylorizm olduğunu dile getirmiş veya bu yönetim modeli Neo-Taylorist model olarak adlandırmıştır. Neo-Taylorizm, verimliliğin modern teknoloji kullanılarak artırılması, kaynak kullanımının izlenmesi, çalışanların bireysel çıktılarının denetlenmesi ve çalışanlara performansları karşılığında ücret verilmesine dayanır (Pollitt, 1993: 58).Taylorizm ve kamu yönetimi her zaman çalışma zamanının ölçülmesi ve belirlenmesi gibi pek çok ortak paydaya sahipti. Mooney ve Law (2007: 39) , Neo-Taylorist kaymanın uygulamada bu anlamda devrimci bir dönüşüm yaratmadığını belirtirler. Ancak bu yeni işbölümünün, mevcut örgütsel yapıyı, hizmetin işlevini, sosyo-teknolojik karmayı ve sendika direncini de hesaba katarak, eskisinden çok daha pragmatik

ve esnek biçimde yapılandırıldığına dikkat çekerler. Bu temel farklılaşmanın ayrıntılarına ileriki bölümde de yer verilecektir. Kamu hizmetlerinde söz edilen dönüşümlerin dört temel veçhesi¹² ve bunun kamusal sağlık hizmetlerine yansımaları aşağıda ele alınacaktır. İkinci bölümde sağlık emek sürecinde meydana gelen dönüşüm, bu dört ayaklı dönüşüm süreci üzerine oturtulacaktır.

1.2.1 Kamusal Alanının Kurumsal Yapısının Düzensizleştirilmesi Ve Kamusal Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması

Kamusal alanın kurumsal yapısının düzensizleştirilmesi, temelde devletin neo-liberal dönüşümüne karşılık gelmektedir (Clarke, 2006). Bu süreçte ortaya çıkan özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamaları ile devletin “düzenleyici devlet” konumuna çekilişi kamusal alanı dönüştürmüştür. Post-Sovyet devletlerden, geleneksel batılı refah devletlerine, Yeni Zelanda’dan Çin’e kadar çok sayıda devlet, gönüllü olarak veya maruz kaldıkları baskılar sonucu en azından bir takım neo-liberal politika ve uygulamaları hayata geçirmişlerdir. Neo-liberal teori, toplumsal yararın piyasa hareketlerinin alanının ve sıklığının maksimize edilmesi ile artırılacağı görüşüne dayanır ve tüm insan eylemlerini piyasanın etki alanına sokmaya çalışır (Harvey, 2007: 3). Önceden devlet tarafından işletilen tüm sektörlerin özel alana kaydırılması ve düzensizleştirilmesi ile tüm alanlarda rekabetin öne çıkarılması temel görünümüdür. Rekabetle birlikte özelleştirme ve kuralsızlaştırmanın aşırı bürokrasi ve kırtasiyeciliği önleyeceği, kaliteyi, verimlilik ve etkililiği artıracığı, maliyetleri azaltacağı ileri sürülmektedir. Neo-liberal devletin yeni kurumsal düzenlemelerle, küresel piyasadaki diğer devletlere karşı rekabetçi konumunu geliştirmesi gerektiği savunulur (Harvey, 2007: 65).

Kamunun yukarıda sözü edilen neo-liberal ilkeler etrafında yeniden örgütlenmesiyle, kamusal sağlık hizmetleri de dünyanın birçok yerinde uygulamaya konan reform paketleriyle yeniden yapılandırılmış ve yeniden metalaştırılmıştır. Kamu hizmetlerinde sözü edilen dönüşüm süreci ile birlikte, sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi iddiasıyla

¹² Bu dörtlü sınıflandırma Clark (2006)’nın sınıflandırmasıdır.

ölçülebilir ve planlı bir işletmeye, girdiler, çıktılar ve verimliliğe dayalı bir endüstriyel üretim sistemine dönüşmüştür. Böylece bu hizmetler, giderek kamusal özelliğini kaybetmeye başlamıştır (Hart, 2004: 245). Böylece, sağlık hizmetleri devletler tarafından toplumun sağlığını ve gücünü artırmak için değil, potansiyel tüketicilerin taleplerini karşılayabilmek için sunulur hale gelmiştir (Pickstone, 2000:16'dan *aktaran* Harrison, 2002:477). Hizmetlerin birey odaklı hale gelmesi, sağlık ile toplum arasındaki bağı tamamen kopararak, sağlık ve hastalık kavramlarını tümüyle bireyselleştirmiştir. Hasta olmanın, riskli yaşam tarzına sahip olan bireylerin kendi hatalarından kaynaklandığına ilişkin bakış açısı geliştirilmiştir. 20. Yüzyıl ortalarında devletin rolü toplumu piyasadan korumak olarak tanımlanırken, neo-liberal yaklaşımla, bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olduğu bir yaklaşım egemen kılınmıştır. Böylece epidemiyolojik yaklaşımın odağı, giderek toplumsal gerekçelerden, bireysel risk ve faktörlere kaymıştır (White, 2002: 53-77).

Sağlığın metalaşması ile sağlık hizmetlerinin ortak yarar, yani tüm toplumun “fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik halinde olmasını¹³” sağlama amacıyla üretilmesi ve sunulması yerine kar maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hedeflerine göre örgütlenmiş ticari amaçlarla üretilmeye başlanması ifade edilmektedir. Meta, temel olarak ürünlerin, üretimin değişim amacıyla örgütlenmesinde aldığı biçimdir (Bottomore, 2002: 403). Her metanın bir fiyatı vardır. Mübadele edilebilirler ve değerleri gerçek değil araçsaldır. Meta dışı nesnelere değerleri gerçek veya semboliktir, oysa bir meta tüketicinin arzularını tatmin etmesine veya kimliğinin bir yönünü vurgulamasına aracılık eder (Kaveny, 1999: 210-211).

Sağlığın metalaştırılması ile birlikte, yurttaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kamusal sağlık hizmetleri, giderek tüketicilerin arzularını tatmin etmeye odaklanmaya başlamışlardır. Sağlık hizmetlerinin pazarlama ve reklam kampanyalarının odak noktası haline gelmesi ile medikal yan ürünler ve destekleyici hizmetler ticarileşmiştir (Rikowski, 2002). Mackintosh (2003: 4) sağlık hizmetlerinin ticarileşmesini, sağlık hizmetlerinin karşılığını ödeyebilen kişilere piyasa ilişkileri içinde sunulması, bu hizmetlerin üretiminin

13 Dünya Sağlık Örgütü'nün Almaata Bildirgesi'nde yer verdiği sağlık tanımıdır.

ve sağlık yatırımlarının gelir veya kar elde etme amacıyla gerçekleştirilmesi ve sağlık hizmet finansmanının artan oranda bireysel ödeme veya özel sigortalar eliyle gerçekleştirilmesiyle açıklamaktadır. Böylece kamusal sağlık hizmeti bir değer yaratma sürecine dönüşmektedir. Sağlık alışanları da değer yaratan ve kar sağlayan emek gücüne dönüşmekte ve sağlık emek gücü metalaşmaktadır (Rikowski, 2002). 1980'lerden itibaren kamu kurumlarının kâr yaratmak üzere doğrudan veya dolaylı olarak devralınmasını içeren zelleştirme süreci, sağlık hizmetlerinin parçalanarak alt işverenlere verilmesi yoluyla kısmi biçimde gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde çoğunlukla doğrudan özelleştirmeler yerine piyasalaştırma uygulamaları yaygındır. Bir mal veya hizmetin satıcılar ve alıcılar arasında değiş tokuş edilmesi durumunda piyasa oluşur. Sağlık sistemi tek bir piyasadan oluşmaz, tedarik hizmetleri, tıbbi bakım ve tıbbi araçları içeren (sağlık profesyonelleri, ilaçlar, tıbbi ekipman gibi) alt piyasalardan oluşur (Hsiao, 1994'ten aktaran Kumaranayake ve Lake, 2002: 79). Kamu hizmetlerinin dönüşümüne ilişkin yazında piyasalaşma çoğunlukla piyasa benzeri mekanizmaların oluşturulmasını ve kamusal olanla piyasaya ait olan arasındaki ayrımın silikleşmesini ifade etmek üzere kullanılır. Konumuz açısından kamusal sağlık hizmetlerinin piyasa ilkeleriyle örgütlenmesi ve sunumunu ifade eder.

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen yaygın zelleştirme/piyasalaştırma biçimleri şu şekilde özetlenebilir:

- a) Doğrudan özelleştirmeler: sağlık kurumları mülkiyetinin kamudan özele geçmesi olarak açıklayabileceğimiz bu zelleştirme biçimi, sağlık hizmetlerinde en az başvurulan zelleştirme biçimidir.
- b) Hizmet alımı ve alt işverenlik sözleşmeleriyle kısmi zelleştirme: Hizmet alımı, taşeronlaştırma ve benzeri uygulamalarla kamu ve özel sektör arasındaki ayrım bulanıklaştırılmaktadır (Clark, 2006). Öncelikle destek hizmetlerinde başlayan bu uygulamalar artık tüm dünyada başlıca tıbbi hizmetleri de içerecek biçimde genişlemiştir. Ülkemizde hizmet alımı sözleşmelerinin geniş uygulama örnekleri nc bölümde ele alınacak ve bunun sağlık emek sürecine uygulamadaki yansımaları dördüncü bölümde görüntüleme hizmetleri örneğinde anlatılacaktır.

- c) Özel sağlık sigortası fonlarının artırılması, kamusal sağlık sigortalarının kapsamının daraltılması (örneğin diş tedavilerinin kapsadan çıkartılması), cepten ödemelerin ve ek ödemelerin artırılması, özel bireysel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, kamu ile özel arasındaki sınırları eriten diğer uygulamalardır (Holden, 2005; Herman, 2010). Ülkemizde de hastanelerin SGK çatısı altında birleştirilerek finansmanla hizmet sunumunun ayrılması ve Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya konması ile söz konusu adımlar atılmıştır.
- d) “Özerkleştirme yoluyla özelleştirme” bir diğer yöntemdir. Örneğin İngiltere’de hastaneler ve bazı toplum sağlığı merkezleri yarı özerk vakıflar olarak yeniden örgütlenmişlerdir. Bu vakıflar artık yıllık sabit bütçelere sahip değillerdir. Onun yerine Sağlık Bakanlığı adına hareket eden satın alma kuruluşlarından ihale kazanmaları beklenmektedir. Böylece hastaneler artık Sağlık Bakanlığı’na karşı değil, yeni kurulan sağlık piyasası düzenleme kurumuna karşı sorumludurlar. Ticari şubeler kurarak, özel şirketlerle ticari ilişkilere girerek veya finansal piyasadan fon sağlayarak gelir elde etmeleri yasal hale gelmiştir. Hastane departmanları, her bir işlem başına ücret alan ayrı mali birimler haline gelmiştir. Bu da, toplumun sağlık ihtiyaçları için hangi birimlerin daha önemli olduğuna bakılmaksızın hastanenin daha çok kazanç elde eden birimlerine daha çok yatırım yapılması sonucunu doğurmuştur. Beveridge tipi diğer sağlık sistemlerinde de benzeri değişimler olmuştur. Örneğin İsveç’te hastaneler özerkliğe kavuşmuş ve kamusal limited şirketler haline gelmişlerdir. Çalışmamın 3. Bölümünde ele alacağım benzeri gelişmeler ülkemizde de gerçekleşmektedir. Koşuyolu ve Yüksek İhtisas Hastaneleri 3359 sayılı yasaya dayandırılarak işletme haline getirilmiştir. Gündemde olan Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı’nın yürürlüğe girmesi durumunda, hastanelerin özerkleştirilmesi yoluyla İngiltere örneğine benzer bir özelleştirme tamamlanmış olacaktır.
- e) Yaygın olan bir başka özelleştirme eğilimi de Kamu Özel Ortaklığıdır. Örneğin Avusturya’da çok sayıda kamu hastanesi, özel hastanelerle işbirliğine gitmektedir. (Herman,2010:130-140). Türkiye’de de bu ortaklık Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı eliyle yürütölmektedir. Ankara Bilkent ve Etlık’te, Kayseri’de, Konya’da, Elazığ’da, Mersin’de, Yozgat’ta ve Gaziantep’te özel

sektöre kiralama karşılığı sağlık tesisleri yaptırılmaktadır.¹⁴ Aynı zamanda tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların özel sektöre işletilmesi karşılığında tesislerin yenilenmesi de söz konusu olabilmektedir.

Kamusal sağlık hizmetlerindeki bu özelleştirme süreci Marx'ın Kapital'in birinci cildinde anlattığı türden bir ilkel birikim olgusunu anımsatmaktadır. Marx (2004: 677), 15 ve 16. Yüzyılda halkın zorla mülksüzleştirilmesi, kilise mallarının yağmalanması, başta tarımsal üreticiler ve köylüler gelmek üzere büyük insan yığınlarının geçim araçlarından kopartılarak emek pazarına fırlatılması ile kapitalist birikimin çıkış noktası için gerekli sermaye birikimi ve metalaşmış emek gücü kitlesinin ortaya çıkışını, ilkel birikim olarak adlandırır. Harvey (2005: 169), Marx'ın ilkel birikim olarak adlandırdığı bu sürecin artarak devam ettiğini öne sürer. Toprağın metalaştırılması ve özelleştirilmesi, halkın topraksızlaştırılması; kolektif/ kamusal mülkiyet haklarının özel mülkiyete dönüştürülmesi; emek gücünün metalaştırılması; (doğal) varlıklara el konulması, patent ve fikri mülkiyet haklarından rant elde edilmesi, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi gibi yollarla küresel kapitalist birikimi artırmaya hizmet eden mevcut süreci "mülksüzleştirme yoluyla birikim" olarak adlandırır. Özelleştirmelerin, sermayeye yeni yatırım alanları açmanın bir yolu olduğunu ortaya koyar. Emeği ve doğayı korumak üzere gerçekleştirilmiş yasal düzenlemelerin önemli bölümü ortadan kaldırılmış, uzun sınıf mücadeleleriyle elde edilmiş toplumsal kazanımlar (sosyal refah uygulamaları) yerle bir edilmiştir.

Yukarıda Harvey (2005)'ten aktararak özetlemeye çalıştığım özelleştirmelerin sosyal haklara yönelik bir saldırı niteliği taşıdığına ilişkin görüşlerin karşısında, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve metalaştırılmasının sağlık hizmetlerini verimli ve kaliteli biçimde sunmanın gerekliliği olduğu yönünde çok sayıda argüman yer almakta, tüm dünyada çeşitli özelleştirme biçimlerine dayandırılan reform paketleri de benzeri savlarla uygulamaya konmaktadır. Bu çalışmada sağlığın meta işlevi göremeyeceği, özelleştirmelerin gerek toplum sağlığı gerek sağlık çalışanları açısından olumsuz sonuçları

¹⁴ <http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7>

bulunduğu önkabulüyle yola çıkılmaktadır. Bu nedenle metalaştırmanın etkinlik ve verimlilik sağlayıp sağlamayacağına ilişkin temel neo-liberal argümanlar ve karşı argümanlara kısaca yer vermek, sağlıkta metalaşma sürecinin temel anlamını ortaya koymak açısından faydalı olacaktır.

En yaygın öne sürülen argüman özelleştirme ile verimlilik ve etkinliğin artırılacağıdır. Gerçekten de kamu sağlık kurumlarındaki bürokratik işleyiş ve statükoya dayalı yapı, yenileşmenin gerçekleştirilmesini engelleyebilmekte, işleyişi yavaşlatabilmekte, yurttaşların sağlık hizmetlerine kolay ve hızlı erişimini önleyebilmektedir. Bununla birlikte, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi veya özel sektör ilkeleriyle örgütlenmesinin etkinlik ve verimlilik sağlayacağına ilişkin önerme de, hizmetin “kamusal” niteliği göz önünde bulundurulduğunda geçersizdir. Özel bir kuruluşun etkin ve verimli işleyip işlemediği, önceden belirlenmiş hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediği ve sabit (veya daha az) girdiyle kârlılığın veya ekonomik büyümenin sağlanıp sağlanamadığı gibi sorularla ilişkilidir. Kâra dayalı işletmelerde açık hedefler koymak ve verimliliği ölçmek çok kolaydır. Bununla birlikte kamusal sağlık hizmetlerinde kârın yükseltilmesi değil, toplumun tüm kesimlerinin sağlığa erişimi, toplumsal sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi gibi farklı hedefler söz konusu olmaktadır. Marjinal grupların veya ulaşımın zor olduğu coğrafi bölgelerde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişebilmesi için yatırım yapmak, özel bir işletmenin etkinlik ve verimlilik kriterleriyle örtüşmemektedir. Dolayısıyla kamusal sağlık hizmetleri için verimlilik kriteri, mümkün olan en az maliyetle tüm toplumu kapsayabilmesi, hastalıklardan koruyabilmesi ve tüm toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmasını sağlamasıdır (Barker, 1996). Sağlık hizmet sunumunun piyasa ilkeleriyle yerine getirilmeye başlanması, kar getirmeyen koruyucu hekimlik uygulamaları, araştırma, tedavi ve eğitim alanlarına yatırım yapılmamasıyla sonuçlanacaktır. Toplum sağlığını korumaya dönük harcamalar yerlerini giderek bireysel ihtiyaçlara dönük, yüksek kar getiren ticari yatırımlara bırakacaktır. Günümüzde yaygınlaşan, estetik, kilo verme, kanser tedavi merkezleri, ağrı merkezleri gibi paket tıbbi hizmetler sunan merkezler bunlara örnektir (Stoeckle, 2000: 142). Diğer yandan kan ve organ gibi vücut parçalarının artan düzeyde ticarete konu olması, sıkça tartışılan etik risklerden biridir (Pellegrino, 1999).

Sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki gibi kamu /özel karması içinde sunulduğu ülkelerde, genellikle özel sektörün en kârlı alanlarda faaliyet göstermesi, belirli coğrafi bölgelerde yoğunlaşması ve en yüksek maliyetli/ en düşük getirili sağlık hizmetlerinin kamuya terk edilmesi söz konusudur. Sonuçta kamu özel sektör karşılaştırması yapılarak, kamusal sağlık hizmetlerinin verimsizliği gündeme getirilebilmektedir. Diğer yandan özel sektör kaynaklarının geliştirilmesinin, kamudan özele kaynak aktararak, destek ve teşvikler sağlayarak gerçekleştirildiği unutulmamalıdır. Örneğin kamu hastanelerindeki özel yataklar devlet desteği almakta, özel sağlık sigortaları vergi teşvikleriyle desteklenmektedir. Başka bir örnek ise sağlık personeli istihdamıdır. Kamu eğitim kurumlarında yetiştirilen ve kamu hastanelerinde hizmet veren hekimler, görece olarak daha yüksek ücretler karşılığında özel sağlık kuruluşlarına geçiş yapmaktadır (Barker, 1996: 155).

Sağlığın piyasaya devredilmesinin demokrasi ve katılımcılık sağlayacağı, özelleştirme yanlılarının öne sürdüğü bir diğer argümandır. Bu argümanın temel dayanağı, özelleştirme yoluyla hastalara, çok sayıdaki hizmet sağlayıcı arasından seçme şansı sağlayacağı, artan rekabet ortamında hastaların pazarlık gücünün de artacağıdır. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin adem-i merkezilemesiyle yerel düzeyde bilgiye erişim ve katılım olanaklarının da artırılacağı öne sürülmektedir. Bu argüman nüfusun önemli bölümünün sağlık ihtiyaçlarını finanse edecek ekonomik güçten ve/veya sağlık sigortası olanaklarından yoksun olması yani seçim sürecinin en baştan dışında kalması nedeniyle dayanaksızdır (Barker, 1996). Diğer yandan sağlık alanı tüketicilerin seçimine bırakılamayacak bir alandır. Anaakım iktisadi yaklaşımı oluşturan neo-klasik teoride, piyasada değişimin her iki tarafının eşit güç ve eşit enformasyona erişim olanakları olan bağımsız ajanlar olduğu varsayılır. Oysa sağlık alanında tüketicilerin kendi ihtiyaç duydukları mal ve hizmet sepetini seçmeleri mümkün değildir. Sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın belirlenmesi ve seçimlerin yapılması uzmanlık bilgisi gerektirmektedir. Ayrıca insan yaşamının söz konusu olduğu bir alanda, bütçe kısıtı veya tüketicinin tercihini gözetilen bir seçim yapılması, ağır bedeller ödenmesine yol açabilmektedir. Bir hastaya kanser tedavisi için söz konusu alternatiflerden yalnızca birini ödeyebileceği bir durumda, kemoterapi mi yoksa radyoterapi mi tercih edersiniz diye sormak anlamsız ve etik dışıdır.

Aynı biçimde immünolojik tetkik mi yoksa MR mı tercih ettiğini sormak da yararsızdır. Ancak sağlık personelinin bilinçlendirici çalışmaları veya teşhisi sonucunda kişi ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine yönelebilir (Campos ve Albuquerque, 2005).

Diğer yandan tüketici talepleri tarafından yönlendirilen sağlık hizmeti harcamaları, devlet bütçesi için ağır bir yük anlamına gelecektir. Talebi azaltmaya dönük katkı payı ödemesi gibi önlemler ise toplumun önemli bölümünü hizmetten yoksun bırakacaktır. Fakat sağlık hizmetleri talebinin, herhangi bir metaya olan talep gibi belirlenmesi, azaltılması veya artırılması insan hayatını tehlikeye atan sonuçlar yaratacaktır (Kaveny, 1999; Callahan, 1999; Oral, 2002).

Sağlığın özelleştirilmesinin standartların geliştirilmesi ve kalitenin yükseltilmesini sağlayacağı bir diğer argümandır. Nitekim Türkiye’de sağlıkta dönüşüm adı altında gerçekleştirilen sağlık reformları da benzeri gerekçelerle savunulmaktadır. Rekabetin düşük hizmet kalitesini önleyeceği öne sürülmektedir. Bununla birlikte iyi otelcilik hizmetleri, hastanın yatış süresi boyunca başucunda sürekli erişilebilir hemşirelik hizmeti ve sıra beklemeden hizmet alma olanaklarıyla, halkı cezbetmek kolaydır. Ancak sağlığın kalitesinin salt kolay erişim ve iyi otelcilik hizmetleriyle ölçülmesi elbette doğru değildir (Barker, 1996: 162)

1.2.2.. Kamu Hizmetlerinde Mesleki Dönüşüm Ve Sağlık Emek Sürecinde Meydana Gelen Temel Değişiklikler

Kamunun örgütsel ve yönetsel dönüşümü ile birlikte kamu emek süreci de dönüşmüş ve meta üretim süreci ile benzeşmiştir. Kamu çalışanları, özellikle de kamuda istihdam edilen profesyoneller açısından ise önemli bir mesleki dönüşüm söz konusu olmuştur. Kamu hizmetlerinin “piyasa benzeri” (quasi market) örgütlenme biçimi, bu hizmetlerin emek sürecinin de piyasa ilke ve ihtiyaçları etrafında yeniden örgütlenmesine yol açmıştır. Bu süreçte kamusal sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan uygulamalar çalışmanın odak noktasını oluşturmaktadır ve ileriki bölümlerde etraflıca ele alınacaktır. Bununla birlikte kamusal sağlık emek sürecinin dönüşümüne ilişkin yazındaki ana tartışma başlıklarını bu bölümde ele almakta ve gelecek bölümlerde tartışmayı derinleştirerek Türkiye örneğinde çalışmanın savlarını geliştirmekte fayda görülmüştür. Sağlık emek sürecine ilişkin yazında en çok yer

kaplayan başlık hekimlerin proleterleşmesi veya hekim özerkliğinin ortadan kalkmasıdır. Az sayıda çalışma ise sağlık hizmet üretiminin dönüşümü ile meydana gelen yönetsel ve örgütsel değişikliklere yer vermişlerdir. Sağlık emek süreci üzerine yazan kuramcılar, sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşümü, 19. Yüzyıl sonu, 20. Yüzyıl başında endüstriyel üretimde meydana gelen değişikliklere benzetmekte ve emek süreci çözümlenmelerini de endüstriyel üretim ve sağlık hizmet üretimi arasında bir analogi kurarak gerçekleştirmektedirler. Gerçekten de tam bir benzerlik söz konusu olmasa da, bugün sağlık emek süreci için gündeme gelmiş olan metalaşma, teknolojinin gelişimi, vasıfsızlaşma, proleterleşme, denetim artışı, yeni yönetim ve denetim tekniklerinin ortaya çıkışı gibi başlıklar, sanayi devriminden 1970'lerin son çeyreğine kadar endüstriyel üretim alanındaki dönüşümün can alıcı yansımaları olarak ele alınmış ve irdelenmiştir.

Himmelstein ve Woolhandler (1990: 14) sağlık hizmetlerinin geçirdiği dönüşümü küçük ev sanayinden kârlı ve büyük bir işletmeye geçişe benzetirler. Küçük üreticiler (doktorlar) ilk olarak atölyelerde (hastanelerde) bir araya gelirler. Teknik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin sunumu için vazgeçilmez olan sabit sermayeye erişime olanak sağlar (binalar ve makineler) ve sağlık hizmetlerinin denetimini elinde bulunduranların güçlerini pekiştirir. Sermaye birikiminin artışıyla, sağlık kurumlarının denetimi kamu elinden özel ellere geçer. Rastegar (2004) 20. Yüzyıl başına kadar genel tıp bilgisiyle çok sayıda tıbbi problemi çözebilen genel pratisyenin, tıbbın disiplinlere bölünmesiyle artan işbölümü ve aşırı uzmanlaşma süreci ile endüstriyel üretimin Taylorist ilkelere göre örgütlenmesi süreci arasında benzerlik kurar. İşin en küçük bölümlerine ayrılarak, verimliliğe odaklanılmasının işi değersizleştirilmesi ve işçileri yabancılaştırması gibi, bugün tıptaki aşırı uzmanlaşma ve verimlilik hesapları da profesyonelizmi tehdit etmekte ve sağlık çalışanlarını yabancılaştırmaktadır. Diğer yazarlar da aynı benzerliklerden yola çıkarlar. Örneğin Harrison (2002), İngiltere'deki sağlık emek sürecinin dönüşümünü eleştirir ve sağlık hizmetlerinin bugünkü durumunu "bilimsel bürokratik tıp" olarak adlandırır.

Gabe ve arkadaşlarının (2004), İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetlerinde (NHS) meydana gelen dönüşüm için kaydettikleri, pek çok ülkede sağlık emek sürecindeki dönüşümün ana hatlarını oluşturmaktadır. 1989 yılında Muhafazakâr Hükümet, bir Beyaz Kâğıt çıkartarak,

güç dengesinde daha çok işletmecilerin ağır bastığı bir düzenleme getirmiştir. Aynı zamanda işletmeciliğin gelişimine paralel olarak çok sayıda yeni teknik geliştirilmiştir. Kalite ve performans göstergeleri, enformasyon teknolojisindeki gelişmeler sayesinde, işin içeriği, etkinliği, kaynak kullanımı ve kalite standartlarının belirlenmesini olanaklı kılmıştır. Bunun ardından İşçi Partisi Hükümeti döneminde “klinik yönetim” adı altında, başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerini denetleyen, klinik özerkliğe karşı yöneticilere daha çok güç veren bir mekanizma oluşturulmuştur. Profesyonel yöneticiler, hem klinik performanstan, hem de finansal performanstan sorumlu hale gelmişlerdir (Gabe vd., 2004: 214). Harrison (2002) bu gelişmelerin emek sürecine yansımalarını şöyle özetlemektedir. Öncelikle, klinik yönetim, geçerliliği kanıt hiyerarşisine dayalı açık ilkeler tarafından tanımlanan dışsal bilgilerin sorgulanmasına ve birikimine dayanmaktadır. İkinci olarak, bu politika, meşruiyetini hesaplanabilir rasyonaliteden almaktadır. Bu politikaya göre tıp, geleneksel profesyonel otoritesi tarafından değil, klinik yönetim yoluyla denetlenmektedir. Üçüncü olarak, yönergeler ve ulusal performans çerçevesine dayanarak standardizasyon sağlanmıştır. Yönergelerde bir sağlık hizmetinin, anamnezden tetkik ve tedavi sürecine kadar bütün basamakları tanımlanmış ve hekimlere çok az hareket alanı bırakılmıştır. Dördüncü olarak, klinik yönetim, farklılaşma ilkesiyle desteklenmektedir. Klinik yönergeler, tanı ve tedavi yollarını belirleyerek hastalar arasındaki ayrımı resmileştirmektedir. Son olarak, klinik yönetim, hekimlerin tüm eylemlerinin gözlendiğini veya gözlenmiyorsa da ilkesel olarak gözetlenebilir olduğunu bildikleri panoptikonik bir rejim tasarısıdır. Harrison, bu klinik yönetim mekanizmasını, artan uzmanlaşma, standardizasyon ve denetimin merkezileşmesi gibi özellikleri nedeniyle Fordist emek sürecine benzetmekte ve klinik seçimlerin hekimlere bırakıldığı önceki sağlık emek sürecinden bir kopuş olarak değerlendirmektedir. Bununla birlikte NHS'nin Fordist ve Post-Fordist gelişmelerin bir karışımını sergilediğini de ileri sürmektedir. Berg de (1997: 1083), bilimsel bürokratik tıbbın Fordizmin her şeyi yapmanın bir en iyi yolu vardır ilkesi üzerine oturduğunu söyler. Bu yeni anlayışta, her klinik problemin tek bir basit cevabı vardır (Harrison, 2002).

Sağlık hizmetlerinin bürokratikleşmesi yalnızca Harrison tarafından ortaya konmuş bir önerme değildir. Örneğin Scarpaci (1990: 363), sağlık hizmetlerinde meydana gelen bu

dönüşümü “kar amaçlı bürokrasi” olarak adlandırır. Sağlık hizmetlerinin bürokratikleşmesini ise hekimlerin üretim araçları üzerindeki denetimi kaybettikleri bir tarihsel süreç olarak tanımlar. Sağlık hizmetleri sistemleri ve hekim özerkliğindeki dönüşümü belirleyen, etnik ve sınıfsal çıkarlar, medikal teknolojideki değişim ve sağlık hizmetlerinin bürokratikleşmesi gibi sosyo-ekonomik güçlerin bir bileşkesidir. Bürokratikleşme bir yandan işletmenin merkezileşmesi, ölçek ekonomileri ve rasyonelleşme sağlarken, diğer yandan da medikal teknolojinin gelişmesini sağlar; bu ise kendi hesabına çalışan hekimlerle küçük kliniklerin rekabet şansını yok ederek kapitalist genişlemeye hizmet eder (Scarpaci, 1990: 363).

Yukarıda ele alındığı gibi sağlık hizmet üretiminin pazar dinamiklerine göbekten bağlı hale gelmesi, hastanelerin işletme ilkeleriyle ve artan oranda profesyonel işletmeciler tarafından yönetilmesi, yeni göstergeler ve kalite standartları geliştirilmesi, kaçakları önlemek amacıyla tüm işlemlerin kayıt altına alınması gibi uygulamalar Scarpaci (1990) ve Harrison (2002) tarafından bürokratikleşme eğilimi olarak değerlendirilmektedir.

Dönüşüm sürecinin “bürokratikleşme” kavramıyla tanımlanması yaygın kabul görmeye başladığı için, bu konu üzerinde derinleşmek gerekecektir. Bu maksatla Max Weber’e ve onun ünlü bürokrasi tipolojisindeki temel özelliklere bakılabilir:

- a) Kurallarla düzenlenmiş belirli bir resmi yetki alanları ilkesi geçerlidir. Yani resmi görevler ve bu görevlerin yerine getirilmesi için emirleri verme yetkisi dengeli biçimde dağıtılmıştır. Bu görevlerin sürekli ve düzenli yürütülmesi ve yetkilerin kullanılması için yalnızca genel kurlarla bağlanmış nitelikleri taşıyan kişiler istihdam edilmiştir.
- b) Görev hiyerarşisi ilkelerine göre küçük görevlilerin yüksek görevlilerce denetlenmesini sağlayan iyice belirlenmiş bir ast üst ilişkisi vardır.
- c) Çağdaş bürokrasinin ilk biçimleri saklanan yazılı belgelere (dosyalara) dayanır.
- d) Daire ya da büro iyice geliştikten sonra, resmi faaliyet, görevlinin tüm çalışma kapasitesini kullanmasını gerektirir. (Weber, 2006: 290-293).

İşyeri yönetimi, belli bir istikrarı ve kapsamı olan, öğrenilebilir genel kurallara bağlıdır (Weber, 2006: 290). Weber, bürokrasinin kapitalizme uygun özgül niteliğinin, resmi işlerin irrasyonel ve duygusal öğelerinden arındıkça ve insanlıktan uzaklaştıkça aslına daha çok yaklaşmakta olduğunu ileri sürer. Weber'e (2006:309) göre, bürokratizasyon, yönetsel işlevlerin salt nesnel gerekçelere göre uzmanlaştırılmasına olanak sağlar. Her görev, uzmanlık eğitimi görmüş memurlara verilir. "İşin nesnel biçimde yürütülmesi, her şeyden önce hesaplanabilir kurallara göre ve kişilere göre değişmeyen bir biçimde yürütülmesi demektir" (Weber, 2006: 310). Kuşkusuz sağlık hizmetlerindeki dönüşümü bürokratizasyonla açıklayan yazarlar için, temel gerekçelerden biri bu hesaplanabilirliğin yeni sağlık hizmetleri yönetim modelindeki önemi, diğeri ise her şeyin kayıt altına alınmaya başlanmasıdır. Bununla birlikte bu özellikler, sağlık hizmetlerinin bürokratikleştiğini söylemek için yeterli midir? Kanımca sağlık hizmetlerinde meydana gelen bu dönüşümü bürokratikleşmeden ziyade işletmeleşme olarak adlandırmak daha doğrudur. Çalışmanın ikinci bölümünde bu değişimin nasıl adlandırılacağı konusu, emek süreci yazınına da müracaat edilerek irdelenmeye çalışılacaktır.

Nitekim Gebe ve arkadaşları (2004: 204-207) da Harrison'ın aksine sağlık hizmetlerindeki bürokratik yapıların eriyerek, yeni esnek yapılanmalar ortaya çıktığını ileri sürmektedirler. Dijital teknolojiler ve tele-tıp gibi yeni sağlık hizmeti biçimlerine dikkat çeken Gebe ve arkadaşları sağlıkta yeni örgütsel modeller ortaya çıktığını savunmaktadırlar.

Sağlık emek sürecine ilişkin tartışmalar içinde 1970'lerden itibaren en çok öne çıkan tema ise hekimlerin proleterleşmesidir. Bu alandaki öncü çalışmalarıyla tanınan McKinlay ve Arches(1985:161), proleterleşmeyi bir mesleki kategorinin, alana ilişkin imtiyazlar, içerik ve görevlerin zarureti üzerindeki denetimini kaybetmesi ve ileri kapitalizmin üretim gereklerine boyun eğmesi olarak tanımlamaktadırlar. Alanda onları izleyen diğer çalışmalar da, hekimlerin proleterleşmesini sınıfsal dönüşümden çok denetimsel bir dönüşüm olarak kavramsallaştırmışlardır. Bu nedenle çoğunlukla hekimlerin proleterleşmesine eşlik eden diğer kavram mesleki özerkliğin zayıflaması veya yitimidir. Haug (1977), hekimlerin mesleki statü, güven ve özerkliklerini kaybetmelerinin teknolojik gelişimle hekimlik tekelinin aşınmasına, bilgiye erişimin artışıyla hekimlik bilgisinin halkın gözünde gizemli olmaktan çıkmasına ve artan tıbbi uzmanlaşmaya bağlamaktadır.

Aşırı uzmanlaşma sonucunda, hastalar yalnızca miyopiye yönelik olarak lazer operasyonu yapan bir cerrahla veya yalnızca kozmetik cerrahi yapan bir cerrahla karşılaşabilmektedirler (Hopkins vd. 1995: 365). Hekimlik mesleğindeki bu aşınma; mesleğe giriş kriterlerinin, eğitim-öğretim içeriğinin ve üretim araçlarının değişmesinde de kendisini açıkça göstermektedir. Örneğin işgücüne giren hekim sayısı giderek artmaktadır ve tıp fakülteleri giderek herkese açık hale gelmektedir (Scarpaci, 1990: 364). Sağlık hizmetinin verildiği binalar ve teknolojik araçlar artık genellikle hekimlere ait değil, şirketlere aittir (Wolinsky, 1988: 39). Buna rağmen meslekler sosyolojisinin önde gelen isimlerinden Friedson (1984), hekimlerin meslekleri üzerindeki bireysel denetimlerinin azalmasına karşın hekimliğin mesleki otoritesinin sürdüğünü öne sürmüştür. Yazında, hekimlerin profesyonel özerkliklerini kaybetmeleri ve vasıfsızlaşmaları yönündeki tezler çoğunlukta, hemşireler için tam aksine profesyonelleşme ve vasıflaşma tezlerinin yer tutması dikkat çekicidir. Kimi durumlarda bazı hekimlik vasıflarının hemşirelere geçtiğinden de söz edilmektedir.

İkinci bölümde sağlık emek sürecindeki dönüşümün ayrıntılı analizi yapılırken proleterleşme, vasıfsızlaşma ve vasıflaşma tartışmaları da ayrıntılı biçimde ele alınacaktır. Sağlık emek süreci ele alınırken, sağlık hizmetlerinin bir bölümünün kamu eliyle, bir bölümünün özel sektör eliyle yerine getirildiği ve kamu emek sürecinin meta üretim sürecinden bazı yönleriyle farklılaştığı çoğunlukla göz ardı edilmiştir. Aynı biçimde proleterleşme tartışmaları da, hekimlerin kamusal veya özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarının herhangi bir fark oluşturup oluşturmadığı vurgulanmaksızın yürütülmüştür. İkinci bölümde söz konusu boşluğun doldurulmasına yönelik bir adım atılması da denenecektir.

1.2.3. Yurttaştan Müşteriye, Hastadan Tüketiciye

Özelleştirme, yalnızca mülkiyetin kamudan özele geçtiği bir sektörel dönüşüm yaratmamakta, aynı zamanda neo-liberalizmle uyumlu biçimde sorumlulukların kamusal otoriteden bireylere veya ailelere aktarılmasıyla sosyal yurttaşlık algısını da dönüştürmektedir (Clark, 2006). Sosyal yurttaşlık kurumunun toplumun tüm üyelerine haklar ve yükümlülükler açısından getirdiği statü eşitliği, sınıfsal eşitsizlikler üzerine oturan kapitalizmle gerilimli bir ilişki içindedir (Marshallve Bottomore, 2006). Refah

devleti döneminde, ekonomik birey ile yurttaş, haklar ile yükümlülükler, bireysel çıkarlar ile ortak çıkar arasındaki çatışmalar görünürlük kazanarak bu gerilimi şiddetlendirmiştir. Böylece, eşitlik, özgürlük ideallerini kapitalist ulus devlet modeli altında gerçekleştirme girişimi başarısızlığa uğramıştır (Özkazanç, 2009: 259).

Neo-liberal dönemde refah devletinin sosyal haklar ve eşitlik söylemi, yerini birey ve tüketici odaklı haklara, sosyal yurttaşlık ise yerini aktif, girişimci yurttaşlığa¹⁵ bırakmıştır. Neoliberal dönemin bu yeni yurttaşı kişisel faydası için girdi talep eden ve faydasını maksimize etmeye çalışan birey olarak konumlandırılır. Toplumsal ihtiyaçların yerini bireysel fayda alır. Yurttaşların faydaları peşinden koşan tüketici olarak konumlandırılmalarıyla, devlet ve yurttaş arasındaki karşılıklı siyasi ilişki, yerini pasif bir ticari ilişkiye, kamu sorumlulukları yerini tüketici haklarına bırakır (Ryan, 2001: 105). Bu süreç aynı zamanda kolektif hizmetlerin bireyselleştirilmesine neden olur. Bireyler birbiriyle rekabet içindeki hizmet sunucuları arasından (devlet bu sunuculardan biri olabilir) en yüksek faydayı sağlayabilecekleri birini seçmektedir. “Seçimleri” kamusal alandan özel alana kaydırmak depolitizasyonu da beraberinde getirmektedir. Böylece yurttaşlar, siyasetin aktif katılımcıları değil, pasif tüketicileri olarak konumlandırılmaktadır. Bireysel seçimlere ilişkin söz konusu kayma, kamusal dönüşüm alanında önemli bir politik dönüşüme karşılık gelir ve bu dönüşümün teorik zeminini de Kamu Seçimi Kuramı oluşturur. Kamu Seçimi Kuramı, kamu hizmetlerinin piyasa güçlerinin disipline edici etkisi mevcut olmadığı için hizmet üretenlerin çıkarlarına göre örgütlendiğini ve sunulduğunu öne sürer. Kamu seçimi kuramcılarına göre, kamu sektöründe memurlar kurumlarının bütçelerini dengelemeye, politikacılar ise oylarını maksimize etmeye çalışmaktadır. Kamu hizmeti sağlayanlarla tüketici bireylerin çıkarları çatışma içindedir. Buna karşı kurumlar arası rekabet ve rasyonel bireylerin sunulan çeşitli alternatifler arasından seçim yapabilme olanaklarının oluşturulması ve hizmetlerin her bireyin ihtiyaçları ile örtüşmesi önerilir. Bu yeni yaklaşımla ihtiyaç ve seçim arasında da

15 Aktif yurttaşlıkla ilgili tartışmalar için bkz. A. J. Kearns (1992), “Active Citizenship and Urban Governance”, *The Royal Geographical Society* (with the Institute of British Geographers); C. Mouffe (1988), “The Civics Lesson”, *The New Statesman and Society*, No. 7.

yeni bir ilişki kurulur. İhtiyaç nesnel bir durum olmaktan çıkarak, bireylerin isteklerini ifade eden öznel bir durumu ifade etmeye başlamıştır (Clark vd.,2007; Demirel 2005).

Söz konusu yaklaşım sağlık hizmetleri özelinde son derece problemlili bir işleyişi beraberinde getirir. Yukarıda yer verdiğimiz sağlığın metalaşmasına yöneltilen başlıca eleştirilerden birini kişilerin kendi faydalarını maksimize edecek seçimleri yapabilecek enformasyona sahip olmamaları ve bu enformasyon asimetrisinin onların hayatına mal olabilecek seçimler yapmalarına yol açabileceği oluşturuyordu. Diğer yandan hizmet sunumunun bireyselleştirilmesi, sağlık hizmetlerinde yatırımdan hizmetin örgütlenmesine ve sunumuna kadar sürecin her anında toplum yararını değil, bireysel tüketici seçimini önceleyen bir anlayışı üretmektedir. Önleyici bakım hizmetlerinin yerini, tedavi hizmetlerine bırakması, gereksiz tetkik sayısının ve ilaç tüketiminin artması bu anlayışın sonuçlarına örnek olarak verilebilir. McKinlay ve Arches yeni dönemde hekim- hasta ilişkisindeki dönüşümü aşağıdaki tabloda özetlemiştir.

Tablo 2: Hasta Hekim İlişkisinde Dönüşüm

Tıbbi Bakım Hizmeti Alan Kişi	Hasta	Müşteri
Tıbbi Bakım Hizmeti Sağlayan Kişi	Hekim	Hizmet Sağlayıcı
İlişkinin Temel Özellikleri	Mahrem (sadece hekim ve hasta arasında)	Kalabalık (Hekim, hasta, sigorta şirketi, devlet vb.)
Tedavi sürecindeki otorite	Hekim	Sigorta şirketi veya ödemeyi yapan diğer üçüncü taraf
Hekimler neye göre değerlendiriliyor?	Hastanın tedavi edilmesine göre	Verimliliğe göre
Hekimlerin istihdam olanakları	Kendi hesabına çalışma	Örgütsel istihdam
Hekimler ikinci bir görüş almak istediğinde	Hasta bir uzmana yönlendirilir	Sınırlı bir alanla ilgili konsültasyon için uzman çağırılır
Hastalık Tipolojisi	Akut	Kronik
Tedavi sonrası	Ev ziyaretleri	Bilgisayar ve telefon üzerinden izlem
Güven ilişkisi	Paternalist (hasta güvensin)	Klinik Tüketici (Hasta dikkat etsin)

Kaynak: Potter ve McKinlay, 2005:467

Yeni dönemde, hastaların müşteri kimliğine bürünmesi sağlık çalışanları ile hedef nüfus arasındaki ilişkiyi de hizmet sunucuları ve müşteri ilişkisine dönüştürmüştür. 19 ve 20.

Yüzyılda, hekim hasta arasındaki ilişki, hekimin hastanın yalnızca şimdiki konumunu değil, geçmişini, ailesini ve yaşadığı çevreyi bildiği, geçmişi ve derinliği olan bir ilişki idi. 21. yüzyıla girdiğimizden bu yana hekim ile hasta arasındaki ilişki, taksi şoförü ile yolcusu arasındaki geçici ilişkiye daha çok benzemektedir (Davis, 1956'dan *aktaran* Potter ve Mc Kinlay, 2005: 465).

Söz konusu tablodan da izlenebileceği gibi, bir yandan teknolojik dönüşümle hastaların izlenmesinin kolaylaşması, akut hastalıklardaki azalma, hekimin paternalist otoritesindeki kırılma ve hasta haklarındaki gelişimle hastaların tıbbi bakım sürecine dâhil olması, sağlık hizmetlerinin sosyal hak olarak tanınıp genelleşmesi ve çok disiplinli bir hal almasıyla kendi hesabına çalışan hekim merkezli hizmet anlayışından kamunun örgütsel mekanizmalarıyla sunulan sağlık anlayışını geçilmesi gibi yurttaşlar açısından olumlu gelişmeler söz konusu olmuştur. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve hastaları tüketiciler olarak konumlandırmasıyla, hasta- sağlık çalışanı arasındaki mahrem ilişki zedelenecek sigorta şirketleri, döner sermaye işletmeleri gibi çok sayıda tarafı da içeren ticari bir ilişki olarak yeniden inşa edilmiştir. Yeni Kamu İşletmeciliği anlayışıyla hizmet kalitesinin en temel belirleyenin verimlilik olması, hekimlerin uyguladıkları tıbbi koruma ve tedavi süreçlerinin yurttaşlar açısından ne denli etkin olduğunun değil, işletme açısından ne denli verimli olduğunun değerlendirilmesine yol açmıştır.

1.2.4. Kamusal Alanın Mekânsal Dönüşümü ve Sağlık Hizmetlerinin Uluslararası Ticareti

Kamu, daha önce ulusal sınırlar içinde düşünülmekte ve ulusal maddi, siyasal, söylemsel kurumlarda cisimleşmekte idi. Ancak uluslararası kurumların ve uygulamaların, kişilerin ve malların uluslararası dolaşımının ve gelişen iletişim teknolojilerinin etkisiyle kamunun ulusal sınırlarında derin çatlaklar oluşmuş ve “ulusal kamusal alan” dönüşmeye başlamıştır (Clarke, 2006).

Kamusal sağlık hizmetleri, ulus devlet inşasında da önemli bir işlev görmüştür. Sağlığın ulus devlet oluşumunda ve bekâsında gördüğü bu işlev küreselleşme sürecinde aşınmıştır.

Küreselleşme ile mal ve hizmet piyasalarının uluslararası bütünleşmesi artmış; sınır ötesi yatırımlar çoğalmış ve uluslararası kuruluşların ulusal hükümetlerin tasarrufları üzerindeki etkileri çoğalmıştır. Böylece sağlık hizmetleri de uluslararası yatırım ve ticarete artan oranda konu olmaya başlamış, diğer yandan uluslararası kuruluşların yönlendirmeleriyle tüm dünyada benzer sağlık reformları ile sağlık yönetim, örgütlenme ve finansmanı yeniden yapılandırılmıştır (Mackintosh, 2003: 5).

Kamusal sağlık hizmetlerinde bu sürecin doğrudan etkisi, bu hizmetlerin dünyanın pek çok yerinde IMF (Uluslararası Para Fonu), DB (Dünya Bankası) gibi kurumların ve GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) ve TRİPS (Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması) gibi anlaşmaların takvimleri ve ilkelerine göre dönüştürülmesinde görülmektedir. GATS uluslararası hizmet ticaretine ilişkin tüm ilke ve kuralları ilk defa küresel düzeyde belirleyerek, uluslararası hizmet ticaretinin yanı sıra, gelişmiş kapitalist ülkelerin başta azgelişmiş ülkeler olmak üzere diğer ülkelerdeki hizmet sektörlerine doğrudan yatırım yapabilmeleri için hizmetlerin serbestleşmesini sağlayan bir anlaşmadır (Güzelsarı, 2003: 119). 1980'lere kadar sağlık, eğitim, enerji, ulaşım, bankacılık gibi birçok hizmet sektörünün yukarıda sözü edilen özelleştirme, kısmi özelleştirme, piyasalaştırma ve kuralsızlaştırma gibi yöntemlerle, bu alanların rekabete açılması, serbestleştirmenin ana gerekliliklerinden biridir.

Pek çok devlet görevlisi, GATS'ın I.3b maddesinde "kamu otoritesi tarafından sunulan" hizmetler için bir istisna yarattığını düşünse de, GATS'ın kamu hizmetlerini "ticari biçimde sunulmayan ve diğer hizmet sunucularıyla rekabet içinde olmayan hizmetler" biçiminde tanımladığını gözden kaçırmaktadırlar. 80'lerden bu yana dünyanın pek çok yerinde kamu hizmetleri özelleştirilmiş, özelleştirilmeyenler ise taşeronlaştırma veya piyasalaştırma yoluyla rekabete açılmıştır. Bu durumda, bu hizmetlerin tamamı GATS'a tabi hale gelmiştir (The Corner House, 2001: 13). Aynı koşullar sağlık hizmetleri için de geçerlidir ve giderek büyüyerek iştah kabartan sağlık piyasası, ulus devletlerin hâkimiyetinden çıkarak çoktan küresel piyasa kurallarının egemenliği altına girmiştir.

Tablo: 3 GATS Kapsamında Sağlık Hizmeti Ticaretinin Biçimleri

Ticaret biçimleri	Sağlık Hizmetleri
Sınır- ötesi Arz	Tele- tıp
Yurtdışında Tüketim	Yurtdışında tedavi/yurtdışında tıp eğitimi
Ticari Yatırım	Hastane işletmesi, sağlık sigortası ve tıp eğitimi sektörlerinde yabancı ticari yatırım
Gerçek kişilerin dolaşımı	Sağlık profesyonellerinin yurtdışında hizmet vermek üzere hareketliliği

Kaynak:Ranson vd., 2002: 28

TRİPS (Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması) ise patent koruması ile tüm dünyada ilaç ve aşıların üretilmesine ve ticaretine ilişkin etkisi nedeniyle sağlık hizmetleri açısından çok önemlidir. İlaç patentlerinin korunması gerektiğine ilişkin temel argüman kar garantisi olmaksızın ilaç şirketlerinin Ar-Ge yatırımı yapmayacağı, bunun da toplum sağlığı açısından tehlike oluşturacağıdır. Ancak patent korumasının yaygınlaşmasının çok uluslu ilaç şirketlerinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde en yaygın olan hastalıkları tedavi etmeye yönelik yatırımlar yapmasını sağladığına ilişkin kanıt bulmak güçtür. Aksine pnömani, tüberküloz ve ishalleri hastalıklar gibi yaygın hastalıklar için çok küçük Ar-Ge payları ayrılmaktadır (Ranson vd. 2002:29).

IMF programları, tüm ülkelerde kamusal sağlık harcamalarının azaltılmasını ve cepten ödemelerin artırılmasını dikte etmektedir. Dünya Bankası ise, ülkemizin de içinde bulunduğu pek çok ülkede iki yüzden fazla projeye sağlık reformlarını finanse ederek, sağlıktaki özelleştirme sürecini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümünde uluslararası finans kurumlarının yanı sıra, çok uluslu şirketler de önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık sektörünü uluslararası yatırımcılar için giderek daha çekici kılan faktör ise, kriz koşulları söz konusu olduğunda bile sağlık hizmetlerine talebin hiçbir zaman azalmamasıdır. Özellikle tedavi edici bakım hizmetlerine ihtiyaç, dünya ekonomik konjonktürü ile belirlenemez (Herman, 2010:128).

Sağlıkta ticarileşmenin sonucunda Avrupa’da çok sayıda çokuluslu özel hastaneler ortaya çıkmıştır. Örneğin İspanya’nın birinci, Fransa’nın ikinci en büyük hastane işletmesi olan Capio’nun, Birleşik Krallık’ta 21 hastanesi bulunmaktadır. Capio’nun yeni sahibi Güney

Afrika'nın hastane devi NetCare'in bir bölüm hissesini de elinde tutuyor. NetCare ise İngiltere'deki 49 hastanelik en büyük hastane zincirinin sahibi durumundadır (Herman, 2010:135). Söz konusu dönüşümler önemli bir sonucu işaret ediyor: sağlığın metalaşması ve uluslararası sağlık piyasasının oluşumu ile hükümetler, ulus düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesi ve planlamaların yapılması yönündeki erklerini ve yeteneklerini giderek yitiriyorlar.

Bu bölümde, kamusal sağlık hizmetlerindeki dönüşüme ilişkin ulusal ve uluslararası yazını kısaca değerlendirmeye ve söz konusu dönüşümü kamu yönetimindeki temel dönüşüm dinamikleriyle ilişkilendirmeye çalıştım. Bu ilişkiyi kurarken, çalışmanın bütüne yansıtacak olan çözümlene çerçevemin de sınırlarını çizmeye çaba gösterdim. İkinci bölümde sağlık hizmetlerindeki dönüşümün sağlık emek sürecine yansımalarını ayrıntılı biçimde ele alacağım.

II. SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

2.1. Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşümü Çözümleme Aracı Olarak Emek Süreci Kuramı

Marx(2004), emek sürecini basitçe, doğada insan ihtiyaçları için var olan şeyleri yaratmaya yönelik bilinçli eylem olarak açıklar. Bu anlamıyla emek süreci, insanın varlığını sürdürmesinin tüm toplumsal evrelerdeki ortak zorunlu koşuludur. Emek sürecinin basit öğelerini ise amaçlı insan eylemi (iş), işin nesnesi ve işin araçları olarak sıralar.

Sağlık hizmetlerinde¹⁶ emek süreci tanımlaması, topluma/kişiyeye yönelik bir hizmet üretimi söz konusu olduğu için oldukça güçtür. Ancak gelecek tartışmaları sağlıklı biçimde yürütebilmek bakımından, sağlık hizmetinin unsurlarını genel emek süreci tanımı içine yerleştirmekte fayda vardır. Sağlık hizmeti üretim anı olarak ele alınabilecek sağlık emek sürecinde emek gücü, hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları vb. personelden oluşmaktadır. Emek araçları ise stetoskop, enjektör, tüm cerrahi müdahale aletleri, tıbbi cihazları, binalar, tüm fiziksel donanım, gezici araçlardır. Biyo-psikolojik ve sosyal bir varlık olarak insan, sağlık çalışanı açısından emek nesnesidir (Belek, 2009: 48-49).

Sağlık hizmetlerinin üretimini, kamusal bir hizmet üretim sürecine karşılık geldiği için, daha açık bir ifadeyle üretim süreci ile hizmetin alımı (tüketimi) süreci birbirinden ayırtılamayacağı için, emek süreci kuramının bu alana uygulamanın doğru olmayacağı ileri sürülebilir. Gerçekten de, emek süreci kuramının temel taşı olanı oluşturan kuramcılar büro emeği gibi hizmet alanlarını da ele almakla birlikte, daha çok hammaddenin mamul mala dönüştürüldüğü fabrika emek sürecine ve burada meydana gelen dönüşüme odaklanmışlardır. Son yıllarda eğitim, sağlık, enerji üretimi gibi alanlardaki dönüşümü emek süreci kuramı çerçevesinde açıklama çabasının örnekleri görülse de kamu emek

¹⁶ Giriş bölümünde de ifade edildiği gibi, bu çalışmada sağlık hizmetleri ile yalnızca tıbbi bakım hizmetleri (koruyucu ve tedavi edici), ifade edilmektedir.

süreci oldukça kurak kalmış bir alandır. Ancak sağlık hizmetleri çarpıcı bir dönüşüm sürecindedir ve bu dönemde üretim noktasındaki örgütsel, yönetsel, teknolojik ve siyasi dönüşümleri açıklamada emek süreci kuramının meta üretiminde meydana gelen benzer dönüşümleri açıklama konusundaki birikimi yol gösterici olabilir. Zira sağlıkta dönüşümü gerek rasyonelize ederek savunan gerekse de eleştirel yaklaşan çalışmalarda, analitik öncelik sağlıkta dönüşüm siyasasına verilmekte, sağlık hizmet üretiminin gerçekleştiği noktada cereyan eden gelişmeler ise söz konusu siyasanın otomatik sonuçları olarak kavranmaktadır. Bu tez çalışması söz konusu yaklaşımın analitik kısıtlarını aşma iddia ve yönelimine sahiptir. Bu çerçevede, çalışmanın temel kuramsal tezi şöyle ifade edilebilir: Sağlıkta dönüşüm siyasası ya da programının nasıl gerçekleşeceği üzerinde siyasa hedef grubu içinde yer alan aktörlerin göstereceği uyum ve direniş örüntüleri belirleyici etkilere sahiptir. Dolayısıyla analitik öncelik, sağlık hizmeti üreten ve tüketenlerin söz konusu dönüşüm programına yönelik sergiledikleri uyum ve direniş örüntülerine kaydırılmak durumundadır. Bu ise analiz odağını sağlık hizmet üretim sürecine kaydırmanın ardında yatan kuramsal rasyoneli gösterir. Öte yandan sağlık hizmet üretiminde mevcut dönüşümü emek süreci teorisinden güç alarak açıklamak bize yalnızca işbölümü, vasıf, teknoloji, denetim gibi alanlardaki dönüşümü açıklamak üzere bir teorik birikim sunmayacak, aynı zamanda dönüşümün nasıl ve neden gerçekleştiğini ilişki ve bütünlüklü bir çerçevede kavrama olanağı da sağlayacaktır. Dönüşümün nasıl gerçekleştiği sorusuna cevap ararken, yalnızca hizmet üretiminin teknik boyutunu çözümlenmek yetersiz kalacaktır. Çünkü işin örgütlenmesi, siyasi ve ideolojik etkilere sahiptir. Üretim sürecinde yer alan kadın ve erkekler sadece belli bir 'çıktı' üretmezler; bu süreçte aynı zamanda toplumsal ilişkileri ve o ilişkilere ilişkin deneyimleri de yeniden üretirler (Burawoy, 1985:7).

Sağlık emek sürecinin hizmet sunulan hedef nüfustan ayrıştırılmaması konusuna gelince... Bu olgu emek süreci yaklaşımıyla konunun ele alınmasına bir engel oluşturmaktan ziyade bir avantaj olarak değerlendirilebilir. Sağlıkta metalaşma sürecinin hem üretim noktasında hem de hizmete erişim ve hizmeti alım noktasında ne tür dönüşümler meydana getirdiğini gözlemleyebilmek açısından sağlık emek sürecinin önemini öne çıkaran elverişli bir özellik olarak kullanılabilir. Çünkü emek sürecinde

meydana gelen her tür dönüşüm, doğrudan hizmetin niteliğini, sağlık çalışanları ile hasta/hedef nüfus arasındaki ilişkiyi ve yurttaşın elde ettiği sağlık hizmetini belirlemektedir.

Sağlık emek sürecinde meydana gelen dönüşümleri ele alırken emek süreci kuramcılarının görüşlerinin çalışmaya ışık tutacağını belirttim. Ne var ki, burada ilgili kuramcıların görüşlerini tek tek özetlemektense, sağlık emek sürecindeki dönüşümün analizinde yol gösterici olan görüşleri araçsal biçimde kullanmayı tercih edeceğim. Emek süreci kuramı her ne kadar Marxizmin mirası üzerine otursa da, emek süreci kuramcılarının bir bölümü Weber'in (Littler)¹⁷ veya Foucault'un (Knights ve Willmott gibi)¹⁸ takipçileridir. Ben bu çalışmada Braverman'ın yanı sıra diğer ikinci dalga Marxist emek süreci kuramcıları olan Burawoy, Edwards ve Thompson'dan yararlanacağım.

Özellikle Braverman'ın "Emek ve Tekelci Sermaye" kitabı çalışmaya rehberlik edecek. Bunda Braverman'ın Marx'tan sonra emek süreci kuramını canlandıran öncü bir kuramcı oluşundan ziyade kapitalizmin tekelci döneminde emek sürecinin ve işçi sınıfının nasıl bir dönüşüm geçirdiğini, bu dönüşümle zanaatkar (artizanal) vasıfların yok olmaya yüz tutarak işin nasıl değersizleştiğini ele alış rol oynuyor. Zira benim çalışmamın temel problemini de neo-liberal dönemde sağlık hizmetinin arti-zanal kamusal niteliğini giderek kaybederek standartlaşmış ticari bir niteliğe dönüşmesi oluşturuyor. Bu anlamda Braverman'ın çalışması, benim çalışmam için salt kuramsal değil yöntemsel olarak da bir rehber işlevi gördü. Farklılaşan özellikleri saklı kalmak üzere, hastane ve sağlık ocaklarındaki emek sürecini Braverman'ın fabrika ve büro emek sürecini incelediği gibi incelemeye çalıştım. Bununla birlikte çalışmaya yöneltilen eleştiriler de benim için yol gösterici oldu ve bunlardan kaçınmaya çalıştım. Burada hepsini ele almak mümkün olmamakla birlikte şu temel eleştirileri bu çalışmada göz önünde bulundurmaya çalışacağım: 1) Vasıfsızlaşma ve yabancılaşma sürecini tek yönlü, deterministik bir süreç olarak ele alması, işçilerin direniş ve mücadele olanaklarına yer vermemesi 2) Taylorizmi işin değersizleşmesine yol açan

17 Littler gibi Weberyen kuramcılar emek süreci kuramlarını Weberin bürokrasi ve meşrulaştırma kavramlarıyla ilişkilendirerek kurarlar.

18 Daha çok güç ilişkilerine, gözetim ve denetime odaklanan Foucauldijen emek süreci analizlerinde genel olarak sermayenin egemenliğine yönelik bir eleştiriye ve alternatif bir üretim biçimi önerisine rastlanmaz.

temel yönetim metodu ve kapitalist çalışma ilişkilerinin temel bir özelliği olarak genelleştirmesi 3) İdeoloji olarak Taylorizm ve uygulama olarak Taylorizmi birleşik biçimde, tek bir şeymiş gibi ele alması 4) Etnik ve cinsiyete dayalı değişkenlere yer vermemesi ve hatta cinsiyet körü olması 5) Yönetimsel stratejiler, piyasa ve devletin rolüne yer vermemesi 6) Kapitalist üretim ilişkilerinin niçin antagonistik olduğu sorusunu yanıtızsız bırakması 7) İşin öznel unsurlarına (politik ve ideolojik süreçlere) yeterince önem vermemesi 8) Braverman'ın analizinin belirli bir zaman ve mekana, Amerika'da kapitalizmin engellenemeyen egemenliğini ilan ettiği döneme ait olması (Burawoy, 1985; Wardell, 1999). Diğer yandan Burawoy'un önemli bir eleştirisi, kapitalist denetimin analizinin Braverman'ın yaptığı gibi yine kapitalizm içinde farklı bir noktayı nirengi olarak değil, kapitalist olmayan bir üretim biçimiyle karşılaştırma yaparak gerçekleştirilebileceğidir. Benim temel çabam kapitalist üretim ilişkileri içinde sağlık hizmetinin nasıl sunulduğunu ortaya koymak değil, tam da Braverman'ın yaptığı gibi, kapitalizmin farklı momentleri arasında sağlık hizmetlerinin dönüşüm seyrini ele almak olduğu için Braverman'a benzer bir yöntem izlemem yanlış olmayacaktır.

Çalışmamın kuramsal çerçevesinin dayandığı emek süreci kuramını, kuramı inşa eden her bir ismi tek tek zikretmeksizin bir çırpıda özetlemeyi isterdim. Ancak en gözde olduğu 70'li ve 80'li yıllarda dahi, kuramın temel önermelerinin ve yönteminin ne olduğu konusunda bir konsensüse varılabilmiş değildir. Bu koşullarda Thopson'un emek sürecinin çekirdek kuramını oluşturma çabası önemlidir. Thompson'a göre emek süreci kuramında ilk olarak emeğin rolü ve emek-sermaye ilişkisi analizin odağındadır. Bu, genel olarak sömürü ilişkilerini içerir ve sömürü, daha çok üretim araçlarının mülkiyetine ve denetimine sahip olan sermayenin artık değere el koyması ve asıl üreticinin bu araçlardan kopartılmasına dayanır. Bu anlamda üretim noktasının analizi önem taşımaktadır. Thompson ikinci olarak, sermayeyi üretim sürecini sürekli dönüştürmeye zorlayan birikim mantığına dikkat çeker. Bu mantık rekabete ve kapitalist üretim biçimine içkin olan emek sermaye çatışmasına dayanır. Sermaye birikimi amacı, vasıfsızlaştırıcı, entelektüel ve manüel vasıfları ayrıştırıcı, hiyerarşik denetimi sağlayıcı bir sonuç doğurabildiği gibi, kimi verili koşullarda vasıflılaştırma, işçilerin takdir ve sorumluluklarını artırma gibi dönüşümleri de sağlayabilir. Üçüncü olarak denetim zorunluluğuna yer verir. Piyasa

mekanizması kendiliğinden emek sürecini düzenleyememekte, emeğin biçimsel tabiiyetini gerçek tabiiyete dönüştürmek ise emeğin denetimini gerekli kılmaktadır. Ancak denetimi emek süreci kuramının zorunlu bir ögesi olarak ortaya koymanın, denetimin doğası, özellikleri, düzeyi hakkında herhangi bir şey ifade etmediğini, bunun yönetsel stratejiyle bağlantılı olduğunu ifade eder. Diğer yandan sermayenin üretim biçimini ve burada emeğin rolünü sürekli olarak dönüştürmek zorunda oluşu, yalnızca denetim ve zor yöntemlerine dayanmasını önlemektedir. Belirli düzeylerde işçilerle işbirliği, rıza, yaratıcı ve üretken güçlerin kullanılması gibi yöntemleri harekete geçirmesi gerekmektedir. Son olarak emek sermaye arasındaki ilişkinin antagonistik doğasına dikkat çeker (Thompson, 1989: 99-101). Görüldüğü gibi Thompson, Marx ve onu takip eden emek süreci kuramcılarının odaklandığı temel noktaları ele alarak bir çekirdek kuram ortaya koymaya çalışmıştır. Üzerinde uzlaşmaya varılamayan vasıf ve denetim tartışmalarını ise yönetsel strateji, birikim mantığı gibi değişkenlere göre değişebilen alanlar olarak ele almıştır. Thompson, kapsamlı bir emek süreci teorisi sunmasa da ortaya koyduğu dört temel özellik çalışmamın temel yaklaşımı açısından ipucu sunabilecek niteliktedir. Littler (1990'dan aktaran Wardell,1999) da bir emek süreci analizinin teknik işbölümü, denetim ve ekonomipolitik bağlam tarafından belirlenen istihdam ilişkilerine odaklanması gerektiğini belirtir. Ben de bu çalışmada emek süreci teorisinin temel bileşenlerini oluşturan işbölümü, vasıfsızlaşma ve denetimin üzerinde durduğum gibi sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının da önemli değişkenleri olan standardizasyon ve teknolojik dönüşüm boyutunu da irdedeleyeceğim.¹⁹ Sağlık emek sürecindeki küresel dönüşümün genel çerçevesini sunması açısından örgütsel ve yönetsel dönüşümün yönünü betimleyerek işe başlamanın, diğer gelişmeleri ve dönüşümleri kavramak açısından kolaylaştırıcı olacağı söylenebilir:

Burada öncelikle kısaca sağlık emek sürecinin, kamu emek süreci özellikleri taşıırken nasıl meta üretim sürecine benzediği üzerinde kısaca duracağım. Kapitalist üretim sistemi koşullarında, piyasada mal ve hizmet üretimi ile kamusal mal/ hizmet üretimi arasında bir

¹⁹ Emek sürecinde dönüşümü ele alırken süreci anlaşılır kılmak üzere her bir dönüşümü ayrı ayrı ele alıyor olsam da, tüm öğelerin birbiriyle ilişki içinde olduğunu ve tüm bu dönüşümün metalaşma sürecinin birer sonucu olduğunu gözden kaçırmamak gerekmektedir.

ayrım olup olmadığı konusu şaşırtıcı biçimde görmezden gelinmiştir. Gerek devlet gerek emek süreci tartışmalarında kamu emek sürecine, kamu çalışanlarının sınıfsal pozisyonuna ve kamu istihdamına ilişkin az sayıda analiz bulunur. Diğer yandan, devlet ve emek süreci alanının birbirinden kopuk biçimde ele alınması, devletin karakteri ve sosyal politikasının ayrı, kamu çalışanlarının sınıfsal konumlarının ayrı ele alınmasına yol açmıştır (Carter, 1997). Bu çalışma, bir boyutuyla da, birbirinden ayrı düşmüş bu iki alanı - kamu politikası/ sosyal politika ve sınıf/emek süreci alanını- sağlık hizmetleri özelinde birleştirme girişimidir.

Yukarıda tanımlanan kopukluğu gidermeye dönük kuramsal çalışmalar son derece sınırlıdır. Bunlar içinde Carchedi'nin öncü çalışması önemli bir yere sahiptir.. Carchedi'den sonra uzun sayılabilecek bir suskunluk döneminin ardından konu 1990'larla beraber yeniden güncelleşmiş, son 20 yıl içinde hatırı sayılır bir yazın öbeği oluşmuştur. Güncel emek süreci çalışmaları bakımından burada ilgi çekici olan husus, kamu-özel sektör ayrımının, söz konusu ayrımın silikleştiği bir evrede (yeniden) ilgi odağı haline gelmiş olmasıdır. Güncel katkıların yanıtını aradığı temel soruyu bir kez daha formüle etmek gerekirse şu söylenebilir: Kapitalist üretim ilişkileri içinde emek sürecinin kamusal örgütlenme ilkeleri ile özel mülkiyet esasına dayanan örgütlenme ilkeleri arasındaki farklılıklar ve benzerlikler nelerdir? Bu soru tez çalışmam bakımından da hayati önemdedir. Zira bu ayrım ortaya konabildiği ölçüde, metalaşma ve piyasalaşmanın temel etkileri keskin bir biçimde deşifre edilebilir. Bunu yapabildiğim ölçüde, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasıyla, sağlık emek sürecinin kamusal ilkeler yerine piyasa ilkeleriyle örgütlenmeye başlaması arasındaki nedensel ilişkiye de açıklık getirmiş olacağım ki bu ilişki, tez çalışmamın temel savını teşkil etmektedir.

Marx'ın bize miras bıraktığı anlamıyla emek süreci, insanın varlığını sürdürmesinin tüm toplumsal evrelerdeki ortak zorunlu koşuludur. Kapitalist emek süreci ise, salt kullanım değeri üretmeyi amaçlamaması, emeğin sermayeye gerçek tabiiyeti ve üretim araçlarının özel mülkiyeti ile farklılaşır. Bu farklılık nedeniyledir ki emek süreci, kapitalistin mülkiyetindeki 'şeyler' arasında cereyan eden bir süreç halini alır. Kapitalist emek sürecinde amaç, kullanım değeri değil aslen değişim değeri yani meta üretimi ve artık

değer üretimidir. İşçiler emek güçlerinin ait olduğu kapitalistin denetiminde çalışırlar; kapitalist, işin uygun biçimde yapılıp yapılmadığıyla ve “üretim faktörlerinin” artı değer üretimini artırıcı tarzda kullanılıp kullanılmadığıyla ilgilenir. İşçiler, hem işgününün kendine ödenen süresi boyunca, hem de artık emek süresi boyunca ürettikleri ürüne değer aktarırlar. Kapitalist, işçinin ürettiği ürünle birlikte artık değere de el koyar (Marx, 2004; Nichols, 1980). Bu anlamıyla kapitalist emek süreci, dar anlamda ‘iktisadi/teknik’ bir üretim süreci olmaktan daha öte, toplumsal ilişkilerin ve ideolojinin de üretimini içeren politik bir süreçtir. Kapitalist emek sürecinin burada vurgulanan özellikleri düzeyinde, kamu sektörü emek sürecini özel sektörden farklılaştıran temel ayrım noktası, (a) üretim araçları mülkiyetinin devlete ait oluşu ve (b) üretim amacının sermaye birikimine değil kamu ihtiyaçlarına odaklanması olarak ortaya koyabiliriz.

Carhedı (1977), kamu ve kamu dışı üretim yapısı arasındaki ayrımı ortaya koyabilmek üzere, öncelikle kapitalist ve “kapitalist olmayan” devlet faaliyetlerinden oluşan ikili bir ayrıma başvurur.²⁰ Kapitalist devlet faaliyetlerini, paranın birikim amacıyla harcandığı faaliyetler olarak özetler ve üretim ilişkileri açısından bu faaliyetlerle özel sermaye mülkiyetindeki üretim faaliyetlerinin benzer olduğunu ortaya koyar. Çünkü ona göre her ikisi de kapitalist rekabet ve birikim yasalarına uygun hareket etmekte ve her ikisi de kullanım değerleri elde etmek üzere değil, artık değer elde etmek üzere üretim yapmaktadır.

Konumuz açısından daha çok önem taşıyan piyasa ilkelerine göre örgütlenmemiş (kapitalist olmayan) devlet faaliyetleri ise, paranın birikim için değil, kamusal ihtiyaçların karşılanması için harcandığı faaliyetlerdir. Bu faaliyetler içinde, ne artık değer üretimi, ne de artık değer elde etme amacıyla üretim söz konusudur. Carchedı (1977: 131), bu tip

²⁰ Bu ayrım ileride ele alacağımız hekimlerin proleterleşmesi tartışması açısından da merkezi bir önemdedir. Ayrıca kamusal hizmet üretimini kuramsal açıklama çabası olan az sayıda kuramcıdan biri olduğu için de Carchedı'nın görüşleri bu çalışma için çok önemlidir. Bununla birlikte kapitalist sistem içinde devlet faaliyetlerinin bir bölümünün kapitalist olmayan faaliyetler olarak adlandırmasını doğru bulmuyorum. Her kapitalist devlet, faaliyetleri ile doğrudan veya dolaylı olarak sermaye birikimi için uygun koşulları sağlamaya hizmet eder. Bu nedenle bu faaliyetleri piyasa ilkelerine göre örgütlenmemiş devlet faaliyetleri olarak adlandırmak daha doğru olabilirdi. Ancak elbette, yazarın ayrımına sadık kalınarak metinde kendi adlandırması ele alınacaktır.

faaliyetlere örnek olarak kamu hastanelerini verir. Bir özel hastane (kapitalist girişim), artık değer üretmenin bir aracı olarak sağlık hizmeti üretirken, kamu hastanesinin amacı ihtiyaçları karşılamaktır. Örneğin bir kamu hastanesi ancak hastaların sayısı arttığında büyüme eğilimindeyken, bir özel hastane büyüme kararını verirken kâr oranını gözetecektir. Carter (1997) da kamu emek sürecini, hem ihtiyaca dönük bir değer üretiminin gerçekleştiği hem desermeye birikiminin güvencesinin sağlandığı ikili bir süreç olarak tanımlar.

Diğer yandan Carchedi konumuz açısından dikkat çekici bir benzetme daha yapar: feodal zanaatkâr ile piyasa ilkelerine göre örgütlenmeyen (kapitalist olmayan) devlet faaliyetlerinin her ikisinde de üretimi sınırlayanın sermaye değil tüketim olduğuna değinir. İkisi arasındaki fark üretimi ihtiyaçlara göre sınırlayanın bireysel üretici veya devlet olmasıdır (Carchedi, 1977: 133). Carchedi'nin üretimin neye göre sınırlandığı konusunda kamu hizmeti ve artisanal üretim arasında kurduğu analogi tıp mesleği özelinde daha da isabetlidir ve ilerleyen bölümlerde başka özellikler üzerinden benzer bir analogi kurulacaktır. Bununla birlikte Carchedi'den farklı olarak kamu hizmetlerinde üretimi sınırlayan başlıca etkenin ihtiyaçlar değil, "kamusal ihtiyaçlar" olduğunu vurgulamak gerekir. Bu vurgu, kamusal ihtiyaçlardan bireysel ihtiyaçlara, yurttaş haklarından tüketici haklarına kayan söylemsel ve ideolojik dönüşüme dikkat çekmek açısından önemlidir. Günümüzde sağlığın metalaşma süreci, sağlık hizmetine ilişkin "ihtiyaç" kavramını genişletmiş, değiştirmiş ve bireyselleştirmiştir. Toplumun temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, yurttaşların sağlık hizmetlerine eşit ve kolay erişimi diskuru silikleşirken, piyasa ve tüketim temelli, sınırları belirsiz bir ihtiyaç kavramı oluşturulmuştur. Öyle ki artık sağlık tüketicisinin karşılığını ödeyebildiği bütün istekleri bu yeni ihtiyaçlar listesine sokulabilir.

1980'li yıllardan itibaren baş gösteren neo-liberal dönüşüm, kamu emek süreci ile meta üretim sürecini birbirinden ayıran bu temel özellikleri ikincisi lehine silikleştirmeye ve ortadan kaldırmaya başlamıştır. Kamusal hizmetlerin kâr maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hedefleri ile yerine getirilmeye başlanması, özelleştirme ve/veya piyasalaştırma uygulamalarıyla pek çok kamu hizmetinin rekabete açılması, emek

sürecinde de önemli dönüşümler meydana getirmiştir. Kamu hizmetinin ruhuna aykırı biçimde, bu hizmetlerin üretiminde çalışanlardan daha az veya sabit girdi ile daha çok çıktı elde etmeleri beklenmeye başlamış ve hizmetler özel sektördeki benzer biçimde artı değer üretimine yönelik olarak yeniden örgütlenmiştir. Bu durum, sağlık sektöründe üretken emek²¹ üretken olmayan emek arasındaki ayrımı da silikleştirmiştir. İnsan ihtiyaçlarının karşılanması açısından kullanım değeri üreten sağlık işçisinin emeği artık değer üretmek amacı taşımadığı sürece üretken sayılmaz. Ancak bu hizmetler metalaştıkları ölçüde üretken alanın içine girerler. Refah devletindeki dönüşümle ücretsiz hizmet sunan üretken olmayan kamu çalışanından, özel/ücretli kamusal hizmetlerin üretken işçilerine doğru bir kayma meydana gelmiştir. (Savran ve Tonak 1999:113-152, Karahanoğulları, 2009). Bir yandan piyasalaşma ile döner sermayeyi artırmaya dayalı kara dönük hizmet üretimine yönelen ve piyasanın yönetsel ilkelerini benimseyen kamu sağlık kurumları, diğer yandan hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması, GSS ve cepten ödemelerdeki artış düşünüldüğünde, yarı piyasalaşmış kamusal sağlık hizmetlerinde istihdam edilenlerin üretken olmayan emek olduklarını öne sürmek güçtür. Hizmet alımı ihaleleri, kamu özel ortaklıklarıyla kamusal sağlık kurumlarının özelleştirilmiş/ yarı-özelleştirilmiş alanlarında istihdam edilen sağlık çalışanlarının tamamen üretken işçiler haline geldikleri konusunda ise kuşku yoktur.

Refah rejimlerinin pek çok biçiminde, kamu hizmetlerinde çalışma, önceden belirlenmiş görevlerin nasıl yerine getirileceği konusunda takdirin çalışanlara bırakıldığı, arti-zanal emek süreci özellikleri taşır. Bu durum, aşırı işbölümünün olduğu bazı kamu hizmetlerinde farklılaşır. Bu tarz işlerde çalışma genelde, emeğin sermayeye biçimsel tabiiyeti²²

21 Üretken emek, sermaye için artı değer üreten emektir. Zira bütün emek kategorileri artı değer üretmemektedir. Bazı kategoriler ekonomide fiyat büyüklükleri yaratsa da artı değer üretmezler. Üretken olmayan sektörün kârı ve üretken olmayan emeğin ücreti, artı değer kitlesinin yeniden bölüşümü ile sağlanmaktadır (Karahanoğulları, 2009).

22 Marx, emeğin sermayeye tabiiyetini iki biçimde birbirinden ayırır. Emeğin şimdiye kadar sarf edildiği, üretici güçlerin aynı gelişkinlik düzeyi temelinde, sermayenin emeğe hükmettiği süreci betimlemek için “emeğin sermayeye biçimsel tabiiyeti” adını vermiştir. Marx, 16-18. yüzyıl arasında önce basit elbirliği sonra manüfaktür ile karakterize olan mutlak artı değer dönemini böyle adlandırmaktadır. Makineleşme ve fabrika düzenine geçişle birlikte, el zanaatlarına dayalı üretim sistemini devre dışı bırakarak kafa ve kol emeği arasında yeni hiyerarşiler yaratan yeni sistemle birlikte emek süreci dönüşmüştür. Böylece “endüstriyel kapitalizmle” emeğin

düzeyinde gerçekleşir. Ancak, kamu hizmeti üretiminde örgütsel ve teknik ilişkilerin dönüştürülmesiyle, giderek artan oranda emeğin sermayeye gerçek tabiiyeti gerçekleşmektedir (Mooney ve Law, 2007: 47).

Sağlık emek süreci söz konusu olduğunda, emek sürecinin kamusal özelliklerini yitirerek meta üretim süreci ile benzeşmesi, sermayenin emek üzerinde biçimsel tahakkümünden gerçek tahakküme dönüşmesi süreci olarak da görülebilir. Biçimsel tabiiyetten gerçek tabiiyete geçiş, emeğin üretim ve yeniden üretimindeki meta-dışı alanların metalaştırılması olarak da tanımlanabilir.

Konuyu ana hatlarıyla vurguladıktan sonra şimdi sağlık emek sürecinde meydana gelen temel dönüşüm biçimlerini ayırtımlı biçimde ele alarak, çalışmanın kuramsal eksenini oluşturmaya çalışacağım.

2.2. Kamusal Sağlık Hizmetlerinde Yönetmel Stratejilerin ve Denetim Biçimlerinin Dönüşümü

Sennet (2009: 75) insanların yüz yüze ilişkiler içinde olduğu, otoritenin belirlediği konularla ilgili bir üretim alanı olarak geniş anlamda ele aldığı atölye kavramını zanaatkarın yuvası olarak tanımlar. Bu anlamıyla sağlık ocakları ya da klinikler de birer atölye olarak tanımlanabilir. Bir atölyede başarı kâğıt üzerindeki haklar ve ödevlerle değil ancak atölyenin kendi bünyesinden çıkmış meşru bir otoritenin yaratılmasıyla sağlanabilir. “Bir atölyede usta, becerileri sayesinde emir verme hakkını kazanır; bu becerilerden öğrenmek ve bunları özümsemek yoluyla da çırakların da kalfaların da sadakati yüceltilir” (Sennet, 2009: 76-77). Keynesyen Refah Devleti modelinin hemen her ülkede belirli oranlarda hâkim olduğu geçmiş dönemde, sağlık kurumları Sennet’in tanımladığına benzer biçimde hizmet vermekteydi. Her bir klinik veya bölüm, kendi içinde birer atölye gibi örgütlenmişti. Çok sayıda yazılı belge olsa da, temel işleyiş birimlerin başındaki hekimlerin yönlendirmeleri ile sağlanmaktaydı. Yardımcı sağlık personeli çoğunlukla eşit

sermayeye tabiiyeti yalnızca "biçimsel" olmaktan çıkıp, "gerçek" bir tabiiyet haline gelmiştir. Marks emeğin sermayeye gerçek tabiiyetini görelî artık değer üretimiyle de eşleştirmektedir (Bottomore, 2002: 196).

birer üye olarak kabul edilmese de, çalışma biçiminin zorunlu kıldığı bir ekip/atölye çalışması söz konusuydu. Geminin kaptanı, atölyenin ustabaşı hekimlerdi. Kamusal sağlık hizmetleri, devletin müdahale biçimine, sağlığın hak statüsünde genelleşme düzeyine, sağlık örgütlenmesinin tarihsel altyapısına göre ülkeden ülkeye değişen ölçülerde kurumsal, bürokratik ve hiyerarşik bir yapı içinde sunulsa da, hekimler görece özerk konumlarını ve artizanal vasıflarını belli düzeylerde koruyabilmişlerdi. Hekimlerin kendi hesabına çalışmadan koparak artan oranda ücretli kamu çalışanlarına dönüştüğü bir dönemde, görece özerkliklerini koruyabilmeleri, hiç kuşku yok ki, devletle profesyonel meslek grupları arasındaki konsensüsün bir sonucu idi. Kapitalizmin kurumsallaştırılması sürecinde gördükleri toplumsal uyum işlevinin karşılığında öncü bir profesyonel meslek grubu olarak hekimlerin ayrıcalıklı konumları ve özel statüleri korunmuştu (Soyer, 2009: 142). Burada Sennet'in zanaatkar tipolojisinin izi kamusal sağlık birimlerinde aranıyor değildir. Aksine, kamusal sağlık emek süreci ile zanaatkarlık arasındaki ilişki, bu çalışmada, sağlık emek sürecinin piyasa gereklerine tabi olma düzeyi ile emeğin metalaşma düzeyine referansla kurulan bir ilişkidir.²³ Genelleşmiş meta ekonomisi olarak kapitalizm koşullarında belli düzeylerde metalaşmamış (kamusal) alanların varlığı, açıktır ki, çelişkili ve çatışmalı bir duruma işaret eder. Bugünden bakıldığında daha açık görüldüğü gibi Keynesyen dönemdeki kamusal düzenlemeler, kapitalist devletin istikrarlı, dengeli ve ideal düzenlemeleri değildir. Bu düzenlemeler, metalaştırma ve metasızlaşmış alanları genişletme yönündeki çelişkili eğilimleri kendi içlerinde barındıran düzenlemeler olarak görülmelidir. Anılan dönemde sağlık çalışanları hem meta-dışı alanları genişletmek ve derinleştirmek için mücadele verirken hem de zanaatkârlığı andıran paternalist hekimlik statüsünün demokratikleşmesi için mücadele vermişlerdir. Sağlık çalışanlarının özerklik ve

23 Mülkiyet ölçütü ile bakıldığında geleneksel (pre-kapitalist) zanaat üretiminde üretim araçları zanaatkârın özel mülkiyetindedir; ancak bu henüz *sermayeleşmemiş* bir özel mülkiyettir; bir diğer ifadeyle henüz *sermayeden* değil *servetten* söz edilebilir. Oysa çağdaş muayenehanedeki özel mülkiyet, bünyesinde ücretli emek-sermaye ilişkisini barındırdığı için *sermayeleşmiş* bir mülkiyet, aynı anlama gelecek şekilde, kapitalist özel mülkiyet olarak görülmelidir; bu durumda muayenehane sahibi hekim, geleneksel zanaatkârı değil kapitalist girişimciyi daha çok andıracaktır. Kamu sağlık birimlerine gelince... Sağlık çalışanlarının ücretli istihdama tabi olmaları önemli bir veridir; ancak bu istihdamın sözleşme hukukuna değil de statü hukukuna göre düzenlenmiş olduğu hatırd tutulmalıdır. Dolayısıyla bu çalışmanın ikinci ölçütü bakımından, burada ücretlilik ilişkisi, kar-zarar bilançosuna ve piyasa gereklerine tabi bir ilişki olarak ele alınamaz; tam da bu yüzden sağlık çalışanı, kamusal hizmet üretimi içinde sermayenin gerçek tahakkümüne tabi konumda değildir.

meta-dışılık yönündeki mücadelesi karşısında kapitalist devletin sağlık politikası ise otoriter merkezileşmeyi tesis etmek ve meta-dışı alanları sınırlandırmak yönünde olmuştur. Bugünkü dönüşümü kavrayabilmek, dönüşüm öncesi evredeki bu karşıt ve çelişkili yönelimleri kavramaktan geçmektedir.

Kamunun dönüşümü ve sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ile Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının ruhuna uygun yönetim teknikleri ve beraberlerinde taşıdıkları yeni denetim biçimleri sağlık hizmetlerinde uygulamaya konmuştur. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)²⁴, İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY)²⁵, Yalın Üretim gibi yeni yönetim ve üretim teknikleri sağlık hizmetleri üretimine de kısa sürede sirayet etmiştir. Bu durum, endüstriyel üretime özgü yönetim tekniklerinin sağlık hizmetlerine uygulanışında bir ilk değildir. Örneğin, Ford (1922: 219), 1919 yılında hizmete açtığı Detroit'teki hastanesinde, tıpkı fabrikalarında olduğu gibi hareket israfını önlemeye yönelmiştir. Hastanenin tasarımı ve işin örgütlenmesi, hemşirelerin gereksiz biçimde merdiven inip çıkmasını ve fazla yürümesini önleyecek biçimde gerçekleştirilmiştir. Ford, hekimlerin sahip oldukları profesyonellik etiketini, tıbbın en büyük düşmanı olarak görmektedir ve tedavi sürecinde hastanın görüşünün alınması gereğini vurgulamaktadır. Bu düzenleme ilk bakışta, sağlık çalışanlarının verimliliğini artıran ve sağlık çalışanları ile hasta arasındaki paternalist ilişkiyi, eşitlikçi bir ilişkiye dönüştüren olumlu bir uygulama olarak görünür. Ancak köklerini Ford'un hastanesinde bulan yeni üretim ve yönetim tekniklerinin tamamı, verimlilik ve maliyet etkinliğine odaklanmaları, hekimlerin elinden aldıkları yönlendirici otoriteyi piyasaya emanet etmeleri ve hastaları karar süreçlerine “yurttaş” değil, “müşteri” kimlikleriyle dahil etmeleri nedeniyle eleştirel bir analize muhtaçlardır. Günümüzdeki yeni yönetsel teknikler de köklerini Ford'un hastanesinde bulur. Genellikle bir arada uygulanan bu yeni üretim ve yönetim tekniklerinin tamamı verimlilik ve maliyet etkinliğine

24 Amerikalı yönetim guruları tarafından geliştirilen ve İkinci Dünya Savaşı sonrası Japonya'sında uygulanarak Japon endüstrisinin ayağa kalkmasında rol oynayan TKY, 1980'lerden itibaren Amerika'da da yaygın biçimde uygulanmaya başlamış ve ardından dünyanın pek çok yerine yayılmıştır.

25 İnsan kaynakları yönetimi, işgücünün etkin ve verimli kullanılmasına odaklanmıştır. Bu amaçla, alt işverenlik sistemi ve performans sözleşmeleri en sık başvurulan yöntemlerdir. İnsan kaynakları yönetimi temelde, planlama, performans denetimi, gözetim ve sürekli eğitimi içerir. Her bir görevin ve işin tanımlanması, verimlilik için temel adım olarak kabul edilir.

odaklanmıştır. Toplam kalite uygulamaları ve yalın hastane modeline yakından bakmak, sağlık emek sürecinin örgütsel ve denetimsel dönüşümünü kavrayabilmemizi kolaylaştıracaktır. Çünkü neredeyse bütün ülkelerde sağlık reformlarına kalite uygulamaları eşlik etmektedir. Bu uygulamalar salt yönetsel ve denetsel tekniklerde birtakım yenilikler getirmenin ötesinde, köklü bir ideolojik dönüşümü de beraberinde taşımaktadır.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Uygulamaları

Tüm emek sürecinin denetimini elinde tutan bir zanaatkâr için, kalite kontrol yöntemlerine gerek yoktur. Sorumluluğu kendisine ait olan işini hatasız yapmaya çalışacak, hata yaptığı anda fark edecek ve düzeltecektir. Siyah çantasıyla ev ziyaretleri yapan hekimin de, böyle bir ihtiyacı yoktu. Kitlesele üretim, işbölümü, standardizasyon ve denetim, kalite kontrol gereksinimini beraberinde getirdi. TKY, kalite kontrol işlevini kalite kontrol departmanlarından alıp, üretim sürecine yayarak endüstriyel üretime önemli bir yenilik getirdi. Tüm çalışanlara yaptığı işin kalitesinden sorumlu olma ve bir sonraki aşamaya hatasız iş teslim etme görevi verdi (Dikmen ve Kayıran-Dikmen,2004). Öncelikle endüstriyel üretimden hizmet üretimine aktarılan TKY, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımıyla kamu hizmetlerinde de benimsenmiştir. “Etkilik” gibi “kalite” de, yeni kamu işletmeciliğinin önde gelen sloganları arasında yer almaktadır. 1950’lerde Japon sanayileşmesinin “sihirli modeli” olan, 1970’lerden itibaren ise Avrupa ve Amerika’da da hızla benimsenen TKY, 1990’lardan itibaren kamunun hantal, verimsiz, yüksek maliyetli addedilen yönetimini dönüştürmek için de bir sihirli formül olarak sunulmaya başlamıştır.

Toplam kalite yönetiminin imalat sanayinde uygulanması, pek çok örnekte gerçekten sermaye için artan kârlılık ve düşük maliyet, müşteriler için memnuniyet ve tüketim artışı sağlamıştır. Emek gücü içinse daha yüksek denetim, sömürü, daha uzun çalışma saatleri, örgütsüzlük ve direnişin kırılması yönünde sonuçlar ortaya çıkmıştır.²⁶ TKY’nin kamu

²⁶ Toplam Kalite Yönetiminin İmalat Sanayiindeki uygulamaları ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. G. Yücesan- Özdemir, “Başkaldırı, onay ya da boyun eğme?: Hegemonik fabrika rejiminde mavi yakalı işçilerin hikâyesi”, *Toplum ve Bilim*, 86, s. 241-259; E.

hizmetlerine uygulanması ise yalnız kamu çalışanları açısından değil, yurttaşlar açısından da olumsuz sonuçlara gebe dir. Çünkü sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda “müşteri memnuniyeti” her zaman iyi hizmet sunumu anlamına gelmemektedir. Bu yönetim modelinin en öne çıkan prensipleri “müşteri odaklılık”, “süreç analizleri” ve “standardizasyondur”. Bunlara ek olarak misyon, vizyon ve yol gösterici ilkelerin önemi, üst yönetimin liderliği, örgütsel yapının değişimi, kalitenin öğrenilmesi, takım çalışması, kalite eğitimleri ve örgütsel kültürün değiştirilmesi sayılabilir (Balcı, 2003; Kaluzny, 1992). Kalite uygulamaları standardizasyona dayanır. Her bir işlev ve görev için standartlar belirlenir ve standartlara uyum sürekli denetlenir. Süreç odaklı bir yaklaşım söz konusudur. Örneğin bir grup hemşire ve laboratuvar personeli, testlerin klinikten laboratuvara vakit kaybetmeden ulaştırılması gibi bir sürecin geliştirilmesine karar verebilir ve iş akış şemalarıyla sürecin basamaklarını belirleyerek gecikme nedenlerini saptayabilir. Sonuçları sürekli izleyerek gelişmeyi sağlayabilir. Sürecin geliştirilmesine ve verimliliğin artırılmasına yönelik olarak disiplinlerarası takımlar oluşturulması yaygın bir kalite uygulamasıdır. Karşılaştırmalı değerlendirme (benchmarking) uygulamasıyla ise rekabet ve denetim sağlanmaktadır. Aynı hizmetin, başka bir kurumda nasıl sağlandığına ilişkin bir karşılaştırma yapılmaktadır. Örneğin bekleme sürelerine ilişkin bir karşılaştırma başka bir sağlık kurumuyla yapılabileceği gibi, bir bankayla da yapılabilir (Kaluzny, 1992). Birinci bölümde söz ettiğimiz yurttaşların tüketiciler olarak konumlandırılması, TKY'nin müşteri odaklılık yaklaşımı ile pekiştirilmektedir. Müşteri geribildirimleri sürekli izlenmekte ve değerlendirilmektedir. “Müşterilerin gereksinimini tatmin etmeye dayalı kalite tanımı” (Ishakawa, 1885: 44), sağlık hizmetlerinin kalitesinin bireysel istekleri tatmin edecek biçimde sunulmasıyla artacağını ortaya koymaktadır. Böylece koruma²⁷, tetkik ve tedavi sürecinde en az tıbbi gereklilikler kadar “müşteri memnuniyeti” de rol oynamalıdır. Kalitenin “müşteri memnuniyeti” üzerinden kurgulanması, iyi otelcilik hizmetleri sunulması, daha çok sayıda tetkik yapılması veya hastanın tercih ettiği ilaçların reçetelendirilmesi yoluyla sağlanan memnuniyeti kaliteli sağlık hizmetinin göstergesi

Yıldırım, “Türkiye’de Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının İşçiler Ve Endüstri İlişkileri Üzerindeki Etkileri”, *Toplum ve Bilim*, 86, s.260-280.

27 Müşteri odaklı sağlık hizmetleri, bireylerin tercihleri doğrultusunda şekillendiğinden, kamu sağlığını korumaya dönük koruyucu sağlık hizmetleri aşımış ve korunma bireysel tercihlere bırakılmıştır.

olarak görmeye yol açabilmektedir (Dikmen ve Kayıran Dikmen, 2004). Hastaların müşteri olarak yeniden kurgulanması, hekimin tetkik, tedavi ve karar süreçlerindeki denetimini sınırlandırırken, sağlık kurumlarının ön saflarında çalışan hemşireler üzerinde önemli bir baskı aracı olmuştur. Hemşirelerin sürekli güler yüzlü olmaları, “müşteri” tatmini için önemli bir koşuldur. Bekleme süreleri vb. nedenlerle memnun olmayan hastalar, tüketici haklarından aldıkları güçle çok daha agresif bir tavır sergilemekte ve bununla en çok yüz yüze kalan tıbbi sekreterlerle hemşireler olmaktadır. Hastalar bir türlü tatmin edilemeyen isteklerinin mutsuzluğunu sürekli yüzlerinde taşıyalar da, hemşirelerin kocaman bir gülücüğü yüzlerinden hiçbir zaman eksik etmemeleri kalite standartlarının bir gereğidir (Bolton, 2002: 134).

Verimlilik ve kalite odaklılık, yalın üretim sisteminin hastanelere uygulanmasını da beraberinde getirmiştir. Toyota üretim sisteminden türeyen yalın üretim, veri üretim faktörleri ile elde edilen çıktıyı, üretim faktörlerinin yarısı ile aynı şekilde ya da daha fazla oranda elde etme iddiasındaki bir yönetim modelidir. “Yalın Hastane” modeliyle laboratuvar tetkiklerinde hatanın ortadan kaldırılması, dezenfektasyon ve sterilizasyon için ayrılan sürelerin azaltılması, hasta bekleme sürelerinin azaltılması, hasta kalış sürelerinin azaltılması, işgücü maliyetinin azaltılması, hasta taburcu prosedürlerinin kısaltılması, harcamaların azaltılması ve gelirlerin artırılması gibi sonuçlar elde edilmesine amaçlanmaktadır (Graban, 2009). Söz konusu sonuçların elde edilmesine yönelik yaygın uygulamalar sağlık emek sürecinde önemli dönüşümlere karşılık gelmektedir. Hasta bekleme sürelerinin azaltılması ve gelirlerin artırılması çabası, tüm sağlık çalışanlarının hasta döngüsünü artırmaya odaklanmasına yol açmıştır. Bu durum tüm sağlık çalışanları açısından iş yoğunluğunu artırmıştır. Böylece hekimlerin tam muayene ve anamnez için ayırdıkları süre kısalmış, tetkik sayısı artmıştır. Yatan hastalar daha kısa sürelerle hastanede kalmakta, fakat bu dönem bakım ve dikkate en çok ihtiyaç duydukları dönem olmaktadır. Dolayısıyla daha çok sayıda ve daha yoğun bakım ihtiyacı olan yatan hasta bulunmasına rağmen, hemşire sayısı çoğunlukla aynı kalmaktadır. Mevcut bakım ve organizasyon görevlerine yeni sistemin getirisi olan çok sayıda idari yükümlülük eklenmiştir. Buna örnek olarak bazı hemşirelerin süpervizör olarak atanması; hasta geribildirim formları doldurulması; hastalara danışmanlık verilmesi ve süreç geliştirme

çalışmaları verilebilir. Bu durum hemşireleri idarenin daha çok hastaya tıbbi bakım verilmesi yönündeki baskılarıyla, hastaların bireysel taleplerine hızlı ve etkin biçimde cevap verilmesi yönündeki talepleri arasında sıkıştırmıştır (Ackroyd ve Bolton, 1999: 378-384). Kalite uygulamaları, sağlık çalışanları için daha çok işyükü, daha az eleman ve sınırlı bütçe ile daha uzun saatler çalışma anlamına gelmektedir (Adams vd. 2000: 548).

YKİ ve TKY ile bürokrasinin azaltılması amaçlanırken, geribildirimleri alma, ölçüm, izleme, değerlendirme, standardizasyon ve süreç geliştirme çalışmaları, evrak düzenleme işi yükünü önemli düzeyde artırmıştır (Travers, 2007). İş tanımları, iş akış şemaları, tedavi patikaları, değerlendirme formları, tedavi standartları gibi çok sayıda form, standart ve kuralla yeniden düzenlenen sağlık emek süreci, bu nedenle çok sayıda kuramcı tarafından “bürokratik tıp” olarak adlandırılmaktadır (Harrison, 2002; Ruston, 2006; Scarpaci, 1990). Bununla birlikte bürokrasi yalnızca kağıt işi ve her şeyin kayıt altına alınmasıyla sınırlı bir kavram değildir. Yeni sistemin bürokrasiye içkin olan kariyer ve kadro sistemini, denetim biçimini ve yönetimin yapı ve işlevlerini korumaktan ziyade bilinçli bir dönüşüme uğrattığı düşünüldüğünde, “bürokratik tıp” nitelemesine mesafe konabilir. Kamuda ve kamusal sağlık hizmetlerindeki yeni yönetim stratejileri, söz konusu kuramcıları da içine alan azımsanamayacak sayıda kuramcı tarafından, bilimsel - teknik yönetim, Taylorizm, Neo-Taylorizm²⁸ olarak da adlandırılmaktadır. Nitekim yeni uygulamalarla sağlık hizmetlerinde sadece neyin yapılacağı değil ayrıca nasıl yapılacağı ve her bir işlem için tam olarak ne kadar süre tanınacağı da belirlenmektedir. Emek süreci öğelerinin sistematik biçimde önceden hesaplanarak planlanması (Braverman, 2009: 132) Taylorist Bilimsel İşletmecilik modelini anımsatmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşüm salt Taylorizmin kamusal sağlık hizmetlerine uygulanması olarak düşünülemez. Eski

28 Örneğin Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımını irdeleyen öncü kuramcılardan Pollit (1993) de Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımını Neo-Taylorizm olarak adlandırmıştı. Aynı biçimde Harrison (2002) yeni sağlık yönetimi modelini Bilimsel Bürokratik Tıp olarak adlandırmıştı.

yönetim modellerinden feyiz alan, Taylorizmin pek çok temel kuralını dışlamayan yeni yönetsel stratejiler, daha köklü bir dönüşümü beraberlerinde getirmektedirler.²⁹

Performansa dayalı ücretlendirme, yeni dönemde yaygın ücretlendirme biçimidir. Ancak bu sistemi sadece bir ücretlendirme modeli olarak görmek yetersizdir, performans değerlendirme aynı zamanda bir denetim ve baskı aracıdır. Bireysel performansa dayalı ücretlendirme, bireysel performans ile ücret arasında kurulan doğru orantıyla, ücret baskısını emek sürecinin her bir anına yaymaktadır. İşgücü piyasası düzleminde işsizler ordusunun varlığı ile baskılanan ücret, emek süreci düzleminde performansa bağlı hale getirilmek suretiyle bu kez kendisi dolaysız bir baskı aracına dönüşmektedir. Böylece, performans değerlendirme sonuçlarına bakılarak tayin edilen ücretlerle performans artışı hedeflenirken (Ünal, 2000: 111), gerçekte tıbbi özgü mesleki bilgi, davranış normu, etik ilke gibi *indirgenemez* öğelerden oluşan sağlık hizmet etkinliği, evrensel eşdeğer olarak paranın hükümranlığına tabi kılınmak suretiyle bağlamından soyutlanmaktadır. Böylece bilgi donanımlı vasıf ve yaratıcı emek etkinliği olan sağlık hizmet etkinliği, daha baştan ‘performans’ şeklinde tanımlanmak suretiyle özgüllüklerinden kopartılarak ‘herhangi bir emek’ (genel olarak emek) etkinliğine indirgenmektedir (*değersizleşme*). Fakat sağlıkçı emeği doğası gereği ‘herhangi bir emek’ statüsünde kalamayacağı için bir kez herhangi bir emek etkinliğine indirgenmiş olan bilgi temelli yaratıcı emek etkinliği, “performatif emek³⁰” etkinliği formuna bürünmek suretiyle, hizmet içi ‘performans’ farklılaşmasına da konu olmaktadır. O halde “performansa dayalı ücretlendirme”, sağlık hizmetinin *işleyişine* yönelik teknik bir işletme-organizasyon müdahalesi değil, sağlık hizmetinin doğrudan doğruya *doğasına* yönelik bir müdahaledir. Oysa başta “sağlık reformcuları” olmak üzere,

29 Mevcut dönüşümü kamusal sağlık hizmetlerine Taylorist sistemin uygulanması olarak kavramının yaygın olmasının temel nedeni, Tekelci Sermaye döneminde Taylorizm’in fabrika emek sürecinde meydana getirdiğine çok benzer bir dönüşümün Neo-Liberal dönemde metalaşma ile birlikte kamu emek sürecinde meydana geliyor olması olabilir.

30 Performatif emek kavramı “duygusal emek” kavramı ile birlikte özellikle hizmet sektörünü konu alan işletme-organizasyon yazınında son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu kavramı *Toplumun Disneyland’leşmesi* adlı çalışmasıyla daha genel toplum kuramı düzeyine taşıyan katkı Alan Bryman’dan (2004) gelmiştir. Bryman, hizmet sektöründe çalışmanın tıpkı tiyatro etkinliği gibi bir ‘performans’ olarak inşa edildiğini söyler; tıpkı bir tiyatro oyunu gibi belirlenmiş roller vardır; yeteneklilik, ön-rol, arka-rol gibi kalıplarla iş süreci, bir tiyatro etkinliği gibi örgütlenir. “Rolün hakkını vermek” durumunu ifade eden ‘duygusal emek’, Bryman’a göre çalışanları farklılaştırıcı etkisiyle performatif emeğin ayrılmaz bir parçasıdır.

uygulamacı ve araştırmacılar da gözlenen yaygın eğilim, konuyu teknik bir işletme-organizasyon konusu olarak ele almak yönündedir. Bu çerçevede bireysel performans ölçümünde kimi sakıncalar olduğu kabulüyle takım performansının esas alınması gerektiği ileri sürülebilmektedir.

Takım performansına dayalı ücretlendirme, takımı oluşturan üyelerin tek tek performansları yerine, takım performansına göre ücret belirlenmesi uygulamasıdır. Bu tür bir ücretlendirme anlayışının, çalışanlar arasında rekabet yerine işbirliğini, yardımlaşma ve dayanışmayı özendirmediği ileri sürülmektedir. Ancak, bu ücretlendirme uygulamasının takımlar arasında kimi zaman olumsuz rekabete yol açtığı da gözlenmektedir (Bilgin, 2004: 93). Aynı biçimde takım içinde çalışanların birbirleri üzerinde baskı kurmasına da neden olabilmektedir. Performans değerlendirme sistemini uygulayabilmek için öncelikle görev ve iş analizinin yapılması, iş ve görevlerin tanımlanmış olması şarttır. Daha sonra çalışanların ölçümlenecekleri değerlendirme boyutları olan kriterlerin tanımlanması işlemine geçilir (Kılıç, 1997: 3). Bu durum her işin en küçük parçalarına ayrılarak tanımlanmasını, ayrıntılı işbölümünü ve standardizasyonu gerektirir. Bu nedenle performansa dayalı ücretlendirmeyle çalışma, bazı hekimler tarafından parça başı iş yapmaya benzetilmektedir (Derber vd., 1990: 133). Çalışanların performans ölçütlerinin gerektirdiği veriler arasında bağlı buldukları yöneticiden, astlarından, takım arkadaşlarından ve müşterilerden elde edilenler de önemlidir. Nicel standartlar arasında belirli bir işin gerçekleşmesi için gerekli zaman, yapılan işlem, hata sayısı, hizmet verilen müşteri sayısı sayılabilir. Bireysel yöntemler gibi diğer çalışanlarla karşılaştırmalı olarak değerlemeye imkân veren yöntemler de kullanılmaktadır (Kılıç, 1997: 3). Performansa dayalı ücretlendirme yalnız hastayı değil hekimleri de *homo-economicus* olarak gören anlayışın bir yansımasıdır. Bu anlayışa göre, her hekim kendi çıkarını en çoklaştırmaya çalışacak, daha çok kazanmak isteyen hekim daha kısa zamanda daha çok iş yapacak, işgününi uzatacak, hastaya ayırdığı vakti kısaltacak ve böylece “toplum yararı” da en yüksek düzeyde elde edilecektir. Hekimlerin kazançlarının ne kadar hasta gördüklerine göre belirlenmesi, bazı hekimleri hasta girişini en çok 15'er dakikalık bir zaman çizelgesine bağladıkları bir çalışma biçimini benimsemeye yöneltmiştir. Aynı biçimde hekimler vakitlerinin en az %70'ini hasta görmeye ayırmaya başlamışlardır ki, bu oran

eğitim hastaneleri için çok yüksek bir orandır. Böylece eğitime ayrılan zaman giderek azalmaktadır (Derber vd, 1990: 133). Diğer yandan söz konusu sistemin, gerçek olmayan endikasyonlarla hasta tedavilerinin düzenlenmesi ve meslektaşlar arası rekabetin yaratacağı olumsuz çalışma ortamı gibi sonuçlar doğurması olasıdır (Saçaklıoğlu, 2005: 242).

Görüldüğü gibi, gerek birey gerekse de takım temelli olsun, sağlık hizmetinde performans ölümüne dayalı cretlendirme sistemi, hizmetin temel karakteristikleriyle çatışan bir içeriğe sahiptir.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Denetimin Dönüşümü

Denetim; bir eyleyenin eylemi üzerinde yönlendirme ya da sınırlamanın gerçekleştirilmesidir. Sermayeyi temsil eden st düzey yöneticiler denetimi ellerinde tutarlar, işin düzenlenmesine ilişkin değişiklikleri gerçekleştirirler ve diğerlerinin çalışma faaliyeti üzerinde iktidarlarını kullanırlar. Bununla birlikte her ne kadar denetimi ellerinde bulunduranlar açıkça st düzey yöneticiler olsa da, onların bu süreci yaratmak ve yeniden yaratmak konusundaki özgürlükleri, kapitalist üretim ilişkileriyle sınırlandırılmıştır (Friedman, 1977: 46).

Kapitalizmin tarihsel seyri, devlet müdahalesinin düzeyi ve biçimi, yönetsel strateji tercihi, sınıfsal mücadele, emeğin vasıflılık düzeyi, çalışılan sektör gibi çok sayıda değişken, denetim biçiminde belirleyici olabilmektedir.³¹

³¹Emek sürecinin dolayısıyla da denetimin teknik, yönetsel, sosyal, siyasal ve ideolojik boyutlarını bütünlüklü bir Şekilde kavramsallaştıran katkısıyla Burawoy'un çalışmaları dikkat çekicidir. Burawoy (1985) rıza üretimini emek süreci yazınına dahil ettiği gibi, devlet müdahalesinin biçiminin ve düzeyinin emek sürecinin denetimi üzerindeki belirleyiciliğini farklı fabrika rejimi örnekleri üzerinden ortaya koymuştur. Burawoy'un ortaya koyduğu tipoloji aşağıda yer almaktadır. Burawoy'un açtığı yol, Türkiye'de devlet müdahalesinde piyasa lehine gerçekleşen dönüşümün sağlık emek süreci üzerindeki etkilerini yorumlarken, rıza- zor bileşiminin ne yönde değiştiğini kavrayabilmemizi sağlayacaktır.

Patriarkal despotizm: Emek sürecinin kontrolü patriarkal aile birimindedir. Üretim aygıtları, babanın hane yeleri üzerindeki egemenliğine dayanır.

Kamusal sağlık hizmetlerinde Keynesyen Refah Devleti modelinin hâkim olduğu ve kamunun bürokratik ilkelere göre yönetildiği 1945-1980 arası dönemde bürokratik denetim, egemen denetim biçimi olmuştur. Edwards'ın³² 20. Yüzyılın hâkim denetim biçimlerinden biri olarak ortaya koyduğu bürokratik denetim, hiyerarşik gücün kurumsallaşması ve önceden belirlenmiş kural ve işlemlere uygun biçimde kullanılması ile gerçekleşmektedir. Faaliyetler; kurallar, ölçütler ve işlemlerce tanımlanıp yönlendirilmeye başlar. Gerek yüksek performans için verilecek ödüller gerekse de düşük performans için verilecek cezalar belirlenmiştir. İşçilerin görev ve sorumlulukları sıkça değiştirilmez. Edwards, bürokratik denetimin firmadaki toplumsal ilişkiler açısından dört temel etkisinden söz eder: 1) Hiyerarşik otoriteden kaynaklanan güç keyfi biçimde kullanılmaz, kurumsallaşmış güç ilişkileri firmanın örgütsel yapısı içinde gömülüdür 2) Formel yapı

Paternalist Despotizm: Hem patriarkal otorite, hem de emek süreci üzerindeki kontrol babadan, yeni baba suretindeki fabrika sahibine geçmiştir. Emegın sermayeye biçimsel tabiiyeti gerçekleşmiştir.

Piyasa Despotizmi: Piyasanın ekonomik kırbacı ile kurulmuştur ve devlet, piyasa ilişkilerinin yalnızca dışsal koşullarını düzenlemektedir. Piyasa despotizminin koşulları, firmalar arası rekabet; işçilerin sermayeye gerçek tabiiyeti; emek gücünü satmak için işçinin işverene bağımlılığı ve devletin üretimin yalnızca dışsal koşullarını (piyasa güçlerinin işleyişi için gerekli koşulları) koruması olarak özetlenebilir. Bununla birlikte bu dört koşul nadiren bir arada gerçekleşir.

Bürokratik Despotizm: Zor rızaya üstündür ve devletin yönetsel hiyerarşisi ile yapılandırılmıştır.

Özyönetim: Özyönetimde işçiler yönetir. Ancak devlet özyönetimin gerçekleşeceği koşulları belirler.

Kolonyal despotizm: Üretim tipi bir taraftan emek süreci, diğer taraftan uluslararası siyasi ve ekonomik güçlerle belirleniyor.

Hegemonik üretim rejimi: devlet ve fabrika aygıtları kurumsal olarak ayırdır ancak devlet şartlar koyarak örneğin yönetim ve çatışmaların çözülmesi mekanizmalarını belirleyerek fabrika aygıtlarını biçimlendirir. Burada devletin emekgücünün yeniden üretiminde oynadığı rol önemlidir. İşçiler artık ustabaşlarının merhametine ihtiyaç duymuyor ve bu nedenle yönetim zorla rıza arasında bir denge kurmak zorunda kalıyor. Bu sistemde işçiler emek güçlerini yendien üretimi, sosyal yardımlar, konut vb. için işletmeye ve işçinin işteki performansına bağlı değildir. Rıza ve zor arasındaki denge, rekabetçi sektörde, tekelci sektöre göre daha çok rızadan yana bozulmaktadır.

Hegemonik despotizm: Daha önce ortaya çıkan hegemonik rejimin izlerini taşıyan bu rejim, emeği kolektivite olarak tehdit eden sermayenin artan hareketliliğinde kök salmakta ve önceki dönemde emegın sermayeden elde ettiği imtiyazları sermaye emekten aynı biçimde geri almaya çalışmaktadır. Refah politikalarını geriletilir ve emekçilerin alternatif geçim olanakları daraltılır. Atipik istihdam biçimleri yaygınlaşır (Burawoy, 1985; Özüğurlu, 2002).

32 Herhangi bir denetim sistemi, üç öğeyi içerir:1) görevlerin yönlendirilmesi 2) yapılan işin değerlendirilmesi 3) işçilerin ödüllendirilmesi ve disipline edilmesi. Edwards (1994), bu üç öğeyi tarihsel olarak farklı biçimlerde örgütleyen yöntemler arasında bir ayrım yapar. Basit denetim olarak adlandırdığı ilk biçimde, kapitalistler veya istihdam ettikleri yöneticiler açık ve keyfi biçimde güç uygularlar. Teknik denetim olarak adlandırdığı ikinci biçimde denetim mekanizması, işletmede kullanılan fiziksel teknolojiye içkindir. Bürokratik denetim olarak tanımladığı son biçimde ise denetim işletmenin sosyal örgütlenmesinin ve üretim noktasındaki suni sosyal ilişkilere içkindir. Son iki biçim, denetimin yapısal biçimlerini oluşturur ve her denetim biçimi kapitalizmin farklı aşamalarına tekabül eder.

gereğince tüm işler tanımlanmış ve birbirinden ayrılmıştır. 3) Süpervizörlerin görevi önceden belirlenmiş kriterlere göre işin yönetilmesi ve denetlenmesidir. 4) Kurumsal ödül ve yükselme, örgüt içinde ve kıdeme göre gerçekleştirilmektedir(Edwards, 1994).

20. yüzyıl boyunca kamusal sağlık hizmetlerinde yaygın denetim biçiminin bürokratik denetim özellikleri taşıdığı söylenebilir. Bununla birlikte, hekim özerkliğinin belli derecelerde korunduğu ve hekimlerin hiyerarşik otoritede önemli bir konum işgal ettikleri bilinmektedir. Hekimlerin denetiminde kamu idaresi veya piyasa aktörlerinden ziyade, mesleki denetim daha önemli bir rol oynamaktadır (Dent, 2006: 460). Dolayısıyla anılan dönemde hekimler açısından bir çeşit sorumlu özerklik söz konusudur.³³ Sağlık çalışanlarının tamamı için işgüvencesinin varlığı, kendi hesabına çalışma biçiminin hekimler için halen yaygın bir istihdam biçimi olması ve kurallara dayalı bürokratik işleyiş, baskıyı hafifletici bir işleve sahiptir.

Neo-liberal dönemde, kamu yönetimi anlayışının dönüşmesi ve sağlık hizmetlerinin kamusalıktan uzaklaşması süreci, denetim biçiminde de dikkat çekici bir dönüşüme eşlik etmiştir. Toplam Kalite Yönetimi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Yalın Üretim, Performans Yönetimi gibi yeni yönetim tekniklerinin sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlamasıyla yeni denetim stratejileri ve yeni gözetim teknolojileri uygulamaya sokulmuştur. Yukarıda da belirtildiği gibi performansa dayalı ödeme sisteminin en belirgin özelliği denetimi mesleğe dair unsurlardan soyutlayarak yaygınlaştırması ve içselleştirmesidir.³⁴ Sağlık

33 Friedman (1977), yöneticilerin emek sürecinin denetimi için başlıca iki yönetsel stratejiye başvurabileceklerini belirtir: Basit denetim ya da sorumlu özerklik. Doğrudan denetim stratejisi işçilerin geniş inisiyatif ve vasıflarını ortadan kaldırmaya ve işteki görevlerin, işin yürütümünün ve işgücünün üst düzey yönetim tarafından tasarlanmasına ve yönlendirilmesine yönelik bir stratejidir. Doğrudan denetimi artırmanın temel yöntemleri işbölümünü ve mekanizasyonu artırmaktır. Sorumlu özerklik ise kaynağını daha çok insan ilişkileri yaklaşımından almaktadır. Sorumlu özerklik, doğrudan denetimin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiştir. Çalışma faaliyetleri hakkında kendi kararlarını verebilen küçük çalışma grupları oluşturmak, işteki görevlerin çeşitliliğini artırmak gibi yöntemlerle işgücü küçük rekabetçi gruplara bölünmekte ve dayanışma azaltılmaktadır. Böylece işletmenin rekabetçi amaçlarıyla kendilerini özdeşleştiren işçiler, doğrudan denetime maruz kalmadıkları halde, sorumlu davranmakta, bir çeşit öz denetim uygulamaktadırlar. Sorumlu özerklik görece vasıflı emek için daha uygun bir denetim sistemiyken, örgütsüz ve görece vasıfsız emek için basit denetim daha uygundur.

34 Aydoğanolu, <http://www.egitimsen.org.tr/index.php?yazi=740>.

çalışanlarının işlerini ve konumlarını korumak, hastanenin karını yükseltmek ve daha çok ücret elde etmek için rekabet etmeleri, performans değerlendirmesinin kimi çalışanlar için rızaya, kimi çalışanlar için zora dayalı denetimiyle gerçekleşmektedir.³⁵ Bu farklılık bireysel tercihlerle ilgili olmadığı gibi hekimliğin bir meslek topluluğu olmaktan çıkmasıyla ilgilidir. Diğer yandan elektronik gözetim sistemleri ve hasta kayıt sistemleri ile de denetim artırılmaktadır. Önceki dönemde hiyerarşi, kurallar ve görevlerle kendisini hissettiren bürokratik denetim, şimdi yerini, sağlık çalışanlarının işlerini ve konumlarını korumak, hastanenin karını yükseltmek ve daha çok ücret elde etmek için rekabet etmelerine dayalı bir denetim tarzına bırakmıştır.

Hastane yöneticiliği, pek çok ülkede özel bir eğitim süreci sonunda kazanılan ayrı bir meslek haline gelmiş, hastane yönetimi tamamen hekim dışı hastane işletmecilerine devredilmiştir. Kamusal sağlık hizmetlerinin piyasa ilkeleriyle örgütlenmesi, çalışanları ikili bir denetime maruz bırakmaktadır: Devlet ve piyasa denetimi. Bir yandan devlet, düzenleyici işleviyle kamu hastaneleri üzerindeki denetimini muhafaza ederken (personel yasası, ulusal hizmet standartları ve kuralları, atama, yükseltme vb.), diğer yandan yeni piyasa aktörleri ve yeni yönetsel modellerin sisteme dâhil olması (kalite standartları, göstergeler, verimlilik ölçümleri vb.) çalışanları iki yönlü bir mücadele zorunluluğuyla yüz yüze bırakmıştır (Mooney ve Law, 2007: 111).

İş güvencesinin giderek ortadan kalkması, dışarıya iş verme, belirli süreli sözleşmelerle istihdam etme ve taşeronlaştırma gibi uygulamaların kamusal sağlık hizmetlerinde yaygın bir hal alması; hekim işgücü arzının artışı ve işsizlik, denetimin değişen yapısını pekiştiren etkilere sahiptir. Çünkü yönetsel denetimin nihai biçimi, iş kaybı ile tehdit gücünü daha yüksek düzeyde içermeye başlamıştır. Hiç kuşku yok ki, iş güvencesinin mevcut olup

35 Üretim ve yeniden üretim alanlarının metalaştığı ve tüm sağlık çalışanlarının işsizlik/güvencesizlikle karşı karşıya olduğu günümüzde, etkinlik, kârlılık, verimlilik kriterlerine uymamanın düşük ücret almak veya istihdam sözleşmesini yenileyememek gibi bir sonuç doğurması, gerçekte bu uygulamanın tamamen zora dayalı bir uygulama olduğu anlamına gelir. Bununla birlikte yüksek performans sonucu eskiye oranla çok yüksek gelir elde edebilen sağlık çalışanlarının çoğu rekabete dayalı çalışma biçimini içselleştirmektedir. Ancak aynı sistem görelî olarak daha yoğun iş yükünün görece daha düşük ücretlendirildiği çalışanlar için açıkça bir zor aracı olmaktadır.

olmaması, denetim biçiminde hayli belirleyicidir. İşgücü piyasasının durumu, devletin işgücü piyasasını düzenleme biçimiyle birlikte denetim biçiminde ve emek rejiminde ayırt edici bir özelliğe sahiptir (Littler, 1990:67-68). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının güvence düzeylerindeki ve işgücü piyasasındaki pazarlık güçlerindeki farklılaşma, denetimin biçimini ve düzeyini de farklılaştırmaktadır.³⁶ Edwards (1994), Amerikan kapitalizmi örneğinde işgücü piyasasının değişik tabakalarında değişik denetim biçimleri uygulandığını belirtir.³⁷ Söz konusu tespit, hem mesleki ve teknik işbölümüne, hem de koruma, tedavi etme, araştırma işlevlerine göre ayrılarak çok tabakalı işgücü yapısını tek bir sektörde bir arada barındıran tıbbi bakım hizmetleri için de geçerlidir. Örneğin birinci basamak tıbbi bakım hizmetlerinde çalışanlarla, ikinci - üçüncü basamakta çalışanlara, hekimlerle yardımcı sağlık personeline yönelik denetimin zor - rıza bileşimi önemli düzeyde değişebilmektedir. Hekimler üzerinde tahakküm daha çok rızaya dayalı ideolojik denetim mekanizmalarıyla kurulurken, hemşirelerin denetiminde zor rızaya üstün olabilmektedir. Teknoloji yoğun üretimin yapıldığı tetkik birimlerinde teknik denetim, baskın denetim biçimidir. Sağlık emek sürecindeki denetimin bu genel görünümü, performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile ilişkilendirildiğinde ortaya farklı bir tablonun çıktığı ileri sürülebilir. Sağlık hizmet üretiminin piyasa ilkelerine göre örgütlenmesi, sermayenin kadim bir kuralını kamu hastanelerinde de uygulamaya sokmuştur: Vakit nakittir! Bu durum tüm sağlık çalışanlarının zaman kullanımının denetim altına alınmasına yol açmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, söz konusu denetimin önemli bir aracı olmuştur. Bu koşullarda hekimlerin tabi olduğu denetim biçimi, rızaya dayalı görünümü sürdürüyor olsa da gerçekte *içselleştirilmiş zora* dayalı bir denetim tipinden söz etmek, daha açıklayıcı olacaktır.

36 Örneğin Türkiye özelinde jinekologların pazarlık gücü, dahiliye uzmanlarından daha yüksektir. Bu durumda iş güvencesizliğinin yarattığı baskının bir jinekolog ve bir dahiliye hekimi için aynı olmayacaktır. İş güvencesinin denetimle ilişkisi en açık biçimde sözleşmeli ve kadrolu sağlık personelleri arasındaki ayrımında kendisini göstermektedir. Bu durumun somut etkilerine gerek 3. Bölümde gerekse 4. bölümünde değinilecektir.

37 Örneğin (otomobil çelik gibi) birincil sektörde teknik denetim hâkimken, ikincil sektörde daha çok doğrudan denetim hâkimdir.

Müşteri olarak adlandırılan hedef nüfusun tercihleri, beklentileri ve tatmin düzeyi de yeni bir denetim aracı olarak uygulamaya sokulmuştur. Hasta memnuniyet/şikayet sistemi, sağlık çalışanları üzerinde yeni bir gözetim mekanizması olarak kullanılmaya başlanmıştır (Bolton, 2002). Kalite uygulamalarının hayata geçirilmesiyle birlikte, yalnızca hedef nüfus değil, tüm sağlık kurumu personeli de (iç) müşteri olarak adlandırılmıştır. Sadece performans standartlarına uyum yeterli olmamakta, iş sürecinin diğer bileşenlerinin de yapılan işin zamanlaması ve işlevinden tatmin olması gerekmektedir. “İç müşteri” kavramı, iş süreçlerinin bir sonraki aşamaya yetiştirilmesi baskısıyla çalışanlar üzerindeki denetimi artırmaktadır (Kaluzny vd. 1992, Dikmen ve Dikmen Kayıran, 2004).

Salt girdi ve çıktının değil sürecin de denetim altına alındığı yeni sağlık yönetim sistemleri, hem tüm tıbbi girdinin kullanımını denetim altına almakta, hem de yapılan her bir işlemi izlemekte ve kaydetmektedir. Kartlı geçiş sistemleri, kameralar ve hastane otomasyon sistemleri, izlemenin temel araçlarıdır. Bu araçların en ayırt edici özelliği, denetimi içselleştirmesidir. Burada denetimin içselleştirilmesi, mesleki çalışma kural ve normlarına dayalı öz-disiplin ve öz-denetimin erozyonu pahasına gerçekleşmektedir.

2.3. İşbölümü ve Aşırı Uzmanlaşma

Tıbbi bakım hizmetlerinde farklı işbölümü biçimleri söz konusudur. Bir yanda hekim, hemşire, ebe, hasta bakıcı, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni, fizyoterapist, psikolog, biyolog, kimyager gibi mesleki bazda ayrılmış işgücü bulunur. Bunlara otelcilik ve destek hizmetlerini de eklediğimizde temizlik, güvenlik, sekreterlik ve yemek hizmetlerine kadar uzanan bir işbölümü karşımıza çıkar. Burada konumuzu yalnızca doğrudan tıbbi bakım hizmetleri ile daraltarak ele alacağız. Sağlık hizmetleri içinde mesleki işbölümünde yeni çıkan meslek kategorileri ve meslekler arasında görev ve vasıfların yeniden dağıtılması sonucu ortaya çıkan bir dönüşüm söz konusudur. Bir diğer dönüşüm ise daha çok hekimler özeline gerçekleşen, teknik (ayrıntılı) işbölümünün artışıdır.

Marx (2004: 327- 328), işbölümüne dayanan elbirliğinin ya belli bir malın son şeklini alabilmesi için teker teker ellerinden geçmesi gereken işçilerin, tek bir kapitalistin denetimi altında bir işyerinde toplanmalarıyla ya da hepsi de aynı ya da benzer türden işi yapan

birçok zanaatçının tek bir kapitalist tarafından bir işyerinde aynı zamanda çalıştırılmasıyla gerçekleştirildiğini anlatır. Ancak ikinci durumda bile bir süre sonra her zanaatçının çeşitli işlemleri ardı ardına yapması yerine, bu işlemler, yan yana yürütülen, birbiriyle ilişkisi olmayan, tek tek işler haline getirilir. Her iş, ayrı bir zanaatçıya verilir ve işin tümü, elbirliği halindeki işçiler tarafından aynı zamanda yapılır. Böylece işin kendine göre yararlı yanları gelişir ve giderek sistemli bir işbölümü haline gelir. Artık meta, bağımsız zanaatçının bireysel ürünü olmaktan çıkıp, her biri bütün işlemin yalnız tek bir kısmını yapan zanaatçı topluluğunun toplumsal ürünü halini alır.

Kapitalist sanayideki işbölümü, hiçbir biçimde üretimle ilgili görevlerin, zanaatların ya da uzmanlıkların, toplum içinde dağıtılması olgusuyla özdeş bir durum değildir, çünkü bilinen toplumların hepsi çalışmayı üretken uzmanlık alanlarına göre bölmüşken, kapitalizmden önceki hiçbir toplum, her bir üretken uzmanlık çalışmasını sınırlı işlemlerden oluşan alt bölümlere sistemli biçimde parçalamış değildir. Bu işbölümü biçimi yalnızca kapitalizm koşullarında genellik kazanmıştır (Braverman, 2008: 93).

Bildiğimiz toplumların tümüne özgü olan toplumsal işbölümü biçimi, toplumu, her biri kendi üretim dalında yeterlilik sahibi olan meslekler ekseninde bölerken, teknik işbölümü, üretim içindeki işbölümünün üretimin kurucu öğelerine ayrılmasıyla başlar. Ürünü ortaya çıkartan süreçleri parçalayarak, işçiyi üretim sürecinin tamamını gerçekleştirmek açısından yetersiz hale getirir (Braverman, 2008: 95-97). Teknik işbölümünün genel sonucu uzmanlaşma ve işçiler tarafından yerine getirilen görevlerin basitleştirilmesidir. Uzmanlaşma ise, “işbölümü temelinde teknolojik, toplumsal, politik, biyolojik ve iktisadi yetkinleşmeye işaret eder” (Ördek, 2006: 569).

Bu bölümdeki temel ilğimiz bir yandan mesleki işbölümündeki dönüşüm, bir başka deyişle tıbbi vasıfların, meslekler arasında yeniden dağılımı, diğer yandan tıbbi işbölümü temelinde yetkinleşme veya uzmanlaşma olarak adlandırdığımız sürecin kazandığı ivme ve etkileri olacaktır. Diğer yandan sağlık hizmetleri alanında mesleki işbölümü açıkça cinsiyetlendirilmiştir. Bu nedenle mesleki işbölümünün dönüşümü ele alınırken toplumsal cinsiyet etkisine yer vermek kaçınılmazdır.

19. yüzyılda ortaya çıkan tıpta uzmanlaşma sürecinde 1960'lerden itibaren bir patlama gerçekleşti. 1970'lerden itibaren alt uzmanlıklar ve yan dallarla birlikte uzmanlaşma süreci yeni bir boyut kazandı. Bunlara ek olarak henüz bir uzmanlık alanı olarak tanınmasalar da, hekimlerin fiili olarak uzmanlaştıkları çok sayıda alan ortaya çıktı.³⁸ Kimilerine göre teknolojik gelişmelerin hız kazanması bir kişinin tüm işlemleri öğrenmesini zorlaştırdı ve hekimler daha özelleşmiş teknolojiler ve özel alanlar üzerine odaklanmaya başladılar (Terzi, 2009: 154). Kimilerine göre ise, bilgi ve teknolojiye gelişim, uzmanlaşmaya yol açmaktan ziyade, işbölümündeki egemenliklerini ve uzman statülerini korumak isteyen çıkar gruplarının konumlarını meşrulaştırma araçları olarak işlev gördü (Gritzer, 1985). Üzerinde hiç kuşku bulunmayan bir sonuç var ise o da uzmanlaşma ile teknolojinin birbirini sürekli tetiklediği son dönemde, tıpta aşırı uzmanlaşmanın hat safhaya erişmiş olmasıdır. Böylece tıp evreninin tümünü kavrayan birinci basamak hekim ideali yavaş yavaş ortadan kalkarken, uzmanlaşma giderek hekimlerin zorunlu bir tercihi haline gelmeye başlamıştır. Bu durum farklı statülerde çalışan hekimler açısından da bir yarılma yaratmıştır. Klinikte çalışan hekimler tıbbi teknoloji gelişimine ilişkin kararlardan, akademideki hekimler birinci basamak tıbbi bakımdan, birinci basamak hekimleri ise yeni tıbbi gelişmelerden uzaklaşmışlardır (Cook- Deegan, 1988: 150).

Genel pratisyenliğin prestijinin azalmasında ve uzmanlığın öne çıkmasında sağlıkta metalaşma süreci önemli bir etkidir. Son dönem uzmanlık alanlarının oluşumunda "geriatri" alanı gibi toplumsal ihtiyaçların yönlendirmesi kadar, piyasa yönlendiriciliğinin önemli rol oynadığı açıktır. Alan bilgisine en çok sahip olanlar ve en deneyimlilerin uzmanlar olduğuna ilişkin egemen toplumsal kanı, her tür sağlık sorunu için uzmanlara başvurulmasına sebep olmaktadır. Medya uzmanlara ilişkin bu kanıyı yaymakta ve desteklemekte önemli bir rol oynamaktadır.³⁹

38 Örneğin çok talep gören Gastroenteroloji Uzmanlığı, Dahiliye Uzmanlarının yandal uzmanlık eğitiminden geçmesiyle kazanılmaktadır. Pediatrik Nöroloji ise alt uzmanlık dallarına örnek verilebilir. Henüz uzmanlık alanı olarak tanınmayan ancak hekimlerin fiilen uzmanlaştıkları kozmetik cerrahi, saç cerrahisi gibi alanlar da söz konusudur.

39 www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/cme12A06.doc

Tıbbi bakım hizmetlerinde mesleki ve teknik işbölümünü ve bunların metalaşma süreci ile ilişkisini çözümlenmek amacıyla öncelikle modern tıpta uzmanlaşmanın kökenlerine kısaca göz atarak, bu eğilimin temel gerekçelerini keşfetmeye çalışacağım. Buradan yola çıkarak tıpta uzmanlaşmanın endüstriyel işbölümüne benzer saikler taşıyıp taşımadığı ve oradakine benzer sonuçlara yol açıp açmadığı, diğer bir anlatımla vasıfsızlaşma, yabancılaştırma gibi etkiler yaratıp yaratmadığı sorularına yanıt bulmaya çalışacağım.

2.3.1.Modern Tıpta Uzmanlaşmanın Kökenleri:

Yazında modern tıbbın uzmanlık alanlarına ayrılmasının temel gerekçelerine ilişkin bir konsensüs olmamakla birlikte, tüm yazarlar uzmanlaşmanın 19. Yüzyıl Paris’inde ortaya çıktığı konusunda uzlaşmaktadırlar. “Neden Paris”, sorusunun yanıtı aşağıdaki gibidir:

Rosen (1944), tıbbi uzmanlaşmanın ortaya çıkışını üç gelişmeyle açıklar: Patolojik anatomiye geçiş, tıbbi teknolojilerin ortaya çıkışı ve kentleşme. Fransız ihtilalinin ardından liberal yasalarla sahipsiz kadavraların incelenebilmesi, hastalıklara bakış açısını da değiştirmiştir. Hastalık ve tedavinin kaynağı olarak, artık vücut sıvılarının dengesi değil, organlar görülmeye başlamıştır. Dikkatin organ ve lezyonlara kayması, özel çalışmaların yapılmasını gerekli kılarak uzmanlaşmanın önünü açmıştır. Bu görüş Rosen’i takip eden çok sayıda tıp tarihçisi tarafından da paylaşılır. Rosen’a göre patolojik anatomiye geçişin yanı sıra tıbbi teknolojide gelişim de tıbbi uzmanlaşma için önemli bir gerektir. Oftalmoskop (göz dibini görmeye yarayan alet) ve larinjoskopun (gırtlak içini incelemeye yarayan alet) geliştirilmesinin oftalmoloji (görme yolları hastalıkları ve cerrahisiyle ilgilenen bir tıp bilim dalı) ve otolaringolojinin (kulak ve boğaz ile ilgilenen tıp bilim dalı) gelişmesindeki kritik yeri, teknolojinin uzmanlaşmaya etkisini göstermek için de güçlü bir kanıttır. Kentleşme ise çok sayıda hekimin kent merkezlerinde yoğunlaşması ve kentleşmenin neden olduğu sağlık sorunlarının uzmanlaşmayı teşvik etmesi bakımından üzerinde durulması gereken bir diğer faktördür. Örneğin, kentlerde çocuk hastalıklarındaki artış, pediatriinin ortaya çıkışına bir neden olarak gösterilir.⁴⁰ Öte yandan Weizs (2003),

40 A. Silvester, “The Emergence Of Medical Specialties In The Nineteenth Century: A Discussion Of The Historiography”, http://priority.com/history_of_medicine/Medical_specialisation.htm.

yukarıda değinilen her üç gerekçeyi tıbbi uzmanlaşmanın kökenlerini açıklamak bakımından, özellikle de niçin 19. yüzyılda ve niçin Paris'te sorularına yanıt olması bakımından yetersiz bulur. Patolojik anatomiye geçişin, organlar üzerinde uzmanlaşmayı gerektirdiği konusundaki sava karşılık olarak Weizs, ilk uzmanlık dergilerinden biri olan L'Esculape'nin yer verdiği 1839 yılındaki uzmanlık alanları listesine gönderme yaparak karşı çıkar. Çünkü bu listede organlar bazında bir uzmanlaşma söz konusu olduğu gibi, çocuk hastalıkları, halk sağlığı, ortopedi gibi salt organlar bazında gelişmemiş uzmanlık alanları da söz konusudur. Söz konusu dönemde Avrupa'nın en büyük kenti Londra iken, uzmanlaşmanın neden Paris'te ortaya çıktığı sorusuna da Rosen'in kentleşme çözümlemesiyle cevap bulunamadığını belirtir. Wiesz'a göre neden, Londra'dan farklı olarak Paris'in uzmanlaşma için gereken kurumsal alt yapı ve araştırmacı topluluğuna sahip olmasıdır.

Az sayıda tıp tarihçisi tarafından ortaya konan uzmanlaşmanın kökenlerine ve nedenlerine ilişkin değerli çözümlemelerin çoğu, uzmanlaşmayı daha çok tıptaki ve sağlık hizmetlerindeki gelişimle ilişkilendirmektedir. Tarihçiler tarafından kurulan bu ilişkileri dışarıda bırakmadan, ancak farklı bir kavrayışla bakıldığında uzmanlaşmanın temelleri, ekonomipolitik bir yaklaşımla da çözümlenebilir. Tıpta uzmanlaşmayı, medikal dönüşümle ilişkilendirmek anlamlı olsa da bu ilişkiye açıklayıcı bir statü atfetmek sorunlu olacaktır. Tıbbi uzmanlaşma olgusu, tıbbi bakış açısının kadavra incelemeleri neticesinde organlara odaklı hale gelmesi vb. tıbbi gelişmelerle sınırlı olarak kavrandığında, uzmanlaşmanın son yıllarda neden hız kazandığı ve sağlık çalışanları üzerinde ne tür etkilerde bulunduğu sorularını yanıtlamak olanaksızlaşır.

Sağlık sorunlarını belirli toplumsal güç ilişkilerinin sonucu olarak değil bireysel biyolojik sorunlar olarak gören yaklaşım, hastalığı da dışsal gerekçelerle oluşan patolojik tahrifat olarak algılar. Hastalık ve sağlığı sosyal gerekçelerinden soyutlayarak tamamen mekanik bir olgu olarak ele alan bu yaklaşımın egemen hale gelmesi, uzmanlaşma sürecinde önemli

bir rol oynamıştır. İnsan bedenini bir makine gibi algılayan bu mekanik yaklaşımla⁴¹, tıbbi bilgi ve uygulamaların beden makinesinin belirli parçaları üzerinde uzmanlaşarak gelişmesi şaşırtıcı olmamıştır (Navarro, 1988: 63). Nitekim 1900'lerin başında Amerika'da endüstri modeli uzmanlaşmanın en ateşli savunucularından biri olan Lewellys F. Barker, hücreleri makinenin birlikte uyum içerisinde işleyen parçalarına benzetmiştir. Barker tam da Taylor'un "Bilimsel Yönetimin İlkeleri"⁴² adlı ünlü kitabını yayımladığı yıl olan 1911'de klinikte işlevsel işbölümünün ne denli önemli olduğunu yazmış ve daha sonra Taylor'a atıfta bulunarak klinikte bilimsel yönetim ilkelerinin uygulanmasını önermiştir. Bu amaçla, bilimsel yönetim ilkelerinin endüstride işi ölçülebilir ve yönetilebilir parçalara böldüğü gibi, insan bedenini de ölçülebilir ve yönetilebilir parçalara bölen bir yöntem geliştirmiştir. Tıpta uzmanlaşmış işbölümü ile amaçlanan, ticaret ve sanayide olduğu gibi sağlıkta da nitelik, hız ve etkinlik sağlanmasıdır. Hastane yöneticileri, etkili ve kârlı bir hastane örgütlenmesine bilimsel yönetim ilkelerini esas alan uzmanlaşma ile ulaşabileceğini dile getirmeye başlamışlardır. Böylece uzmanlaşma hızla yaygınlaşmış, bu da çok sayıda departmanı olan hastaneleri yaygınlaştırmıştır (Perkins, 1997).

Braverman (2008), kapitalist üretime özgü olan teknik işbölümü ile işin mümkün olan en küçük birimlerine ayrıldığını ve her birimin özel bilgi ve eğitim gereksiniminden kopartılarak basitleştirildiğini ifade eder. Toplumsal işbölümü toplumu bölerken, ayrıntılı işbölümü insanı bölmekte ve parçalamaktadır. Ayrıntılı işbölümü ile tasarım ve uygulama birbirinden tamamen ayrılır; tasarlama, denetim ve karar erki tamamen işverene geçer. McKinlay ve Arches da (1985), tıpkı endüstrideki gibi, tıpta uzmanlaşma ve alt dallara

41 Navarro (1988: 63), mekanik bakış açısının, öne sürülenin aksine insan bedeninde veya tıbbi teknolojideki bir takım keşiflerin sonucunda doğrusal biçimde gelişmediğini vurgular. Navarro'ya göre mekanik bakış açısının egemen hale gelişi ve uzmanlaşmanın ortaya çıkışında, sağlıkla toplum ilişkisinin kopartılarak ve sağlıklı bireyselleştirerek burjuva ideolojisinin yeniden üretmesi önemli bir rol oynamaktadır.

42 F. W. Taylor, işbölümü, aşırı uzmanlaşma, tasarım ve uygulamanın ayrılması, her iş için standart yöntem ve zamanlamanın geliştirilmesi uygulamalarına dayanan ve kapitalizmin tekelleri dönemine damgasını vuran kendisine özgü işletme yaklaşımının ilkelerini ele alır. Taylorizme vücut veren temel ilkeler, emek sürecinin bilgisinin bir araya getirilmesi ve geliştirilmesi; söz konusu bilginin işçiler açısından mevcut olmaması biçimindeki yaşamsal karşıtıyla birlikte, bu bilginin icraatçı alan olarak işletmede yoğunlaştırılması ve bilgi üzerindeki tekellerin emek sürecinin her bir adımını ve icra edilme tarzını denetlemek üzere kullanılmasıdır (Braverman, 1974:38-39).

ayrılmanın vasıfsızlaşmanın tohumlarını taşıdığını ve vasıfsızlaşmanın da daha az ücret ödeyerek daha çok artık değer elde etmeyi sağlayan bir kapitalist teknik olduğunu öne sürmektedirler. Aynı biçimde Öngen (2009:90), uzmanlaşma ve ileri teknoloji kullanımının aynı anda sömürüyü artıran ve sömürünün üzerini örten ikili etkisine değinir. Buna göre teknoloji kullanımına dayanan işlerin çoğalması ve çeşitlenmesi, görece artık değer artışı yoluyla sömürü düzeyini artırırken uzmanlaşma ise iş süreci üzerindeki özerkliği azaltan sonuçlar yaratır. Ne var ki saha çalışmasındaki gözlemlerime dayanarak belirtmek gerekirse, hekim bakımından uzmanlaşma ve teknoloji kullanımı, kendi statü, güç ve özerkliklerini arttıran faktörlerdir. Öznel algı ile nesnel konum arasındaki açığı farkı ileride tartışılacak olsa da şimdilik uzmanlık ve ileri teknolojiye dayalı teşhis ve tedavilerin kolektif bir emek sürecinin gelişmesini koşullandırdığı, bunun ise sağlık çalışanlarını kapitalist birikim mantığının yönetim ve denetim stratejilerine daha bağımlı hale getirdiği söylenebilir.

Uzmanlaşma; hekimî tıp alanındaki diğer uzmanlara olduğu kadar, alanın dışındaki uzmanlara da bağımlı hale getirmiştir. Özellikle uzmanlaşma ile artan teknoloji kullanımı, hekimlerin tıbbî cihazlara ilişkin bilgilerini sürekli yenilemelerini gerekli kılmaktadır. Bu bilginin üreticisi ve ilk sahibi tıbbî cihazları üreten ve pazarlayan şirket elemanları ve mühendislerdir. Hekimler artık uzmanlaşma süreçlerini destekleyen tıbbî cihazları kullanmayı, çoğunlukla hekim olmayan uzmanlardan öğrenmektedirler. Tıpta artan uzmanlaşmanın hekimleri birbirlerine ve aynı zamanda mühendisler gibi hekim dışı uzmanlara daha bağımlı kılması, ilk durumda tek tek hekimlerin gücünü, ikinci durumda da tüm hekimlerin gücünü zayıflatmaktadır (Wolinsky, 1988:38). Tıp teknolojisine ilişkin bilgi üretiminin el değiştirmesi konusuna teknoloji bölümünde daha ayrıntılı biçimde değineceğim. Ancak bu konunun bu bölüm açısından önemi, hekimlerin dar bir alanda özelleşerek, o alanın bilgisini tekelleştirmeye çalışırken, alanın genel bilgisine ve tıbbî cihazların bilgisine sahip olmadıkları için diğer uzmanlıklara bağımlı hale gelmeleridir.

Uzmanlaşma, görünürdeki son teknolojiyi yakalamayı ve tıbbî bakımdaki gelişmelere ayak uydurmayı sağlama işlevinin yanı sıra gizli işlevlere de sahiptir. Gizli işlevlerden en önemlisi, kapsamlı, bütünlüklü ve gizemli tıp arenasının birbirinden ayrı ve yönetilebilir

faaliyet alanlarına bölünmesidir. Tıbbın genel bilgisini elinde tutan bilge kişi, yerini, sınırlı bir alanın uzmanına bırakır (McKinlay ve Arches, 1985). Özetle ifade etmek gerekirse, uzmanlaşma bir yandan toplumsal statüyü ve geliri artırıcı bir işlev görürken, diğer yandan hekimin sağlık emek sürecinin tamamına ilişkin bütünlüklü bilgisini ve süreç üzerindeki denetimini sınırlandırmaktadır. Aşırı uzmanlaşmanın geliri artırıcı bir işlev görmesi, endüstriyel üretimde karşılaşılan genel işleyişe aykırıdır. Emek süreci yazınında de sıkça dile getirildiği gibi işbölümü, diğer işlevlerinin yanı sıra emek gücünü ucuzlatmanın bir yoludur. Bütün işin tek bir işçi tarafından gerçekleştirilmesi halinde, bu işçinin, emek sürecindeki en zor işi gerçekleştirmeye yetecek vasfa ve güce sahip olması gerekecektir. Oysa işin her biri farklı vasıf ya da güç gerektiren, ayrı ayrı gerçekleştirilecek işlemlere bölünmesiyle birlikte, süreci gerçekleştirme yeteneğine sahip emek gücü parçalanarak tek bir işçide bütünleşmiş yetenekten daha ucuza elde edilebilir. Başka bir ifadeyle, “emek gücünün alımına ve satımına dayalı bir toplumda, zanaatın tekil parçalarına bölünmesi bu tekil parçaları ucuzlatır” (Braverman, 2008:102- 103). Tıpta uzmanlaşmanın de benzeri biçimde emeği ucuzlatıcı bir etkisi olup olmadığı bu nedenle çok tartışılmıştır. Bununla birlikte tıpta uzmanlaşmanın, emek gücünü ucuzlattığına ilişkin bir kanıt bulmak güçtür. Dolayısıyla tıpta aksi bir süreç işlediği kabul edilmektedir. Örneğin Light ve Levine (1988:16), pek çok hekimin tıbbi teknolojiadaki gelişmeleri izleyerek klinik yeteneklerini geliştirmek, hastaların taleplerini karşılamak ve daha çok para kazanmak için uzmanlaştıklarını dile getirirler. Belek (2009:71) de, uzmanlaşma sürecini “hekim emeğinin ikame edilemeyecek derecede incelenmesi” olarak yorumlar. Belek’e göre, hekim emeğinin sıradanlaşması ile sağlık *rantı*⁴³ erozyona uğrarken, uzmanlaşma ile de sağlık rantı artmaktadır. “Sağlık hizmetine *rant* olanağı veren şey; ikame edilemezliği, bir gereksinim olarak ortaya çıktığında ertelenemezliği ve bunlarla bağlantılı biçimde edinmiş olduğu kutsallık mitidir”.

43 Belek (2009), sağlık hizmetinin kendisinin bir değişim değeri üretmediğini belirtir. Bununla birlikte sağlık hizmetiyle elde edilen sağlık kazancının başka meta ve hizmetlerle elde edilememesi ya da ikame edilemezliği nedeniyle, kapitalist üretim ilişkileri içinde toprağın kazandığına benzer bir değer kazandığını belirtir. Buradan yola çıkarak sağlık kazancını da, feodal üretim ilişkileri döneminde kendi doğallığından başka bir anlamı olmayan toprağın kapitalist üretim ilişkileri içinde elde ettiği değer gibi “rant” olarak adlandırır.

Hekimlere yüksek gelir ve prestij kazandıran bu sihirli uzmanlaşma örtüsü aralandığında, altından bağımlılık ve denetim işlevleri çıkmaktadır. Üstelik bu sihirli örtüyü kullanan, *piyasanın görünmez elidir*. Alt uzmanlıkların hızlı artışı⁴⁴, bakım sürecinin parçalanmasına ve klinik bakım sorumluluğunun zamana ve farklı bölümlere yayılmasına yol açmaktadır. Bu da uzman bakımının genel pratisyen bakımına göre çok masraflı olmasına neden olur. Çünkü hem daha çok teknoloji kullanımına başvurulmakta hem de farklı uzmanlık dallarından görüş alınmasını gerektirmektedir (Barondess, 2000: 1300). Sağlık reformlarıyla bir yandan maliyet etkinliğine vurgu yapılırken, diğer yandan uzman bakımı teşvik edilmektedir. Öte yandan, farklı uzmanlık dallarına göre bölünmüş olan hastane departmanları, her bir işlem başına ücret alan ayrı mali birimler haline gelmiştir. Bu da, toplumun sağlık ihtiyaçları için hangi birimlerin daha önemli olduğuna bakılmaksızın hastanenin daha çok kazanç elde eden birimlerine daha çok yatırım yapılması sonucunu doğurmuştur. Söz konusu gelişmeler tıpta uzmanlaşma sürecini, tıbbın toplum yararına gelişmesi sürecinden uzaklaştırmaktadır.

Uzmanlaşma konusunda bir başka dikkat çekici son dönem eğilim, hekimlerin sermayenin tümüne veya bir bölümüne sahip olduğu özel uzmanlık hastanelerinin (göz, el cerrahisi, kalp hastanesi gibi) kurulmasıdır. Tek bir ürünün üretiminde uzmanlaşmış bir fabrika gibi işlev gören ve çoğunluğu cerrahi dallardaki bu hastanelerde, hekimler bir gün içinde farklı hastalar üzerinde aynı işlemi defalarca gerçekleştirmektedir. Bu durumun kaliteyi ve uzmanlığı artırdığı öne sürülmektedir. Genel hastanelere göre düşük yatırım, yüksek kâr getiren bu hastanelerin sayısı giderek artacak gibi görünmektedir.⁴⁵ Bu gelişme, insan bedenine bütünsel bakışın terk edilmesinde geline aşamayı göstermesi bakımından da dikkat çekicidir.

44 Özellikle dahiliye bölümü çok sayıda alt uzmanlık dalı doğurmuştur. Örneğin 1971’de hematoloji, 1972’de tıbbi onkoloji doğmuştur. Bunları endokrinoloji, kardiyoloji, romatoloji, enfeksiyon hastalıkları, gastroenteroloji gibi dallar izlemiştir.

45 Uzmanlık hastanelerinin ortaya çıkışı ve artışıyla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. J.K.Iglehart (2005), “The Emergence of Physician Owned Speciality Hospitals”, NEJM, 352 (6): 78-84; L.Casallno vd. (2003), “Focused Factories? Physician Owned Speciality Facilities”, HEalth Affairs, 22(6): 56-67.

Özel hastalık ve organlara odaklanan alt uzmanlık dallarının gelişiminin daha derinlemesine araştırmalar yapılması ve gelişmeler sağlanması gibi bir faydası olduğu öne sürülebilir. Bununla birlikte, günümüzde hangi hastalıklara odaklanılacağını çokuluslu tıbbi teknoloji şirketleri belirlemekte ve araştırmaların finansmanını onlar üstlenmektedir. Elbette araştırmaların derinleşeceği alanların seçiminde başat kriter hangi hastalığın toplumda en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan olduğundan çok, hangi alanın daha kârlı olduğudur.

2.3.2. Mesleki İşbölümünün Dönüşümü

Günümüzde tıbbi bakım sektörü dev boyutlara ve şaşırtıcı bir mesleki çeşitliliğe ulaşmıştır. Sektörde; hemşireler, ebeler, hasta bakıcılar, sağlık memurları, laborantlar, sağlık teknisyenleri, radyograflar gibi sayısız yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Aynı zamanda hekim dışı uzmanlar ordusu (biyo-kimyagerler, psikologlar, fizikçiler, fizyoterapistler vb.) sağlık kurumlarını doldurmaktadır (McKinley ve Arches,1985:177).

Tıbbi meslekler arasında profesyonelleşmeye dayalı ezeli bir rekabet vardır. Hekim egemenliğine dayalı tıbbi bakım sistemi, diğer meslek elemanları tarafından gerçekleştirilen işlerin hekimlerin komutlarına, gözetim ve denetimlerine tabi olmasını gerektirir (Friedson, 1970b: 141). Bu sistem içinde hekim dışı sağlık çalışanları, konularını görel olarak iyileştirmeye ve mesleki çıkarlarını korumaya çalışırlar. Bu durum bazen verili hiyerarşi içinde meslekler arasında çatışmalara yol açabilmektedir. Hekimler ve hemşireler arasında olduğu gibi, uzman hekimlerle aynı alanda çalışan diğer uzman mesleklerin arasında da örtülü bir çekişme mevcuttur. Psikiyatristler ve psikologlar, fizyoterapistler ve fizik tedavi uzmanları arasındaki mesleki çatışma bunun en bilinen örneklerdir. Bununla birlikte metalaşma sürecinin tetiklediği ileri teknoloji kullanımı ve emekgücünü ucuzlatma çabası, profesyonelleşme mücadelesini derinleştirmiştir. Bir yandan hekimler sağlık emek sürecinin denetimini yitirip, toplumsal statülerinde aşınma yaşarken, diğer yandan hekim dışı sağlık personelinin eğitim düzeyi yükselmekte, lisans kriterleri, meslek birlikleri ortaya çıkmaktadır. Bu koşullarda hekimler profesyonel

egemenliklerini yitirirken, yardımcı sağlık personelinin ise profesyonelleşmekte olduğu yönünde görüşler mevcuttur. Yardımcı sağlık personelinin profesyonelleşme mücadelesini, metalaşma süreci bağlamında kavramak anlamlı olabilir. Yardımcı sağlık personelinin bir bölümü için profesyonelleşme, sağlığın metalaşması sürecinin getirdiği güvencesizliğin, baskı ve denetimin arttığı çalışma koşullarında görelî bir iyileşme elde etmenin yegâne yoludur. Hekimlerin emek süreci üzerindeki denetiminin azaldığı, dolayısıyla da geleneksel tıbbî hiyerarşiyi kırma fırsatının doğduğu koşullarda, yardımcı sağlık personeli sahip olduğu mesleği yüksek bir konuma taşımak suretiyle giderek şiddetlenen emek sömürsü koşullarında görelî bir avantaj elde etmeye çalışmaktadır. Hemşireler açısından bakıldığında profesyonelleşme mücadelesi çok daha büyük bir önem taşır. Çünkü hemşirelik mesleğinin profesyonel bir meslek olarak tanınması, onlar için pembe yakalı⁴⁶ yerine beyaz yakalı bir mesleğe mensup olmaları anlamına gelecektir.

Profesyonelliğin hekimler tarafından yitirilirken, yardımcı sağlık personeli tarafından kazanılmakta olduğu bu süreç, tıpta mesleki işbölümü açısından da önemli bir dönüşüm meydana getirmektedir. Henüz Türkiye’de yansımaları görülmemekle birlikte, özellikle Avrupa ve Amerika’da tıbbî işlerin hekimler ve yardımcı sağlık personeli arasında yeniden dağıtılması söz konusu olmuştur. Ayrıca geçmişte geleneksel olarak hekimler tarafından yerine getirilen bazı hizmetleri sunan yeni “hekim dışı uzman meslekler” ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönüşüm, aslında bir yönüyle teknik işbölümündeki yaygınlaşma ve derinleşmenin bir yansımasıdır. Tıbbî bakımın sağlık hizmet sürecinin yönetilebilir küçük parçalara bölünmesi, geleneksel olarak hekimler tarafından yerine getirilen bu işlerin bir bölümünün daha az vasıflı aktörlere devredilmesini ve böylece bazı işlerin ek hekim istihdam etmeden, daha ucuza daha yüksek sömürü düzeyiyle gerçekleştirilmesini olanaklı kılmaktadır (McKinley ve Arches,1985:177). Bu nedenle bu süreç hastane yönetimleri tarafından da desteklenmektedir.⁴⁷

46 Hosteslik, sekreterlik, okul öncesi öğretmenliği, bakıcılık gibi salt kadın mesleği olarak görülen meslekler pembe yakalı olarak adlandırılmaktadır.

47 Hekimlerin yerini giderek hekim dışı klinisyenlerin almaları ve yardımcı sağlık personelinin profesyonelleşmesi süreci henüz Türkiye gündeminde hissedilir boyuta ulaşmamıştır. Söz konusu gelişmelerin, sağlıkta dönüşüm süreci dünyadaki diğer pek çok

McKinlay ve Marceu (2008), birinci basamak tıbbi bakım hizmetlerinde mesleki ve teknik işbölümündeki dönüşüm için dikkat çekici bir senaryo ortaya koymuştur. Buna göre, 2025 yılı itibariyle birinci basamak tıbbi bakım hizmeti veren genel pratisyenlerin nesli tükenecek, bu hizmetler uzman hekimler ve daha ucuz işgücü sunan hekim dışı sağlık çalışanları tarafından yerine getirilecektir. Buna ek olarak internet üzerinden canlı bağlantı ile yapılan görüşmelerin de birinci basamak tıbbi bakımda ev ziyaretlerinin yerini alacağını öngörmektedirler. Yazarlar bu öngörülerini yalnızca sağlık hizmetlerinde dönüşüm ve sağlık piyasasının taleplerine dayandırmamakta, aynı zamanda birinci basamak hekimlerinin günümüzdeki çalışma koşullarına da atıf yapmaktadırlar. Birinci basamak hekimleri, tıbbi gelir skalası içinde en alt basamakta yer almaktadır ve bu gelir kırsal alanlarda daha da düşmektedir. Mevcut koşullar, okulda aldıkları eğitime uygun bir bakım hizmeti sunmalarına olanak vermemektedir. Bu koşullarda onların yerine getirdiği, teşhis, test ve ilaç yazma işlemlerini pekâlâ buna uygun eğitilmiş hemşirelerin yerine getirebileceğini belirtmektedirler. Light da (2003) yardımcı sağlık personelinin 2 yıllık bir eğitimle temel bakım hizmetlerini görebildiğini ve bunlardan oluşan toplum sağlığı temelli takımlarla temel bakım hizmetlerinin çok daha ucuza ve etkili sunulabileceğini belirtir.

McKinlay ve Marceu (2008), pratisyen hekimlerin yok olacağı tezine karşı çıkan Timmermans (2008)'e yanıtlarında önemli bir analogi kurarlar; birkaç büyük ünlü banka tarafından yutulan küçük mahalle bankalarının yok oluşu nasıl kısa bir zamanda gerçekleştiyse, tıbbi bakım hizmeti için de bu geleceğin çok yakın olduğunu belirtirler. Söz konusu gelecek senaryosunun doğru olup olmadığını sınamak mümkün olmamakla birlikte, aşırı uzmanlaşma, işgücü arzının artışı, sağlık hizmetlerinin metalaşması ve sağlık sermayesinin merkezileşmesi gibi son dönem gelişmelerin birinci basamak hekimlerinin konumunu tehdit ettiği açıktır. Birinci basamak tıbbi bakım hizmetlerinin holistik (tümelci) bir yaklaşımla ve bir ekip hizmeti olarak sunulması yerine bireysel, palyatif ve hekim merkezli bir yaklaşımla sunulmakta oluşu, bu tehdide kapı aralayan önemli bir nedendir. Birinci basamak tıbbi bakım merkezlerinin işlevsizleştirilmesi, hizmet alanların kendi

ülkeyle benzeşen ülkemizde de yakın gelecekte baş gösterebileceği öngörüülebilir. Böyle bir süreç gerçekten de hekim emeğini ucuzlatan ve hekimlerin proleterleşme sürecini hızlandıran bir işlev görecektir.

bakımlarını kontrol ve koordine etmeye çalışmasına yol açmaktadır. Bunun sonucu ise hizmet alanların ellerinde röntgen, laboratuvar tetkikleri ve hastane kayıtları ile o uzman hekimden bu uzman hekime koşturmalarıdır.⁴⁸ Birinci bölümde söz ettiğim bilgi asimetrisi nedeniyle, sağlık hizmeti talep eden bireylerin kendilerinin ve ailelerinin sağlığını doğru biçimde koordine etmeleri olanaklı değildir. Daha da önemlisi hastalık ve sağlığın bireyselleştirilmesi, sağlığın toplumsal yönünün göz ardı edilmesine yol açmakta ve hastalıklardan korunma ve tedavi, bireylerin kendi olanaklarına terk edilmektedir. Sağlık sorunlarının önemli bölümü, bireylerin kendi sağlıklarına yeterince dikkat etmemeleri ve sağlık konusunda yeterince eğitilmiş olmamalarıyla açıklanmaktadır. Bu koşullarda her iki durumda da çözüm bireysel korunma veya bireysel terapi olarak sunulmaktadır (Navarro, 1976: 208). Tıbbi bakım hizmetlerinin bu bölünmüş ve yıpranmış görüntüsünden kurtulmasının yolu tıbbın toplumla yeniden ilişki kurması (Rastegar, 2003: 82) ve sağlık hizmetlerinin birinci bölümde yer verildiği gibi tümelci bir yaklaşımla sunulmasıdır.

Türkiye’de sağlık ocağı sisteminden aile hekimliğine geçiş süreci, birinci basamak sağlık çalışanlarının gelecek konumları ve ilişkileri açısından çok daha fazla soru işareti oluşturmaktadır. Finans tekellerinin küçük bankaları yuttuğu gibi küresel hastane zincirlerinin ülkemizdeki aile hekimlerini yutması ve pratisyen hekimlerin yerini aile hekimliği uzmanlarının alması uzak senaryolar gibi görünmemektedir. Bununla birlikte hekim dışı sağlık personelinin tamamen birinci basamak hekimlerinin yerine geçmesi Türkiye açısından olası görünmemektedir. 3. Bölümde Türkiye’de sağlık emek sürecinin kendine özgü koşullarını ve dönüşümünü ele almak bu konudaki soru işaretlerine ülkemiz açısından cevap bulmamı sağlayacaktır.

2.3.3. Uzmanlaşma ve Vasıfsızlaşma İlişkisi:

Haug (1975: 202)’a göre, tıbbın farklı uzmanlık dallarına ayrılması, hekimlerin profesyonel bilgi tekeli için ellerinde tutmak için sergiledikleri çabaların bir ürünü olarak görülmelidir. Soyer (2009: 148) ise uzmanlaşmayı, profesyonelleşme sürecinin tersine

⁴⁸ Bu bilgiler için bkz. www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/cme12A06.doc (erişim tarihi:

işleyen bir süreç olarak ele almaktadır. Çünkü bu süreçte hekimler özerkliklerini ve bilgi tekellerini yitirmektedirler. Bu önerme Braverman'ın (2008), ayrıntılı işbölümü ile işverenin “zanaatı işçinin denetimi altındaki bir süreç olarak imha edip, kendi denetimi altındaki bir süreç olarak yeniden inşa etmekte olduğu” önermesi ile uyumludur. Uzmanlaşmanın hekimlerin konumunda ve vasıflarında meydana getirdiği dönüşüme ilişkin çatışan bu iki açıklamaya nasıl yaklaşmak gerekir? Uzmanlaşma, profesyonelliğin derinleşmesi midir, yoksa profesyonellik pahasına işleyen ve onu aşındıran bir süreç midir? Uzmanlaşma olgusu, kendi içinde zıt eğilimleri barındıran çelişkili bir süreç olarak kavrandığında, yukarıdaki her iki açıklamayı, gerçekliğin bir yönüne işaret eden açıklamalar olarak görmek ve olumlamak mümkün hale gelir. Tıpta uzmanlaşma hiç kuşku yok ki profesyonel yetilerin üzerinde gelişmektedir; ancak bir kez bu yola girildiğinde profesyonel meslek grubu olarak tıp topluluğunun da çözülmekte ve kutuplaşmakta olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Uzmanlaşma, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hekimlerin yüksek toplumsal konumlarını ve profesyonel tekellerini pekiştirmek üzere seçtikleri bir yoldur. Çünkü genel pratisyenliğin geliri kadar toplumsal prestiji de azalmaktadır. Hekimler daha dar bir alana yönelerek yeni bir kolektif kimlik oluşturmaya çalışırken piyasa güçleri de hekimlerin bu yönelimini desteklemiştir. Eskiden görece daha homojen bir grup olan hekimlerin genel temsilcisi konumundaki ulusal tıp birlikleri aşırı uzmanlaşma ve piyasalaşma sürecinde kan kaybederken, uzmanlık dernekleri önem kazanmaya başlamıştır (Cook- Deagen, 1988: 141). Uzmanlık derneklerinin kazandığı önem, “hekimlik” kimliğinin yerine “uzmanlık” kimliğini öne çıkarması açısından dikkate değer olduğu kadar hekimlerin piyasada kendi uzmanlık alanlarının çıkarını koruma çabalarının somut bir görünümü olduğu için de dikkat çekicidir. Uzmanlık derneklerinin sağlık politikalarına ilişkin yaklaşımları, üyelerinin toplumsal konumları ile doğrudan ilişkilidir. Yüksek talep gören ve yoğun teknoloji kullanan, daha çok para kazanan ve kazandıran uzmanlık alanları, sağlık reformları eliyle gerçekleşen piyasalaşma sürecine daha çok destek olmaktadır.

Uzmanlaşmanın artışı açısından bir diğer önemli nokta ise, artık hekimlerin tıbbi bakımın yalnızca bir aşamasında uzmanlaşmaya başlamalarıdır. Tek ve belirli bir hastalığı olanlar, o

konun uzmanları tarafından yönergelerde belirlenmiş standartlara uygun olarak tedavi edilmektedirler. Karmaşık çok sistemli kronik hastalıkları olan hastalar ise bir montaj hattında gibi işlem görmektedir. Hekimlikte uzmanlaşma ve piyasalaşma ile çok sayıda hekim kendi alanlarında meydana gelen tıbbi değişiklikleri yakından takip etmeye, daha çok teknoloji kullanmaya ve hasta taleplerini karşılayarak gelirlerini artırmaya çalışmaktadırlar (Light, 1988). Bununla birlikte uzmanlaşılan alanlar öylesine daralmaktadır ki yalnızca miyopi için lazer cerrahisi veya kozmetik cerrahide uzmanlaşan hekimler ortaya çıkmıştır. Uzmanlaşılan alanın daralmasına son yıllarda TKY uygulamaları, iş akış şemaları vb. gibi hekim uygulamalarını standardize edici uygulamaların yaygınlaşması katkıda bulunmuştur. “Hastalık yoktur hasta vardır” ilkesiyle somutlaşan, kişiselleşmiş tıbbi bakım hizmeti ilkesi, yerini kişiye değil hastalığa ve hatta kimi zaman hastalığın tek bir semptomuna odaklanan bir bakış açısına bırakmıştır. Bu değişim, hekim hasta ilişkisinde önemli bir yarıma yaratırken, hekimi hastasına ve yaptığı işe yabancılaştırmaktadır (Rastegar, 2003). Hekimin insanla kurduğu ilişki yerine hastalıkla –bu durumda da bir organ ya da hormonla- kurduğu ilişkiye bırakmaktadır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Standardizasyonu: “Hasta Yok Hastalık Var”

Sağlık hizmetinin hangi kolunda yer alırsa alsın, tıp eğitimi almış tüm sağlık çalışanlarının sürekli tekrar ettikleri bir söz vardır: “Hastalık Yoktur Hasta Vardır”. Eğitimlerine ilk başladıkları andan itibaren ezberlerinde tutukları bu söz dizisi, tıbbi bakımın son derece önemli bir ilkesidir. Koruma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde her hastanın özgün psiko-sosyal, ekonomik, biyolojik vb. koşullarının göz önünde bulundurulması gereğini ifade eder. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen dönüşüm, bu ezberi tarihe gömmek üzeredir. Çünkü standardizasyon, yeni dönemde piyasa ilkelerine göre örgütlenen sağlık hizmetlerinin önemli bir ilkesi haline gelmiştir.

Tarihsel olarak baktığımızda, standardizasyon modernizmin güçlü bir eseridir. Yazılı standart kurallar, nesnellik, öngörülebilirlik, hesaplanabilirlik ve verimlilik 19. Yüzyıl sonu ve 20. Yüzyıl başında yeni üretim tekniklerine rengini veren rasyonelizasyon ve denetimin olmazsa olmaz bileşenleridir (Timmermans ve Berg, 2003:5).

Son yıllarda “Jenerik⁴⁹ Yönetim Sistemi Standartları” artan oranda uygulamaya sokulmaktadır. Bu sistemlerden en bilineni ISO 9000 kalite sistemidir.⁵⁰ ISO ve benzeri standartlar, söz konusu madde, ürün, süreç veya hizmetin amaçlarına uygun biçimde sürekli geçerli kurallar ve yönergeler olarak kullanılabilirler kesin kriterler içeren belgelenmiş anlaşmalardır.⁵¹ Bu standartların artan oranda sağlık hizmetlerine uygulanması ise kuşkusuz sağlık hizmetlerinin metalaşması ve uluslararası ticarete konu olması ile ilişkilidir (Timmermans ve Berg, 2003:5). Sağlık hizmetlerinin hizmet ticaretine konu olmasından çok daha önce, tıbbi cihaz ve ilaçların ticaretini kolaylaştırmak üzere, standardizasyon sağlık hizmetlerindeki yerini almıştır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü tıbbi cihazların standardizasyonunun önemine dikkat çekerken, Amerika ile Asya ve Avrupa’daki elektrik prizlerinin birbirine uygun olmamasının iletişim, üretim ve ticaret açısından yarattığı engellere değinmektedir.⁵² Tıbbi cihaz ve ilaçların üretimi az sayıda küresel şirket tarafından gerçekleştirildiği için, standardizasyon bu şirketlerin pazar paylarını genişletmeleri ve tekel konumlarını korumalarındaki önemli bir anahtardır.

Sağlık hizmetlerinde standardizasyon, son dönemde çok sayıda araçla sağlanmaya başlanmıştır. Sağlık kurumlarını ve hizmetlerini sınıflandıran akreditasyon sistemleri, sağlık sigortaları ödeme yönergeleri, Toplam Kalite uygulamaları, performans dayalı ücretlendirme, iş akış şemaları ve tedavi yönergeleri, sağlık hizmetlerini standartlaştırmaya yönelik bazı yeni uygulamalardır.

Günümüzde sağlık kurumları artık ulusal ve uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından belirlenen teknik standartlara göre değerlendirilmekte ve denetlenmektedir. Pek çok ülke Amerika kökenli akreditasyon kuruluşlarınca oluşturulmuş standartları

49 Jenerikle kastedilen mevcut standardın koşullarının ürettiği hizmet veya ürünün ne olduğuna bakılmaksızın tüm örgütlere uygulanabilir olma iddiasıdır.

50 http://www.who.int/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf

51 http://www.iso.org/iso/support/faqs/faqs_standards.htm

52 http://www.who.int/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf

izlenmektedir.⁵³ Yönetim ve bilgi sistemlerinden çamaşırhaneye, enfeksiyon kontrolünden laboratuvar hizmetlerine, tedavi birimlerinden ambulans hizmetlerine kadar tüm hizmet birimleri için geliştirilmiş standartlar söz konusudur. Söz konusu standartlara erişim, sağlık kurumlarının “kaliteli” hizmet sunduğunun göstergesi olarak algılanmaktadır. Toplam Kalite Yönetimini ele aldığım bölümde söz konusu standartların neye göre belirlendiği ve neye hizmet ettiği konusunu ele alacağım.

Son dönem sağlık hizmetlerinde standardizasyonu sağlamanın bir diğer aracı tıbbi bakımda tekliği ve kalite denetimini sağlamayı amaçlayan “kanıta dayalı tıp uygulamalarıdır”. Hastaların tedavisinde mevcut en iyi kanıtların dürüst, açık ve makul biçimde kullanımı olarak tanımlanan kanıta dayalı tıp uygulamaları, temelde batılı ülkelerde yaygın olan klinik uygulama yönergelerinin kullanımını beraberinde getirmektedir. Bu yönergeler, klinik uygulamaların her bir aşaması için talimatlar içermektedir. Örneğin bir cerrahi girişim öncesinde hangi tahlillerin ve görüntüleme tetkiklerinin yapılacağı, nasıl bir yöntem uygulanacağı ve girişim sonrası tıbbi bakımın hangi esasları içereceği, yönergece belirlenmiştir. Bu yönergeler bir uzmanlar grubunun bilimsel yazınına değerlendirilerek klinik uygulamalarda en güçlü kanıtlara dayalı önerileri sıralamalarıyla oluşturulmuştur (Timmermans ve Berg, 2003:3).

Ülkemizde henüz yaygın uygulamaya geçilmeyen ancak özellikle Avrupa ve Amerika’da yaygın biçimde uygulanan tedavi patikaları ve yönergeleri herhangi bir sağlık sorununda (ör. kalp krizi), hastanın öngörülen hastanede kalış ve tedavi sürecinin yolunu çizer. Böylece yatan hastanın hastanede geçirmesi beklenen her gün için tedavi ve bakım, önceden standarda uygun biçimde planlanmakta ve erişilmesi beklenen hedef de ortaya konmaktadır. Örneğin en başta hastanın 5 gün içinde taburcu olması bekleniyorsa, bu gerçekleşmediğinde tedavi patikasından herhangi bir sapma olup olmadığı gözlenmektedir (Timmons, 2003: 149).

53 Türkiye’de de Amerikan akreditasyon kuruluşlarının standartları seçilerek kullanılmaktadır. Türkiye’deki uygulamaları 3. ve 4. Bölümlerde ele alacağım.

Yazın incelendiğinde, hekimlerin benzer özelliklerdeki hasta gruplarını birbirinden farklı tedavi teknikleriyle tedavi edebildikleri görülmektedir. Hastaların sosyal, ekonomik, kültürel düzeyleri, hastalığın seyri vb. özellikler aynı hastalık için farklı tedavi uygulamalarını gerektirebilir. Çünkü sağlık emek sürecinde meta üretiminin aksine öznel söz konusudur. Teşhis ve tedavi süreci önceden tanımlanmış bir algoritma içinde elde edilen bir süreç olmaktan çok, görmeye, dokunmaya dayalı, arti-zanal bir süreçtir. Kan basıncı, koroner geçirgenlik, elektrokardiyografik dalgalar gibi pek çok bilgi nesnel olmakla birlikte, diğer pek çok bilgi ve bu nesnel verilere dayalı yorumlar öznel içerir (Campos ve Albuquerque, 2005). Sağlık hizmetlerinin standardizasyonu, tedavi yönergeleri vb. uygulamalar tıbbın bu öznel yanı için bir tehdit oluşturmaktadır. Anamnezden tedaviye giden sürecin parçalanarak her birinin kılavuzlar üzerinden standardize edilmesi, hekimleri tüm süreci başından itibaren izleyen, ona müdahale eden aktörler olmaktan çıkıp, kendileri dışında belirlenmiş yönergelerin teknik uygulayıcılarına indirgemektedir (Soyer, 2009: 147). Bu durum sağlık hizmetini tek tipleştirerek, hekimin takdir yetkisini azaltmaktadır. Böylece hekim açısından tasarımla uygulama arasındaki ilişkinin yok olmasa bile, en azından zayıfladığından söz etmek yanlış olmayacaktır.

Toplam Kalite uygulamaları, iş akış şemaları, tedavi patika ve yönergeleri gibi standardizasyona yönelik uygulamaların yanı sıra, sağlık sigortaları ödeme yönergeleri ve performansa dayalı ücretlendirme gibi ücrete dayalı yeni uygulamalarla da teşhis ve tedavi süreci en küçük parçalarına ayrılarak tanımlanmakta ve ayrı ayrı ücretlendirilmektedir. Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin her işlem ve alt işlemler için ayrı ayrı tanımlanması, kodlanması ve fiyatlandırılmasına (ücretlendirilmesine) yönelik bu uygulamalar, sağlık hizmet üretimini onun finansmanından kurumsal olarak ayıran “sağlık reformları” ile birlikte ele alındığında daha anlaşılır hale gelmektedir. Üretim ve finansmanın tek çatı yerine ayrı kurumsal yapılara dönüştürülmesi, sağlığın sosyal güvenlikle ilişkisini zaafa uğratarken piyasa olarak örgütlenmesine ivme kazandırmaktadır. En alt işlemde başlanarak standardize edilmiş tüm işlemlerin fiyatlandırılması, “sağlık piyasasına” yönelik fiyat denetimi tesis edilmesi ve böylece sağlık harcamalarının denetlenmesi ve kaçakların önlenmesi gibi amaçlara sahiptir. Emeğin (sağlık personelinin) denetimi, fiyat denetiminin bir fonksiyonundan ibarettir. Aşağıdaki tablo, sıradan bir

cerrahi işlemin hangi alt işlemlere ayrıştırıldığı konusunda fikir vermektedir. Tablonun menşei Amerika Birleşik Devletleri'dir; düşük gelirli birey ve ailelerin sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finansmanını sağlayan MediCaid adlı sağlık programı tarafından hazırlanmıştır; böbrek taşı çıkarmanın ayrıntılı işlem kodlarının yer aldığı tablo ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının standart faturalandırma yapmaları amaçlanmıştır.⁵⁴

Tablo: 4 MEDICAID Böbrek Taşı Çıkarma İşlem Kodları Tablosu

Üriner Sistem (Böbrek)
Cerrahi Kesi
50010 Böbreğin cerrahi keşfi
50020 Böbrek ve böbrek çevresindeki apseninin drenajı
50021 Perkütanözün açılması
50040 Drenajla birlikte nefrostomi (böbrek fistülü oluşturma) ve nefrotomi (Taşı çıkarmak için böbreğe yapılan cerrahi kesit)
50045 Cerrahi keşifle birlikte nefrostomi
50060 Nefrolitotomi (Böbrek taşını çıkarma)
50065 Taş için ikincil cerrahi müdahale
50070 Doğuştan böbrek anormalliği ile zorlaştığı durumda
50075 Geniş koraliform taşın böbrek pelvis ve kalisinin doldurulmasıyla çıkarılması (anatrofik piyelolitotomiye de içerir)
50080 Perkütan nefrostolitotomi veya piyelostolitotomi dilasyon, endoskopi, taş kırma, stentleme, basket çıkarma işlemleriyle veya değil (2 santimetreye kadar)
50081 Perkütan nefrostolitotomi veya piyelostolitotomi dilasyon, endoskopi, taş kırma, stentleme, basket çıkarma işlemleriyle veya değil (2 santimetreden büyük)
500100 Anormal veselin enlemesine kesilmesi veya yenidoğan konumlandırılması
50120 Piyelotomi
50125 Drenaj ve piyelostomi ile
50130 Taşın çıkarılması ile
50135 Komplike durumlarda (örneğin ikinci cerrahi, doğuştan böbrek anormalliği)

Kaynak: <http://www.docstoc.com/docs/21296976/Procedure-Codes-Section-5---Surgery/>

Tüm tıbbi bakım görevlerinin en küçük parçalarına ayrılarak, her bir işlem için standartların belirlenmesi, farklı bir fiyatlandırmaya ve işbölümüne tâbi tutulması, sağlık çalışanlarını insandan uzaklaştırmakta ve insana yabancılaştırmaktadır. Böylece hayat

54 Teşhis ve tedavinin en küçük birimlerine ayrılarak ücretlendirilmesine ilişkin benzeri örnekler ülkemizde TTB asgari ücret tarifesi ve Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde de yer almaktadır. Aynı biçimde tüm sağlık kurumlarını veri girişi yaptığı SGK'nın medula sistemine de ayrıntılı veri girişi yapılmaktadır. MediCaid örneği hem daha ayrıntılı bir bölümlenme sergilediği için, hem de takip eden bölümde ele alınacak Türkiye uygulamalarının gelecek basamaklarını öngörmemizi sağlaması açısından tercih edilmiştir.

kurtarıcı bir cerrahi işlem, herhangi bir meta üretim sürecine benzer bir hal almaktadır. Örneğin yukarıdaki tablodaki tıbbi müdahaledeki her bir işlemin tanımlanabilir en küçük alt işlemlerine ayrılması ve her bir işlemin ayrı ayrı fiyatlandırılması, Braverman'ın Taylorist işbölümünü betimlerken örnek olarak yer verdiği aşağıdaki et parçalama hattı örneğiyle şaşırtıcı bir benzerlik taşır.

Hayvan bir harita gibi incelenip yatırılmış ve adamlar da otuzdan fazla uzmanlığa ve saatte 16 sentten 50 sente kadar çıkan yirmi farklı ücret oranına göre sınıflandırılmıştır. Derinin en hassas yerlerinde bıçak kullanmak ya da omur iliğini parçalamak için nacağı vurmak ayakçı ya da ayırıcı gibi 50 sentlik adamlara mahsus bir iştir; ve ne zaman 18 sente, 18.5 sente, 20 sente, 21 sente, 22,5 sente, 24 sente, 25 sente vesaireye çalışacak daha az vasıflı birileri bulunursa ona da bir yer açılır ve bir meslek belirlenir. Tek başına deri üzerindeki çalışmada bile, sekiz ayrı ödeme oranıyla birlikte, dokuz meslek mevcuttur. 20 sentlik adam kuyruğu çıkartır, 22,5 sentlik adam kalitesiz derinin bulunduğu bir başka parçayı keser, 40 sentlik adamın bıçağı da farklı bir dokuyu parçalar ve 50 sentlik adamınkinden başka bir "temasa" sahiptir (J.R. Commons'tan *aktaran* Braverman, 2008: 102).

Standardizasyonun yarattığı olumsuz etkiler, sağlık hizmetlerinin hiçbir standarda bağlı olmaksızın sunulması anlamına gelmemektedir. Aksine örneğin hastane enfeksiyonunun önlenmesi, laboratuvar işlemleri gibi pek çok alanda standartların geliştirilmesi hayat kurtarıcı olabilir. Bu noktada standartların nasıl oluşturulduğu ve neye hizmet ettiği önemlidir. Sağlık hizmetlerini kâr amaçlı bir meta üretim alanı gibi kurgulayan, belirli girdi ve çıktılara göre oluşturulmuş ve müşteri memnuniyetini hedefleyen standartların sağlık hizmetlerine uygun olmadığı açıktır. Diğer yandan tedavi yönergeleri ile sağlık emek sürecini tek tipleştirmek sağlık çalışanlarını vasıfsızlaştırma ve tek tipleştirmeye hizmet ettiği kadar, hastaya değil, hastalığa, insana değil, organa odaklanan mekanistik bakış açısını yeniden üretmektedir.

2.5.Sağlık Hizmetlerinde Vasıfsızlaşma ve İşin Değersizleşmesi

Vasıf kavramı, geçmişte geleneksel olarak zanaat ustalığıyla, yani maddeler ve süreçlerle ilgili bilginin, ihtiyaç duyulan el maharetiyle birleştirilmesiyle bağlantılı bir nitelikti.

Zanaat vasıflarının parçalanarak üretimin kolektif ya da sosyal bir süreç olarak inşa edilmesi, geleneksel vasıf kavramını imha etmiştir (Braverman, 2008: 401). Braverman, tasarım ve uygulamanın birlikteliği ile tanımladığı artizanal vasıfların fabrika tipi üretime geçişle birlikte nasıl parçalandığını çözümler. Bilimsel yönetim ve bilimsel teknik devrimle birlikte, tasarımın uygulamadan ayrılması, aynı zamanda, işçinin emek süreci üzerindeki denetiminin zayıflamasına işaret eder . Bu ikilinin ayrılması, kapitalizmin rekabetçi döneminden tekelci dönemine geçişteki kapitalist emek sürecinin temel özelliğini de tanımlar. Zanaat vasıflarını parçalayarak ve bu vasıfların mümkün olan en çok bölümünü makinede somutlaştırarak tasarım ve uygulamayı birbirinden ayırmanın temel amacı, işçilerin denetiminde bulunan üretken etkinliğin denetiminin, yönetimin eline geçmesini sağlamaktır.

Edwards (1994), Braverman'ın vasıfsızlaşma tezine karşı çıkararak, üretim ilişkileri ve üretici güçlerdeki gelişimle birlikte vasıfsızlaşmış emek kadar, vasıf kazanmış emeğe de ihtiyaç duyulacağını, bunun iki yönlü bir süreç olduğunu belirtir. Sermaye birikimi, çalışanları bir yandan vasıfsızlaştırırken, bir yandan da vasıflılaştırmaktadır. Vasfa ilişkin tüm tartışmalar için vasfın aslında neye tekabül ettiği önemli bir yer tutmaktadır. Bu kesin yanıtı verilmiş bir soru değildir. Genel olarak vasfın ne olduğundan çok, vasfın veya vasıflı bir işin neleri içerdiği ortaya konarak bu soruya yanıt bulunmaya çalışılmaktadır.

Vasıf ve vasıfsızlaşma kavramları çoğunlukla uzmanlaşma ve monotonlaşma ile bir arada ele alınmıştır. Bir iş ne kadar parçalarına ayrılmışsa ve ne kadar çok tekrara dayalıysa o denli vasıfsız addedilmektedir. İnsan sermayesi yaklaşımı ise vasfı yalnızca 'piyasa talebine' indirgeyerek tarif etmektedir; piyasada belirli bir vasfa yönelik talep bulunmaması durumunda o vasfın varlığından söz edilemez. Bu çalışma açısından daha açıklayıcı olan yaklaşım vasfı; özerklik, görevleri belirleyebilme, kişiler ve/veya kaynaklar üzerinde sorumluluk ve denetim sahibi olabilmeyeyle açıklayan yaklaşımdır. Özerklik ve işin karmaşıklık düzeyi, bu yaklaşımın temel ilgi odağı olarak görülebilir (Form, 1987: 1-2). Yüksek karmaşıklık düzeyiyle kastedilen, bir işin gerektirdiği zihinsel ve toplumsal görevlerin düzeyi ve kapsamıdır (Keefe, 1991:507). Diğer bir gösterge ise kişinin o işi iyi bir biçimde yerine getirmek için geçmesi gereken eğitim ve deneyim sürecidir. (Form,

1987: 1-2). Bu göstergeler ışığında vasıfsızlaşma; artizanal özelliklerin kaybedilmesi, kol ve kafa emeğinin ayrılması, gerekli eğitim düzeyinin azalması, işgücünün artan oranda ikame edilebilir olması ve emek süreci üzerindeki denetimin azalması gibi göstergelerle tanımlanabilir (Schaffer ve Schaffer, 2006).

Hekimlerin vasıfsızlaşması söz konusu olduğunda artizanal vasıfların kaybı öne çıkmaktadır. Tıp mesleği hem bir bilim hem de bir zanaat olma özelliklerine sahiptir. Zanaat olarak tıp, yalnızca tıp eğitimiyle kazanılan vasıflara değil, daha çok tanı ve tedavi deneyimlerinin birikimiyle kazanılan vasıflara da dayanır. Bu deneyimler ışığında hangi durumda hangi girişimde bulunulması gerektiğine dair klinik kararın verilmesi giderek kolaylaşır. Bilim olarak tıp ise diğer kuşaklara aktarılabilme üzere standardize edilmiştir. “Bilim” olarak adlandırılan hemen her uygulama gibi belirli prosedürler özelleştirilmiş ve rutinleştirilmiştir (Dans,1994’ten aktaran Shaffer ve Shaffer, 2006: 5). Perküsyon (parmaklarla muayene) ve oskültasyon (dinleme ile muayene) yöntemleri, hekimlik zanaatının Hippocrates kadar eski temel yöntemleridir (Goodman, 2010: 945-46). Nicel verileri ve standardizasyonu öne çıkaran yeni sağlık yönetim sistemi teknoloji kullanımını perküsyon ve oskültasyondan daha kıymetli kılmaktadır. Kapitalist üretim biçiminin temel yönelimi her zaman sayısal verileri öne çıkarmaktan yana olmuştur. Bu rasyonalizasyonun önemli bir adımıdır. Böylece bir işçinin bir saatlik üretimi, bir diğerininkine, bir ürünün değeri bir diğerininkine eşitlenebilir.19. yüzyıldan itibaren mikroskop, röntgen, bakteriyoloji testler ve makinelerin kullanılmaya başlanmasıyla hastaların fizyolojik durumunun sayısal ve nesnel verilerle tespit edilebilmesi bu anlamda önemli adımları oluşturuyordu. Günümüzde tıbbi teknolojinin vardığı nokta, hastaların fiziksel durumuyla ilgili tespitleri, hekimin öznel yargısından giderek koparmaya elverişli kılmaktadır (Derber vd, 1990:41).

Bir yandan artizanal vasıfların yitilmesi söz konusuysen, diğer yandan işgücü maliyetinden tasarruf edilmesine ve verimliliğe odaklı yeni sağlık yönetim sistemi, tüm sağlık çalışanlarının çoklu vasıflara sahip olmasına ihtiyaç duymaktadır. Böylece sağlık çalışanlarının bir bölümü, özellikle de hemşireler için rol genişlemesi söz konusudur. İşletmecilik yaklaşımı ile kayıt tutma, veri girişi ve standardizasyonun öne çıkmasıyla

artan idari işler, sağlık çalışanlarının idari işlevlerinin artışına sebep olmuştur (Adams vd. 2000: 545).

Teknolojik gelişimin vasıf konusundaki çarpıcı bir başka etkisi, bir vasfın sürekliliğinin ve geçerliliğinin kısa sürmesidir. Artık profesyonel mesleklerin çoğunda olduğu gibi, hekimlikte de yalnızca üniversite eğitiminde edinilen vasıflar mesleki yaşamı sürdürmekte işlevsiz kalmaktadır. Sürekli bir öğrenme ve yeni vasıflar kazanma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Kazanılan hiçbir vasıf, sürekli bir “vasıflı olma” konumu sağlamamaktadır (Sennet, 2006: 106).

2.6. Sağlık Çalışanlarının Profesyonelleşmesi ve Proleterleşmesi

Kamusal hizmetlerin metalaşması süreci, kamu çalışanlarının proleterleşmesine yönelik çeşitli soruları da beraberinde getirmektedir. Üstelik son dönemde hekimler proleterleşirken yardımcı sağlık personelinin profesyonelleşmekte olduğu yönündeki savlar da önem kazanmaya başlamıştır. Bu sorulara yanıt bulmak, proleterleşme ve profesyonellik üzerine azımsanmayacak bir yazınla hemhal olmayı gerektirmektedir. Bütün bir alan-yazını buraya taşımak mümkün olmadığı için ben iki ölçüt eşliğinde bir seçim gerçekleştirdim. Bunlardan ilkinin sağlık çalışanlarının proleterleşmesine ilişkin kendi kuramsal yönelimimi ortaya koymama hizmet eden çalışmalar oluşturdu; ancak bunlar sağlık alanına özgü çalışmalar olduğu için genel teorik düzeyle bağlantılarını kurmak da gerekiyordu. Bu maksatla ihtiyacım olan temel kavramlar ve kategorileri ortaya koymuş olan önde gelen kuramcılara da alan-yazını değerlendirmesinde yer verdim.

1970’li yıllardan itibaren, özellikle hasta hakları ve sağlık politikalarında meydana gelen değişikliklerle, hekimliğin profesyonel meslek kimliğinde aşınmalar meydana geldiği, profesyonellik özelliklerini kaybettikleri veya proleterleştikleri yönünde çeşitli tezler ve bunlara karşı tezler öne sürülmüştür. Bu konudaki tartışmalar, Amerika’da 1970’li yıllarda sıcak bir biçimde gündeme gelmiş ancak ülkemizde daha çok 2000’lerden itibaren üzerinde durulmaya başlamıştır. Son dönem kamu hizmetlerinin dönüşümü ve kamu

profesyonellerinin konumunda meydana gelen değişiklikler sonucunda söz konusu tartışmalar yeniden canlanmıştır. Sağlık çalışanlarının, özellikle de hekimlerin vasıfsızlaşması ve sınıfsal pozisyonlarının değişimine ilişkin önemli analizleri içerdiği için söz konusu tartışmaları ele almakta fayda görüyorum. Yardımcı sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin profesyonelleşmesine ilişkin tartışmalar son dönemde öne çıksa da, günümüze dek alandaki tartışmaların ana eksenini hekimlerin oluşturması, bu çalışmada tercih edilmeyen biçimde daha çok hekimlere odaklanan bir analizi dikte etmektedir. Bununla birlikte, çalışmanın genelinde benimsendiği gibi hekimlikteki dönüşüm sağlık emek sürecindeki genel dönüşümün bir yansıması olarak ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilendirilerek ele alınmaya çalışılacaktır.

2.6.1. Profesyonellik ve Tıbbi Mesleklerin Profesyonelleşme Süreci

Profesyonel meslek basitçe, yüksek statüsü ve yüksek kazancı olan, uzun süreli formel eğitim gerektiren ve kişisel hizmet sunan özel bir çeşit meslek olarak tarif edilebilir. Meslekler sosyolojisi içinde profesyonel mesleklerin kapsamı hakkında çok sayıda tartışma olmakla birlikte tıbbi uzmanlığın bu kategori içinde yer aldığı üzerinde mutlak bir konsensüs bulunmaktadır (Gabe, 2004: 163). Bununla birlikte profesyonel meslek tartışmaları neredeyse tamamen doktorlar üzerine odaklanmış, hemşirelik gibi diğer tıbbi meslekler göz ardı edilmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren hemşirelik, sağlık sosyolojisi içinde “yarı profesyonel meslek” kategorisi altında ele alınmaya başlamıştır. Bunda tıp içinde cinsiyete dayalı iş bölümü ve hekimliğin erkek, hemşireliğin ise kadın mesleği olarak gelişmesine yönelik feminist eleştirinin önemli bir etkisi olmuştur (Gabe, 2004: 166). Feminist kuramcılar profesyonel modelin cinsiyetlendirilmiş doğasını ortaya koyarlar ve öne çıkan profesyonel mesleklerin yüksek sınıftan erkek aktörlerine dikkat çekerler. Feminist eleştiri, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşememesinin ardında, bakım işinin ve duygusal emeğin aslen kadınlar tarafından ücretsiz olarak sunuluyor olması gibi toplumsal cinsiyet problemlerinin yer aldığını belirtirken, mesleğin ataerkillik ve kapitalizmin işbirliği altında şekillendiğini vurgular (Allen, 2000: 34-36).

Hemşirelik, radyografi ve laboratuvar teknikerliği gibi ‘diğer tıbbi bakım’ mesleklerinin niçin profesyonel meslek kategorisinde ele alınmadığı sorusu çok tartışılmamıştır. Friedson (1970a:xvii) bu soruyu, profesyonel mesleği işbölümünde baskın bir pozisyonu bulunan ve böylece yaptığı işin esasının belirlenmesinde denetim sahibi olan, özerk meslek olarak tanımlayarak yanıtlar. Söz konusu meslekler bu özel statülerini, bilgiye dayalı beceriler ve etik kurallardan kaynaklanan aşırı güvenilirlikleri sayesinde sürdürürler. Bu anlamda profesyoneller, ilgilendikleri alanının en güvenilir otoritesi konumundadırlar. Bu tanım çerçevesinde Friedson (1970b), tıbbi bakım alanındaki diğer çalışanlar ne kadar özel bir eğitim almış ve kendilerini mesleklerine ne ölçüde adanmış olurlarsa olsunlar, işbölümünde hangi mesleğin egemen olduğunun, profesyonel mesleğin belirlenmesinde temel bir ayrım noktası olduğunu ileri sürmektedir. Bir diğer deyişle Friedson, kendi çalışma alanında özerklik ve denetimi elinde tutmayı profesyonelliğin ayırt edici özellikleri olarak ortaya koymaktadır.⁵⁵

Sennet (2009:76) özerkliği bir başkasının müdahalesi olmadan kendi başına yeterli bir çalışmanın yapılması olarak tarif eder. Bununla birlikte Light (2003), profesyonel mesleklerin yalnızca meslek adına değil, o mesleğe üye olan her bir birey adına özerklik talep etmesindeki çelişkiye dikkat çeker. Çünkü Light’a göre bireysel özerklik, tanımı gereği, mesleki özerkliği ve tıp birliklerinin standartlar ve kurallar koyma ve bu kurallardan üyelerini sorumlu tutma kabiliyetlerini sınırlar. Özgürlüğü birey ile kural ve denetimi ise kolektif ile özdeş kılan bu liberal yaklaşımı gereği Light, sonuç olarak, sınırsız ve bireysel hekim özerkliğinin söz konusu olamayacağını savunur.

Buraya kadar sürdürülen tartışmalar ışığında profesyonel mesleklerin temel özellikleri hakkında betimleyici mahiyette şunlar söylenebilir:

- Uzmanlaşmış bilgiye sahip olmak
- Bu bilgiye sahip olmak için uzun bir staj/ çıraklık dönemi geçirmek
- Yararlanıcılara tarafsız ve çıkarısız hizmet sunmak

⁵⁵ Her ne kadar Friedson hemşirelik, ebelik gibi meslekleri, hekimler tarafından denetlenen yardımcı meslekler olarak tanımlasa da, günümüzde yardımcı sağlık hizmetlerinin bir bölümü hekimlik tekelini tehdit etmeye başlamıştır (Allen,2002: 3).

- Meslektaşlar arasında paylaşılan ortak değerler ve etik kodlar bulunması
- Mesleğe girişin sınavla denetlenmesi ve işgücü arzının sayısal denetimi (Hopkins vd., 1996: 365).

Profesyonel mesleklerin gelişimi üç dönem halinde ele alınabilir. İlki 18. Yüzyıl sonu ve 19. Yüzyıl başında Anglo-sakson dünyada profesyonelliğin olduğu dönemdir. Daha sonra görülen modern profesyonelleşme ise bir piyasa denetim projesinin sonucudur. Söz konusu proje, profesyonel üreticilerin gerçekleştirdikleri üretim faaliyetinde, görece standartlaşmış süreç oluşturmayı ve bunu denetlemeyi amaçlar. Modern profesyonelleşme hareketleri bunun yanı sıra, kolektif mesleki ve toplumsal yükseliş projeleridir. Eğitim ve sertifikasyonun tekelleştirilmesi, profesyonel işgücü arzının denetlenmesini sağlar. Profesyonel mesleklere için “kutsal hizmet ideali”, söz konusu mesleklerin ve mesleki eğitim kurumlarının çok az sayıda kişiye açık olmasını meşru kılar (Larson 1977; 1979; 1980’den aktaran Soyer, 2010). Firmalar içsel işgücü piyasalarının oluşturulması yolu ile denetimi sağlarken, profesyonel meslekler de dışsal işgücü piyasasında kendilerini koruyacak yöntemlere ihtiyaç duyarlar. Bunun için aşikar bir yöntem, hukukun ve devletin desteğini de gerektiren mesleki lisanslamadır. Böylece bir mesleğin yalnızca profesyonellerce yerine getirilebilecek görev sınırları çizilirken, mesleğe giriş koşulları da sınırlanmış olur. Özellikle tıpta lisanslamanın gerekliliği, toplumu koruma argümanı ile pekiştirilirken diğer yandan da hemşirelik gibi mesleklerin hekimlik gibi “daha üstün” mesleklere tabi kılınmasının önünü açmıştır (Friedson, 1985:xvii).

Hekimler gibi piyasa temelinde örgütlenen ilk profesyoneller, doğrudan doğruya alıcı tarafından tüketilen kişisel hizmet sağlayıcılarıydı. Bir meta olarak klasik profesyonel emeği henüz kullanım değeri ile tüm bağları kopmuş ve tümüyle değişim değerine indirgenmiş bir emek kategorisi değildi. Hekimin kişisel özellikleri, çalışma koşulları, üretim aletleri vb. hususlara göndermede bulunan kullanım değerinin doğrudan gerçekleştirilmesi olgusu, klasik profesyonel metanın ayırt edici özelliği idi. Bir yanda piyasa ilişkilerinin yaygınlaşması, diğer yanda modern devlet oluşumunun kamusal hizmetleri bünyesine alarak genişlemesi gibi faktörlerle geleneksel profesyonel istihdamı da değişmeye başladı. Bağımsız çalışan profesyoneller giderek ücretli/maaşlı işgücüne

dönüşümler. Refah devletinin gelişimi ile profesyoneller yaygın olarak devlet kurumlarında veya özel kuruluşlarda istihdam edilmeye başladılar (Larson 1977; 1979; 1980'den aktaran Soyer, 2010). Sağlık hizmetlerinin sunumunda dönüşüm ve geçmişin küçük siyah çantasıyla şifa dağıtan hekim profilinin yerini, büyük bürokratik sağlık kurumlarında çalışan hekimlere bırakması (McKinlay ve Arches: 1985: 162) hekimlik mesleği özelinde profesyonelliğin aşınması ve/veya proleterleşme tartışmalarının ateşleyicisi oldu.

Bu tartışmalar iki temel başlık altında özetlenebilir: Profesyonelliğin yitirilmesi ve proleterleşme tartışmaları.

2.6.2. Profesyonelleşme ve Profesyonelliğin Yitirilmesi⁵⁶ Tartışmaları

1960'lı yıllarda yankısını bulan gelecek toplumun neredeyse tamamen profesyonel mesleklerden oluşacağı, profesyonel bilginin gücün kaynağı olacağı, tüm mesleklerin profesyonelleştiği bir toplumsal dönüşümün gerçekleştiği yönündeki tezlere karşı Haug, özellikle hekimlere odaklanarak profesyonelliğin yitirildiği bir toplumsal gelecekle karşı karşıya olduğumuz hipotezini ileri sürmüştü.⁵⁷ Haug (1975), bilgi tekelinin aşınması, hizmetten yararlananların güvenlerinde kırılma, özerklik ve otoritenin sorgulanmaya başlaması, teknolojiye dönüşüm gibi etkilerin özel olarak hekimlikte, genel olarak profesyonel mesleklerde profesyonelliğin yitirilmesine nasıl yol açtığını açıklama çabasına girişmiştir. Haug (1975, 1988)'e göre, kamusal eğitim veren tıp okullarının artışının yanı sıra halka sağlık alanında bilgi veren kitaplar, dergiler, gazete yazıları, radyo ve televizyon programlarının artışı profesyonel bilgi tekelinin kırılmasına yol açmıştır. Sağlık öyküsü alımında otomasyona geçilmesi, ultrasonografi, bilgisayarlı tetkik cihazları gibi teknolojik gelişmeler sayesinde, herhangi bir tıbbi uzmana başvurulmadan izlenebilecek tedavi sürecini gösterebilecek bir sistemin geliştirilmesi mümkün hale gelmiştir. Bu durumda tıbbi eğitim de bilgisayarlı teknolojiye ve kişisel danışmanlığa uyum sağlayacak biçimde

⁵⁶ İngilizce “deprofessionalization” kelimesinin Türkçe karşılığı bazı kaynaklarda “profesyonelleşememe” olarak kullanılmakla birlikte, anlam itibarıyla elde tutulan profesyonellik statüsünün temel özelliklerinin kaybolmasını veya aşınmasını ifade ettiği için “profesyonelliğin yitirilmesi veya kaybolması” biçiminde çevrilmesi uygun görülmüştür.

⁵⁷ Haug (1975)'in “The Deprofessionalization of Everyone?” (Herkes Profesyonelliğini yitiriyor mu?) adlı makalesi, Wilensky (1964)'ün “The Professionalization of Everyone” (Herkes Profesyonelleşiyor mu?) adlı makalesine bir cevap niteliği taşır.

değişecektir. Bu iki alanda da tıp, bilgi tekeline sahip değildir. Üstelik yeni tüketicilik çağında, hekimlere güven de inanç da erozyona uğramıştır. Bilgi tekelinin ve hekimlere yönelik toplumsal inancın zayıflamasının mantıki ve ampirik sonucu profesyonel özerkliğin altının oyulmasıdır. Diğer yandan yeni hükümet politikaları ve örgütsel dönüşümler ile şirketleşme eğilimleri sonucunda, hekim özerkliği tamamen kuşatılmıştır. Friedson (1996:108-109), tüm mevcut gelişmelere karşın, hekimlerin profesyonelliklerini yitirmekte oldukları tezine karşı çıkar. Halkın sağlık alanında bilgiye erişimin hekimlerin statüsünü zayıflatamayacağını, çünkü halkın “uzmanlaşmış teknik bilgiyi anlama kapasitesi gelişirken, uzmanlık bilgisinin de nitel ve nicel olarak arttığını”, dolayısıyla hekimlerle halk arasındaki bilgi açığının daralmadığını ileri sürer. Söz konusu gelişmelere rağmen hekimlerin halen yasal yetkilerini, prestijlerini ve uzmanlıklarının uygulamaya aktarılması konusunda ellerinde tuttıkları tekeli, kaybetmediklerini ifade eder.

Son dönem gelişmeler ışığında profesyonellik kaybı ve 2. Dünya Savaşı sonrası “Profesyonellerin Altın Çağı”nın kapanmasına ilişkin değerlendirmelerde bulunan Light (2003) ise profesyonelliğin ortadan kalkmadığı ancak özerkliğe dayalı profesyonelliğin yerini, sorumluluğa dayalı yeni bir profesyonellik biçiminin aldığı görüşündedir. Light’ın tıpta yeni bir profesyonellik türünün ortaya çıktığına ve bu yeni oluşumun gerek toplum gerek profesyonel tıp mesleği açısından olumlu sonuçları bulunduğuna ilişkin bu tezi, konumuz açısından çarpıcı noktalar içerir. Çünkü Light (2003), tezini özerkliğe dayalı profesyonelliğin eleştirisi üzerine kurar ve bu çalışmada eleştirel biçimde ele alınan tıptaki son dönem gelişmeler, “yeni profesyonellik” kavramının ana damarlarını oluşturur. Light’ın geleneksel tıbbi profesyonelliğe yönelttiği eleştiriler, aynı zamanda ikinci dünya savaşı sonrasında dünyanın pek çok yerinde genelde sağlık hizmetlerinde, özelde hekimlerin hizmet sunumunda meydana gelen amaçsal ve etik kaymaya ilişkindir. Light hekimleri, tıp endüstrisinin oluşumunda oynadıkları rolü görmezden gelmekle eleştirir; uzman hekimler, mesleki kazançlarını biriktirerek önce özel klinikler, görüntüleme merkezleri ve özel hastaneler açıp sonra hastalarını bu merkezlere yönlendirmeye başlamışlar ve böylece bu girişimci hekimler kazançlarını ikiye katlayabilmişlerdir. Ancak bu sayede dışarıdaki yatırımcılar sağlığın ne denli kârlı bir alan olduğunu keşfetmişlerdir. Sonuç, kâr amaçlı sağlık hizmeti üretiminin atağa kalkması olmuştur. Light, aynı zamanda “cüzdan biyopsisi”

olarak adlandırılan, hekimlerin kazanç amacıyla gereksiz tetkikleri yazmaları ve ilaç endüstrisiyle kurdukları etik dışı ilişkiye de dikkat çeker. Bütün bu olumsuzlukların sorumlusu ise profesyonel özerklikten başkası değildir (Light, 2003). Hekimler neredeyse tamamen özerktir; ömür boyu süren iş sözleşmelerine sahiplerdir; hastaları nasıl tedavi ettikleri konusunda hesap vermeleri gerekmez; kaldı ki performansları konusunda hiçbir veri toplanmaz; bu koşullarda hekimlerin birçoğu seçilmiş bir kulüpte gibi davranacaklar ve tercih ettikleri şeyi yapabileceklerdir. Çünkü Light'a göre aslında fiili olarak profesyonellik bu anlama gelir. Yeni dönemde iki yeni profesyonel elitin ortaya çıkışına da değinen Light, bunlardan birinin klinik protokoller, kanıta dayalı yönergeler gibi belgelerin geliştirilmesinde görev alan uzmanlar, diğerinin ise sağlık örgütlerinin yönetim ve denetiminde görev alan hekimler olduğunu belirtir.

Light (2003)'ın özerklikle keyfiliği, piyasa ile hesap verebilir olmayı özdeşleştirdiği çözümlenmesinde sağlıkta meydana gelen yönetsel ve denetimsel değişiklikler “yeni profesyonellik” adı altında olumlanır. Light'ın öne sürdüğü argümanlar, “sağlıkta reform” hareketinin temel tezleriyle örtüşmesi bakımından önemlidir. Neoliberal reformlar diğer alanlarda olduğu gibi sağlıkta da kendi meşruiyetini “eskinin olumsuzlukları” üzerine temellendirmiştir. Benzer şekilde Light'ın geleneksel tıbbi profesyonelliğe yönelttiği eleştiriler de kuşkusuz, dayanaksız değildir; ancak çizilen olumsuz tablonun hem nedeni hem de sonucu olarak geleneksel hekim özerkliğinin vurgulanıyor olması, kuramsal ve olgusal dayanakları bakımından sorunludur. Kuramsal bakımdan özerklik kavramını hem birey hem de meslek grubu bakımından öz-denetim kavramından bağımsız ele almak mümkün değildir; öz-denetim mekanizmaları etkili olduğu ölçüde özerklikten söz edilebilir; aynı şekilde, özerkliğin kaybolmasıyla denetimin dışsallaşması, birbirine koşut süreçlerdir. Light'ın analizi olgusal dayanakları itibarıyla da sorunludur ve zaten toplumsal parametrelerin çok yönlü kombinasyonunu ihmal etmekle de eleştirilmiştir (Navarro, 1976:220). Fenalıkların kaynağı olarak tüm dikkatleri geleneksel hekim özerkliğine yönelten Light (2003)'ın asıl görünmez kıldığı ise sermaye birikim dinamikleri olmuş, birikim sürecinin sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörleri kar elde etme amacıyla istila etme ve kamu hizmetlerini piyasada alınıp satılabilir metalara dönüştürme eğiliminde

olduğunu gözden kaçırmıştır (Navarro, 1976: 216). Light'ın geleneksel ve yeni profesyonellekle ilgili değerlendirmeleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 5: Geleneksel ve Yeni Profesyonellik Arasındaki Farklar

Geleneksel Profesyonellik	Yeni Profesyonellik
Özerklik üzerine kuruludur	Hesap verme üzerine kuruludur
Kalite süreç odaklıdır ve bireysel biçimde belirlenir. Bu nedenle etkilik ve kalite değişkendir.	Kalite klinik araştırma çıktılarına göre belirlenir. Yönergeler, protokoller, tedavi patikaları kullanılır.
Güç ve prestijin merkezi olarak alt uzmanlık dalları ve hastaneler bulunur.	Birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanılır. Uzmanlar ve hastaneler son basamağı oluşturur.
	Yeni teknolojik ve yönetsel elitler, kanıta dayalı standartları belirler ve hizmetleri yönetirler.
Hekime dayalı uygulama. Hemşireler ve diğer sağlık personeli hekimlerin yapmak istemediklerini yaparlar.	Vasfa dayalı uygulama. Hekimler gözetim işlevini görür ve diğerlerinin yapamadıklarını yaparlar.
Hastaları tedavi etmeyi amaçlar.	İyilik halinin geliştirilmesini amaçlar

Kaynak: Light (2003), "Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and Trust", http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=843776.

2.6.3. Proleterleşme Tartışmaları

Profesyonel mesleklerdeki dönüşümü anlama ve adlandırma çabalarından konumuz açısından en dikkat çekici olan ve yazında en çok yer tutan çalışmalar, söz konusu dönüşümü proleterleşme olarak adlandıran çalışmalardır. Bu çalışmalar genellikle 19. yüzyıl zanaatkarlarının vasıfsızlaşma ve rutinleşme süreci ile 20. yüzyıl ortalarından itibaren profesyonel mesleklerin dönüşüm süreci arasında bir paralellik kurarlar. Profesyonellerin artizanal vasıflarının da endüstriyel teknolojiye yenik düşüp düşmeyeceği, meslekleri üzerindeki denetimi koruyup koruyamayacakları proleterleşme tezi savunucularının cevap bulmaya çalıştıkları önemli sorulardır (Light ve Levin, 1989:15).

McKinlay ve Arches'ın 1985'te hekimlerin proleterleşmesi üzerine yazdıkları makale, proleterleşme tartışmalarını alevlendirmiştir. McKinlay ve Arches (1985), hekimlerin giderek kendi hesabına çalışmadan, bürokratik örgütlerde ücretli/maaşlı çalışma biçimine geçtiklerini ve bu örgütlerde sağlık hizmeti sunumunun hekimler tarafından düzenlenmemiş idari hiyerarşiye göre örgütlendiğini belirtirler. Hekimler bu kurallara tabi olurlar ve böylece özerkliklerini ve iş üzerindeki denetimlerini kaybederler. Hastalar

hekimlerin hastaları olmaktan çıkar ve bir sağlık kurumunun hizmetlerinden yararlananlar haline gelir; aynı şekilde teknolojik araç-gereçler ve hizmet binası hekimin değil bir Őirketin veya kurumun mülkiyetindedir. Böylece hekimler profesyonel egemenliklerini kaybeder ve proleterleŐirler. Hekimlerin proleterleşmesini, bürokratikleşme sürecinin bir sonucu olarak gören Mckinlay ve Arches, bürokratik örgütlerin, tüm kurumları, toplumsal denetimin yaygın biçimlerini uygulayarak, kapitalizmin çıkarlarını korumak ve artırmak amacıyla kapitalizm mantığına tabi kılma ihtiyacıyla ortaya çıktığını öne sürerler. Bürokratikleşme, önceden belirlenmiş kurallara, standardizasyona ve hastaların nesneleŐtirilmesine dayanır. Böylece hekim, artık emeğinin nesnesi olan hastalarının kendilerine özgü durumlarıyla fazla ilgilenmeyecektir. Aksine standart prosedürler dâhilinde, devlet ve özel sektör tarafından belirlenmiş birinci ve ikinci basamak muayene ve tanı ödemelerine uygun biçimde hastasını kabul edecek, tedavi edecek ve gönderecektir. Sözü edilen bürokratikleşme süreci, kişisel tıbbi faaliyeti ahlaki kodlardan bağımsız bir bilimcilik etkinliğine indirgerken, tıbbi uygulamalarda “insan faktörünü” de etkinlik ve kârlılık nesnesine dönüŐtürür (McKinlay ve Arches, 1985: 173). McKinlay ve Arches, hekimlerin sanayi devrimi öncesi yüksek bir statüye sahip olan ve yaptığı iş çeşitli, tatmin edici ve bireysel bir faaliyete karşılık gelen zannatkarın, sanayi devrimiyle fabrika sisteminin kitlesel üretim mantığına ve kaba disiplinine tabi hale gelmesi sürecine benzer bir süreçten geçtiklerini ileri sürerler. Küçük ev imalatından sınai üretime geçiş ile hekimliğin dönüşümü arasında bir analogi kuran McKinlay ve Arches (1985), geçmişin kendi hesabına/ küçük ölçekli kurumlarda çalışan hekimleri ile bürokratik kurumlardaki hekimleri aşağıdaki gibi karŐılaŐtırır.

Tablo 6: Kendi Hesabına Çalışan/Bürokratik Kurumlarda Çalışan Hekimlerin Karşılaştırması

	Kendi hesabına/ küçük ölçekli kurumlarda çalışan hekimler	Bürokratik kurumlardaki hekimler
Giriş kriteri	Üst orta sınıf beyazlara açık	Azınlıklara ve kadınlara da açık
Eğitim İçeriği	Hekimler Birliği tarafından belirlenir	Hükümet ve diğer çıkar grupları müfredatın belirlenmesinde etkili
Özerklik	İş hekimin kendisi tarafından denetlenir	İş katmanlaştırılır ve yöneticiler tarafından denetlenir
Emeğin nesnesi	Hasta “hekimin kendi hastasıdır”	Hastalar örgütün müşterileridir ve hekimler hastaları farklı uzmanlarla paylaşır
Emek araçları	Araç gereçler ve bina hekime aittir ve çalışanları hekim istihdam eder	Bina ve teknoloji hekimleri istihdam eden örgütüdür
Emeğin karşılığı	Çalışılacak zaman ve ücret hekimin kendisi tarafından belirlenir	Çalışma süresine göre belirlenmiş bir maaş ödenir; kimi zaman dışarıda çalışma sınırlandırılır

Kaynak: McKinlay ve Arches, 1985

Oppenheimer (1996)'ın profesyonellerin proleterleşmesine ilişkin çözümlenmeleri McKinlay ve Arches'ı destekler niteliktedir. Oppenheimer (1996), beyaz yakalı profesyonellerin uzun zamandır proleterleşme süreci içinde olduklarını belirtir. Oppenheimer profesyonel işi; üst düzey eğitimin gerekli olduğu, işin standartlaştırılmadığı ve karar sürecinin profesyonel tarafından denetlendiği iş olarak tanımlar. Profesyonel işçi, yaptığı bir ameliyat da köprü de olsa, bütün üretimi kendisi yapar, işin gidişatını, çalışma koşullarını, ürün veya hizmetin kullanım biçimini kendisi belirler, gelirini herhangi bir aracı bürokratik kurum olmadan doğrudan elde eder. Profesyonellerin proleterleşmesi sürecinin göstergeleri ise Oppenheimer'a göre şöyledir: Profesyonel işlerde geniş çaplı işbölümü ortaya çıkar; işin gidişatı, özellikleri, doğası, ürünün kullanıma sunulması ve pazar ilişkileri profesyoneller tarafından değil, özel veya kamu bürokrasileri tarafından saptanır; nihayet işçinin ücreti iktisadi süreçler ve piyasa koşulları tarafından belirlenmeye başlar.

Larson (1980) profesyonellerin proleterleşmesi tezini, ekonomik, örgütsel ve teknik yabancılaşmanın her üçüne de maruz kaldıklarını ileri sürerek destekler. Profesyonellerin çoğunun kapitalist işletmeler veya kamu işletmelerinde istihdam edilmeye başlamaları, bu işletmelerdeki bürokratik örgütsel kurallara tabi olmaları, karar mekanizmalarından uzaklaşmaları, artizanal bağımsız üretici konumlarını kaybetmeleri yabancılaşmanın temel gerekçeleridir. Profesyonellerin büyük ölçekli örgütlerin bir parçası haline gelmelerinin anlamı, işlerinin de bu örgütlerin altyapı ve ayrıntılı işbölümlerine bağlı hale gelmesidir. Her ne kadar hekimlerde olduğu gibi yöneticiler profesyoneller arasından seçilse de, elde tutulan otorite ancak temsildir. Hekimlerin geneli, mali kaynakları ve kullanım yöntemlerini denetleyemezler. Aksine yönetime tabi hale gelirler. Otoritenin merkezileşmesi ve hastane işletmeciliğinin ayrı bir disiplin haline gelmesi özerklik alanını daraltır.

Profesyonellerin proleterleşmesi tartışmasında, karşı argümanlar da güçlü bir şekilde dile getirilmiştir. Bunlardan Wolinsky (1988: 42), halen yüksek gelir grubunda bulunan hekimlerin, aldıkları bu yüksek ücretlere rağmen proleterleştiklerinin söylenemeyeceğini, üstelik proleterleşme tezinin ortaya atılıp canlılığını koruduğu yıllar boyunca hekimlerin yıllık gelirlerinin arttığını ileri sürer. Bu nedenle Wolinsky'ye göre, hekimlerin profesyonel statülerini yitirdiklerinden veya proleterleştiklerinden söz edilemez; gerçekte olan hekimlerin profesyonel hâkimiyetinin yalnızca sağlık alanıyla sınırlandırılmış olmasıdır. Wolinsky'nin proleterleşme tartışmasına katkısı sözü edilen sürecin aynı zamanda bir yoksullaşma süreci olduğu ön-kabulüne yaslanıyor olmalıdır. Ne var ki hekimlerin proleterleşmesi tezinde temel vurgu, hekimin ne kadar kazandığı değil, işverenine ne kadar kazandırdığıdır. Bir hekim tarafından istihdam edildiği kuruma sağladığı kazancın, oransal olarak küçük bir bölümü hekime maaş olarak dönmektedir ve hekimlerin sömürü oranı giderek artmaktadır. Bununla birlikte hekimlerin proleterleşmesi sürecinin, günlük faaliyetlerinin önemine ilişkin yanlış bilinçleri ve toplumsal rollerini elitist bir perspektifle kavramaları nedeniyle maskelendiği de belirtilmelidir (McKinlay ve Arches, 1985:190).

McKinlay ve Arches (1985), bugün ülkemizdeki gündemi de meşgul eden hekim sayısının artışına ilişkin olarak, bu artışın hekimlerin pazarlık gücünü zayıflattığına ve yöneticilerin koşulları belirleme gücünü artırdığına dikkat çekerler. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültelerine girişlerin tarihsel olarak toplumsal sınıf kökenine, cinsiyete ve etnisiteye dayalı biçimde sınırlandırıldığı bir zaman diliminden azınlıklara ve kadınlara açılmaya zorlandığı süreci de hekimlerin proleterleşme süreci ile ilişkilendirirler. Benzer şekilde Scarpaci (1990 364) de işgücüne katılan hekim sayısının artışını, tıp fakültelerine girişin herkese açık ve kolay hale gelmesini ve teknolojiye artan gelişmeyi hekimlerin proleterleşmesinin başlıca nedenleri arasında sayar. Light (2003) ise mevcut eşitsizlikleri ortadan kaldırarak hekimliğin yalnızca zengin ailelere mensup, beyaz erkeklere açık bir meslek olmasını önlemeye çalışmanın, hekim özerkliğinin ihlal gerekçesi olarak görülmesine karşı çıkar.

Hekim sayısını ve niteliğini denetim altına almanın bir aracı olarak lisanslama kurumu önemli bir işlev görmektedir. Hekim arzı ve bu arzın düzenlenmesi ulusal tıp birlikleri için her zaman önemli olmuştur. Söz konusu düzenleme ya tamamen tıp birliklerine bırakılmakta, ya tıp birlikleri devletin de onayını alarak düzenleme yapmakta ya da tamamen devlet tarafından gerçekleştirilmektedir. Tıp Birlikleri ve devlet arasında mesleğe girişlerin düzenlenmesine ilişkin süre giden mücadele, devlete ait tıp okullarının açılmasıyla daha çok devlet lehine sonuçlanmıştır. Refah devleti döneminde kamusal sağlık hizmet sunumunun arz ettiği önem, batılı ülkelerde hekim sayısının önemli ölçüde artırılmasına neden olmuştur. Kamusal sağlık sistemi genişleyip yaygınlaştıkça ve kırsal alanlara kadar götürüldükçe hekim sayısı da artmaya devam etmiştir. Ancak 1980'li yıllardan itibaren kamu giderlerinin azaltılması, etkinlik ve verimliliğin artırılması söylemleriyle neo-liberal politikaların hayata geçirilmesi hekimlerin işgücü piyasasındaki konumunu değiştirmiştir. 1990'lardan itibaren hekim işsizliği sorunu baş göstermiştir (Riska, 1996).

Güvencesizliğin tüm ücretli çalışanlar için ortak kader halini aldığı günümüzde, vasıfsız işçiler gibi profesyonellerin de işgücü arzının artması ve işsizlikle yüzleşmesi, sağlıkta dönüşüm sürecine ve her tür çalışma koşuluna boyun eğmelerini sağlayan önemli bir

etkendir. Edwards (1994:94), 19. yüzyıl kapitalizmine özgü doğrudan denetim biçimini, “nefes almaya olanak bırakmayan dolaysız bir zorbalık” olarak tarif eder. İçerdekilerle yer değiştirmek üzere fabrika kapısının önünde bekleyen yedek işgücü ordusu, bu zorbalığa karşı direnenlerin önünde bir engel oluşturur. Günümüzde denetim biçimleri çok çeşitlenmiş olmakla birlikte, hekimlerin yeni sağlık sistemine boyun eğmesi içi önemli bir neden de artık yedek hekimler ordusunun varlığıdır.

Tıp fakültelerinin sayı ve kontenjanlarındaki hızlı artışın hekimlerin proleterleşmesine yol açıp açmadığına ilişkin tartışma son dönemde Türkiye sağlık gündeminde de önemli bir yer kaplamaktadır. 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasanın yürürlüğe girmesi de hekimlerin proleterleşmesi tartışmalarına ivme kazandırmıştır. Bu önemli konuyu izleyen bölümde Türkiye üzerinden tartışmaya devam edeceğim ve Türkiye’deki somut sonuçlarını ortaya koymaya çalışacağım.

Navarro (1988), tıbbi profesyonellerin egemenliğinin ortadan kalktığı yönündeki tezlere, zaten hiçbir zaman böyle bir egemenlik olmadığını öne sürerek karşı çıkar. Profesyonel meslekleri seçen, yeniden üreten ve kuran elitlerdir; elitler ise egemen sınıfın bir parçasıdır. Nitekim profesyonellerin varlıkları sistemi rasyonelleştirme amacına dayanır. Bununla birlikte Navarro hekimlerin gücünün azalmakta olduğunu, ancak bunun proleterleşme ile aynı şey olmadığını belirterek, Marx ve Engels’in kapitalist gelişimle birlikte profesyonelleri de içeren bir sınıfsal kutuplaşmanın gerçekleşeceği ve burjuvazinin hekimleri, avukatları, bilim insanlarını ve rahipleri kendi ücretli emekçileri haline getireceği şeklindeki öngörülerine mesafeli durmayı önerir. Zira toplumsal sınıf haritası, kutuplaşma yerine giderek katmanlaşmış, maddi çıkarları iki temel sınıftan farklılaşan bir profesyonel-teknik katman süreç içinde oluşmuştur. Sürekli genişleyen bu profesyonel katmanın ücretli çalışanlar haline gelip özerkliklerini yitirmeye başladıkları vakıa olsa da Navarro (1988:70)’e göre bu olguyu ‘proleterleşme’ kavramıyla ifade etmek anlamlı değildir. Bu çerçevede McKinlay ve Arches (1985:61)’in proleterleşme tezine –ki o teze göre bir meslek grubunun, alana ilişkin ayrıcalıklarını, görevin içeriğini belirleme yetkisini ve denetimini kaybetmesi ve ileri kapitalizmin üretim gereklerine tabi hale gelmesi

'proleterleşme' adlandırması için yeterlidir- tamamen karşı çıkar. Çünkü Navarro'ya göre proleterleşme "proleter sınıfını ya da işçi sınıfını oluşturmak" anlamına gelir. Navarro için 'proleterler', sermayenin tam denetimi altında olan ücretli kol işçileridir. Bu işçilerin üretim araçları ve üretimin örgütlenmesi üzerinde denetim güçleri ve profesyoneller gibi belgelenecek vasıfları yoktur. Ayrıca sınıfsal konumları itibariyle, başkalarını sömüremezler. Hekimler ise sağlık hizmeti üretiminin maddi araçları ve örgütlenme biçimi üzerinde halen önemli bir denetim gücüne sahiptirler. Hekimler ve işçiler arasındaki fark yalnızca yaptıkları işin doğası veya üretim araçları ile kurdukları ilişkiden kaynaklanmaz; aynı zamanda kapitalist toplumda gördükleri işlevler de farklılaşmıştır. Proleterleşmeyi, işçi sınıfının bir parçası haline gelmek olarak tanımlayan Navarro'ya göre, hekimlerin proleterleşmesinin söz konusu olmamasının bir göstergesi de, hekim örgütlerinin sağlıkta işçi sınıfı talepleriyle gerçekleşen dönüşümleri nadiren destekliyor olmalarıdır (Navarro, 1988: 72).

Görüldüğü başta profesyonellerin proleterleşmesi teması olmak üzere sağlık çalışanlarının sınıfsal konumlarının ve yaşadıkları dönüşümün tanımlanabilmesi bakımından uzunca bir sınıf kuramı tartışması yürütmek gerekli gibidir. Aşağıda bu gereksinim, tez konusunun öncelikleriyle sınırlandırılmak suretiyle karşılanmaya çalışılacaktır.

2.6.4. Proleterleşme ve Sınıf Yazınının Sağlık Çalışanları Açısından Değerlendirilmesi

Toplumbilim yazınında çok geniş bir yer tutan sınıf tartışmalarına burada uzun bir yer ayırmamız mümkün olmadığı gibi, konu böyle bir çalışmanın bir alt başlığında tüketilecek bir konu da değildir.⁵⁸ Burada genel sınıf kuramından hareket etmek yerine sağlık çalışanlarının sınıf konumlarına ilişkin tartışmaların sınıf kuramı bakımından ne anlama geldiği sorusunun izi sürülecektir. İlk olarak genel anlamda profesyonellerin, özel olarak da hekimlerin proleterleşmesine yönelik tezlerin odak noktasını, hizmet üretimindeki özerklik ve denetimin azalmasının veya ortadan kalkmasının oluşturduğu bir kez daha

58 Söz konusu temel sınıf tartışmalarının aydınlatıcı bir özetini okumak için bkz. M. Özüğürlü, *İşçi Sınıfının Oluşumu Üzerine Bir Çözümleme Çerçevesi: Anadolu'da bir Küresel Fabrikanın Doğuşu*, Ankara, 2002 (doktora Tezi); T. Öngen, *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi: Günümüzde İşçi Sınıfı*, Alan, İstanbul, 1996, S. Edgell, *Sınıf*, Dost, Ankara, 1998.

vurgulanmalıdır. Öte yandan Navarro'nun proleterleşmeyi, proleter haline gelme olarak tanımlayarak diğer kuramcılardan ayrılması da dikkat çekici bir pozisyona karşılık gelir. Çalışma açısından önemli olan ancak üzerinde uzlaşma sağlanamamış bir diğer ayrım kamu veya özel sektörde çalışan hekimlerin konumuna ilişkindir. Bu ayrımları belirginleştirmeye ve hekimlerin sınıfsal konumuyla bu konumdaki dönüşüme ilişkin çalışmanın kavramsal sınırlarını çizmeye çalışacağım.

Navarro'nun işçi sınıfını yalnızca üretim araçları mülkiyetine sahip olmayan ücretli kol işçileri ile “proleterleşmeyi” de “proleter olma” ile sınırlandırması, her iki kavram açısından da son derece daraltıcıdır. Navarro'nun aksine ben her iki kavramı da en geniş anlamlarıyla kullanmaya çalışacağım. İşçi sınıfını “üretim araçlarının mülkiyetine ve kullanım hakkına sahip olmayan ve geçimini ancak işgücünü satarak sürdürebilenler” (Özüğurlu, 2002: 49) olarak geniş biçimde tanımlamak, hekimlerin sınıfsal dönüşümü ve sınıfsal kutuplaşmasına ilişkin analizler için elverişlidir. Aynı biçimde proleterleşme kavramını yalnızca üretim araçları sahipliğinden kopartılma olarak değil, sağlık emek gücünün vasıfsızlaşması ve değersizleşmesini de içine alan bir süreç olarak ele almak, bu tezin çözümleme çerçevesi açısından daha ufuk açıcı olacaktır. Nitekim birinci bölümde değindiğimiz ilkel birikim tanımının bağlamını mülksüzleşmeden insanların ücret sistemi dışındaki alternatif geçim olanaklarından uzaklaştırılmalarına doğru genişlettiğimizde, ilkel birikimin kişinin “meta- dışı geçim alanlarını, yeteneklerini ve vasıflarını kuşatarak istilaya yönelen” bir süreç olduğunu görürüz. Bu durumda proleterleşme de, emeğin vasıfsızlaşması, değersizleşmesi ve emeğin yeniden üretim koşullarının metalaşması gibi boyutlar kazanır (Özüğurlu, 2002: 88-89). Bu boyutlarıyla proleterleşme, çalışma faaliyetinde bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru yaşanan bir süreçtir. Buna ek olarak çalışmanın nihai sonucu üzerindeki denetimini kaybetmek, (vasıfsızlaşma sonucunda) ikame edilebilir olmaya yatkın hale gelmek ve çeşitli düzeylerde sömürülmek de proleterleşme sürecinin göstergeleri arasında yer alır. Proleterleşme, hemen her durumda bireysel emek biçimlerinden, kolektif emek biçimlerine doğru bir dönüşümü de ifade eder (Carchedi, 1977: 97). Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık emek piyasasının da kuralsızlaşması ve esnekleşmesi, bu alanda proleterleşmenin de

parçalı ve farklı görünümde ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Proleterleşme tanımını daraltığımızda kamu/özel, tam zamanlı/yarı zamanlı, pratisyen/uzman, kadrolu/sözleşmeli/taşeron gibi ayrımlar sonucunda, aynı sürecin farklı görünümüleri bizi yanıltabilir. Ancak proleterleşmenin farklı boyutlarını göz önüne alan bir tanım, kamuda tam zamanlı çalışan uzman hekimin de, bir özel hastanenin acil bölümünde yarı zamanlı çalışan pratisyen hekimin de proleterleşme sürecine tâbi olduğunu görmemizi sağlar.

Özetle ifade etmek gerekirse, özellikle McKinlay ve Arches'ın ve onların takipçilerinin geliştirdiği 'hekimlerin proleterleşmesi' tezi⁵⁹, halen, içinden geçtiğimiz süreçte hekimlerin konumunu açıklama gücüne sahiptir. Her ne kadar, bu yaklaşımlarda proleterleşme sürecinin temel gerekçesi olarak bürokratikleşme sunuluyorsa da, proleterleşmenin diğer temel etkileri benzerdir. Diğer bir anlatımla, bu çalışma çerçevesinde hekimlerin proleterleşmesinin temel nedeni bürokratikleşme⁶⁰ değil piyasalaşma olarak görülmektedir. Ancak bu nedensel farklılaşma, söz konusu tezlerin günümüzdeki açıklama gücünü zayıflatmamaktadır. Savaş sonrasında 80'li yıllara kadar geçen dönemde, hekimler, sağlık politikalarında ve sağlığa ilişkin yasal ve mali düzenlemelerde olduğu kadar sağlık emek süreci üzerinde de fiili bir denetime ve özerkliğe sahiptiler. Piyasalaşma sürecinde hekimler ilk olarak finansal alanda denetim ve özerkliklerini yitirdiler. Yeni Kamu İşletmeciliği ile verimliliği artırma ve mali kısıtlama çabalarının öne çıkması, mali kararlar alınırken hekimlerin ihtiyaç ve öncelik bildirimlerinden çok yöneticilerin ve/veya sigorta kurumlarının kararları belirleyici olmalarına yol açtı.⁶¹ Kaynak kullanımında yitirdikleri denetimi, tıp eğitimi, akreditasyon, teknoloji seçimindeki denetim kaybı takip etti.

59 Elbette ben Türkiye'deki dönüşümü açıklamak için bu yaklaşımları anahtar olarak kullanırken, tarihsel ve mekânsal farklılıkları göz önünde bulunduracağım. Bununla birlikte ABD ve Türkiye'nin kapitalist gelişim sürecinin farklı momentlerinde yer almalarının, zaman zaman söz konusu tarihsel farklılaşmayı azaltıcı bir etki yarattığını düşünüyorum. Bu itibarla gelişmiş kapitalist ülkelerde Türkiye'dekinden çok daha erken dönemlerde gerçekleşmiş dönüşümler ve bunlara ilişkin teorik yaklaşımlar Türkiye için önemli bir yol gösterici olabilir. Uluslararası kuruluşların reçetelerinin farklılık gözetmeden tüm ülkelere uygulandığı sağlık alanında bu teorilerin uyarlanabilirlik gücü çok daha yüksek görünmektedir.

60 Her ne kadar Harrison(2002), Scarpaci (1998) gibi kuramcılar bu son dönem dönüşümü de bürokratikleşme olarak adlandırsalar da, günümüzdeki dönüşüm ile 1980'lerin başındaki proleterleşme tezlerinin temel dayanağı olan bürokratikleşme süreci çok ciddi farklılıklar içermektedir.

61 Hekimin, verimlilik gözetmeden, toplumun ve hastanın faydası için en gerekli önemi alması, en gerekli ilacı yazması gereken sağlık alanında finansal denetimin kaybı, salt hekimler açısından değil toplum açısından da önemli sonuçlar doğurmuştur.

“Müşteri memnuniyeti” kavramının ön plana çıkması, hekim- hasta ilişkisinde geçmişteki hiyerarşiyi neredeyse tümüyle tersine çevirdi. Söz konusu koşullarda, kamu hizmetlerinin metalaşması ve Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının kamusal sağlık hizmetlerine uygulanması sürecinde, hekimlerin alana ilişkin imtiyazlarının giderek zayıfladığı, emek süreci üzerindeki denetimlerinin giderek azaldığı, emeklerinin değersizleştiği ve yeniden üretim alanlarının giderek metalaştığı⁶² açıktır. Bu çerçevede hekimlerin konumundaki dönüşümü en iyi tanımlayan kavramın “proleterleşme” kavramı olduğu, rahatlıkla ileri sürülebilir.

Metalaşma süreci ile hekimlerin proleterleşmekte olduğu çıkarılması, bizi aynı mesleği paylaşmanın ortak bir sınıfsal yazgıyı da paylaşmak anlamına geldiği yanılsamasına sürüklememelidir. Sınıf konumunu, işgücü piyasasındaki sözleşme ilişkisine tabi konumlar olarak değerlendiren⁶³ Weber (2006:286) dahi sınıf tabakalaşmasının üretim ve mülkiyet ilişkilerine; statü tabakalaşmasının ise özel hayat tarzlarının temsil ettiği tüketim biçimlerine göre belirlendiğini ve meslek gruplarının birer statü grubu olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla bir meslek grubunu oluşturan hekimler, sınıfsal pozisyonları açısından homojen bir kategori oluşturmazlar. Bu bakımdan sınıfsal konumu ve bu konumdaki dönüşümü yorumlarken maddi üretim sürecindeki nesnel konumlardan yola çıkarak analizimizi gerçekleştirmemiz daha sağlıklı çıkarımlar elde etmemizi sağlayacaktır. Nitekim dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hekimlerin topyekûn proleterleşmesinden değil, iç kutuplaşmasından söz edilebilir. Bu saptamanın kuramsal dayanakları Marx’ın sınıfsal kutuplaşma tezinde mevcuttur. ‘Hekimlerin proleterleşmesi’ süreci, görece türdeş bir meslek grubunun iç kutuplaşma neticesinde gerçekleşen bir parçalanma süreci olarak kavranmalıdır. Bir diğer ifade ile sözü edilen süreç neticesinde az sayıdaki hekim sağlık hizmeti üretim araçları mülkiyetine sahip olarak kapitalistleşirken çok sayıdaki hekim de

62 Kamu hizmetlerinin metalaşması, sağlık çalışanlarının kendilerinin ve ailelerinin yeniden üretim alanlarının da metalaşmasına yol açmıştır. Hastanelerdeki ve okullardaki yemekhanelerin özelleşmesi, eğitimin metalaşması, kurum lojman ve kamplarının kapatılması, yemek, eğitim ve barınma gibi bireysel ve ailevi ihtiyaçların karşılanma biçimini değiştirmiştir.

63 Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. T. Öngen, a.g.e, s. 91.

sermayenin gerçek denetimine tabi olarak proleterleşmektedir.⁶⁴ Söz konusu süreç, mesleki çıkarları farklılaştırmakta ve ulusal hekim birliklerinin mücadele dümenlerini hangi kutba doğru kıracakları sorusunu giderek daha önemli kılmaktadır.

2.7.Sağlık Hizmetlerinde Teknolojik Dönüşüm

2.7.1. Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşüm ve Teknolojik Dönüşüm İlişkisi

Teknoloji tanımlanırken genel olarak dar ve yüzeysel terimlerle araç gereçlerin donanımı olarak tanımlanmakta ve altında yatan emek süreci nadiren inceleme konusu olmaktadır. Diğer yandan bilim ve teknolojiyi yansız olarak gören teknolojik belirlemeci bakış açısı, üretim sistemlerindeki gelişimin de doğrusal olduğunu varsaymaktadır (Thompson, 1989:21). Oysa teknolojilerle, teknolojilerin sonuç ve uygulamaları siyasi süreçler ve mücadeleler tarafından toplumsal olarak biçimlendirilir (Boreham vd., 2008: 17). Bu nedenle kamusal sağlık hizmetlerindeki dönüşümle teknolojik dönüşüm arasındaki ilişkiyi kurabilmek için, hem teknoloji ile sağlık emek sürecindeki dönüşüm arasındaki bağlantıyı, hem de mülkiyet ilişkileri ile teknolojik denetim arasındaki bağlantıyı kurmamız gerekmektedir. Bu gereklilikleri gözetererek sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımına dört farklı açıdan değinmeye çalışacağım:

- 1) Tıbbi teknoloji kullanımındaki hızlı artışın işbölümü, denetim, vasıflılaşıma/vasıfsızlaşma ile ilişkisi,
- 2) Sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı ve mülkiyet ilişkileri,
- 3) Kartlı giriş çıkış, kamera sistemi gibi teknolojilerin kullanılmaya başlanmasının gözetim işlevi,
- 4) Hastane otomasyon sistemlerinin kullanılmaya başlanmasının hem verimlilik ve performans denetimi, hem de finansal denetim işlevi.

Tıbbi teknoloji, tıbbi bakım için kullanılan ilaç, araç ya da tıbbi veya cerrahi prosedürdür (Cook, Cook- Deegan, 1988: 134). Tıp teknolojisindeki gelişmeler çoğunlukla biyo-

⁶⁴ Oransal olarak azalan sayıda hekim muayenehane, uzmanlık hastanesi, tıp merkezi ve hatta hastane zincirinin sahibi veya ortağı olmaktadır.

medikal araştırmalardan veya tıp dışı alanlardaki teknolojik ilerlemelerin tıba aktarımından kaynaklanmaktadır (Örneğin MR ve endoskopi).

Tıbbi teknoloji çeşitleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (Şemin, 1999:10).

- 1) Tıbbi cihazlar
- 2) Malzemeler
 - a) Sarf malzemeleri (enjektör, lam, lamel vb.
 - b) Araçlar (tansiyon aleti, steteskop vb)
 - c) Gereçler (muayene masası, sedye vb.)
- 3) İlaçlar, aşılar, serumlar
- 4) Yöntem ve teknikler
- 5) Destek, organizasyon ve yöntem sistemleri.

2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Teknoloji Kullanımının Hız Kazanması

Kapitalist sistemde üretim tümüyle kar amacıyla gerçekleştirilir. Yaratılan kar ya da artık-değer miktarı, üretim süreci içinde tarafların görelı güçlerine göre belirleneceğinden, kapitalizmde emek süreci, kaçınılmaz olarak daha kârlı üretim mücadelesinin bir arenası haline gelmiştir Bu yüzden de sermayedar sadece üretim için gerekli en son ulaşılan teknolojik düzeye uygun üretim araçlarını, malzemeyi ve binayı temin etmekle kalmaz, emek gücü üzerinde tam bir denetim kuracak biçimde teknolojiyi geliştirir ve böylece emek sürecini tümüyle kendi denetimi altına almaya çalışır (Ansal, 2004:44). Dolayısıyla teknoloji seçiminde tercihini en kârlı, en verimli ve kendisine en çok işçi denetimi şansı sunandan yana kullanır (Edwards, 1994: 99). Metalaşma sürecinde kârlılığın temel hedef haline gelmesiyle, tıbbi bakım hizmetlerinde bir yandan emek verimliliğini yükselterek görelı artık-değer miktarını artırmaya ve denetimi sağlamaya, diğer yandan emeğe olan bağımlılığı azaltmaya hizmet eden yöntem ve araçlar daha çok kullanılmaya başlamıştır.

Teknolojinin mülkiyeti, bilgisi ve denetimi sermayenin elindedir. Sağlık hizmet sunumu piyasaya bağımlı hale geldikçe, hekimin teknoloji üzerindeki denetimi de giderek

azalmaktadır. Hekimler, ilaç şirketleri tarafından manipüle edilseler de, halen hangi testlerin yapılacağını ve hangi reçetelerin yazılacağını belirleyebilmektedirler. Ancak hangi testlerin hastaneleri tarafından yapıldığını, hangi ilaçların ilaç üreticileri tarafından piyasaya sürüleceğini ve hangi ilaç, test ve uygulamaların sigorta kurumları tarafından ödeneceğini belirleme şansları ortadan kalkmıştır (Cook- Cook- Deegan, 1988: 150).

İlaç teknolojisindeki hızlı gelişim, birçok hastalığın tedavi olanaklarının gelişimi açısından umut vaat ederken, sağlık hizmetlerin metalaşması bakımından belki de ilk ve en kritik adımı oluşturmaktadır. İlaç pazarının önemli kesimi çok uluslu şirketlerin elindedir ve pazara hakim 200 büyük şirket içinde 4 şirket pazar payının ¼'ünü elinde tutmaktadır. Bu öncü şirketler temelde Amerika, Almanya, İsviçre ve İngiltere menşelidir. G8 ülkelerinde ilaç pazarı 2005- 2009 arasında %3 büyümeyle 497.6 milyon dolara ulaşmıştır.⁶⁵

Tablo: 7 Küresel İlaç Piyasası Coğrafi Payı:

Coğrafya	Pay
Amerika	% 53, 5
Avrupa	% 23
Asya-Pasifik	% 18, 5

Kaynak: www.reportbuyer.com/pharma_healthcare/country_reports_pharmaceutical/pharmaceuticals_global_group_eight_g8_industry_guide.html

Tıbbi cihaz sektörünün küresel durumu da ilaç sektörüyle çok benzerdir. Küresel piyasa değeri 200 milyar dolar civarında olan tıbbi cihaz sektörünün, %43'lük payına Amerika, %20'sine Avrupa ve % 15'ine Asya Pasifik ülkeleri sahiptir (Faulkner, 2009: 32). Bu bölgesel eşitsizlik birinci bölümde yer verdiğimiz TRİPS anlaşması ile de pekiştirilmektedir. Diğer yandan ilaç şirketlerinin promosyonları, hekimlerin yargılarını önemli ölçüde etkileyecek düzeye ulaşmıştır.⁶⁶ Tıbbi araç gereç, bilgisayar

⁶⁵ Datamonitor tarafından hazırlanan Pharmaceuticals - Global Group of Eight (G8) Industry Guide- 2010 raporunun çarpıcı bilgileri aşağıdaki adresten aktarılmıştır: www.reportbuyer.com/pharma_healthcare/country_reports_pharmaceutical/pharmaceuticals_global_group_eight_g8_industry_guide.html

⁶⁶ Wazana'nın (2000) hekimlerle ilaç sektörü ilişkilerini inceleyen çok sayıda nicel araştırmanın analizini yaptığı çalışma, ilaç şirketleriyle ilişkilerin hekimlerin reçete yazma davranışı üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymaktadır.

promosyonlarından kongre ve tatil giderlerinin karşılanmasına varan geniş bir promosyon yelpazesi söz konusudur. Kamusal sağlık hizmetlerinde dahi bu promosyonlar denetimsiz ve meşrudur.

İlaç tüketimi sürekli kısıktırılan bir meta haline gelmiştir. İlaç kullanımı hekim denetiminden çıkmaya başlamış ve *e-eczaneler* yoluyla internet üzerinden reklâmları yapılarak pazarlanır olmuştur. İnternet forumları aracılığıyla, bir hasta kendisi için hangi ilacın gerekli olduğu bilgisini almakta, sanal prospektüse erişebilmekte ve *e-eczaneler* yoluyla dünyanın herhangi bir yerinden ilaç 'alış-verişi' yapabilmektedir. Hastaların kendi çıkarlarını gözeten bilinçli tüketiciler olarak kurgulandığı yeni sistemde, ilaç tüketiminin sıradan bir alışveriş nesnesine dönüşmesi çok daha kolay olmuştur (Williams vd. , 2008:816-818). Oysa hastalıklardan korunma ve tedavide önemli bir tıbbi silah olan ilaç, temel özellikleri itibariyle herhangi bir ticari metadan ayrılmaktadır. Bu ayrımı sağlayan temel özellikler, aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 8: İlacın Kullanım ve Değişim Değerleri Bakımından Diğer Metalardan Farklılaşan Özellikleri

Kullanım değeri Bakımından	Değişim Değeri Bakımından
Hastalıklardan korunma veya hastalıkların tedavisi amacıyla kullanım	İlacı olan tüketici talebinde esnekliğin bulunmaması
İlacı özgü profilaktik (önleyici), diyagnostik (tanı koyucu) ve terapötik (tedavi edici) değerlerin endikasyon (belirti) temelli olması	İlacın değişim değeri her ne olursa olsun edinilmek durumunda olması
İlacın kullanım değerinin endikasyon farklılığı temelinde ikame edilebilirliğinin bulunması	İlacın seçiminde hastanın beğeni ve bilgisinin bulunmaması
	Uzmanların ilaçla ilgili tercihi hasta adına yapması

Kaynak: Abacıoğlu, 2002

İlaç kullanımının artışında, ilaçların giderek günlük yaşamın sorunları da dahil her derde deva iksir olabileceğine dair kanının yaygınlığı önemli bir rol oynamaktadır (Williams vd., 2008: 816). Elbette bu bakış açısının temelinde tıp ile toplum arasındaki ilişkiyi koparan

mekanik bakış açısının etkisi vardır. Bu yanlış kavrayış, gerek sağlık çalışanlarını gerekse yurttaşları Willis'in (1989) deyimiyle "teknoforiye"⁶⁷, bir diğer anlatımla, bilimsel ve teknolojik gelişimin her soruna çare bulacağına dair yanlış bir bakış açısına sürüklenmektedir.

Tıbbi teknolojideki gelişim hiç kuşkusuz çok sayıda hastalığın tedavisinde önemli adımlar atılmasını sağlamıştır. Yeni görüntüleme ve tetkik cihazlarının geliştirilmesi, cerrahi tekniklerde dönüşüm ve ilaç teknolojisindeki gelişmeler çok sayıda hastalığın ölümlerini engellemiştir. Örneğin cerrahi teknolojideki gelişmeler, hem ameliyat süresini hem de hastaların hastanede geçirdikleri süreyi azaltmıştır. Örneği daha da somutlaştırırsak, daha önce yapılan laparotomi (karın boşluğunun kesilerek açılması) ve kolesistektomi (safra kesesinin kesilip çıkarılması) yerine küçük kesilerle incecik bir gözlem aracının safra kesesine uzatılmasıyla da bu işlem yapılabilir. Ameliyat sonrası yatakta geçirilen sürenin azalması, ameliyat sonrası komplikasyonları da azaltmıştır⁶⁸ (Lumby, 2001: 39).

Temel problem teknolojideki hızlı ilerleme değil, hangi teknolojinin, hangi saiklerle geliştirildiği, mülkiyetinin kime ait olduğu ve nasıl kullanıldığıdır.⁶⁹ Mevcut koşullarda gelişmiş ülkelerin önde gelen sermaye gruplarının mülkiyetindeki tıbbi teknoloji, kâr elde etme amacıyla geliştirilmekte, tüketimi reklâm ve promosyonlarla artırılmaktadır. Teknolojik yatırım tercihi; esas itibarıyla en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan hastalıklardan yana değil, tedavisi en kârlı hastalıklardan yanadır. Kârlılık kriteri dolayısıyla koruyucu yöntemlerin geliştirilmesinden çok, tedavi edici yöntemlerin

67 Fori görme ekseninin normalden sapması anlamına gelmektedir.

68 Hastanede kalış süresini azaltan bir diğer etken de yeni hastane yönetim anlayışıdır. Hastane kaynaklarının ve yataklarının etkin ve verimli kullanılması amacıyla hastanede yatış süreleri azalmaktadır. Hasta devrini artıran bu durumun özellikle hemşireler için doğurduğu sonuçları daha önce ele almıştım. Diğer yandan hastanelerin hastaları daha kısa sürede ve tam olarak iyileşmeden taburcu etmeleri, evde ücretsiz bakım hizmeti sunan kadınlara daha çok iş yüklemektedir (Armstrong ve Armstrong, 2010).

69 Herhangi bir verili teknolojinin bireye, topluma, işe veya organizasyona ilişkin etkileri, toplumsal veya örgütsel düzeyde siyasi ve toplumsal güçlerin mücadeleleriyle şekillenmektedir (Boreham vd. 2008). Nitekim Marx da, teknolojiyi, toplumsal ilişkileri basit bir biçimde üreten değil, sermayenin temsil ettiği toplumsal ilişkiler tarafından üretilen bir şey olarak ele alır (Braverman, 2008:51).

geliştirilmesi için adım atılmaktadır. Teknoloji yansız olmadığı gibi, tıbbi bir cihazın, ilacın veya tekniğin seçimi de yansız değildir. Salt zamandan tasarruf etmek veya hastaneye/hekime daha çok gelir kazandırmak için belli bir teknolojiye yönelim söz konusu olabilmektedir. Metalaşma süreci hekimleri özverili çalışma ile kişisel çıkarları arasında bir çatışmaya sürüklemiştir. Teknolojideki hızlı gelişim, sürekli yeni kaynaklar sunarak bu çatışmayı yoğunlaştırmaktadır.

Ofis otomasyonu, kartlı giriş çıkış, kamera sistemi gibi sistemler günümüzde sektör ayırt etmeksizin çok sayıda işyerinde kullanılmaktadır. Salt sağlık hizmetlerine özgü olmayan bu teknolojilerin kullanıma sokulması, sağlık emek süreci üzerinde özellikle denetimsel bir dönüşüm gerçekleştirmiştir. Emek sürecinin geleneksel denetim uygulamaları, günümüzde teknolojik denetim sistemleri tarafından yerine getirilmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda bu sistemler, hasta güvenliği, hizmet kalitesi, kolaylık ve çabukluk, enfeksiyon denetimi vb. gerekçelerin altına gizlenerek emek sürecinin denetimi işlevini yerine getirmektedirler. Hastane otomasyonu kullanımı, hem her şeyin kayıt altına alınmasını sağlayarak kaçakları önlemekte, hem de sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen tüm işlemlerin izlenmesini mümkün kılmaktadır. Performans değerlendirme de otomasyon sistemindeki kayıtlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Diğer yandan hastane otomasyon sisteminin kolaylaştırıcı bir yanı bulunmaktadır. Örneğin hekimler, hastanın diğer birimlerce gerçekleştirilen işlemlerini, tetkik sonuçlarını anında bilgisayar ekranından izleyebilmektedirler. Her şeyin kayıt altına alınmasına yönelik çaba, özellikle yardımcı sağlık personelinin birer veri giriş elemanı haline getirmiştir. Ayrıca bazı hastane otomasyon sistemlerinde bilgilere erişim düzeyi, sağlık kuruluşundaki hiyerarşiye göre belirlenmektedir. Örneğin hekimler tüm bilgilere erişebilirken, hemşireler belirli bilgilere erişebilmektedir. Böylece sistemin kullanım alanı uzmanlık ve statüye göre belirlenmektedir (McLaoughlin ve Webster, 1998).

Teknolojik yenilikler genellikle “zaman tasarrufu” sağlayacağı gerekçesi ile kullanıma sunulsa da, çoğunlukla hemşireler için böyle bir sonuç doğurmamaktadır. Çünkü tüm cihazların doğru işleyip işlemediğini, kayıtların ve verilerin doğru olup olmadığını denetleme görevi hemşirelere düşmektedir. Teknoloji ne denli gelişse de hasta izlemi,

hekim “order”lerinin takibi, dozların, serum düzeylerinin, hasta kimliklerinin, ilaç ve test zamanlarının kontrol edilmesi gibi emek yoğun işler hemşirelerce yerine getirilmektedir (Lumby, 2001:42).

2.7. 2. Teknolojik Dönüşüm ve Vasıfsızlaşma İlişkisi

Hünerli el emeği için, makineler önce dost olarak algılanmış, sonra birer düşmana dönüşmüştür. Dokumacılar, fırıncılar ve çelik işçileri gibi tüm vasıflı işçiler, sonunda vasıfsızlaşmalarına yol açan aletlere, Sennet’in terimiyle, (2009:111) “kucak açmışlardır”. Günümüzde benzer bir sürecin sağlık çalışanları için söz konusu olup olmadığı tartışma konusudur.

Mekanizasyon, çoğunlukla işçinin işin yürütümü ve düzeni üzerindeki denetimini kaybettiği teknik denetimi beraberinde getirir. Ancak bu sonuç genel olarak makineleşmenin içsel bir karakteri değil, özelde, makinenin kapitalist tasarımının bir sonucudur (Edwards, 1994: 99).

Emek aracı, makine şeklini alır almaz, bizzat işçinin rakibi olur. Makine aracılığı ile sermayenin kendi kendisini genişletmesi, o zamandan beri geçim araçları bu makine tarafından tahrip edilen işçilerin sayısı ile doğru orantılıdır. Tümüyle kapitalist üretim sistemi, işçinin emek-gücünü bir meta olarak satması olgusuna dayanır. İşbölümü, bu emek-gücünü, belli bir aleti kullanma hünerine indirgeyerek uzmanlaştırır. Bu aletin kullanılması, makinenin işi olur olmaz, işçinin emek-gücünün kullanım-değeri ile birlikte değişim-değeri de yok olur; kâğıt paranın yasalarla dolaşımdan kalkması gibi, işçi de, şimdi satılamaz hale gelmiştir. İşçi sınıfının, makinenin fazlalık haline getirdiği bu kısmı, yani sermayenin kendi kendisini genişletmesi için hemen gereksinmesi bulunmayan bu kesim, ya eski el zanaatları ve manüfaktür ile makine arasında eşit olmayan koşullar altında geçen bir savaşında yok olur ya da sanayiye daha kolay ulaşılabilir kollarına akar, emek pazarını doldurur ve emek-gücünün fiyatını değerinin altına düşürür (Marx, 2004: 412.).

Makineleşme sürecinin vasıfsızlaştırıcı etkisi özellikle Marxist kuramcılar tarafından sıklıkla ortaya konmuş olmakla birlikte, bu etkinin genel geçer bir mutlak etki olduğunu söylemek doğru değildir. Azımsanamayacak sayıda araştırmacı, gerçekleştirdikleri araştırmalarla teknolojik dönüşümün vasıfsızlaştırıcı olabildiği gibi yeni vasıf kazandırıcı etkisinin de olabileceğini ortaya koymuşlardır. Örneğin, Zuboff (1988),

bilgisayarlı teknolojilerin etkilerinin sabit olmadığını, yeni teknolojilerin geleneksel zanaat modeline çok daha benzeyen ‘iyi işler’ üretebileceğini ileri sürer. Zuboff gibi yeni teknolojilerin ‘daha iyi işler’ yarattığını ileri süren kuramcılara göre, yeni teknolojilerle birlikte üretim daha çok entelektüel vasıf gerektirmeye başlamıştır. Ayrıca işçilerin sorumlulukları ve özerklikleri de artmış bulunmaktadır. Denetim daha dolaylı hale gelirken, işçilerin takdir ve yetki alanı genişlemiş, yönetimle aralarındaki iletişim kanalları daha da açık hale gelmiştir. İşçilerin, yeni teknolojilerle edindikleri vasıflarla firma içinde yükselme şansları daha da yükselmiştir (Glenday, 1995:479- 481).

Görüldüğü gibi teknolojik değişim ve vasıf arasındaki ilişkiyi konu alan yazın, biri diğerinin yanlışlanması niteliğindeki kutuplaşmış önermelerle bezelidir. Vasıf tartışmalarında, üzerinde ana hatlarıyla uzlaşılan görece net bir sonuca erişilememesindeki temel neden, belki de teknolojinin kendisidir. Zira teknolojik değişimler bir takım pozisyonları eritir ve işçileri vasıfsızlaştırırken, diğer yanda karmaşık, uzmanlık ve sorumluluk gerektiren, daha özerk işlerin ortaya çıkmasına da etki edebilmektedir. Bununla birlikte, teknolojik değişimin işi yeniden anlamlı kıldığını öne süren kuramcılarının bile önemli bir bölümü, yeni teknolojilerle birlikte işin işçileri daha hızlı ve daha çok çalıştıran ve dolayısıyla strese dayalı bir biçimde örgütlendiğini kabul etmektedir. Teknolojinin vasıf üzerindeki etkisi, teknolojinin biçimine, işgücü piyasasının yapısına, sendikaların gücüne ve diğer pek çok faktöre göre farklılaşabilmektedir (Form, 1987: 44). Dolayısıyla teknoloji kullanımındaki artış aynı sektörde dahi bazı işleri vasıflılaştırırken, bazılarını vasıfsızlaştırmaktadır. Vasıfsızlaşmanın yarattığı iki kutuplu etki, sağlık sektörü için de geçerlidir. Teknolojik gelişim bir bölüm sağlık personelini açıkça vasıflılaştırır ve bir bölümün yeni vasıflar kazanmasını sağlarken, bir bölüm sağlık çalışanı üzerinde de vasıfsızlaştırıcı etkilerde bulunmaktadır.

Teknolojik dönüşümle birlikte tanı süreci neredeyse tamamen hekimin ellerinden, teknisyenin gözlerine transfer edilmiştir (Lumby, 2001: 46). Gerek hekimler gerek se de yurttaşlar, tıbbi cihazları ve ilaçları bütün bir tıbbi bakım sürecini yürütebilecek evrensel araçlar olarak görmeye başlamışlardır. Bu durum, hekimliğin toplumsal algısı üzerinde de etkili olmaktadır; yurttaşlar bakımından hekim, tıbbi teknolojinin yalnızca bir eki/uzantısı/

yönlendiricisi olarak görülmektedir. Hekimin artizanal vasıfları kullanmak yerine teknolojiye daha sık başvurması, bu algıyı daha da pekiştirmektedir. Böylece, tıp uygulaması, hastanın bir dizi makineye girip çıktığı, sağlık durumunun rakamlara ve elektronik görüntülere indirildiği bir sürece dönüşmektedir. Bu da hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını en saf haliyle “insandan uzaklaştırmaktadır⁷⁰”(Civaner, 2004).

Tıp eğitimi teknolojiyi doğru kullanma konusunda yetersizdir. Kuşkusuz bunda kamusal eğitimin günümüzde piyasa tarafından yönlendiriliyor oluşunun etkisi vardır. Örneğin tıp eğitimi süresince öğrencilerin önemli bir bölümü taniya yönelik testlerin yorumlanması, görüntüleme ve sonuçların okunması gibi alanlarda eğitim görmektedir. Bu, kuşkusuz, gereklidir; ancak yeterli olabilmesi için bu eğitimin, kapsamlı tıbbi teknoloji değerlendirmesi ile tamamlanması beklenmelidir. Bir başka deyişle verili teknolojinin ekonomik, örgütsel, toplumsal etkileri, teknolojinin seçimi ve benimsenmesinde piyasa aktörlerinin rolü, promosyonların yarattığı baskı ve devletin düzenleyici rolü de tıp eğitiminin bir parçası olmak durumundadır. Teknoloji eğitimi konusundaki yetersizlik, mezuniyet sonrasında da hekimlerin kimi belirsizlikler karşısındaki kaygılarını hafifletmek ve hasta tatminini sağlamak üzere teknolojiyi defansif biçimde kullanmalarına yol açmaktadır (Goodman, 2010: 946). Hekimler en son çıkan, en güçlü yöntem ve cihazları kullanarak sağlık hizmetini teknolojik aygıtlara devrederek, ayrıntılı öykü alma zahmetinden kurtulduklarını, riskleri azalttıklarını ve kendilerini güvence altına aldıklarını düşünmektedirler. Bu defansif tıp anlayışı, tüketici odaklı sağlık yönetim yaklaşımları ve malpraktis⁷¹ yasalarıyla artmaya mahkumdur (Civaner, 2004).

Tetkik birimleri, tıbbi teknolojinin en hızlı geliştiği ve en kârlı olduğu alanların başında gelmektedir. Söz konusu birimlerde teknolojinin baş döndürücü gelişimi, emek sürecinin

70 İngilizce dehumanization teriminin karşılığı olarak kullanılan insandan uzaklaşma, teknoloji- hekim ilişkisine yönelik tartışmalarda sıkça dile getirilen bir sorundur.

71 Görevi kötüye kullanma anlamına gelen malpraktis kavramı, tıp alanında, herhangi bir tıbbi girişim esnasında veya sonucunda hata veya ihmal ile kişiyi zarara uğratmayı ifade eder. Bu zararları tazmin etmek amacıyla zorunlu mesleki sorumluluk sigortası devreye sokulmuştur. Ancak bu sigorta işlemi de kamu eliyle değil, özel sigorta şirketleri aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde henüz malpraktise özel bir yasal düzenleme bulunmamla birlikte, yürürlükteki Türk Ceza Yasası'nın çeşitli maddelerinde bu konuda düzenlemeler bulunmaktadır.

dönüşümünde de önemli etkiler yaratmıştır. Görüntüleme ve laboratuvar gibi tetkike dayalı alanlarda bir yandan üretim, mekandan bağımsızlaşırken (örneğin radyoloji tetkikleri bir yerde yapılıp dünyanın öbür ucundaki bir hekim tarafından okunabiliyor), diğer yandan işin örgütlenmesi ve işgücünün yönetim ve denetiminde de son derece önemli değişiklikler meydana getirmektedir. Tetkik sürecinde çalışan teknisyenler için vasıfsızlaşmadan söz etmemek olanaksızdır. Oto-analizörlerin kullanıma sokulması ile hata sayısı çok aza inmiş ve numune hazırlama sürecinde ortaya çıkan biyolojik tehlikeler ortadan kalkmıştır. Verimlilik düzeyi artmış ve işgücü gereksinimi çarpıcı biçimde azalmıştır. Böylece bir yandan teknisyenlerin yerini giderek makineler alırken, diğer yandan geçmişte bilgi birikimine dayalı ve emek yoğun bir iş olan laboratuvar teknisyenliği, cihazın denetimi, numunelerin sınıflandırılması, cihaza koyulması ve cihazdan çıkarılması ile ilgili bir iş haline gelmiştir (Melanson vd. 2008). Bir başka deyişle, kol gücüne dayalı çalışmadan otomasyon sistemine geçiş, laboratuvar teknisyenlerinin görevlerini, kan ve idrar örneklerini oto-analizöre koymaya ve çıkarmaya indirgemıştır. Böylece teknisyenler geçmişte kendileri tarafından gerçekleştirilen işin izleyicileri haline gelmişlerdir. Bu cihazlar sayesinde geçmişte bir günde yapılan manüel işlemin çok daha fazlası, bir saat içinde gerçekleştirilebilmektedir (Littek ve Charles, 1996: 276). Otomatik analiz cihazlarının yanı sıra, laboratuvar bilgi sistemleri de işin örgütlenmesini dönüştürmüştür. Hastaların tüm klinik bilgileri, standart bir biçimde bilgisayar sistemine kaydedilmektedir. Böylece geçmişteki deftere kayıt sistemi ortadan kalkmıştır. Barkot sistemi ile numunelerin karışması önlenmiş ve ayrıştırılmaları kolaylaşmıştır (McLaoughlin ve Webster, 1998).

McLaoughlin ve Webster (1998), yaptıkları araştırmada, teknisyenlerin kendilerini vasıfsız işçi, bant işçisi gibi isimlerle tanımlamaya başladıklarını ve iş tatminlerinin önemli ölçüde azaldığını ortaya koymuştur. Hekimlerin statüsü, klinik verilerle aralarındaki ilişki, uzmanlaşma süreçleri ve laboratuvardaki işlevleri, teknolojik dönüşümün teknisyenlerle aynı vasıfsızlaşma sürecini yaşamalarını engellemiştir. Bu durum hekimler ve teknisyenler arasındaki mevcut hiyerarşiyi pekiştirmekle kalmamış, iki meslek grubu arasına daha kalın bir sınır çizmiştir. Bu durum teknik dönüşümün kutuplaştırıcı etkisinin bir sonucudur.

Böylece biri makineyi beslemeye, diğeri makineden çıkan veriyi yorumlamaya dayalı iki temel çalışma biçimi ortaya çıkmıştır (Smith, 1991: 322).

İleri teknoloji kullanımı ve cihaz çeşitliliği ile öne çıkan radyoloji alanı da, teknolojik gelişimle vasıf bileşiminin dönüştüğü bir alandır. Tıbbi görüntüleme son 30 yılda bilgisayarlı tomografi, dijital radyografi, manyetik rezonans (MR) ve ultrasonografi gibi yeni tekniklerin gelişimi ile önemli bir aşama kaydetmiştir. Bu gelişimin vasıf konusundaki etkileri ise değişkendir. Radyografların eğitim düzeylerinde dikkat çekici bir yükselme olması, vasıflılaşıma yönünde bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Batılı ülkelerde kendi alanlarında lisansüstü eğitim olanağı da bulunan radyografların, bazı tetkik sonuçlarını raporlama yetkilerinin de bulunması, radyologların görevlerine tecavüz edildiği yönünde tartışmalara yol açmıştır (Price, 2006: 34). Bununla birlikte ülkemizde iki yıllık bir eğitim alan radyoloji teknisyenlerinin tetkikleri raporlama yetkileri bulunmamaktadır. Bu nedenle batı menşeli yazında radyoloji teknisyenlerinin vasıflarına ilişkin değerlendirmelerin ülkemiz için tümüyle geçerli olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yadsınamayacak bir gerçek, yeni cihazlarla işlem sürelerinin çarpıcı düzeyde azalmasıdır. Bununla birlikte görüntüleme tetkiklerine yönelik artan talep iş yükünü azaltmamaktadır. Diğer yandan yeni cihazlarla, çalışanların ve hastaların maruz kaldıkları radyasyon dozu da, hata olasılığı da azalmıştır. Görüntüleme cihazlarındaki hızlı değişim, teknisyenleri sürekli öğrenme sürecine sokmuştur. Her yeni cihaz, etkili ve güvenli kullanım için başta bilgisayar kullanımı olmak üzere yeni bilgiler gerektirmektedir. Bu durumun vasıflılaşıma sonucunu doğurduğu ileri sürülebilir (Price, 2006: 41). Bununla birlikte, MR gibi bazı cihazlar daha karmaşık ve çeşitli işlemler gerektirirken, dijital radyografi cihazları gibi cihazlar, daha basit ve rutin işlemler gerektirmektedir. Hasta sayısındaki artışla birlikte, gün boyu aynı cihazla, aynı işlemlerin sıklıkla tekrarlanması, teknisyenleri cihazın birer uzantısına dönüştürmeye ve vasıfsızlaştırmaya gebedir.

Radyoloji alanında dijitalleşme, görüntünün bilgisayar ortamında arşivlenebilmesi ve aktarılabilmesi gibi gelişmeler, radyologların çalışma biçimini de çarpıcı biçimde dönüştürmüştür. Bu durum radyoloji tetkiklerinin yorumlanması ve raporlanması sürecini mekandan bağımsızlaştırırken, radyologların emeğini sıradan bir ticari mal haline

getirmiştir. Örneğin *e-bay* gibi önde gelen bir internetten satış sitesinden, çok sayıda indirimli MR, tomografi raporu ilanlarına erişmek mümkün hale gelmiştir. Çok sayıda radyolog işten artakalan saatlerinde tele-radyoloji yoluyla tetkikleri uzaktan yorumlamaktadırlar. Bu durum hekim emeğinin görece ucuz olduğu ülkelerden hizmet satın alarak, radyolog emeğini ucuzlatmaya yol açabilecektir. Radyoloji hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerinden mekansal olarak ayrışmasına olanak veren bu süreç, radyologların dışarıdan hizmet sunmak üzere büyük radyoloji firmaları tarafından istihdam edildiği günlerin uzak olmadığını düşündürmektedir (Borgstede, 2008).

Yukarıda değindiğim gibi, teknolojik gelişme, vasıfsızlaştırıcı etkilere sahip olabildiği gibi, yeni vasıflara ilişkin gereksinimi de artırabilmektedir. Yeni bir ilacın, aletin veya yöntemin ortaya çıkışı, bazı durumlarda onu kullanmak için gereken bilgiyi de artırmaktadır. Doğru bir kullanım, söz konusu teknolojinin endikasyonlarını, kontraendikasyonlarını ve temel mekanizmasını bilmeyi gerektirmektedir. Bu nedenle teknolojideki hızlı artış, uzmanlıkların artışına da etki etmektedir. Karmaşık donanıma sahip veya özel bilgi gerektiren teknolojiler, yardımcı personelin de uzmanlaşmış olmasını ön-gerektirir. Bilgisayarlı tomografi cihazları, laboratuvar otomasyonu, radyasyonla tedavi ve nükleer tıp departmanları, çoğunlukla uzman personel tercih etmektedir (Cook- Cook- Deegan, 1988: 141). Aynı biçimde cerrahi alanlarda, teknoloji genel olarak vasıfsızlaştırıcı değil kolaylaştırıcı bir işlev görmektedir. Hatta pek çok durumda, geliştirilen yeni ekipman sayesinde daha önce gerçekleştirilemeyen operasyonların gerçekleştirilebilmesini sağlamakta, risk düzeyini ve hasta yatış süresini kısaltmaktadır. Örneğin önemli bir ölüm nedeni olan kalp hastalıkları ve kalp krizinin tedavi başarısı, teknolojik gelişimle birlikte artmıştır. 1980'li yıllarda sorunun yeniden ortaya çıkışını önlemeye yönelik kan inceltici ilaçların ortaya çıkması, kalp krizinden hemen sonra uygulanmak üzere beta-blokör terapinin geliştirilmesi önemli adımlardır. 1990'lı yıllarda daha güçlü ilaçlar geliştirilmiştir. Tedavi için anjiyoplasti (bir damarı onarmak ya da şekillendirmek amacıyla yapılan cerrahi girişim) ve damarları açık tutmak üzere stent (damarlar içine yerleştirilmek üzere geliştirilmiş esnek tel kafesler) takılması, kardiyak rehabilitasyon programları ve ritm bozuklukları olanlarda kalbe yerleştirilen defibrilatörler (kalp ritmini düzenlemek için düzenli akım veren imlantlar), kalp cerrahisinin başarısını artırmıştır. 2000'lerde

geliştirilen testlerle kalp krizinin daha kolay teşhis edilmesi sağlanırken, yeni ilaç uygulamalarıyla kalp krizinin uzun dönemli yönetimi de olanaklı hale getirilmiştir ⁷².

Benzer biçimde, kolonoskopi (kolonun endoskopik incelemesi), teknolojideki gelişim sayesinde gerçekleştirilebilmiştir. Kolonoskop ve ona eşlik eden çeşitli cihazlar geliştirilmeseydi, kolonu suyla şişirip, sıvıyı ondan aspire etmek ve kolonoskopa görüntüyü ekrana yansıtmak mümkün olamazdı. Söz konusu ekipmanlar olmadan doku biyopsileri, poliplerin temizlenmesi, kanamalı damaların koterizasyonu gibi pek çok işlem gerçekleştirilemezdi. Yeni geliştirilen çok sayıda cerrahi ekipman, imalat sanayinde programlanabilir otomasyonu sağlayan bilgisayar destekli elektronik ekipmanlara benzemektedir. Bununla birlikte cerrahi alanlarda söz konusu yenilikler, insanın yerini alan değil, insanın bazı müdahaleleri gerçekleştirebilmesini mümkün kılan bir işleve sahiptir (Johnston, 2005: 62-65). Bu anlamda, hekimler tetkik aşamasında tıbbi cihazlara, tedavi aşamasında ise ilaçlara daha çok rol vererek artizanal vasıflarını kaybetmeye başlasalar da, her teknolojinin hekimler açısından vasıfsızlaştırıcı olduğunu söylemek doğru olmayacaktır. Kimi alanlarda vasıfsızlaştırıcı, kimi alanlarda vasıflılaştırıcı, kimi alanlarda ise kolaylaştırıcı etkiler olabilmektedir.

⁷² <http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm030807oth.cfm>

III. TÜRKİYE’DE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşümün Tarihsel Arka Planı

Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki dönüşüme ilişkin tarihsel değerlendirmeyi yaparken, iktisadi ve siyasi tarihin ana dönemlerini de göz önünde bulundurarak bir dönemleştirmeye başvuracağım.⁷³ Çünkü sağlık hizmetleri, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de iktisadi ve siyasi dinamiklerin etkisiyle dönüşüm geçirmektedir. Birinci bölümde ele aldığım gibi sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması ve yeniden metalaştırılması süreci, salt sağlık hizmetlerine özgü bir içsel dönüşümün değil, hem ulusal hem küresel düzeyde gerçekleşen iktisadi ve siyasi dönüşümün yansımasıdır. Her bir dönemde sağlık hizmetleri farklı bir işlev görmüş, meta veya meta dışı karakteri üretildiği iktisadi yapı içinde şekillenmiştir. Sağlık emek süreci de söz konusu dönüşümün her bir döneminde farklılaşmıştır. Bu nedenle ülkemizde sağlık hizmetlerinin dönüşümünü çözümlmek, aynı zamanda Türkiye’de ulus inşası sürecini, sosyal devlet oluşum sürecini, sermayenin pro-aktif saldırı dönemini ve uluslararası finans kapitalin egemenliğine geçiş dönemini kavramakla olanaklıdır.⁷⁴ İnceleme nesnesini tarihsel-toplumsal bağlamı içinde kavramaya dönük bu metodolojik uyarı, çevre koşulların inceleme nesnesinden bağımsız bir şekilde genel olarak irdelenmesi yönünde bir beklentiye yol açmamalıdır. Çevre koşulların etkisinin, inceleme nesnesinin özgüllükleri çerçevesinde realize olduğu şeklinde, bu tez çalışması bakımından da hayati önemdeki metodolojik önerme hatırlanmalıdır. Dolayısıyla bu bölümde Cumhuriyetin genel iktisadi ve siyasi tarihinin analizine kalkışmaktansa her bir tarihsel dönemin inceleme nesnesi bakımından taşıdığı temel özelliklere değinmekle yetineceğim.

73 Türkiye Cumhuriyeti sağlık örgütlenmesinin bütünlüklü tarihsel analizi, kuşkusuz Osmanlı’dan devralınan mirası da içermelidir. Bununla birlikte benim çalışmamda bu tarihsel değerlendirme salt araçsal bir nitelik taşımaktadır. Bu nedenle sağlık emek sürecindeki dönüşümü sergileyebilmek için Cumhuriyetle başlayan bir dönemleştirmeyi yeterli gördüm.

74 Bu dönemleştirmede hem iktisadi dönemleri hem de sağlık hizmetleri açısından temel dönüm noktalarını göz önünde bulundurdum. Bu dönemleştirme için başvurduğum temel kaynaklar için bkz: K. Boratav (2009), *Türkiye İktisat Tarihi*, Ankara: İmge; A. Soyer (2003), “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 9, s. 301-319; N. Fişek (1991), “TC Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, *Toplum ve Hekim*, Aralık (48), s.2-4.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü, en çok yasal düzenlemeler ışığında ele alınmaktadır. Dönüşümü, Sağlık Bakanları ve onların dönemlerinde çıkan yasalar ve yürürlüğe konan -ya da konamayan- reform paketleri doğrultusunda ele alan yaygın bir yazın göze çarpmaktadır. Ben de sağlık hizmetlerindeki tarihsel dönüşüm için belli başlı yasal ve yönetsel düzenlemeleri içeren küçük bir özet sunmaya çalışacağım. Temel bir kamusal hizmet olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin tarihsel dönüşümü, aynı zamanda idari yapının ve yasal düzenlemelerin dönüşümü anlamına geldiği için, bu bölüm bir yasal değişiklikler kronolojisi içerecektir. Ancak bu kronolojiyi bir yasal değişiklikler manzumesi olarak okumak yerine, her bir yasal dönüşümün, üretildiği tarihsel dönemin somut toplumsal koşullarının sonucu ve egemen toplumsal öznelerin sosyal politikaları ve sağlık politikalarını değiştirme yönünde attıkları adımların yansımaları olarak değerlendirmek, çalışmanın özüne daha uygun düşecektir.

Bir tarihsel arka plan değerlendirmesi yapmaktaki amacım çok sayıdaki kaynakta⁷⁵ ayrıntılı biçimde yer alan bir tarihsel değerlendirmeyi yinelemekten ziyade, metalaşma sürecinin temel basamakları ile emek sürecindeki dönüşümün temel dinamiklerini geçmişle karşılaştırmalı biçimde sergileyebilmektir. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri tarihindeki mevcut birikim içinde hizmetin örgütlenme süreci ve metalaşma ile üretim sürecinin ilişkilendirilmesi görece ihmal edilmiş alanlardır. Bu eksikliğin nedenine ilişkin kesin yargılara varmam mümkün olmamakla birlikte mevcut yazından birkaç ipucu çıkartabilirim. İlk olarak sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması son derece yakın bir tarihsel dönemde gerçekleşmesine karşın, sağlık hizmetlerinin kamusal karakterinin verili kabul edilmiş olması önemli bir neden olabilir. Bu da analitik ilginin üretim noktasına

75 Sağlık hizmetlerinin tarihsel dönüşümüne ilişkin ayrıntılı değerlendirmeler için bkz. A. Soyer (2003), “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, 9, s. 301-319; G. Fişek, Ş. Turcan- Özşuca, M.A. Şuğle (1998), *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; G. Yenimahalleli- Yaşar (2008), “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”, *Mülkiye*, XXXII (260): 157-192; İ. Belek, (2001), “Türkiye Sağlık Reformları”, *Toplum ve Hekim*, 16 (6): 438- 447; İ., Hamzaoğlu, O. (2000), “ Son 20 Yılda Sağlıktaki Değişim, 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, *Toplum ve Hekim*, 15 (4): 265- 277.

İ. Belek, O. Hamzaoğlu, (2000), “ Son 20 Yılda Sağlıktaki Değişim, 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, *Toplum ve Hekim*, 15 (4): 265- 277; İ. Belek, (2001), “Türkiye Sağlık Reformları”, *Toplum ve Hekim*, 16 (6): 438- 447.

değil, hizmetin kendisine ve hizmeti alanlara yönelmesine yol açmıştır. Böylece gerek teorik yazın, gerek saha araştırmaları, hizmeti üretenlerden ve hizmetin örgütlenmesinden çok, hizmeti alana, hizmete erişime, hizmetin niteliğine, hizmet alanının konumundaki dönüşüme odaklanmıştır. Diğer yandan sağlık hizmetleri alanının en görünür ve baskın parçasının hekimler oluşu, sağlık hizmetleri tarihini emek süreci analizinden uzak tutan bir diğer etken olabilir. Hekimlik mesleğine atfedilen kutsallık ve yüksek statü nedeniyle, hekimler tarafından üretilen hizmetin bir fabrika işçisinin üretim bandındaki meta üretimine benzer biçimde incelenmesi tercih edilmemiş olabilir. Nitekim sağlık hizmetlerini hizmet üretim noktasına da yer vererek ele alan çalışmalar, sağlık hizmetlerinin metalaştığı ve sağlık çalışanlarının proleterleştiği son döneme denk gelmektedir. Yazınsal birikimden elde ettiğim bu ipuçlarının, salt tarihsel analizler için değil, alandaki yazının genel çerçevesi açısından da geçerli olduğu ileri sürülebilir. Sonuç olarak mevcut birikimin bu eksikliği, benim kısa tarihsel özetime de bir boşluk olarak yansıtacaktır. Diğer bir boşluk ise, tedavi hizmetlerinin en önemli bileşenleri olan hastanelerdeki hizmet sunumuna ilişkindir. Koruyucu hizmetlerin ihmal edilmiş olduğu, tıbbi bakım hizmetlerinin daha çok hastaneler eliyle gerçekleştirildiği ülkemizde, mevcut sağlık yazını içinde hastanelerde sağlık hizmetlerinin üretim biçimine ilişkin ipuçlarını bulmak son derece güçtür. Sağlık ocaklarındaki hizmet üretimine ilişkin olarak da çok geniş bir yazınsal birikime sahip olmasak da, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konusundaki tartışmalar, özellikle 1960'lı yıllarda sağlık ocaklarında sunulan hizmetin niteliği konusunda fikir sahibi olmamızı sağlamaktadır. Nüfusun büyük bölümüne hizmet sunan SSK hastanelerine ilişkin az sayıda kaynak ise, sağlık hizmeti üretim noktasından çok, sosyal sigorta sisteminin ve SSK'nın kurumsal mekanizmalarının işleyişine yönelik bilgi sunmaktadır. Belirtilen boşluk ve eksiklikler saklı kalmak koşuluyla, aşağıda ülkemizde sağlık hizmeti üretimindeki dönüşümün temel tarihsel basamaklarını kısaca ele almaya çalışacağım.

3.1.1. 1923- 1960: Ulus İnşası ve Modern Sağlık Hizmetlerinin Yapılanması

Tıpkı Avrupa ülkeleri için söz konusu olduğu gibi, Türkiye için de modern devletin kuruluşu ve gelişimi ile merkezi kamusal sağlık örgütlenmesinin gelişimi arasında bir paralellikten söz edilebilir. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte, özellikle salgın hastalıklarla mücadele için gerekli teşkilatlar kurulmuş ve hükümet tabipleri görevlendirilmiştir. Hıfzıssıhha Enstitüsü, hastaneler, sanatoryumlar, doğum ve bakım evleri, sağlık görevlilerini yetiştirecek eğitim kurumları gibi, yeni cumhuriyetin temel sağlık kurumları oluşturulmuştur (Koçak, 1995). Kamusal sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de ulus devlet inşasında önemli bir işlev görmüştür. Bu anlamıyla özellikle cumhuriyetin kuruluşundan ikinci dünya savaşına kadar geçen dönem, sağlık hizmetleri yapı ve örgütlerinin kurulması, ulusal ilaç ve aşı üretiminin sağlanması, ulus inşasının temel sosyolojik birimi olarak “Türk ailesinin” şekillendirilmesi ve sağlıklı gelecek nesillerin yetiştirilmesi siyasalarının gündemde olduğu bir dönemdir. Sağlıkın Türk ulusunun inşasındaki rolü, Reşit Galip’in (1929:2) şu sözlerinde yansımaları bulunmaktadır:

Sağlam adam, aile ocağını şenlendiren güzel ve gülbüz çocuklar yetiştirir. Böyle çocuklar aile için bir kuvvet, memleket için hem kuvvet, hem şeref olurlar. Hasta adam hastalığını karısına da aşılır; düşkün, cılız ve bir kemik yığını kadar sevimsiz çocuklara baba olur. Öyle çocuklar aile için gözyaşı, memleket için çorak tarlalarda yetişen sıska dikenler kadar faydasızdırlar. Bir memleketin en kıymetli sermayesi sıhhatir. Memleketini seven bir Türk kendi sıhhatini, ailesinin sıhhatini, vatani korur gibi korumağa mecburdur.

Modern Türk ulusunun inşasında ve sürdürülmesinde en az diğer profesyonel meslekler kadar hekimlere de önemli roller verilmiştir. Ulusal sağlık sistemini yerleştirmek ve sağlık örgütünü kurmak, hekimlerin kamu istihdamında çalışmasını ve tüm sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının devlet tarafından düzenlenmesini gerekli kılmıştır. Bu nedenle sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem verilmiş, tıp talebe yurtları açılmıştır. Öğrenciler bu yurtlardan ücretsiz yararlanmaları karşılığında, mezuniyetleri sonrası 4 yıl zorunlu hizmet vermekle yükümlü tutulmuşlardır. 1923 yılında 369 sayılı Yasayla zorunlu hizmet

yükümlülüğü getirilmiştir⁷⁶, 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasayla da hekimlik hizmeti düzenlenmiştir (Mazgit, 1998: 150). 1924 Şişli Çocuk Hastanesi içerisinde Ebe Öğrenim Yurdu, parasız yatılı 2 yıl süreli eğitime başlamış ve mezunları zorunlu hizmete tabi tutulmuştur. 1928 yılında 1219 sayılı Yasayla, diplomasız ebelere doğum yaptırılması yasaklanmış, bu önlem diplomalı ebeye duyulan gereksinimi artırmıştır. Böylece 1930'lardan itibaren ardı ardına ebe okulları açılmıştır.⁷⁷ 1925'te İstanbul'da Cumhuriyet döneminin ilk hemşire okulu olan Kızılay Özel Hemşire Okulu açılmıştır. Öğrenim süresi 2 yıl 3 aydır. 1936 yılında öğrenim süresi ortaokuldan sonra 3 yıla, 1958 yılında ise 4 yıla çıkarılmıştır. Bu okulu Milli Savunma Bakanlığı, Veremle Savaş Derneği ve Sağlık Bakanlığı⁷⁸'nin açtığı hemşire okulları takip etmiştir (Ökdem vd. 2000:9) . Söz konusu eğitim kurumlarının açılışı, konumuz açısından iki nedenle önem taşımaktadır. İlk olarak bu eğitim kurumları, sağlık hizmeti alanındaki hekim dışı personelin yetişmesini ve yapılan işlerin birer diplomalı meslek haline gelmesini sağlamıştır. İkinci olarak ülkemizde sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması ve kamusal bir hizmet olarak örgütlenmesi süreci, sağlık personellerinin kamu eğitim kurumları eliyle yetiştirilmesi suretiyle güçlendirilmiştir. Nitekim günümüzdeki sağlık hizmetlerinin metalaşması eğilimine, özel/vakıf üniversitelerinin tıp fakültesi sayısındaki artışın eşlik ettiği bilinmektedir.

Ulusal ilaç sanayini geliştirmek amacıyla 1926 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye'ye İthaline Müsaade Edilmeyen Müstahzarat" listesi yayımlanmış ve Türkiye'de lisans altında ilaç üretimi başlamıştır. Refik Saydam'ın 1925-1937 yılları arasındaki Bakanlığı döneminde, 1927 yılında, iki temel meseleye odaklanılmıştır: Bulaşıcı hastalıklar ve sağlıklı gelecek nesillerin yaratılması. Bu amaçla da bebek ölümlerinin önlenmesine ve doğumların teşvikine yönelinmiştir. Bu dönemde hükümet tabiplikleri ile

76 Bu yükümlülük 1932 yılında 2000 sayılı Yasayla yürürlükten kaldırılmıştır.

77 Bu bilgiler için bkz. http://www.turkebeledernege.com/index.php?option=com_content&view=article&id=77:ebeliin-tarihcesi&catid=20:normal-haber&Itemid=99

78 Sağlık Bakanlığı, 1920'de Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti adı altında kurulmuş,1945'te Anayasa terimlerinin Türkçeleştirme sırasında adı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Daha sonra 24.01.1989 tarihli ve 356 sayılı KHK ile "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" adı "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiştir. Bu çalışmada, yasa maddelerinden alıntı yapılmayan durumlarda, karışıklığa yol açmaması için daha çok Sağlık Bakanlığı terimi kullanılmıştır.

sağlık hizmeti sağlanırken, bulaşıcı hastalıklar için aynı zamanda sıtma, trahom gibi hastalıklarla savaşan uzmanlık örgütleri kurulmuştur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli yer tutan aşı ve serum üretimi de bu yıllarda kurumsallaştırılmıştır. 1928’de Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuş, 1931’de ilk kez BCG aşısı üretiminin ardından serum ve aşı üretimi artırılmıştır (Soyer, 2001).

1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Yasası’nın (UHK) kabul edilmesiyle birlikte, devlet, memleketin sağlık şartlarını ıslah etmek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, gelecek nesillerin sağlığını temin etmekle sorumlu tutulmuştur (Odabaş, 2009: 195- 203). Sağlık hizmetlerinin “devlet hizmeti” olarak kabul edilmesini ifade eden ve yeni Cumhuriyetin sağlık politikasının gerekliliklerini belirleyen bu yasa, kamusal sağlık hizmetlerinin gelişiminde son derece önemlidir. Söz konusu dönemde hükümet, koruyucu hizmetleri genel bütçeden finanse ederken, hastane hizmetlerinin yürütülmesini ise yerel idarelere bırakmıştır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı yol gösterici olmak amacıyla aynı dönemde 5 numune hastanesi kurmuştur (Fişek, 1991: 2). Bu anlamda, söz konusu dönemde sağlık hizmetleri idaresinin adem-i merkeziyetçi biçimde gerçekleştirildiği söylenebilir.

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhi ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Yasası ile Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatı düzenlenmiş ve hekimlerin; köy hekimleri, hükümet tabipleri ve mütehassıslar olmak üzere, devlet memuru statüsünde çalıştırılacakları öngörülmüştür (TTB, 2008: 116). Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti’nin (Sağlık Bakanlığı), ihtiyaç görülen yerlerde hastaneler, sanatoryumlar, akliye ve asabiye hastaneleri, muayene ve tedavi evleri, doğum ve çocuk bakım evleri gibi sağlık kuruluşları açacağı da yine bu yasa ile belirlenmiştir. Sözü edilen yasa, hekimlerin “memur statüsünde” istihdam edilmeleri açısından da, sağlık hizmetleri teşkilatının oluşturulması ve tüm sağlık personelinin çalışma düzeninin belirlenmesi açısından da bir milat oluşturmaktadır.

1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu⁷⁹ kurulmuş, Kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi tanınmıştır (Mazgit, 1998). 1951 yılında ise hastalık sigortası uygulamasına başlanmıştır (Fişek vd. 1997: 14). 1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirilmiş ve tedavi bir devlet hizmeti olarak kabul edilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet'in ilk yıllarındaki önceliği 1950'li yıllarla birlikte kaybolmuş ve koruyucu hizmetler ikinci plana atılmıştır (Mazgit, 1998).

1953 yılında 6023 sayılı yasayla Türk Tabipleri Birliği (TTB); 1956'da 6643 sayılı yasayla Türk Eczacılar Birliği; 6343 sayılı yasayla Türk Veteriner Hekimleri Birliği kurulmuştur. 1954 yılından itibaren sağlık işkolunda ilk sendikalar kurulmaya başlamıştır. İstanbul Sıtma Savaş ve Hastane İşçileri Sendikası bunların ilkidir.¹⁰

1954'te yürürlüğe giren "Yabancı Sermayeyi Teşvik Yasası" ile yabancı ilaç firmalarının önündeki engellerin kaldırılması, Türkiye'deki hammadde üretiminin gerilemesine neden olmuştur. Bu nedenle, 1954 yılı sağlık hizmetlerinin metalaşması sürecinde önemli bir kırılma noktasıdır.⁸⁰ Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre, 7 yıl içerisinde, bu teşvik yasasından yararlanarak ülkeye giren yabancı sermayenin %80'i kimya sanayiine yatırım yapmıştır (Fişek, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=49>). İlaç ve diğer tıbbi teknolojilerin kamusal üretimi sağlanamadığı gibi, sağlık hizmeti üretiminin uluslararası sermayeye bağımlı biçimde gerçekleşmesi de bu tarihte birlikte başlamıştır. SSK İlaç Fabrikası bu bağımlılıkta küçük de olsa bir gedik açmaya yönelik önemli bir adım olmakla birlikte, bu adımın ileri götürülmesi engellenmiş, bu yöndeki beklentiler 2005'te fabrikanın tamamıyla kapatılmasıyla da son bulmuştur.

79 İşçi Sigortaları'nın kurulmasının ardından 1949 yılında Emekli Sandığı, 1971 yılında Bağ-Kur kurulmuştur. Bununla birlikte SSK'nın aksine bu kurumlar kendi sağlık örgüt ve personellerine sahip olmamışlardır. Bu nedenle bu çalışmada sağlık hizmet sunumundaki önemi nedeniyle SSK'ya odaklanılacaktır. Aynı bir çalışmanın konusu olacak denli geniş olması nedeniyle Türkiye'de sağlık sigortası sistemine ayrı bir yer ayrılmayacaktır. Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. G. Fişek vd. (1997), *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946- 1996*, SSK-TTV, Ankara; İ. Oral (2002), *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, TC Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1331, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No:174, Eskişehir; G. Yenimahalleli (2009), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanında Dönüşüm: Genel Sağlık Sigortası Sistemi Herkese Güvence Sağlayıp Hizmete Erişimi Artırabilecek mi?", *Sosyal Politikada Güncel Sorunlar* (Der. Esin vd.), A.Ü.S.B.F, Ankara.

80 Ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.petrol-is.org.tr/isci_sagligi/SSK.pdf

İlk hemşirelik yüksek okulu 1955’de Ege üniversitesinde açılmıştır. Mezunlar 1973 yılında Tıp Fakültesi’nin tüm klinik branşlarında doktora yapma hakkını elde etmiştir (Ökdem vd., 2000:10).

3.1.2.“Gökte Allah Yerde Sosyalizo⁸¹”: 1960-1980 Sosyalleştirme Uygulamaları ve Sonrası

Tüm dünyada sağlık planlaması ve kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde önemli adımların atıldığı bir dönem olan 1960’lı yıllarda, Türkiye’de de sağlığın temel insan haklarından biri olduğu anayasa ile güvence altına alınmıştır. Sağlık politikaları, sağlığın temel bir insan hakkı ve ücretsiz bir kamusal hizmet olması gerektiği ön kabulü ile örülmüştür. 1961 tarihli 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa” ile sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanması, kamu sağlık kuruluşlarının tek elden idare edilmesi, sağlık teşkilatının her kademesinde halkın katılacağı kurullar oluşturulması; köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulması ve bu ocakların hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütmesi gibi politika kararları kabul edilmiştir (Fişek, 1991). Ülkemizde 1960’lı yıllarda başlayan planlı kalkınma anlayışı 224 sayılı yasayla sağlık hizmetleri alanındaki yansımaları bulmuştur. Merkezi planlama ilkelerinin yerel ve bölgesel düzeydeki ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenmesi ve sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda sunulması esasıyla hareket edilmiştir (Çiner ve Fişek, 2010: 289).

Sosyalleştirme uygulamasına 1963 yılında Muş ilinde başlanmıştır. Bunu Bitlis, Hakkari ve Van illeri izlemiş, eğitim ve öğretim konusunda da yararlanmak üzere Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. 1964’te Sağlık Bakanlığı ile Hacettepe Tıp Fakültesi arasında yapılan protokol sonucu Etimesgut, bir eğitim ve araştırma merkezi haline gelmiştir (Erdem, 2002:87). 1994’e dek tıp

81 Nusret Fişek, 1964’te *Milliyet* Gazetesinde ait bir röportajda Muş’taki köylünün sağlık hizmetlerinden memnuniyetini "Gökte Allah, Yerde Sosyalizo" diye dile getirdiğini aktarmaktadır (http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html).

fakültelerinin çoğu hekim adayı eğitecek birer eğitim-araştırma bölgesine sahip olmuştur (Aksakoğlu,2008).

Sosyalleştirme uygulamaları toplum hekimliği yaklaşımından beslenmiştir. Bu yaklaşımın temel ilkeleri şöyle özetlenebilir (Fişek, 1985: 47): Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler, bütünsellik içinde sunulmalıdır. Sağlık; bedensel, ruhsal ve toplumsal yönüyle bir bütündür. Herkese sağlık hizmeti götürülmeli, en çok öldüren, en çok sakat bırakan, en çok görülen olgulara öncelik verilmelidir. Sağlık hizmeti, salt doktorlardan oluşmayan, çok disiplinli bir ekip hizmetidir. Sağlık hizmetleri, sosyo-ekonomik kalkınmanın bir parçası olan bütünlüklü bir plan etrafında geliştirilmelidir.

Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personel, göreve başladıkları günden itibaren 1 yıldan az, 3 yıldan fazla olmamak üzere sözleşme ile istihdam edilmiştir. Sağlık personeli açığını kapatmak üzere aynı zamanda Devlet Hizmet Yükümlülüğü Yasası kabul edilmiştir. Söz konusu yasayla sözleşmeli çalışan hekimlerin kamu görevi dışında hekimlik yapmaları da yasaklanmıştır.⁸²

Sosyalleştirme uygulamasının temel taşı sağlık ocağıdır.⁸³ 5 -10 bin kişiye bir hekim, 2-3 bin kişiye bir ebe olacak biçimde, sağlık ocakları ve sağlık evleri kurulmuştur. Sağlık ocaklarında bir hekimin sorumluluğunda ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekip hizmet vermekteydi (Dedeoğlu, 1998: 25). Bu ekip eliyle sağlık hizmetinin toplumun en ücra köşelerine kadar yerleşik biçimde sağlanması ve ekibin toplumla kaynaştırılması amaçlanmıştır. Bakanlıkça görev alan sağlık personeline, yerel dillerin öğretilmesi hedeflenmişse de bu çaba Başbakanlık düzeyinde önlenmiştir. Aynı dönemde toplumsal katılımı gerçekleştirmek üzere “Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları” oluşturulması da öngörülmüştür. Ancak buradaki katılımcı model, günümüzde yönetim yaklaşımının sermaye ve sivil toplum örgütlerine dayalı katılım modeliyle karıştırılmamalıdır (Çiner ve

82 1978 yılında 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa ile haftalık 45 saatlik çalışma süresi getirilmiş ve mevcut yasak sözleşmeli olmayan hekimler için de geçerli kılınmıştır.

83 Sağlık ocaklarının görev ve işlevleriyle ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Z. Öztekin, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Ankara:Palme, 2004.

Fişek, 2010: 291) . 1969 yılında çıkartılan “Sağlık Ocakları Sağlık Kurulları Yönetmeliği” ile sağlık ocağı hekiminin başkanlığında oluşturulacak “Sağlık Ocağı Sağlık Kurulu⁸⁴” nun köy muhtarı veya belediye başkanı, imamları, başöğretmen ve köyden seçilmiş bir üyeden oluşmasına hükmedilmiştir. Bu kurulun üç ayda bir toplanarak yöredeki sağlık sorunlarını ve bunlar için neler yapılması gerektiğini tartışması; halk temsilcileri ile sağlık ocağı hekiminin geleceğe ilişkin yapılacaklar hakkında birlikte karar alması planlanmıştır. Halkın sağlık politikalarına doğrudan katılımı için ideal bir mekanizma olarak geliştirilen bu yöntem⁸⁵, birkaç örnek dışında, yaşama geçirilememiştir.

Ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetinin⁸⁶ en ücra köşeye kadar götürülmesi amacıyla her sağlık ocağına bir araç ve şoför verilmiştir (Dedeoğlu, 1998: 25). Sağlık çalışanlarının lojmanlarının aynı bahçe içinde olması öngörülmüş, böylece sağlık hizmetine yirmi dört saat ulaşılabilirliği sağlamak mümkün hale getirilmiştir. Bu dönemde sağlık hizmetinin yalnızca tedaviye odaklanmadığı da belirtilmelidir. Sağlamlığın korunmasına, risk altına girenin geliştirilmesine, hastanın tedavi edilmesine ve iş göremez olanın topluma uyumlu kılınmasına çaba gösteren tümelci bir sağlık örgütlenmesi tasarlanmıştır. Koruma, yalnız sağlık ocağında değil, evde, ahırda, fırında da yürütülmekte, sağlık ocaklarının hasta tedavi hizmetleri devlet hastaneleri tarafından desteklenip tamamlanmaktadır. Buradaki amaç, kişinin sağlık sorununu yerinde gidermek, olmazsa 2. basamağa sevk etmektir. Ancak üniversitelerce yönetilenler dışında kalan gruplarda bu sevk ve hastane yapılanmasında başarı sağlanamamıştır (Aksakoğlu,2008; Öztekin, 2004).

Sosyalleştirme uygulamalarının ayırt edici özelliklerinden biri nüfusa göre örgütlenmedir. Her yıl sağlık ocağının sorumlu bulunduğu coğrafi alan içinde hane hane dolaşarak ev halkı tespit fişlerinin (ETF) doldurulmasıyla, bölgede yaşayan nüfusun tespiti sağlanır. Bu konuda en çok görev mahalleleri tanıyan ebeler düşmektedir. ETF’lerin yanı sıra, aile

84 Bu katılımcı modeli için bkz. www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/uyumseti.pdf

85 Söz konusu model, halkın temsilinden çok devletin ideolojik aygıtlarının mikro düzeyde bileşenlerinden oluşması gerekçesiyle eleştirilmiştir.

86 Tüm giderler kamu bütçesinden sağlanmaktadır. Yasanın harcamalarını karşılayabilmek için Sağlık Bakanlığı bütçesinin %13 artırılması gerekiyordu ancak bu oran hiç yakalanamadı (Dedeoğlu, 1998).

zarflarının içinde saklanan kişisel sağlık fişleri⁸⁷ ile her sağlık ocağının sorumlu olduğu nüfusun sağlık durumu bilgisine, sosyal çevresiyle bir bütünlük içinde sahip olması amaçlanmıştır. Ancak sağlık fişi uygulaması da başarıyla yürütülememiş, bazı sağlık ocaklarında yalnızca poliklinik defterlerine kayıt yapılmaya başlanmıştır (Öztek, 2004).

İlk olarak 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlayan sosyalizasyonun, aşamalı olarak uygulamaya konulması ve 15 yılda tamamlanması planlanmıştır. 1965 yılına kadar fiilen uygulama imkânı bulan sosyalizasyon, 1965'ten itibaren hükümetlerin sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini yadsımaları, dolayısıyla da sağlık ocaklarındaki sağlık hizmet kalitesinin hastane ve sağlık merkezlerinin yanında sönük kalması neticesinde, başarısızlığa terk edilmiştir. Bir başka ifadeyle sosyalleştirme uygulaması 1965'ten itibaren yaygınlaştırılmış ancak devlet tarafından sahiplenilmemiştir. Çalışanların özverisi veya yöre halkının sahiplenmesi sayesinde başarıya ulaşan örnekler haricinde, başlangıçta planlanan model uygulama imkanı bulamamıştır. Sosyalleştirme uygulamasının baş mimarı Nusret Fişek (1983;1991; 1997), başarısızlığın nedenlerini aşağıdaki biçimde özetlemiştir:

Bütçeden sağlığa ayrılan pay yetersiz kalınca sağlık ocakları taşıttan, ilaçtan, yeterli sayıda personelden yoksun kalmıştır. Bu durum özellikle kırsal bölgelerde verimli bir hizmetin sağlanamamasına yol açmıştır. Üstelik sağlık ocağı ile hastane arasında kurulması gereken ilişki kurulmamıştır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Hekimlere yeterli ücret verilmemiştir. 1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ile hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında devlet memuru olarak istihdam edilmesi düzenlenmiştir. 1966 yılında Personel Yasası ile sözleşmeli kamu görevlisi çalıştırma olanağının ortadan kalkması ve 1980'de askeri cuntanın 2368 sayılı yasa ile her hekime muayenehane açma hakkı vermesi, yeterli hekim sayısına ulaşılmamasına ve hekimlerin tamgün ücretsiz sağlık hizmeti sunmasına engel oluşturmuştur. Sağlık yönetici kadrosuna ve hekim dışı personel yetiştirilmesine gereken önem verilmediği gibi sağlık personeli yetiştirme müfredatı da

87 Bu fişler kişilerin her başvurudaki başvuru nedenleri, şikâyetleri, aşıları, sakatlıkları gibi bilgilerin diğer aile bireyleriyle bir arada izlenmesini sağlar.

hastanelere eleman yetiştirmeye yöneliktir. Bu durum birinci basamakta çalışmanın öneminin benimsenmesine engel teşkil etmiştir. Oysa tıp fakültelerinin uzmanlığa hazırlayıcı değil, araştırmaya özendirici bir eğitim verilmesi gerekmektedir. Hizmetin tek elde toplanamaması da önemli bir diğer sorundur. 224 Sayılı Yasa, sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması düşüncesiyle hazırlanmış, ancak işçi ve işveren sendikalarının yoğun tepkileri nedeniyle, bu düşünce gerçekleştirilememiştir. İlerleyen dönemde sisteme bir de BAĞ-KUR'un eklenmesiyle, çok ayaklı yapı daha da çeşitlenmiş, bu durum sevk zincirinin hayata geçirilmesini olanaksızlaştırmıştır (Fişek vd., 1997: 63). Sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplama hedefi 45 yıl sonra gerçekleştiğinde ise, sosyal devlet yerini çoktan piyasa ilkelerine bırakmış, sağlık hizmetleri özelleştirilmek üzere merkezleştirilmiştir.

Bu kısa tarihsel değerlendirmeye bakıldığında şu belirlemeler yapılabilir: 1960'lı yıllarda sosyalleştirme uygulamalarıyla sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması ve temel bir yurttaşlık hakkı olarak tanınması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Buna rağmen, nüfusun tamamını kapsayan ve prime değil "yurttaşlığa dayalı", genel bütçeden finanse edilen bir sağlık hizmeti sistemi kurulamamış, üstelik tıbbi teknolojinin uluslararası sermayeye bağlı yapısında da herhangi bir değişiklik gerçekleştirilememiştir. Dolayısıyla 1960'lı yıllar da dâhil olmak üzere, hiçbir tarihsel dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tamamıyla meta dışına çıkarılması mümkün olmamıştır. Kökleri 1970'lerin başlarına uzanan ve 1980'li yıllarda belirginlik kazanan sosyalleştirme uygulamalarının terk edilmesi siyaseti ile de, sağlık hizmetleri artan oranda piyasaya bağımlı hale gelmiştir. Diğer yandan zaman içinde sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun genişlediği, hastane sayısının arttığı da göz ardı edilmemelidir. Söz konusu dönemde hastane hizmetleri açısından ikili bir yapı vardır. Sigorta kapsamındaki nüfusun çoğunluğunu oluşturan SSK'lı hastalara, görece olarak az personelle hizmet veren ve SSK primleri ile finanse edilen SSK Hastaneleri ile nüfusun geri kalanına, görece olarak daha çok personelle hizmet veren Devlet Hastaneleri. Bununla birlikte bu hastanelerde hizmet sunumunun nasıl örgütlendiğine ilişkin ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır.

1960'lı yıllarda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına ve örgütlenmelerine bakıldığında, sağlık hizmetlerinin bir ölçüde meta dışına çıkarılması ile sağlık çalışanlarının güçlenmesi ve örgütlenmesinin bir paralellilik taşıdığı görülmektedir. 1961 yılında İzmir'de kurulan Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası⁸⁸ o yıllarda etkindir. 1962'de İstanbul'da "Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası" kurulmuş ve İstanbul Verem Savaş Derneği Erenköy Sanatoryumunda işkolunun ilk işyeri toplu iş sözleşmesi bağitlanmıştır. 1963'lere kadar, Sağlık Bakanlığına bağlı işyerlerinde asistan hekimler ve yardımcı sağlık personeli hastanede 24 saat süresiz çalışmakta ve haftada sadece 24 saat izin kullanmaktadır. O dönemde 8 saat uygulaması ilk kez Amerikan Hastanesinde vardiyalı çalışma ile gündeme gelmiş ve bu çalışma saatleri ilk toplu iş sözleşmesiyle düşürülerek 8 saatin üstündeki çalışmalar ücretlendirilmiştir. Mesai saatlerine uymak istemeyen Numune Hastanesinde 1969 yılında bir direniş yaşanmıştır. 1973'te Birleşmiş Sağlık İşçileri Sendikası adıyla kurulan "Devrimci Sağlık İş" ise daha çok özel hastanelerde ve üniversite hastanelerinde örgütlenmiştir. Bu dönemde toplu sözleşme hakkı bulunmakla birlikte, işçi memur ayırımına dayanan, grevsiz bir toplu sözleşme düzeninin şekillendirilmesi çabaları mevcuttur. Sağlık işkolu, bu ayırımının en çok istismar edildiği alanlardan biri olmuştur. Meslek uygulamalarının, günlük çalışma saatlerine uymaması ve kesinti kabul etmemesi; çalışanların kendini koruyacak araçlardan yoksun olması çalışma koşullarını olumsuz yönde etkilemiştir. İşçi-memur ayırımının sık sık gündeme getirilmesi ve meslekler arasında görev-yetki dağılımının tam olarak yapılmaması, meslek grupları arasındaki rekabeti körüklemiş ve birlikte örgütlenme zeminini önemli ölçüde tahrip etmiştir.⁸⁹ Bu sorunlar halen sağlık çalışanlarının birlikte örgütlenmeleri önündeki temel engelleri oluşturmaktadır.

1967 yılında ilk Genel Sağlık Sigortası⁹⁰ yasa tasarısının hazırlanmasından itibaren Genel Sağlık Sigortası kurulması tartışmaları sürekli gündemde kalmıştır. Nitekim 1963 yılından

88 Bu sendikanın adı 20.1.1965'te Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası (SAĞLIK-İŞ) olarak değiştirilmiştir.

89 <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=52>

90 Genel Sağlık Sigortası uygulama amaçları ve tasarıların tarihsel gelişimi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Fişek vd, 1997, s. 88-93; G. Yenimahalleli-Yaşar, 2009: 514-516.

itibaren Beş yıllık Kalkınma Planlarının hemen hepsinde genel sağlık sigortasının kurulması hedefine yer verilmiştir.

12 Mart 1971 askeri darbesinin ardından, sağlık işkolunda kurulu sendikalar, TTB'nin "Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği" adı altında kurdukları birliktelikle bir araya gelmiş, 657 sayılı yasa ile getirilen hak kayıplarına karşı ciddi bir mücadele sergilemişlerdir. "Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği"ne Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sendikası, Sosyal Sigortalar Kurumu Hekim ve Eczacıları Sendikası, Türkiye Hekim Sendikaları Federasyonu, Türkiye Sağlık Memurları Sendikası, Türkiye Hemşireler Sendikası, Türkiye Ebeler Sendikası, Sosyal Sigortalar Kurumu hemşire, Laborant ve Sağlık Memuru Sendikası katılmış ve eylemlere Türk Veteriner Hekimler Sendikası ile Türk Eczacılar Sendikası destek vermiştir. O dönemki mücadele planına bakıldığında, acil vaka dışında hasta bakmamak (boykot); hasta muayenesi için yeterli süre talebiyle hasta muayene adedini azaltmak; haklar elde edilmediğinde iş bırakmak biçiminde kararlara rastlanır. Benzer eylem biçimlerinin 20 yıl aradan sonra "beyaz eylemlerle" yeniden gündeme gelmiş olması anlamlıdır. Bu eylem programı doğrultusunda 6-7 Ocak 1971'de Ankara ve İstanbul'da belirlenen 20 hastanede "İhtar Direnişi" gerçekleştirilmiş ve bu direnişlere katılım % 100 olmuştur.⁹¹

1976 yılında İstanbul ve Ankara'da ilk SSK meslek hastalıkları klinikleri oluşturulmuş, bu klinikler daha sonra kurulan meslek hastalıkları hastanelerine öncülük etmiştir. Yıllardır meslek hastalıkları sigortası uygulayan SSK, işçi kitlesinin % 95'indeki meslek hastalıklarını bulup çıkarabilmiş değildir. Bu hastanelerin kuruluşu ile gezici hizmetler verilmiş, meslek hastalıkları araştırılmış ve meslek hastalığı tanılarının çeşitlendirilmesi sağlanmıştır (Fişek vd. 1997: 79).

91 <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=52>

3.1.3. 1980- 1989 Sermayenin Karşı Saldırısı ve Sağlıkta Metalaşma

Türkiye’de 1960’ların ikinci yarısında başlayan sağlık hizmetlerini metalaştırma süreci, 1980’lerde dünyada ve Türkiye’de neo-liberal yeniden yapılanmanın etkisiyle hem çap genişletmiş hem de hız ve derinlik kazanmıştır. Birçok anlamda gerek Türkiye gerek dünya için bir kırılma noktasına karşılık gelen 1980 yılı, devletin sağlık hizmetlerinde yalnızca düzenleyici bir konuma çekilmesi ve sağlık hizmetlerinin piyasalaşması süreci bakımından önemli bir dönemeci oluşturur. 1980’li yıllarda kamusal sağlık hizmetleri alanında atılan adımlar, günümüzdeki dönüşüm sürecinin politik ve yasal altyapısını hazırlayan adımlardır.

1961 Anayasası'nın 49. maddesi "devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini... sağlamakla ödevlidir" hükmüyle sağlık hakkını devlet tarafından güvence altına almışken, bu düzenleme 1982 Anayasası ile (56. madde) şu şekle dönüştürmüştür:

“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir”.

Görüldüğü gibi 1961’de sağlık hakkının güvencesi olan devlet, 1982 Anayasası ile sağlık hizmetlerinin düzenleyici aygıtı sınırlarına çekilmiş bulunmaktadır..1981 yılında Milli Güvenlik Konseyi döneminde yapılan yasal bir düzenleme ile özel sağlık sektörü devletin teşvik vereceği alanlar arasına alınmış, kalkınma planlarında özel sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi hedefine açıkça yer verilmiştir. Öte yandan askeri yönetim 1982 yılına gelindiğinde 53 ili “sosyalleştirme” kapsamına almış ve böylece hekimler için “zorunlu hizmet” devreye girmiştir; ancak zorunluluk yalnızca hekimler için getirilmiş, zaten sayıca yetersiz olan sağlık ekibinin diğer çalışanları için yer değiştirme uygulamasına gidilmemiştir. Zorunlu hizmet için yer değiştiren hekime eğitim verilmemiş, sevk sistemi çalıştırılmamış, sağlık evlerinde ise ebe bulmak mümkün olmamıştır. Üniversite bölgelerinin önce ödenekleri kesilmiş, sonra protokolleri iptal edilmiştir. Böylece hekim adaylarının bütünsel sağlık anlayışı ile ve toplum içinde eğitilmeleri engellenmiştir. Grup

Başkanlıkları ilçelerle örtüştürülerek sağlık ocağının nüfus tabanlı yapısı ortadan kalkmış ve hükümetin siyasal etkisi modele yerleştirilmiştir. Sosyalleştirmenin tüm ülkeye yayılması için gerekli yirmi yıllık yasal sürenin son yılı olan 1983'te henüz başta üç büyük kent üzere kapsama alınmayan iller söz konusu olmuştur. Kısa süreli bir çözüm olarak yasa gereği uygun yapılmayan ve tam donatılmayan birimlerin sağlık ocağı ve sağlık evi olarak açılmayacağına yönelik madde kaldırılarak sosyalleştirme tamamlanmıştır. Yeni ve standart kent tipi sağlık ocakları yapılması yerine, çoğunlukla apartman daireleri kiralanarak sağlık ocağı açılması yoluna gidilmiştir (Aksakoğlu, 2008). Böylece 1983 yılında gerekli altyapı hazırlanmaksızın tüm iller sosyalleştirme kapsamına alınmış ve böylece sosyalleştirmenin içi boşaltılmıştır.

1981 yılı sonunda Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokularak kamusal kaynakların özel sektöre aktarılmasının önü açılmıştır. Kamuda çalışan sağlık personelinin özlük haklarını düzenleyen 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa'nın ücret ve mali yükümlülüklerle ilgili hükümleri yürürlükten kaldırılmışsa da diğer kamu çalışanlarının her gün bir saat fazla çalışmasını düzenleyen hükme dokunulmamıştır (Soyer, 2003: 305-306). Hekim açığını kapatma gerekçesiyle 1981 yılında 2514 sayılı "Bazı Sağlık Personelinin Hizmet yükümlülüğüne Dair Yasa" ile 2 yıl pratisyenlik, 2 yıl da uzmanlık dönemi için, 4 yıl zorunlu hizmet yükümlülüğü getirilmiştir⁹² (Mazgit, 1998).

Askeri darbe sonrasında emek örgütlerine uygulanan baskılardan TTB de nasibini almış, 4 yıla yakın kapalı kaldıktan sonra "sınırlı mesleki hakları için uğraşması" şartıyla çalışmalarına izin verilmiştir. Bu dönemde TTB'nin örgütsel yapısıyla da oynanmak istenmiş, hekimlerin Birliğe üye olma zorunluluğu özel çalışan hekimlerle sınırlandırılmış, kamu için bu zorunluluk ortadan kaldırılmıştır. Bu düzenlemeyi getirenler, muhtemel ki, TTB'yi "girişimci hekimlerin" üst birliği haline dönüştürerek sağlık piyasası faillerinden

92 1995 yılında 548 sayılı Kanun Hükmüne Kararname ile pratisyen hekimler için zorunlu hizmet yükümlülüğü kaldırılmış, uzman hekimlerin ise gerekirse kapsam dışı tutulmasına Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu'nun yetkili olduğu belirtilmişti.1995 yılında her iki hekim grubu için askıya alınan uygulama 2002 yılında tekrar yürürlüğe konulmuş ve 2003 Temmuzunda çıkarılan bir yasayla tamamen kaldırılmıştı.2005 yılında yeniden hizmet yükümlülüğüne dair bir yasal düzenleme gerçekleştirildi.

biri kılmayı amaçlamışlardır. TTB, piyasa dolayısıyla Birliğin depolitizasyonunu amaçlayan bu örgütsel müdahaleyi bugüne kadar savuşturabilmiştir (TTB, 2008).

1987’de çıkarılan ve sağlık politikasındaki köklü dönüşümün alamet-i farikalarından biri olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası, kamu ve özel sağlık kurumlarını aynı yaklaşımla ele alırken, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kamusal ve özel sağlık kurumları arasında işbirliği dahi öngörmüştür. 3359 sayılı yasanın konumuz bakımından dikkat çekici düzenlemeleri şöyle sıralanabilir:

- Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatlandırılması;
- kamu sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülmesi;
- sözleşmeli yabancı uyruklu elemanların çalıştırılmasının önünün açılması;
- sağlık işletmelerinde görevli olan ve mesleklerini serbest icra etmeyen hekimlerin mesai saatleri dışında kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapılabilmesi.

Anayasa Mahkemesi’nin bazı maddelerini iptal ettiği yasa, Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanları örgütlerinin tepkisini çekmiş, yasanın iptal edilmeyen maddeleri de uygulamaya konulamamıştır (Soyer, 2000: 261). Yasa, düzenleyici çerçeve olarak uygulama şansı bulmamış olsa da, sağlık hizmetlerinde neo-liberal yeniden yapılanma planı olarak önemli bir işlev görmüştür.

09.01.1961 tarihinde tedavi kurumlarını satın alma ve kiralamalarda yetkilendirerek, bürokrasiyi azaltmak amacıyla yürürlüğe giren 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa, 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile değiştirilmiştir. Döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilerek sağlık kurumlarının bağımsız ve kâr amaçlı işletmeler durumuna, çalışanların da işletme karından pay alan işçiler durumuna gelmesi amaçlanmıştır. 27.06.1989 tarihinde 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişikliklerle de her türlü hakedişi ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla, yataklı sağaltım

kurumlarında dışarıdan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış ve döner sermaye gelirlerinin % 50'sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği hükmü getirilmiştir.⁹³

1980'li yıllar diğer kamu çalışanları gibi sağlık çalışanlarının da gelirlerinin düştüğü, baskı ve denetimin yükseldiği ve hükümet temsilcilerinin hekimlere yönelik saldırı düzeyindeki eleştirilerinin yoğunlaştığı yıllardır. 1980'li yılların sonuna doğru yükselen toplumsal muhalefet içinde sağlık çalışanları başı çekmiştir. Ekim 1988 tarihinde 2500 kişi ile Ankara 'da gerçekleştirilen "beyaz yürüyüş" 1980 sonrası sağlık çalışanlarının kendi çalışma ve yaşam koşullarının kötüleşmesi kadar, toplumsal sağlık politikalarına yönelik tepkilerini ortaya koydukları ilk büyük eylem olmuştur.

3.1.4. 1989- 2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri: Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık Reformları

1989- 2002 yılları arası sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde iki temel eğilim söz konusudur: 1990'lı yılların sonuna kadar kuralsızlaştırma, 1990'lı yılların sonlarından itibaren ise yeni kuralların hayata geçirilmesi söz konusu olmuştur.

Türkiye 1990'lı yıllara girerken sağlık kurumlarını firmalaştırma/işletmeleştirme ve özelleştirme hedefleri tamamen somutlaşmıştır. Nitekim Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) sağlık hizmetlerinin “rasyonalizasyonuna” yer verilmiştir.⁹⁴ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na yakından bakıldığında, rasyonalizasyon ve piyasalaştırma yönündeki hedeflerin ayrıntılarını görmek mümkündür. “Kişilerin hekim ve sağlık kuruluşu seçme hakkı”, “sağlık hizmetlerinde kaliteli ve verimlilik esasına uygun

93 www.ttb.org.tr/tuek/sunular/kurultay/2gun/mehmet_zencir/mzencir.ppt

94 Plan'da ilgili düzenleme şöyledir: Madde 790. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyon sağlanarak, yatak kullanımı dahil sağlık hizmetlerinde rasyonellik artırılacak, hizmet birimlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesine, etkin İletişim ve bilgi-kayıt sistemleri kurulmasına imkan veren düzenlemeler yapılacaktır.

işletme esaslarının uygulanabilmesi” gibi ilkeler ilk defa söz konusu raporda gündeme gelmiştir. Sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi hedefi de raporda açıkça yer almıştır. Rapora göre koruyucu sağlık hizmetlerinin devletçe verilmesi sağlanmalıdır. Tedavi ve rehabilite edici hizmetler ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı koordinasyonunda, kurumların hizmetini satan işletmeler halinde örgütlenmesiyle topluma sunulmalıdır. Bakanlık bu hizmetlerin plan ve denetim hizmetini üstlenmeli, ancak hastaneler işletmecilik açısından, hizmet karşılığı kendilerine ödenen bağımsız birimler haline getirilmelidir. Üretim, pazarlama, finansman ve yönetim fonksiyonlarından oluşan modern işletmecilik, sağlık kuruluşlarında uygulanmalı, sağlık hizmeti finansmanı halktan dolaylı olarak sağlanmalıdır. Aile Hekimliği’ne geçilmesi talepleri de kendisine yer bulmuştur (DPT, 1991: 140-143). Söz konusu raporda yer alan hedefler, 1990’ların başında kamusal sağlık hizmetlerinin ruhuna Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımının sinmeye başladığını işaret etmektedir. Söz konusu rapor söylemi ve hedefleri itibariyle, AKP iktidarı tarafından uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm programıyla da büyük ölçüde örtüşmektedir. Nitekim aynı söylem ve hedefler, izleyen kalkınma planlarında ve özel ihtisas komisyonu raporlarında da korunmuştur.⁹⁵ Kamu erkinin yürürlüğe koyduğu “sağlıkta reform” programına sağlık çalışanları örgütlü bir direnç sergilemişlerdir.

1987’de başlayan kamu çalışanlarının eylem ve örgütlenme sürecini, 1990’da kamu sağlık sendikalarının kurulması takip etmiştir. 1990’da SAĞLIK-SEN, 1991’de TÜM SAĞLIK-SEN ve GENEL SAĞLIK-İŞ, 1992’de SOSYAL HİZMET-SEN ve TÜRK SAĞLIK-SEN kurulmuştur. Boykotlar, alkışlı yürüyüşler, mitingler, protesto telgrafları gibi eylemlerin yanı sıra 15 Temmuz 1991’de diğer işkolları ile birlikte sağlık işkolunda da bir iş bırakma

95 Örneğin VII: Beş yıllık Kalkınma Planı’nda “Çağdaş işletmecilik esasına göre yönetilmemesi, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması ve rekabete açık olmaması” hastanelerden beklenen faydanın elde edilememesinin temel nedeni olarak ortaya konmaktadır (DPT, 1996: 12- 13). VIII. Beş yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporuna göre ise “Sağlık Bakanlığı hizmet üreten bir kuruluş olmaktan çok, sağlık politikalarını belirleyen, bunları izleyen ve hizmet kalitesini denetleyip hizmetlerde standardizasyonu gözetten bir kurum haline dönüştürülmelidir...Sağlık hizmetlerinde çağdaş desantralizasyon ilkeleriyle uyumlu bir yeniden yapılanmaya gidilmelidir... Sağlık sisteminin yapılanmasında devlet ve özel sektör arasındaki görev paylaşımı belli esaslara bağlanmalıdır... Reformlar çerçevesinde hastanelerin özerkleşmesi konusu ele alınmalıdır” (DPT, 2001).

eylemi gerekleŒmiŒ, daha sonraki birçok iŒ bırakma eyleminde bu birliktelik sürmüŒtür. Sağlık iŒkolunda kurulu tüm iŒi ve kamu alıŒanları sendikaları, dernek ve meslek örgütleri bu dönemde gündeme gelen sağlık reformu yasalarına ve 2. Ulusal Sağlık Kongresine karŒı ortak mücadele etmiŒtir.⁹⁶ Daha sonra 1996 yılında TÜM SAğLIK-SEN, GENEL SAğLIK-İŒ, SAğLIK -SEN ve SOSYAL HİZMET-SEN Sendikalarının birleŒmesi ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası KurulmuŒtur. 1995 yılında ise SAğLIK-SEN kurulmuŒ, 2002 sonrasında önemli bir siyasi güç kazanmıŒtır.

1990 yılında Dünya Bankası projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuŒtur. Sağlık sektörü için kullanılan Dünya Bankası kredileri, sağlıkta özelleŒtirme politikalarını desteklemeyi; böylece koruyucu sağlık hizmetlerini devletin, tedavi hizmetlerini özel sektörün üstlenmesini öngörmektedir (Yenimahalleli- YaŒar, 2008: 161). Sağlığın yeniden yapılandırılması süreci, Dünya Bankası 1. ve 2. Sağlık Projesinin uygulamaya konmasıyla ve Ulusal Sağlık Kongrelerinde teorik arka planının oluŒturulmasıyla 1990'larda gözle görölür hale gelmiŒtir. Dünya Bankası kredisiyle finanse edilen, ilki 1991, ikincisi 1995 yıllarında yürürlüğe giren sağlık projeleri ile projelerin yürütölüdüğü illerde sağlık hizmetleri reorganizasyonu, altyapının geliŒtirilmesi, yönetim enformasyon sisteminin geliŒtirilmesi, temel sağlık hizmetlerinin kalitesinin, etkililiğinin ve verimliliğinin artırılması ve sağlık personelinin eğitim düzeyinin yükseltilmesi amalanmıŒtır. Bu projeler temelde, sağlık reformlarının ekonomik, siyasi ve hukuksal zeminini hazırlayarak, bu reformları baŒlatma hedefine hizmet etmiŒtir (Belek, 2001).

1992 yılında, sosyal güvenlik Œemsiyesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karŒılayacak gücü bulunmayanlara yönelik olarak yeŒil kart uygulaması baŒlatılmıŒtır (Bakar ve Akgün, 2005: 345). Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar uygulamada kalması öngörölün ve 3836 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin YeŒil Kart Verilerek KarŒılanması Hakkında Yasa" ile düzenlenen YeŒil Kart uygulaması, bu

⁹⁶ Bu bilgiler için bkz. <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=52>

satırların kaleme alındığı zaman diliminde 9 milyona yaklaşan bir kapsama ulaşmıştır. 2. Ulusal Sağlık Kongreleri'nde, sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu ve adem-i merkezileştirilmesi, Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği planları tartışmaya açılmış, gündeme getirilen değişiklikler karşı görüşlere ve eleştirilere yer verilmeksizin Ulusal Sağlık Politikası adıyla yayınlanmış, böylece dönüşümün rotası kesin olarak belirlenmiştir (Bakar ve Akgün, 2005).

Neoliberal gündem çerçevesinde Türkiye 1994'ten itibaren tamamen uluslararası kuruluşların denetimine girmiş, 1999 yılında IMF ile imzalanan "stand by" düzenlemesi ile söz konusu denetim pekiştirilmiştir (Yılmaz, 2007). Acı Reçete olarak anılan 5 Nisan 1994 kararları, sağlık hizmetleri açısından da son derece yıkıcı olmuştur. Bu kararlarla kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece personel giderlerini karşılama düzeyine indirilmiş, sağlık ocakları hizmet karşılığında katkı payı almaya başlamıştır. 5 Nisan Kararları çerçevesinde yapılan kısıtlamalarla, hastaneler ve sağlık ocakları ilaç ve en basit araç gerecin sağlanmasında sorunlar yaşamış, sarf malzemeleri hastalara aldırılmaya başlanmıştır. Aynı dönemde en yüksek döner sermaye gelirine sahip olan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri 3359 sayılı yasaya dayandırılarak işletme haline getirilmiştir (Mazgit, 1998; Soyer, 2003). Bu uygulama sağlıkta doğrudan özelleştirmenin ilk örnekleridir.

23.01.2001 tarihinde 4618 sayılı yasanın yürürlüğe girmesi ile Birinci Basamak sağlık kurumlarında da döner sermaye uygulamasına geçilmiştir. 04.03.2002 tarihinde "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge"nin yürürlüğe konmasıyla Bakanlığa bağlı hastanelerde mesai saatleri dışında özel sağlık hizmeti verilmesine başlanmıştır. 4618 sayılı Yasanın 1'inci maddesi ile 209 sayılı Yasanın 5'inci maddesine ekleme yapılarak Bakanlığa bağlı eğitim hastaneleri ve en az yüz yatağa sahip hastanelerde şef, şef yardımcısı ve uzmanlar tarafından saat 16:00'dan önce olmamak üzere mesai saatleri dışında özel sağlık hizmetleri verebileceği hükme bağlanmıştır. Aynı yasa maddesinde, mesai saati dışındaki bu hizmetlerden elde edilen ödentilerin döner sermayeye gelir kaydedileceği, döner sermayeden personele yapılacak ek ödeme oranının Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği de yer almıştır. Bu düzenleme

gerek kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, gerek kamu hastanelerinin muayenehaneleştirilmesi sürecinde önemli bir dönüm noktasını oluşturmuştur.

3.1.5. 2002'den günümüze Sağlık Hizmetleri: Kürek Çeken Değil Dümen Tutan Sağlık Bakanlığı⁹⁷

Türkiye 21. Yüzyıla, devleti ve toplumu neoliberal esaslar çerçevesinde yeniden yapılandırmayı hedefleyen kapsamlı bir gündemle girmiştir. Neoliberal gündemin konumuz açısından önemli olan boyutu, temel sınıflar arasındaki bölüşüm ilişkilerini tümüyle piyasa gereklerine tabi kılan yönelimidir. Neoliberal gündem, piyasa mekanizmasının yaratacağı bölüşüm bozukluklarına çözüm olarak temel eğitim ve koruyucu sağlık alanlarına ayrılan kamu kaynaklarının artırılmasını öngörür; bu yolla beşeri sermayeye yatırım yapılmış olacak, bu durum bireylerin “sosyal sermayesinin” güçlendirilmesi ile tamamlandığında, “fırsatlar alanı” olduğu vaaz edilen piyasa, bölüşüm sorununa da yanıt üretmiş olacaktır. Söz konusu önerinin temel eşitsizliklerin üretim araçları mülkiyetinden kaynaklandığını göz ardı etmesi bir yana, kamu harcamalarını sürekli baskı altında tutan IMF reçeteleri, beşeri sermayeye yapılmasını öngördükleri yatırımların dahi gerçekleşmesini zora sokmuştur (Boratav, 2009: 174-175).

Koruyucu sağlık alanına yatırımları artırarak, sağlık hizmetlerinin piyasaya terk edilmesine yönelik ajanda 2002 yılından itibaren kararlı biçimde hayata geçirilmiştir. 1990'lar boyunca tam olarak yürürlüğe giremeyen reform denemelerinin ardından, son sekiz yılda sağlık hizmetlerinin sunumuna ve erişimine ilişkin yasal, yönetsel, örgütsel ve teknik dönüşüm hızlandırılarak siyasi ve iktisadi dönüşüme eklenmiş ve sağlık hizmet sunumunun tüm bileşenlerinde sistematik bir dönüşüm gerçekleştirilmiştir. 1960'lı yılların sonundan itibaren sağlık hizmetlerinde adım adım gerçekleşen metalaşma süreci, bu hızlı

⁹⁷ 2006 Mali Yılı Genel ve Katma Bütçe Kanun Tasarıları İle 2004 Mali Yılı Genel ve Katma Bütçe Kesin Hesap Kanunu Tasarılarının Plan ve Bütçe Komisyonu Görüşmelerinde Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından “Sağlık Bakanlığımızı öncelikle kürek çeken değil, dümen tutan bir teşkilat halinde yeniden yapılandırıyoruz” açıklaması yapılmıştır (<http://www.tbmm.gov.tr/butce/2006/pbk21112005.htm>).

dönüşümle açıkça görünür kılınmıştır. 2000'lerin ikinci yarısı aynı zamanda, sağlık hizmetlerindeki tüm örgütsel yapının, çalışma koşullarının ve istihdam biçimlerinin yasal değişikliklerle desteklenerek alt üst edilmesi sonucunu doğurmuştur. Bunun diğer bir anlamı, sağlık emek sürecinde keskin bir değişimin anılan dönemde gerçekleşmiş olduğudur.

3 Kasım 2002 seçimlerinde AKP'nin iktidara gelmesinin hemen ardından 16 Kasım 2002'de açıklanan "Acil Eylem Planı"nda sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiş ve bu hedefler doğrultusunda 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altındaki sağlık reformu sistemli biçimde uygulamaya konmuştur. Programın dönüşüm hedefleri 8 tema etrafında formüle edilmiştir (Akdağ, 2007:17):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Bu programın ana eksenini, Genel Sağlık Sigortası ve Temel Teminat Paketi; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocağı sisteminden aile hekimliği sistemine geçilmesi; SSK'nın tasfiye edilerek SSK sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devri ve özelleştirilmeleri için alt yapının hazırlanması; tüm sağlık çalışanlarının sözleşmeli personel olarak çalıştırılması, oluşturmaktadır.⁹⁸ Dönüşüm planının bu sacayakları, toplumsal muhalefet ve yüksek yargı kararlarının etkisiyle kimi değişiklik ve gecikmelere rağmen geçtiğimiz 8 yıl içinde hızla uygulamaya konmuştur.

⁹⁸ http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07_12Ocak05.pdf

2004 yılında, önceki projeler gibi yine Dünya Bankası desteği ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi uygulamaya sokulmuştur. Bu dönüşüm sürecinde gerçekleştirilen düzenlemeler bir yandan merkezi kamu otoritesinin rolünü denetim ve standart belirleyicilikle sınırlarken, bir yandan da sağlık hizmetlerini adem-i merkezileştirmektedir. Sağlık güvence paketinin daraltılması, maliyetlerin sınırlandırılması, kaynak kullanımının rasyonalizasyonu, sağlık çalışanlarının mesleki uygulamaları ile ilgili standartların geliştirilmesi ve sağlık personeli rejiminin dönüştürülmesi, finansmanın ağırlıklı olarak kullanıcı ödentileri ile sağlanması, hastalara hekim seçme hakkı tanınması, hastanelerin yeniden yapılandırılması gibi başlıklar, bu dönemde adım adım gerçekleştirilen “sağlık reformu” başlıklarıdır (Belek, 2001).

2004 yılında yasalaşan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa ile pilot illerde aile hekimliği uygulanmaya başlamıştır. Aşağıda ayrıntılarına değineceğim bu uygulama, birinci basamak sağlık hizmetlerinin metalaşması anlamına gelmektedir.

20.02.2005'te SSK'ya ait 148 hastane ve 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir⁹⁹ ve sosyal güvenlik kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır.¹⁰⁰

2005 yılında Döner Sermaye Gelirlerinin elde edilmesi ve harcanmasına ilişkin 209 sayılı Yasada değişiklik yapılarak 3/c bendindeki “İhtiyaç halinde hizmet satın alınması” durumlarında bu bedellerin Döner Sermaye Bütçesinden karşılanabilmesinde Sağlık Bakanlığı yetkilendirilmiştir.

2005'te yeniden zorunlu hizmet uygulamasına başlanmıştır. İlgili mevzuata göre yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan İlçelerin

99 SSK Hastanelerinin sağlık bakanlığına devri ile ortaya çıkan/çıkacak sonuçlar hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. A. G. Fişek, (2004), “SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na Devri: Ver – Kurtul”, Çalışma Ortamı Dergisi, 77: 2-6.

100 <http://www.tumgazeteler.com/?a=691596>

Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasında yer alan ilçe merkezlerinde, 10.7.2003 tarihli ve 4924 sayılı Yasayaa tâbi şekilde, sözleşmeli sağlık personeli olarak devlet hizmeti yapmakla yükümlüdürler.

1946'dan itibaren sürekli gündeme getirilen, ancak bir türlü yürürlüğe giremeyen genel sağlık sigortası sistemi, 5510 sayılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası (GSS)Yasası ile 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.¹⁰¹ Özel sigortacılık tekniklerine göre örgütlenmiş olan GSS ile temel teminat paketi daraltılmakta, cepten ödemeler artırılmakta, tüm nüfusun sağlığa erişimi olanaksızlaştırılmaktadır. İstihdamdakilerin yarısına yakın bir oranının kayıt dışı çalıştığı ülkemizde, tüm nüfusun prime esas kazancın %12.5'i düzeyindeki GSS primlerini ödemesi mümkün görünmemektedir. Ancak kişi başına geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların primleri devlet tarafından ödenmektedir. Prim borcu olanlar GSS'den yararlanamamakta ve sağlık hizmetlerine erişememektedirler.

Geçen 8 yıllık süreci genel hatlarıyla değerlendirdiğimizde Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetlerinde üç ayrı alanda yeni düzenlemeler getirdiği görülmektedir. Bir yandan üretim süreci yeniden örgütlenmekte, bir yandan sağlık emekçilerinin istihdam koşulları dönüştürülmekte, diğer yandan sağlık finansmanı yeniden yapılandırılmaktadır. Bu yeniden yapılandırma süreci, sağlık çalışanları ve yurttaşlar açısından çok sayıda olumsuz gelişimi beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte söz konusu dönemde hastane, hasta yatağı sayıları, yoğun bakım ünitesi sayıları artırılmış, hastanelerin altyapı ve kapasiteleri geliştirilmiş, acil hizmetleri teknik altyapısı geliştirilmiş, bekleme süreleri kısaltılmış, her hekime ayrı poliklinik odası sağlanmış ve aşılama oranı yükselmiştir. Yatırım ve teknik kapasite anlamındaki bu olumlu dönüşüm beraberinde halkın eşit, ücretsiz ve katılımcı biçimde, yüksek nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini getirmemiştir.

¹⁰¹ GSS uygulaması, sağlık hizmetlerinin dönüşümündeki sacayaklarından birini oluşturmakla birlikte, başlı başına bir tez olabilecek denli geniştir. Bu çalışma üretim noktasındaki dönüşüme odaklandığı için GSS ayrıntılarıyla ele alınmamaktadır. Ayrıntılı bir değerlendirme için bkz. G. Yenimahalleli- Yaşar, *Sağlık Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansmanı Modeli Önerisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

3.2. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü

3.2.1. Yönetmel Dönüşüm ve Emek Sürecine Etkileri

Birikim rejimindeki dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerinde gerek yönetmel gerek denetmel aygıtlar yeniden biçimlenmiştir. Yönetmel dönüşümün birbiriyle bağlantılı iki temel ayağı, (a) hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması ve (b) adem-i merkezileşme sürecidir. Sağlık kurumları, 1990’lardan itibaren kâr maksimizasyon hesaplarına göre yönetilmeye başlanmış; sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında birleştirilerek finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılmasıyla, SGK sosyal içerikten yoksun bir sigorta kurumu haline getirilmiştir. Hastanelerin hizmet sunan ve sigortadan hizmet bedelini tahsil eden kurumlar haline gelmesi, ticarileşme sürecindeki en önemli dönüm noktasıdır. Böylece sağlık sistemi kâr maksimizasyonu ilkeleriyle örgütlenen ve sigorta kurumundan azami tahsilâtı yapmaya çalışan hastaneler ve maliyet minimizasyonu, gereksiz işlemlerle kaçakların önlenmesi gibi amaçlarla hareket eden sigorta kurumlarından oluşan ikili bir ticari yapıya kavuşturulmuştur.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı’nın ödeme yapacağı tüm işlemler ve koşullar en ince ayrıntısına kadar belirlenmiştir.¹⁰² Finansman ve hizmet sunumunun ayrılarak finansmanın denetim altına alınması süreci hizmet sunumu açısından üç önemli etki yaratmaktadır. İlki bu sürecin devletin sağlık hizmeti üretim sorumluluğundan çekilmesi için önemli bir basamak olmasıdır. İkincisi hastanelerin hizmet üretim amaçları ve ilkelerindeki dönüşümdür. Söz konusu tebliğlerle harcamaların azaltılması ve kaçakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Hastaneler SUT ve BUT’a uygun işlem yaparak SGK ve Maliye

102 Örneğin 25 Mart 2010 tarihli, 27532 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan son Sağlık Uygulama Tebliğinde “ayaktan yapılan tedavilerde, SUT’un 6.1.2 numaralı maddesinde belirtilen durumlar dışında, bir reçetede en fazla dört kalem ilaç yazılır ve her kalem ilaçtan bir kutunun bedeli ödenir. Ayaktan tanıya dayalı işlemlerin kapsamında işlem tarihinden sonra ameliyat gruplarına göre belirtilen süreler içerisinde verilen sağlık hizmetleri tanıya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir, bu süreler içerisinde aynı branşta bu işleme ilişkin yapılan işlemler için herhangi bir ödeme yapılmaz” denilmiştir. Hastanın, aynı gün içinde aynı sağlık kurumunda ilk muayenesini takip eden diğer branşlarda ayaktan tedavi kapsamındaki başvuruları, "ayaktan tedavide ödeme" uygulaması kapsamında değerlendirilmemektedir.

Bakanlığı'ndan hizmet bedellerini alabilme, gelir gider dengesini koruyabilme, günlük deyimle “değirmeni döndürme” çabasına girmişlerdir. Bu çaba hastaneleri, tanı ve tedavi işlemleriyle tıbbi girişimlerde zarar etmemek üzere tüm girdilerde maliyet minimizasyonuna sevk edeceği gibi, tebliğlerce belirlenen daha kârlı işlemleri daha çok yapmaya da yöneltebilecektir. Üçüncüsü hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinin bu tebliğler etrafında belirlenmesi ve değiştirilmesi zorunluluğudur. Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri BUT ve SUT'ta belirlenmiştir. BUT ve SUT'ta yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin Kurumca karşılanması için Kurum tarafından uygun olduğunun kabul edilmesi ve “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca” Kurum tarafından ödenecek bedellerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu uygulamada hekimin tanı koyabilmesi için gerekli gördüğü laboratuvar uygulamalarına kısıtlama getirilmektedir.¹⁰³ Tedavilerde düzenlenen reçetelerde teşhis yazılması zorunludur. SUT'la tüm ilaç kategorilerinin kullanım ilkeleri ayrıntısıyla düzenlenmiştir. Örneğin: Statinlere başlangıç için LDL değerinin 160 ve statin dışındaki lipid düşürücü ilaçlar için Trigliserit değerinin 300'ün üzerinde olması gibi kriterler açık ve kesin biçimde belirlenmiştir.¹⁰⁴ Endikasyon Dışı İlaç Kullanım Kılavuzu ile ihtiyaç dışı ilaç tüketimi önlenmeye çalışılırken, hekimlerin tedavilerini kurumca ödenen ilaçlarla sınırlandırmaları öngörülmektedir. İlaçların ödeme koşullarının belirli bazı tanılarla sınırlandırılmış olması, başka tanılar için o ilaçları kullanmak isteyen hekimleri ilaca uygun tanı bulmaya yöneltmiştir. Örneğin psikiyatride kullanılan ilaçlardan antidepresanlar ve antipsikotikler birçok ruhsal bozukluğun ortadan kaldırılmasında kullanılmasına rağmen, SGK yalnızca belirli birkaç tanı yazıldığında bu ödemeyi yapmaktadır.¹⁰⁵ Diğer yandan her yeni tebliğ yeni düzenlemeler içerdiği için, hekimlerin tedavi süreçlerini bu yeni ödeme ilkeleri çerçevesinde yeniden belirlemeleri gerekmektedir. Dolayısıyla harcamaların kısılması ve denetim altına alınması amacıyla yönelik olarak düzenlenen bu tebliğler, hekim özerkliği açısından da önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Özetle ifade etmek gerekirse tebliğler

103 <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/151-baslamalar/1197-sut>

104 Ayrıntılı bilgi için bkz. 25 Mart 2010 tarihli, 27532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği

105 <http://www.doktorsigortasi.com/6831/saglikta-donusum-programi-sut-nedir/>

hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde en az onlara ışık tutan bilgi, deneyim ve kanıtlar kadar etkin olmaktadır.

Aynı zamanda SGK ile tüm sağlık kuruluşları ve eczanelerin veri tabanlarını birbirine bağlayarak hizmet ve ilaç faturası ödemelerinin denetimini sağlayan otomasyon sistemi MEDULA, elektronik denetimin önemli bir aygıtıdır. Tüm işlemlerin MEDULA sistemine giriş zorunluluğu bulunmaktadır; SGK anlaşmaları için zorunlu tutulan epikrizler ve reçeteler elektronik ortama taşınmak durumundadır (Zencir, 2009: 185). MEDULA sisteminden ön bilgi alınmaksızın, örneğin bir hastanın gerekli sağlık sigortası primlerini yatırmış olduğuna dair onay alınmaksızın, hiçbir sağlık kuruluşunda işlem yapılmamaktadır. Sevk, reçete ve tetkik bildirimi, ödeme sorgulama, ödeme durum kontrol ve fatura kayıt işlemleri bu sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir.

Hizmet sunumu ve finansmanın ayrılmasından sonraki aşama, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan tamamen çekilmesi, yalnızca düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi olarak planlanmaktadır. Bu sürecin bir sonraki aşaması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndan geçmiş bulunan Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı¹⁰⁶ yasalaştığı takdirde, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu¹⁰⁷ statüsünde birliklere dönüştürülecektir.¹⁰⁸ Birlikler, özel hukuk hükümlerine tabi olacaktır ve yönetim kurulu eliyle yürütülecektir. Başhekimlerin yerine getirdiği hastane yönetim işlevi, sözleşmeli yönetici personeller tarafından yerine getirilecektir. Aynı ilde birden fazla

106 <http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>

107 İlgili kuruluşlar, özel yasa ya da statü ile kurulan, kamu iktisadi teşebbüsleri ve hizmet bakımından yerinden yönetim kuruluşlarıdır. İlgili kuruluşla Bakanlık arasında hiyerarşik bir bağ yoktur, yasanın öngördüğü ölçüde vesayet denetimi söz konusu olabilir (Gözübüyük, 1996: 82).

108 Hukukun genel ilkelerine, Anayasal kurallara ve kamu yararına uymadığı" genel gerekçesiyle, TBMM'nce bir daha görüşülmek üzere, 3 Ağustos 2004 tarihinde TBMM Başkanlığına geri gönderilmiş olan 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa, iş güvencesinin kaldırılması ve memurların sözleşmeli hale getirilmesi, Sağlık Bakanlığı taşra teşkilâtının görev ve yetkileri, eğitim hastaneleri hariç, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanser ile hastaneler ve donatım müdürlükleri araç, gereç, taşınır ve taşınmaz malları, alacak ve borçları, bütçe ödenekleri ve kadroları ile birlikte olmak üzere personeli il özel idarelerine devredilmesi gibi düzenlemeler içermekteydi. Daha sonra bu yasa ile ilgili bir işlem yapılmamış, yasa içeriği parçalanarak farklı düzenlemelerle yürürlüğe konmuştur. Sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlemeleri ise Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nda yeniden hayat bulmuştur.

birlik kurulabileceği gibi, birden fazla ili kapsayacak şekilde de birlik kurulabilecektir. Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tutulacak, değerlendirmeden aldıkları puanlara göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilecektir. Ağırlıklı ortalaması (D) ve altına düşen birlikler bir yıl içinde eksikliklerini gideremezse, birliklerde yönetim kurulu üyeleri ile genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, uzman, hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı ve büro görevlisinden oluşan sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erecektir. Bu düzenlemenin iki olası etkisi hastaneler arası rekabet ve hastane içi denetimin yoğunlaşmasıdır. Hastane ortalamasının düşmemesi ve sözleşmelerin feshedilmemesi amacıyla daha az sayıda personel ve daha az girdiyle, daha çok hizmet üretilmesine çalışılacaktır. Üstelik hastanelerin temel gelirleri hizmetlerinden elde ettikleri kazançlardan oluşacağından, hasta sayısını artırmak, kârlı alanlarda hizmet vermek ve işgücü maliyetini düşürmek zorunluluk halini alacaktır. Sağlık Bakanlığı (2008: 54), hastanelerin özerk yapıya kavuşmasının, onları, sahip oldukları finans kaynaklarını verimli kullanmaya zorlayacağını, gelişim beklendiği gibi devam ederse, sürece ayak uyduramayan sağlık kurumlarının kendilerini sistemin içinde tutmakta zorlanacağını belirtmektedir. Tasarının 3/d fıkrası hastane yönetim kuruluna, birliğin her türlü araç, gereç, malzeme ve taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek gibi yetkiler vermektedir. Aynı fıkarda, hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazlar üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek yetkisi vererek, özerkleşme sürecini takip edecek bir özelleştirme girişiminin sinyallerini vermektedir. Aynı biçimde tasarının 3. ve 6. maddelerinde mevcut sistemde artarak devam eden “hizmet alımı” yoluyla özelleştirmeye ilişkin yetkilere de yer verilmiştir.¹⁰⁹ Tasarı, görüldüğü gibi, birinci bölümde ele aldığımız Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının tüm gereklerini yerine

¹⁰⁹ Ayrıntılı bir değerlendirme için bkz. F. Atay (2007), Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, TTB, Ankara.

getirecek biçimde düzenlenmiştir. Söz konusu tasarı, tedavi hizmetlerinde sağlık emek sürecinin tamamen kâr amacına dönük olarak yeniden örgütlenmesi sürecinin son adımı olacaktır. Koruyucu hizmetlerdeki kâr amaçlı dönüşüm süreci ise aile hekimliği sistemi ile hayata geçirilmektedir.

3.2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile Hekimliği Sistemi

2004 yılında çıkarılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa ile Düzce’de başlayarak, diğer seçilmiş illerde sürdürülen aile hekimliği sistemi yakın zamanda Türkiye geneline yayılmıştır.¹¹⁰

Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kaydolması şart koşulmaktadır. Ortalama 3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, “aile hekimi çalışma bölgeleri” tespit edilmiştir. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde il sağlık müdürlükleri tarafından ikamet ettikleri bölge göz önünde bulundurularak yapılır. Daha sonra kişiler, buldukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilir.¹¹¹ Zorunlu haller dışında aile hekimi 3 aydan önce değiştirilmez. Büyükşehir sınırlarındaki ilçelerde, kişi isterse bulunduğu ilçe dışından aile hekimini seçebilmektedir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar. Aile hekimlerinin performans

110 Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında Yasa 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Son olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. Konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213.

111 Gezici sağlık hizmeti verilen yerlerde oturan kişiler, gezici sağlık hizmeti almak üzere başka bir aile hekimine kayıt olamazlar. Ancak, başka bir aile hekimine kayıt olmak isterlerse, kayıt oldukları aile hekiminin aile sağlığı biriminden hizmet alırlar. Bu durumda, kayıt olunan yeni aile hekimi, o kişi veya kişiler için gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü tutulmaz.

değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınmaktadır.¹¹²

Aile hekimliğinin yanı sıra her ilçede en az bir adet olmak üzere, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürütecek olan Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. İlgili Yönergede¹¹³ “bu merkezler bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak, sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan, sağlık kuruluşları” olarak tanımlanmışlardır.

Aile hekiminin kolay ulaşılabilirliği, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanıyarak; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirmesi, ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarını ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişi olması, bireyleri bütünsel biçimde biyo-psikososyal yaklaşımla değerlendirmesi, çok disiplinli yapısı ve sevk zincirinde başarı sağlaması, Sağlık Bakanlığı (2004) tarafından bu sisteme geçişin temel gerekçeleri olarak sunulmaktadır. Oysa sağlık ocağı sistemi de ileri sürülen hedefler üzerine kurulmuş ve planlanmış yerleşik bir sistemdir. Sağlık ocağı modelini aile hekimliği modelinden ayıran en temel farklılıklardan biri, nüfusa dayalı örgütlenme ve çok amaçlı hizmet sunmasıdır. Nüfusa dayalı örgütlenme; kişileri yaşadıkları bölge ve çevreleriyle bir bütün olarak tanımayı, korumayı ve tedavi etmeyi mümkün kılan bir sistemdir. Oysa aile hekimliği sisteminde hekim seçme ve değiştirme hakkı, kişilerin yaşam çevreleriyle bir bütün halinde değerlendirilmelerini engellemektedir. İddia edilenin aksine, aile hekimliği sisteminde

112 Aile hekimliği ile ilgili ayrıntılı bilgiler için bkz. 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.

113 26.01.2010 Tarihli Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge

tümelci ve çok disiplinli yaklaşımın yakalanması da mümkün görünmemektedir. Sağlık ocağı sisteminde hekim, çevre sağlığı teknisyeni, hemşire, tıbbi sekreter, ebe ve şoförden oluşan bir ekip hizmeti öngörülmüş olmasına karşın, aile hekimliği salt hekim merkezli bir sistemdir. 1. Basamak sağlık hizmeti veren ekibin hekim dışı tüm elemanları “aile sağlığı elmanı” adı altında eritilmektedir. Oysa ekibin diğer üyelerinin yerine getirdiği işlevleri tek bir sağlık personelinin yerine getirmesi beklenemez. Üstelik aile hekimliğinde çevre sağlığı tamamen hiçe sayılmış ve bu alanda bir görev tanımı dahi yapılmamıştır. Yeni sistemin nüfusu tanımaya yönelik tek avantajı, değişiklik talep etmedikçe aile üyelerinin aynı hekimden hizmet alacak olmalarıdır. Çok hekimli sağlık ocaklarında sağlık hizmetinin sürekliliği ve bütünlüğünü sağlamak üzere aile zarfları içinde saklanan kişisel sağlık fişleri öngörülmüş, fakat sağlıklı biçimde uygulanamamıştır. Sağlık fişi uygulaması hayata geçirilebileceği gibi, aile üyelerinin uygun koşullarda aynı sağlık personelinden hizmet alması, sağlık ocağı sistemine de pekâlâ yerleştirilebilirdi. Dolayısıyla bu durum, sistem değişikliği için bir gerekçe oluşturmaktan uzaktır. Aile hekimliği sisteminin sevk zincirinin etkin işlemesine yardımcı olacağı umuluyorsa da, pilot uygulama süresince, yalnızca kısa bir süre sevk zorunluluğu getirilmiş, ardından da kaldırılmıştır. Son Sağlık Uygulama Tebliği ile de sevk koşulu öngörülmemiştir. Aksaklıkların ve eksikliklerin tespiti için bir araç olan pilot uygulama süresince dahi işletilemeyen sevk sisteminin, aile hekimliği Türkiye sathında gerçekleştirildiğinde işletilip işletilemeyeceği merak konusudur.

Yasa hedefine birinci basamak sağlık hizmetleri için uzmanlık düzeyinde eğitimi, yani aile hekimliği uzmanlığını koymuştur. Aile hekimi ve halk sağlığı uzmanlarının rekabette öne çıkmasıyla, pratisyen hekimliğin geri plana itilmesi söz konusu olabilecektir. Toplum sağlığı merkezlerinde topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütecek ve adeta sistemin denetimini üstlenecek olan halk sağlığı uzmanı kadrolarına yer verilmesi ise ayrıca dikkate değer bir husustur. Birinci basamağın aile hekimliği uzmanı ve halk sağlığı uzmanının birlikte sahiplendiği bütünleşmiş bir hizmet alanı olması planlanmakta (Aydın, 2007), böylece 2. basamak sağlık hizmetlerinde süre giden aşırı uzmanlaşma yarışı, 1. basamak sağlık hizmetlerine de yayılmaktadır.

Aile hekimliğine geçişle hizmet sunumunda mekânsal bir dönüşüm de gerçekleşmemiştir. Yasanın 4. Madde'sinde "Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir" ibaresine yer verilmektedir. Nitekim ilk olarak Eylül 2005'te Düzce'de başlayan pilot uygulamada "aile hekimleri" sağlık ocaklarında odaları "kiralayarak" ve kendi listelerine hasta kaydederek hizmet vermeye başlamıştır. Düzce'yi takip eden pilot illerde de aynı sistem benimsenmiştir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 284).

Özetlemek gerekirse, aile hekimliği sistemi için ortaya konan hedef ve gerekçelerin birçoğu sağlık ocağı sisteminin ideal uygulamasında fazlasıyla bulunmaktadır; üstelik öne sürülen hedeflere aile hekimliği sistemiyle ulaşılması mümkün görünmemektedir. Mevcut birinci basamak sağlık sisteminin sorunları, sağlık ocağı sisteminin yanlışlıklarından değil, yanlış sağlık politika ve uygulamalarından kaynaklanmıştır. Sağlık ocaklarının günün gereksinimlerine göre yeniden yapılandırılması¹¹⁴, gerekli araç ve personelle donatılması, yeni bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi oluşturmaktan çok daha az yatırım gerektirir. Dolayısıyla aile hekimliği sisteminin getirdiği asıl yenilikler, sağlık hizmetlerinin içeriğinde değil örgütlenme biçiminde aranmalıdır. Bu sistemle Sağlık Bakanlığı 1. basamak sağlık hizmet sunumundan çekilmekte, 1. basamak sağlık hizmetleri rekabete açılmakta ve sağlık çalışanlarının güvenceli istihdamı ortadan kaldırılmaktadır. Yeni sistemle, performansa dayalı denetim ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemiyle sözleşmeli biçimde istihdam edilen sağlık çalışanlarının üzerindeki denetim yoğunlaşmış, sağlık çalışanı sayısı azaltılarak, tek çalışanın çok sayıda görev almasıyla iş yükü artırılmış ve gelecek dönemde birinci basamaktaki toplam maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmıştır.

114 Bulaşıcı hastalıklarla savaş, bataklıkların kurutulması, ebeler tarafından gebe izlemlerinin yürütülmesi gibi sağlık ocakları tarafından yerine getirilen işlevlerin görevini tamamladığı, sağlık gereksinimlerinin farklılaştığı gerek yazında gerek gerçekleştirdiğim yüz yüze görüşmelerde dile getirilmiştir. Bununla birlikte hizmet içi eğitimler ve teknolojik yenilenmeyle sağlık ocaklarının bulaşıcı hastalıklar kadar kronik hastalıklardan koruma, çağımızda öne çıkan obezite ve bağımlılıkla mücadele gibi alanlarda da hizmet vermesi son derece kolay ve akılcıdır.

3.2.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Despotizminin Aracı olarak Toplam Kalite Uygulamaları

Toplam kalite yönetimi (TKY) çalışmaları kamu sağlık kurumlarında üniversite hastanelerinin ardından ilk olarak 2000 yılında SSK tarafından başlatıldı. SSK hastaneleri ISO 9000 Kalite Yönetim Belgesi sistemine sahip oldu. Kuruma bağlı 141 sağlık tesisinde telefonla randevu sistemine geçildi ve işlem sürelerinin kısaltılması yoluna gidildi. Hastane personeline TKY eğitimleri verildi. 2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi¹¹⁵”nin valiliklere duyurulmasıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında da Toplam Kalite yönetimi uygulamaya kondu. Bakanlığa bağlı 110 tedavi kurumunda yönerge uyarınca kalite konseyleri oluşturuldu ve kalite temsilcileri seçildi (Dinçer, 2005).

Hastanelerin sağlık hizmetlerine ilişkin kalite ölçümü için JCI¹¹⁶ standartlarından bir bölümü seçilmiştir. Temelde hizmete erişim, yönetim, bilgi yönetimi, laboratuvar, ameliyathane, klinikler, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, yoğun bakım, diyaliz, tesis yönetimi ve güvenlik, eczane, acil servis, mutfak ve diğer lojistik hizmet alanlarına odaklanılmıştır. Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi takip edilmeye başlanmış, birim hasta maliyetlerinin düşürülmesi sağlanmıştır. Hekim seçme hakkı kolaylaştırılmıştır. Laboratuvarlar için verimlilik kriterleri getirilmiş, laboratuvarlarda kalite ve hasta güvenliği çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine olanak sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır. Laboratuvar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 81).

115 http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y_kalite_yon.pdf

116 Uluslararası bir akreditasyon kurumu olan JCI’nin açılımı şöyledir: Joint Commission International Accreditation

Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerinin hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği geliştirildi ve uygulamaya kondu. Kamu hastaneleri Bakanlık tarafından ‘Hizmet Kalite Standartları’ açısından 2009 yılının ikinci yarısından önce yılda 3 defa, daha sonra yılda 2 defa olmak üzere değerlendirilmeye başlandı (Tekingündüz, 2010: 543). 23.03.2007 ‘de “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi¹¹⁷” yürürlüğe kondu. Yönerge uyarınca kurumsal kalite ve performans ölçümünde dört temel katsayı rol oynamaktadır: Kurum muayeneye erişim katsayısı, kurum altyapı ve süreç değerlendirme katsayısı, hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı, kurum verimlilik katsayısı. Dört katsayının aritmetik ortalaması ile kurumun dönemlik “kurumsal performans katsayısının” belirlenmesi yoluna gidilmiştir.

Kurumsal performans ölçümüne konu olan kalemleri açmak gerekirse, şunlar söylenebilir:

1. *Muayeneye erişim katsayısı*: Kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tefriş edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan dış ünite sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi sonucu bulunur. Bu katsayının temel önemi hekimlerin sürekli poliklinik hizmeti verdiği ve hastaların hekim seçme hakkını kullandığı, rekabete açık bir hizmet üretiminin örgütlenebilmesidir. “Hekim Seçme” çalışmaları 2004 yılında başlatılmıştır ve bu satırların kaleme alındığı zaman diliminde sağlık kurumlarının çoğunda uygulanmaktadır.
2. *Kurum altyapı ve süreç değerlendirme ölçütleri katsayısı*: İl performans ve kalite koordinatörlüğü, Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formunu¹¹⁸ ilde bulunan tüm kurumlar için her dönem doldurur. Formun değerlendirilmesi sonucunda ildeki her kurumun puanı tespit edilir. JCI standartlarının belirli bölümü seçilerek oluşturulan bu formda, danışma biriminden laboratuvar tetkik süreçlerine ve hasta bekleme yerlerine

117Yönerge tam metni için bkz. www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmetler/kurumsal/kurumsal_kaliteyi_gelistirme_ve_performans_degerlendirme_yonerge.doc

118 Söz konusu form ve değerlendirme ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/haberler/genel/altyapi_ve_surec_degerlendirme_rehberi.pdf

kadar mekâna, fiziksel donanıma ve süreçlere yönelik çok sayıda standart belirlenmiştir. Hizmet mekânı, gerekli tıbbi donanım, hizmetin sağlıklı biçimde, zamanında ve verimli biçimde yerine getirilmesi için gerekli koşullar bu formda yer almasına karşın, bu hizmetlerin ne gibi sonuçlar meydana getirdiği ölçülmemekte ve bilinmemektedir. Alt yapı ve süreç değerlendirme ve denetimleriyle hastanelerin fiziksel donanımlarında gözle görülür bir iyileşme gerçekleştirilmiş, her birimin izlemesi gereken temel prosedürler belirlenmiş, “karışıklıkların” ve “gecikmelerin” önlenmesi sağlanmıştır. Bununla birlikte doğru tedavinin uygulanması, iyi bir tıbbi bakım verilmesi, gerekli süre tıbbi bakım uygulanması, hatalı girişim ve uygulamaların bulunmayışı, tedavinin başarısı, tedavi ve ameliyat sonrası hastanın sağlığına kavuşma süresi kalite ölçütleri içinde kendisine yer bulamamaktadır. Aşağıda bir örnek kesiti yer alan bu formda her bir kriter için verilen cevap “evet” ise (1) puan, “kısmen” ise (0,5) puan, “hayır” ise (0) puan olarak kabul edilir.

Tablo 9: Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu Örnek Kesiti

No		Puan	E	H	K
7	Doktor odaları (muayene odaları) gereken şartları karşılamalıdır.				
7.1.	Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.	4			
7.2.	Doktorun hastalarını kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.	6			
7.3.	Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.	4			
7.4.	Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.	8			
7.5.	Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.	10			
7.6.	Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmelidir.	8			
7.7.	Doktor, hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.	4			
7.8.	Hastaların yazılı olarak laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	4			
7.9.	Poliklinik odaları doktor ile hastanın karşılıklı olarak oturabileceği bir düzenlemeye sahip olmalıdır	4			

3. *Kurum verimlilik katsayısı*: Bunun hesaplamasında yatak doluluk oranı, sezaryen oranı, ortalama kalış gün sayısı gibi kriterler esas alınmaktadır.

4. *Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı*¹¹⁹: 2007 yılından itibaren hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Bu anketler, *aldığınız tedavi ve bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz? Hekimlerin ve hemşirelerin sizin için elinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz? Hemşireler/ hekimler size karşı yeterince ilgili ve nazik miydi? Hastane yemeklerini nasıl buldunuz? Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul, kayıt vb.) harcadığınız toplam süre ne kadardı? Hekim şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?* gibi soruları içermektedir.¹²⁰

Hasta memnuniyet anketleri, TKY'nin müşteri odaklılık yaklaşımının bir yansımasıdır. 1990'ların sonuna kadar, sağlık hizmeti alan hedef nüfusun görüşleri ve hakları sağlık sistemi içinde kendisine fazla bir yer bulamamıştır. Yakın zamana kadar sağlık sistemimin tüm basamaklarında hizmeti sunanın tek karar verici ve yönlendirici olduğu paternalist bir anlayış hâkim olmuştur. Yurttaşların sağlık hakkına erişim konusunda yaşadıkları sorunlar için yargı mercileri dışında başvurabilecekleri bir merci oluşturulmamıştır. 1. basamak hizmetlere yurttaş katılımının önemli bir aracı olarak öngörölmüş olan Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları işletilmemiştir. 1990'lı yılların sonundan itibaren denkleme dâhil edilen yurttaşlar, ne yazık ki bu kez de yurttaşlık vasıflarını kaybetmiş, müşteri vasfıyla hizmet örgütlenmesinin bir parçası olmuşlardır. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreciyle hasta/müşteri¹²¹ memnuniyetinin ön plana çıkması eş zamanlı olarak gerçekleşmiştir. Sağlık kurumlarının döner sermaye kazançlarıyla işletilmeye başlanması ve sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli bölümünün de bu kazançlardan alınan paydan oluşması, "hastaları" hastanelerin "velinimeti" haline getirmiştir. Yeni sistemin içinde kendilerine müşteri olarak yer bulan hastalar, yeni oluşturulan dört mekanizmayla sağlık çalışanlarının

119 Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketi Katsayısı şu denklemle hesaplanmaktadır = (poliklinik hizmetleri anket ortalaması + yataklı servisler hizmet anket ortalaması) / 2) / 100

120 Ek 2 ve Ek 3'te Sağlık Bakanlığı çalışan ve hasta memnuniyet anketlerinin, Ek 4 ve 5'te Gazi Üniversitesi Hastanesi çalışan ve hasta memnuniyet anketlerinin birer örneğini bulabilirsiniz.

121 Toplam Kalite Uygulamalarına ilişkin yazında hasta yerine müşteri kavramı kullanılmakta, bununla birlikte müşteri adlandırması tepki aldığı için Sağlık Bakanlığı çoğunlukla hasta memnuniyeti kavramını tercih etmektedir. Sağlık hizmetinin tüm hedef nüfusunu "müşteriler" olarak konumlandırmak yanlış olduğu gibi "hasta" olarak adlandırmak da doğru değildir. Hasta olmayanlara da bağışıklama, gebe takibi, hastalıklardan korunma eğitimi gibi hizmetlerin sunulduğu gözden kaçmaktadır. Sağlık, temel bir yurttaş hakkı olarak kurgulanmadığı için, devlet kaynaklarında yurttaşlık kavramı sağlık hak ve hizmetleriyle hemen hiç ilişkilendirilmemektedir.

denetiminde önemli bir rol üstlenmişlerdir. Bu mekanizmalardan ilk ikisi yukarıda sözünü ettiğimiz hekim seçme hakkı ile “hasta memnuniyet anketleridir”. Hasta memnuniyet anketlerinin yanı sıra çalışan memnuniyet anketleri de uygulanmaktadır. Ne var ki bunlardan ilki kurumsal kalite ve performans hesaplarının temel bileşenlerinden biri iken ikincisi hiçbir biçimde kalite göstergesi olarak kullanılmamaktadır. Üçüncü mekanizma, Alo SABİM (Sağlık Bakanlığı Bilgi Merkezi) ile hizmet alanların Sağlık Bakanlığı’nın 184 telefon numaralı çağrı merkezine ulaşabilmeleri, dilek, şikâyet ve sorularını sorabilmeleridir. Sağlık çalışanlarının denetiminde rol oynayan sonuncu mekanizma ise Hasta Hakları Birimleridir.

1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Hasta hakları yönetmeliğinde belirlenen hedeflere ve standartlara ulaşılması için yapılması gereken planlamalar ve girişimlerin nasıl yapılacağına ait uygulama programı, 15 Ekim 2003’de Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ile düzenlenmiş ve 2005 yılında yenilemiştir. Yönergeyle sağlık kurumlarında Hasta Hakları Birimleri ve Kurullarının oluşturulması öngörülmektedir. Hastane Hasta Hakları Birimine gelen şikâyetler, 1 gün içerisinde kurul üyelerine şikâyet konuları ve raporları olarak dağıtılır. Şikâyet edilen personelden 1 gün içerisinde bilgi istenir. Personel 2 gün içerisinde kurula cevap verir. Kurulca verilen karar ile hastanın daha sonraki süreçte yapabilecekleri hasta hakları birimi sorumlusunca hastaya iletilir.¹²² Yönergenin temel yaklaşımı “kurum veya çalışan odaklı hizmet sunumundan, hasta odaklı hizmet sunumuna geçilmesi” olarak belirtilmektedir (Tengilimioğlu vd. 2010: 166-170).

Görüldüğü gibi sağlık hizmet üretiminin “toplam kalite yönetimi” esaslarına göre ‘talep-odaklı’ örgütlenmesi, sağlığın ticarileşmesi sürecini doğrudan doğruya hizmet üretim noktasında tamamlayan bir anlama sahiptir. Nitekim TKY ile hayata geçirilen standart ve

¹²² 2009 yılında yapılan 131584 hak ihlali başvurusunun yalnızca 18.625’i Hasta Hakları Kurullarında görüşülmüş, bu başvuruların %53’ünde de hasta hakkı ihlali olmadığına karar verilmiştir. Bu şikâyetlerin %61’i idari birimlere yönelik olarak yapılmıştır. Şikâyetler %27 oranında hizmetten yararlanamama ve hastane işleyişi ile ilgilidir (<http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm>).

prosedürlerin önemli bölümü fiyatlandırmaya hizmet etmektedir. Rekabet ve kâr gibi kapitalist piyasa ekonomisinin iki kurucu motifi, “kurumsal performans ölçümü” dolayısıyla sağlık kurumlarına zerk edilmektedir. Sağlık hizmetinin “hasta odaklı” (talep yönelimli) örgütlenmesinin ne anlama geldiği tartışılmaya muhtaçtır. Burada ‘hastanın’ bir müşteri gibi kavrandığı açıktır; ancak, birçok alanda neoliberal “reformlara” öncülük eden Dünya Bankası’nın lügatında müşteri, “bireysel faydası için girdi talep edendir”. Bu aslında en genel terimlerle “girişimci” tanımıdır. Bu tanım sağlık alanına uyarlandığında ortaya şöyle bir tablo çıkmaktadır: Hastanın tedavi talebi “bireysel faydası” gereğiyledir; “tedavi edici sağlık hizmeti” de bu durumda, bireysel fayda için talep edilen ‘girdi’ olmaktadır. Bu durumda “hekim seçme hakkı”, ‘farklılaşmış girdi temin fırsatı’ anlamına gelmekte, başta hekimler olmak üzere sağlık ekipleri söz konusu “fırsat” ortamını ancak politeknik hizmetlerini süreklileştirerek yaratırken, kendi içlerinde de yoğun bir rekabete tutuşmaktadırlar. Bu noktada “kurumsal alt-yapıda iyileştirme ve denetimler” faslı, “hizmet sunumundaki karışıklıklar ve gecikmelerin önlenmesi” amacıyla devreye girmektedir. Burada ifade edilen amacın eleştirel emek süreci yazınındaki anlamı açıktır: Sağlık hizmet üretim sürecinde, sağlık personelinin doğrudan doğruya tedavi talebinin karşılanmasına dönük olmayan her türlü zaman kullanma tarzının, zaman savurganlığı olarak kodlanarak önlenmesi sağlanmalıdır. Sonuç olarak, hekim seçme hakkı, hasta memnuniyet anketleri ve hasta hakları başlıklarıyla girilen düzenlemeler piyasa despotizminin üretim noktasındaki aygıtları olarak işlev görmektedir. Devlet, sağlık hizmetinin yönetimi ve sunumu işlevlerinden çekilirken, kalite uygulamaları piyasanın düzenleyici elinin, yine devlet tarafından önemli bir aracı haine gelmektedir. Hizmet üretim koşulları ve sağlık çalışanlarının sermayeye gerçek tabiiyeti, kalite uygulamaları ile düzenlenmektedir.

3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Esnekleşme: İstihdam ve Ücret Sisteminin Dönüşümü

Kamusal sağlık hizmetlerinde kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimi, yerini giderek esnek istihdam biçimlerine bırakmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde istihdamın

dönüşümü bir yandan kamu çalışanlarına yönelik genel düzenleme ve uygulamalarla, bir yandan da sağlık hizmetlerine yönelik özel düzenleme ve uygulamalarla gerçekleşmiştir.

“Kamu istihdamı, kamu hizmetlerini görmek üzere, bir kamu kurum ve kuruluşunda belirli bir ücretle, belirlenmiş bir kadro ya da pozisyonda çalıştırılan kişilerin toplamıdır”. Ancak 1980’li yıllardan bu yana özelleştirme ve piyasalaştırma uygulamalarıyla geleneksel kamu istihdam biçimi dönüşmüş, doğrudan kamu hizmetinin kendisi, kamu istihdamının dışına çıkarılmıştır (Ayman- Güler, 2005: 106- 107). Geleneksel kamu istihdam rejiminin yerini alan esnek kamu personel rejimiyle birlikte memurluk, yerini kamu kurumlarının niteliklerine göre farklılaşmış, parçalı istihdam biçimlerine bırakmıştır. 1961 Anayasası, 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ve 624 sayılı Devlet Personel Sendikaları Yasası ile oluşturulan güçlü memur güvencesi, yıllar içinde aşınmıştır. 1970 yılında çıkarılan 1327 sayılı yasa ile 657 sayılı yasanın yaklaşık yarısı değiştirilmiştir. Aynı biçimde 657 sayılı yasada yalnızca geçici ve yabancılara ait geçici bir istihdam biçimi olarak oluşturulan sözleşmeli personel kategorisinin sınırları 1327 sayılı yasa ile genişletilmeye başlanmıştır. 1980’lerden itibaren ise sözleşmeli personel statüsü giderek belirsiz süreli istihdam ilkesine dayanan memurluğa alternatif ve memurluğu çözen bir istihdam biçimi haline gelmiştir. Üretkenlik ile hizmet sözleşmesi arasında bir bağ olmayan, hizmetle ilişkisi ancak yasalara aykırı hareketle kesilen, belli bir maaş güvencesine sahip olan belirsiz süreli memurluk statüsü giderek erimiştir (Aslan, 2005).

Sağlık hizmetlerinde söz konusu dönüşüm, çeşitli yasal düzenlemeler eliyle farklı sözleşmeli statüler oluşturarak, hizmet alımı ve taşeronlaştırma uygulamalarını yaygınlaştırarak gerçekleştirilmiştir. Böylece sağlık personelinin istihdamı: (a) 657 sayılı Yasa’nın 4/A hükmüne göre memur, (b) aynı yasanın 4/B hükmüne göre sözleşmeli, (c) 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli, (d) aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli, (e) hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici (f) vekil ebe ve hemşire statülerinde,son derece parçalı bir karaktere büründürülmüştür. Yardımcı hizmetlerdeki taşeron çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de içerecek biçimde genişletilmektedir. Bunlara ek olarak üniversite vakıflarının “yardımcı sağlık personeli” istihdam etmesiyle güvencesiz sağlık personeli

istihdamı yaygın ve tipik bir hal almıştır. 1980'den itibaren sađlđın metalaştırılması süreci ile istihdamın gvencesizleştirilmesi el ele yürümüştür. Bu alanda güvencesiz statüdeki çeşitlilik ve personel sayısı giderek artmıştır. Bu artışın tüm sağlık personelini sözleşmeli istihdam etme hedefine doğru atılan bir adım olduğu açıkça görülmektedir. Nitekim daha önce uygulamaya konamayan 5371 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası'nda da 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Yasa'da da sağlık personeli istihdamının tamamen sözleşmeli biçimde gerçekleştirilmesi hedefi açıkça ortaya konmuştur. Aşağıda sağlık hizmetlerindeki güvencesiz istihdam biçimlerinin yasal zeminlerini ve içeriklerini kısaca ele almaya çalışacağım.

3.2.2.1. Taşeron İstihdam

1988 yılında 318 sayılı kanun hükümünde kararname (KHK) ile yasal zemine kavuşan taşeronlaştırma uygulaması, giderek yaygınlaşmıştır. 318 sayılı KHK ile yardımcı hizmetler sınıfına dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, hizmet yerlerinin ve tedavi kurumlarının temizlenmesi, tesisatın bakım ve işletilmesi vb. nitelikteki hizmetlerin üçüncü şahıslara ihale yoluyla gördürülmesi mümkün kılınmıştır.¹²³ Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan sağlıkta taşeronlaşma süreci, önce diğer destek hizmetlerine, daha sonra da tedavi hizmetlerine kadar yayılmıştır.¹²⁴ Doğrudan sağlık hizmeti gören personel, temizlik ihalelerine dâhil edilmiştir. Hemşire, laboratuvar ve radyoloji teknisyenleri kğit üzerinde temizlik personeli biçiminde gösterilerek istihdam edilmeye başlanmıştır. Hasta ve materyal nakli, pansuman, hasta bakımı gibi hizmetlerin büyük bölümü taşeron işçiler eliyle grdrlmeye başlanmıştır (Sertlek, 2008). Bu durum aynı işi gören kadrolu ve taşeron sağlık çalışanlarının farklı istihdam uygulamalarına maruz kalmasıyla sonuçlanmaktadır. Örneğin memurlar haftada 40 saat çalışırken, taşeron çalışanlar 45 saat çalışmaktadır. Acar (2010: 167), yaptığı araştırmada bu durumun çalışanlar arasında yol açtığı çatışmayı bir taşeron işçinin ağzından şöyle aktarmaktadır:

123 657 sayılı yasaya 28/03/1988'de KHK - 318/1 md. ile yapılan eklemedir.

124 Giriş bölümünde belirtildiği gibi destek hizmetleri bu çalışmanın sınırlarının dışında bırakılmıştır.

”Saat 4 oluyor mesela. Ancak henüz iş bitmemişse bile, kadrolu çalışan çekip gidiyor. Niye? Çünkü biliyor ki, ben nasıl olsa biraz daha oradayım”.

Taşeron istihdamın sağlık çalışanları arasında yarattığı parçalanma ise Acar (2010)’un yaptığı çalışmada, bir görüşmeci tarafından şöyle dile getirilmektedir:

İnsanlar birbirleriyle tanıştırılırken bile sözleşmeli mi kadrolu mu olduğu söyleniyor... Burada artık ekip işi diye bir şey kalmıyor zaten. Sen zaten paraçalanmışsın... Zaten biz eskiden bunu doktor, hemşire, hastabakıcı ekibiyle hayata geçirmekte zorlanıyorduk. Şimdi çok daha zor bu ekibi oluşturmak, onun duygusal anlamda bir birliktelik sağlaması çok zor. Üstelik bunun içine şimdi taşeron temizlikçisi girdi, teseron hasta bakıcısı gşirdi, taşeron hemşiresi girdi... Bu ilişkilere de yansıyor zaten... Lojman odalarında kadroluların birlikte kalıp sözleşmelileri almadıkları oluyor. (Acar, 2010: 168).

Önceden kamu sağlık personeli tarafından sağlanan asli hizmetlerin de taşeron usulü satın alınmasını ve sağlıkta atipik istihdam biçimini yasal zemine kavuşturan düzenleme 5.5.2004 günlü, 25453 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller¹²⁵" adlı bu düzenlemeyi TTB yargıya taşımakta gecikmemiştir. TTB Merkez Konseyi, Denizli Devlet Hastanesi tarafından sözü edilen düzenleyici işleme dayanarak 7 adet hekim ve 5 adet diğer sağlık personeli hizmetinin satın alma yolu ile gördürülmesine ilişkin açtığı ihalenin yürütmesini durdurma ve düzenlemenin iptali talebiyle Danıştay 5. Dairesi’ne başvurmuştur. Bu istem ile birlikte, sağlık hizmetlerinin satın alınması yoluyla gördürülmesine olanak tanıyan 4924 sayılı Yasanın’un 11. maddesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Yasasınınınun 36. Maddesine eklenen "Bu sınıfa dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek

125 25453 sayılı Sağlık Ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas Ve Usuller düzenlemesinin amacı; lüzumu halinde, 4734 sayılı Kamu İhale Yasası kapsamında alımı yapılacak olan sağlık hizmetlerinin, 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 11 inci maddesiyle 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36 ncı maddesine eklenen hüküm uyarınca, Bakanlığa tanınan takdir yetkisi çerçevesinde, bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla satın alınma yoluyla gördürülmesine daİR esas ve usulleri belirlemektir.

esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir." hükmünün Anayasa'ya aykırılığı gerekçesiyle Anayasa Mahkemesi'ne gönderilmesi de talep edilmiştir. Danıştay 5. Dairesi de hükmün iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmasına ve Anayasa Mahkemesi'nce verilecek kararlar yeni bir düzenleme yapıncaya kadar yürütmenin durdurulmasına karar vermiştir.¹²⁶ Anayasa Mahkemesi, son derece kritik bir karar vermiş, sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceğini, bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere de yaptırılmasının mümkün olduğu karara bağlamıştır. Yüksek Mahkemenin karar gerekçesi, sağlık hizmetinin özelleştirilmesi sürecine yakılmış yeşil ışık mahiyetindedir. Anayasa Mahkemesi sağlık hizmetlerinin; "kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği" üretilmesi ve "halk yararına" sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yarar sağlayacak türdeki hizmetlerden olduğunu ileri sürmüştür. Anayasa Mahkemesi'nin de onay verdiği söz konusu düzenleme, yasa yapıcılar tarafından şöyle gerekçelendirilmiştir: Devletin kamusal zorunluluğu olan ve sürekli artan sağlık hizmeti talebini karşılamak.

Sürekli yenilenen teknolojileri elde ederken, cihaz-donanım-sigorta-bakım-yenileme maliyetlerini minimize etmek.

Birden çok kuruma ortak hizmet alanı yaratmak.

Yetersiz ve kısıtlı kalifiye insan gücü kaynağını değerlendirerek hizmette etkinlik ve verimlilik sağlamak.

Değişen şartlara ve ihtiyaca göre hizmet planlama ve sunumunu yapmak.

Gereksiz bina ve cihaz alımının önüne geçmek.

Sıralanan hedeflerle kurumlar arası işbirliği ve halkın "sosyal memnuniyetini" arttırmanın amaçlandığı bir sağlık hizmetinin inşa edileceği ileri sürülmüştür. Böylece, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak

126 http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=587&Itemid=56

kaydıyla, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi olanaklı hale gelmiştir.¹²⁷

Hızlı biçimde büyüyen taşeron istihdam biçimi, diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kategorisini oluşturmaktadır. Taşeron personel İş Yasası'na tabi olduğu halde, kimi yerlerde mevzuat ihlal edilmekte, sendikal haklar fiilen yok sayılmaktadır. Piyasa gereklerine tabi hale getirilmiş sağlık hizmet üretimi, sadece vasıfsız emeği değil, vasıflı sağlık emekçilerini de düşük ücretlerle, uzun sürelerle çalışmaya zorlamaktadır (Arslan, 2005: 398). Taşeron çalışanlar mekansal ve kurumsal olarak parçalanmıştır. Bu durum, emekçilerin despotik emek rejimlerine yönelik dirençlerinin de parçalanmasını beraberinde getirmekte, ortak bir mücadele geliştirilmesini önlemektedir. Diğer yandan taşeron çalışanlara ve kadrolu çalışanlara uygulanan emek rejimleri de farklılaşmaktadır. Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegemonik emek rejimleri uygulanabilirken, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi uygulanmaktadır (Yücesan- Özdemir, 2008: 257).

3.2.2.2.Sözleşmeli Personel

1980 öncesinde yalnızca 657/4B hükmüne dayalı olan sözleşmeli personel statüsü, 1980 sonrasında hem genişlemiş, hem de farklı yasal düzenlemelerle çeşitlenmiştir (Aslan, 2005. 317).

2003 yılında yayınlanan 4924 sayılı Yasanın¹²⁸ ile sağlık personelinin güvencesiz statüde çalıştırılmasının önü açılmıştır. “Çakılı Kadro Yasası” olarak da anılan 4924 Sayılı Yasa “eleman temininde günlük çekilen yerlerde” “hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin” çalıştırılması hükmünü getirmiştir. Bu yasaya tabi personelin emsal sağlık personelinden daha yüksek ücret alması ile sağlık personeli sorununun çözülmesi hedeflenmiştir. “Zorunlu hizmet uygulaması” ile

¹²⁷ http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=555&Itemid=41

¹²⁸ 4924 sayılı Yasanın adı şöyledir: Eleman Temininde Günlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.

hekimlerin yurt çapında dengeli dağılımının sağlanamayacağına anlaşılması üzerine, gönüllülük alternatifi gerekçesiyle uygulamaya konan bu yasanın yürürlüğe konmasından 2 yıl sonra, “zorunlu hizmet uygulamasına”¹²⁹geri dönülmüştür. Zorunlu hizmetin yeniden uygulamaya konma gerekçesi olarak şunlar ileri sürülmüştür: Sağlık personelinin özendirilerek, gönüllü çalıştırma amacıyla yürürlüğe koyulan Çakılı Kadro Yasası beklenen sonuçları doğurmamıştır; özellikle uzman ve pratisyen hekim istihdamında istenen sonuç elde edilememiş, iki yıllık süre içerisinde 1081 sözleşmeli uzman tabip pozisyonuna sadece 200 uzman hekim yerleştirilebilmiş ve bunlardan da ancak 136’sı göreve başlamıştır; pratisyen hekimlerde ise bu sayı sırasıyla 3524, 2191 ve 1565’dir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006). Zorunlu hizmet uygulamasına geri dönülmesine karşın 4924 sayılı yasaya tabi olarak sözleşmeli hekim ve hekim dışı sağlık personeli istihdamına devam edilmiş olması, söz konusu yasanın gerçek gerekçesinin, kamu personel rejimini esnekleştirme adımlarına bir yenisini eklemek olduğu rahatlıkla ileri sürülebilir.

4924 sayılı yasaya göre, sözleşme imzalayan sağlık personelinin sözleşmesinin süresi bir yıldır. Bu sözleşmeler bitimlerinden en geç bir ay önce haber vermek koşuluyla, sözleşme süresi sonunda Bakanlık tarafından gerekçesiz feshedilebilmektedirler. Ayrıca Bakanlık, “norm pozisyon sayısında değişiklik olması, birimlerin kapatılması, bu birimlerde sözleşmeli personel istihdamından vazgeçilmesi” hallerinde de sözleşmeyi feshedebilecektir. Sadece, 10 yıl süreyle disiplin cezası almaksızın kesintisiz çalışan personel “sözleşmenin feshedilmesini gerektirecek bir fiil işlemedikçe” “sürekli sözleşmeli personel” statüsüne kavuşabilecektir (Erdoğan, 2005: 60). Bu düzenleme, sağlık çalışanlarının işlerini kaybetmemek için her tür baskıya boyun eğmek zorunda kalacakları bir istihdam biçimine zemin hazırlamıştır.

129 2005 yılında 5371 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla” zorunlu hizmet uygulamasına geri dönülmüştür.

2005 yılında ise 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye eklenen maddeyle¹³⁰ kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla, 657 sayılı Devlet Memurları Yasasınınınun 36. maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere, merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Yasanınun 4. maddesinin (B) fıkrasına tabi sözleşmeli personel çalıştırılabileceği öngörülmüştür. Bu şekilde sözleşmeli olarak çalıştırılan personele, aynı birimde aynı unvanlı çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali kadrolu personel esas alınarak görev yaptığı birimde bulunan döner sermayeden ilgili mevzuat dâhilinde nöbet ücreti ödenir ve ek ödeme yapılabilir. Bunlara yapılabilecek ek ödeme hiçbir şekilde emsaline yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez. Böylece 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli personel statüsünde çalışan sağlık personeline bir de 657 sayılı yasanın 4/B maddesine tabi sözleşmeli personel eklenmiştir.

Farklı bir sözleşmeli personel kategorisi de, aile hekimi ve aile sağlığı elemanıdır. Bu satırların yazıldığı tarihte aile hekimliği uygulaması henüz tüm Türkiye'ye yayılmadığı, uygulamanın finansmanı halen Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapıldığı ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının önemli bölümü, Bakanlık bünyesindeki memur veya sözleşmeli personel kadrolarını koruyarak görevlendirilmiş olduğu için¹³¹ birinci basamak kamusal sağlık hizmetleri istihdamındaki dönüşüm henüz tamamlanmamıştır. Bununla birlikte ilgili yasal düzenlemeler incelendiğinde, gelecekte tüm aile hekimlerinin valilik ile sözleşme yaparak, iş güvencesinden yoksun ve rekabete açık biçimde hizmet sunacakları öngörülmektedir. Rekabete dayalı bu sistemde kayıtlı nüfusu artırma ve daha çok hastaya hizmet verme zorunluluğu, işgününi uzatacağı, haftalık çalışma sürelerini artıracacağı gibi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının izinlerini kullanmalarını da zorlaştıracaktır.

130 Madde Değ.: 5528 S.K. RG: 4.07.2006 - 26218

131 Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir. Aile sağlığı elemanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır.

Nitekim yönerge ile çalışma süresi alt sınırı olarak haftada kırk saat belirlenmiş olmakla birlikte, haftada kırk saatten fazla veya hafta sonları çalışma, aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının talebi üzerine yapılabilecektir. Çalışma saatleri haftanın tüm günlerine de yayılabilecektir. Görev tanımlarında belirlenen nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalıştırılabilecektir. Yıllık izinlerin ve doğum izninin kullanılması sırasında, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekiminin, ilgili Yönetmeliğin 5 inci maddesinde belirtilen şartları taşıyan tabip veya tabiplerle veya aile sağlığı elemanları ile anlaşarak, hizmetin görülmesini sağlayacakları belirtilmiştir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda yerel sağlık idaresi, diğer aile hekimleri, aile sağlığı elemanları veya Bakanlık personelini, geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanı olarak görevlendirebilecektir. İzne ayrılan aile hekimi veya aile sağlığı elemanına kişi başına yapılacak net ödemenin ayrıca hesaplanacağı, hesaplanan miktarın % 50'sinin aile hekimi veya aile sağlığı elemanına, kalan % 50'sinin ise geçici aile hekimi veya geçici aile sağlığı elemanına ödeneceği belirtilmiştir.¹³² Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle, ihtiyaç duyulması halinde veya kayıtlı kişi sayısının 2 aydan uzun süre 1000'in altında seyretmesi nedeni ile sözleşme herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilebilecek, sözleşmesi sona erdirilen aile hekiminin yerine, sıradaki aile hekimi ile sözleşme imzalanacaktır.

Aile sağlığı elemanı pozisyonuna yerleşme tarihi itibari ile altı ay öncesine kadar kamu görevlisi olmayan ebe, hemşire veya sağlık memurlarından aile hekimi ile anlaşanlar, anlaştıkları pozisyon için aile sağlığı elemanı sözleşmesi imzalamaktadırlar. Aile hekimliği sistemi uygulamasında, aile hekimliği, birlikte çalıştığı "aile sağlığı elemanının" "patronu" konumunda olmaktadır (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 284).

132 12.08.2005 tarihli, 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik

3.2.2.3.Geçici personel

657 sayılı yasanın 86. Maddesinde yer alan¹³³ “Memurların yasal izin, geçici görev, disiplin cezası uygulaması veya görevden uzaklaştırma nedenleriyle işlerinden geçici olarak ayrılmaları halinde yerlerine kurum içinden veya diğer kurumlardan veya açıktan vekil atanabilir. Bir görevin memurlar eliyle vekâleten yürütülmesi halinde aylıksız vekâlet asıldır. Ancak, ilkokul öğretmenliği (Yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, köy ve kasaba imamlığına ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni ile açıktan vekil atanabilir”¹³⁴ düzenlemesine dayanarak çok sayıda vekil ebe ve hemşire ataması gerçekleştirilmiştir. İş güvencesi bulunmayan vekil ebe ve hemşireler vekâlet ettikleri görevin kadro derecesinin birinci kademesinin üçte ikisi oranında ücret almaktadırlar. Sendika üyeliği ve döner sermayeden ek ödeme haklarını ancak yargı yoluyla elde edebilmişlerdir. Özetle ifade etmek gerekirse, vekil ebe/ hemşirelik ucuz ve güvencesiz sağlık personeli istihdam yollarından biridir.

Kamusal sağlık hizmetlerinde bir diğer güvencesiz ve düşük ücretli çalıştırma biçimi de 657 sayılı Yasa'nın 4/C bendinde¹³⁵ düzenlenmiştir. TEKEL işçilerinin 2010 Kış aylarında Kızılay Sakarya meydanındaki etkili direnişleri ile kamuoyunca bilinir hale gelen 4/C düzenlemesi¹³⁶, Anayasa Mahkemesi'nin gündemindedir.

Aşağıda aynı mesleğe mensup çalışanların kamusal sağlık hizmetlerini kaç farklı istihdam statüsünde sunduğuna ilişkin bir tablo yer almaktadır. Farklı statülerde ücret düzeyi de

133 Değişik: 30/5/1974 - KHK/12; değiştirilerek kabul: 15/5/1975 - 1897/1 md.

134 Bu fıkraya, “eczacılık” ibaresinden sonra gelmek üzere 21/6/2005 tarihli ve 5371 sayılı Yasanın 5 inci maddesiyle, “köyve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik,” ibaresi eklenmiştir.(2) Bu fıkraya; 21/3/2006 tarihli ve 5473 sayılı Kanunun 3 üncü maddesiyle “kadrolara” ibaresinden sonra gelmek üzere”Maliye Bakanlığının izni (mahallî idarelerde izin şartı aranmaz) ile” ibaresi eklenmiş ve metne işlenmiştir.

135 657 sayılı yasanın 4/C bendi şöyledir: ““Bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğunda Devlet Personel Başkanlığının ve Maliye Bakanlığının görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan” çalışanlardır.

136 4/C Düzenlemesi ile ilgili geniş ve ayrıntılı bir değerlendirme için bkz. M. Gülmez (2010), “4/C”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildirileri*, İstanbul, Petrol-İş.

önemli oranda farklılaşmaktadır. Bu tablo istihdamın nasıl parçalanarak ve çeşitlendirilerek güvencesizleştirildiğini gözler önüne sermektedir.

Tablo10: Sağlık Çalışanlarının Farklı İstihdam Biçimleri

	Hemşire/ebe/ sağlık memuru/ sağlık teknisyeni	Hekim
657 (4/A)	x	x
4924 sayılı yasaya tabi sözleşmeli	x	x
Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller düzenlemesine tabi sözleşmeli	x	x
657 (4/B)	x	x
Aile Hekimliği sisteminde sözleşmeli aile sağlığı elemanı	x	
Aile Hekimi (sözleşmeli)		
Kağıt üzerinde taşeron temizlik firmasına bağlı olarak hizmet veren hemşire	x	
Üniversite vakfının sözleşmeli elemanı olan hemşire	x	
Vekil hemşire/ebe/geçici personel	x	

Bu listeye bir de hastanelerin bazı hizmet bölümlerinin özelleştirilmesi (örneğin radyoloji) ile, ihaleyi alan firma tarafından İş Yasasına tabi olarak istihdam edilen sağlık personeli eklediğimizde, aynı sağlık kurumunda aynı işi yapan farklı statüdeki sağlık personeli sayısı daha da yükselecektir. Bir üniversite hastanesinde devlet memuru olarak çalışan, üniversite vakfının sözleşmeli elemanı olarak çalışan ve taşeron şirket elemanı olarak çalışan olmak üzere, maaş düzeyleri ve hakları farklılaşan üç ayrı statüde hemşire çalışmaktadır (Aksu, 2008: 40). Taşeronlaşma, yalnızca emek süreci üzerindeki denetimi ve katmanlaşmayı artırmakla kalmamakta aynı zamanda çalışmayı güvencesizleştiren bir uygulama olarak da karşımıza çıkmaktadır. Genel dağılıma bakıldığında, kamusal sağlık hizmetlerindeki hekim ve hekim dışı sağlık personeli istihdamında ortak eksenin güvencesizleştirme olduğu görülecektir. Bu tabloya aile hekimliği sisteminde yer alan sözleşmeli sağlık personeli ve taşeron sağlık çalışanları da eklendiğinde güvencesizlerin oranının daha da yükseleceği kolayca öngörülebilir. Nitekim 2002 yılında hizmet alımı ile istihdam edilen personel, toplam sağlık personelinin %4,3'ünü oluşturmaktayken, 2010 rakamlarına göre, %

26,4'ünü oluşturmaktadır.¹³⁷ Bir kısmı özelleştirme biçimi olan hizmet alımı yöntemi, yalnızca sağlık hizmeti üretim araçlarının özelleşmesiyle değil, sağlık çalışanlarının da güvencesizleşmesiyle sonuçlanmaktadır.

Tablo:11 Sağlık Bakanlığı Kadrolarında Çalışan Sağlık Personelinin İstihdam Şekline Göre Dağılımı (11.10.2010)

	MEMUR 4a	SÖZLEŞMELİ PERSONEL 4b	SÜREKLİ İŞÇİ 4d	GEÇİCİ İŞÇİ 4d	GEÇİCİ PERSONEL 4c	GENEL TOPLAM	SGK ZORUNLU SİGORTALI
YILLAR							
2007	334.765	42.253	4.747	0	1.750	383.515	
2008	335.539	37.936	4.747	0	1.750	379.972	16.047
2009	335.539	45.879	4.555	35	1.750	387.758	20.931

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü istatistiklerinden aktaran Özkan ve Çatıker, 2010: 490.

Tablo12: Hemşire Ebe ve Memurların Yıllara Göre İstihdam Biçimi

Meslek	2003		2006		2010	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4A	43774	100	61300	95,8	53070	71,2
4B	-	100	2689	4,2	21460	28,8
Toplam	43774	100	63989	100	74530	100
Ebe						
4A	37469	100	36467	89,8	34215	75,9
4B	-	100	4134	10,2	10840	24,1

137 Hizmet alımı ile ve kadrolu olarak istihdam edilen sağlık personeline ilişkin rakamsal değişim <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11370/2011-butce-sunumu.html> adresinde bulunabilir.

Toplam	37469	100	40601	100	45055	100
Sağlık Memuru						
4A	33725	100	34736	84,1	31503	60,2
4B	-	100	6549	15,9	20821	39,8
Toplam	33725	100	41285	100	52324	100

Kaynak: Özkan ve Çatıker, 2010: 490.

Sağlık çalışanlarının aynı işi yapmalarına rağmen farklı statülerde çalıştırılması, çalışanlar arasındaki dayanışmayı parçalamış ve aralarında yeni bir hiyerarşi oluşturmuştur. Hiyerarşide güvenceli statüye sahip devlet memuru, aynı işi yapan güvencesiz statülerdeki meslektaşlarının üzerine yerleştirilmiştir (Sertlek, 2008: 310). Mevcut yönelim çerçevesinde bunun da geçici bir durum olduğu rahatlıkla söylenebilir. Kamu personel reformu adı altında, *statü hukukuna* tabi kamu çalışanlarını *sözleşme hukukuna* tabi kılma yönündeki hazırlıkların varlığı bilinmektedir.

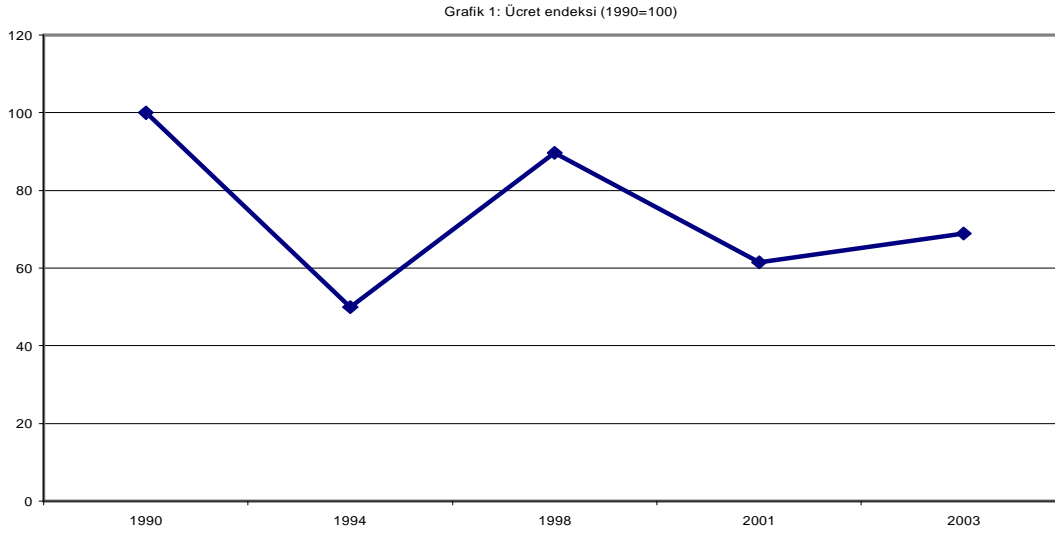
3.2.2.1. Ücret Esnekliği

1980'den itibaren sağlık çalışanlarına yönelik ücret politikası, temel ücretleri sürekli baskılamak ve böylece emeklilik kazancına yansımayan ek ödemelerin toplam ücretteki payını yükseltmek yönünde olmuştur. Her ne kadar 1989 yılında yükselen örgütlü işçi hareketleri¹³⁸ 1989-1994 arasında ücretlerde bir yükselişe neden olmuşsa da, 1990'ların ikinci yarısından itibaren ücret ve maaşlarda yeniden gözle görülür bir aşınma gerçekleşmiştir.¹³⁹ 1994'ten itibaren kamu sağlık çalışanlarının ücretleri, ekonomik krizlerle önemli dalgalanmalar göstermiştir. Örneğin 1990 yılında Ankara'da çalışan bir uzman hekim 879 dolar alırken, bu rakam 1994 krizinde 439 dolara kadar düşmüş, 1998

¹³⁸Sağlık çalışanlarının örgütlediği "Beyaz Eylemler", kamu çalışanları tarafından örgütlenen ve kısa sürede kitleselleşen "Bahar Eylemleri", işçi eylemleri, SEKA, Demir- Çelik grevleri, Zonguldak büyük madenci grevi ve yürüyüşü döneme damgasını vuran eylemlerdir. Bu konuyu ayrıntılı olarak irdeleyen çalışma için bkz. Korkut Boratav (2009), **Türkiye İktisat Tarihi**, Ankara: İmge

¹³⁹ Söz konusu yıllarda ücretlerdeki oransal yükselişe ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. E. Yeldan, **Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi**, İstanbul, İletişim, 2003, s. 39- 40.

yılında 788 dolar seviyesine çıkmış, 2001 krizi ile bu kez yeniden 541 dolar seviyesine kadar gerilemiş, 2003'e gelindiğinde yeniden 606 dolar seviyesini bulmuştur. Ücret seviyelerindeki bu hareketlilik aşağıdaki grafikte, 1990 yılı ücret seviyesi 100 kabul edilerek oluşturulan endekste yer almaktadır. Benzer bir süreç pratisyen hekimler, sağlık memuru ve hemşireler için de yaşanmış, fazla mesailer de adaletli olarak ücretlendirilmemiştir (Soyer, 2007:85-86).



Kaynak: Soyer, 2007: 86

1989-1994 arasındaki 5 yıllık dönemde haricinde, 2004 yılından itibaren bütün yurt çapında hayata geçirilen performansa dayalı ücretlendirme, özellikle hekimlerin elde ettikleri toplam ücrette görece bir yükselme sağlamıştır. İkinci Bölümde kısaca ele aldığım performansa dayalı ücretlendirme sisteminin Türkiye'deki uygulama biçimi, emek sürecine etkileri açısından daha geniş bir değerlendirmeyi hak etmektedir. Performansa dayalı ücretlendirmenin, 1989 yılından bu yana sürdürülen döner sermaye gelirlerinin % 50'sinin personele ek ödeme olarak dağıtılması uygulamasından temel farkı, dağıtımın meslek, kıdem, uzmanlık ve tıbbi hiyerarşideki konumun yanı sıra, hekimlerin gerçekleştirdikleri muayene, ameliyat ve girişimsel işlem sayısına göre, bir başka ifadeyle sağlık kurumuna kazandırdıkları paraya göre belirlenmesidir. Böylece, 1989'dan itibaren döner sermaye gelirlerinin paylaşılması ile başlayan piyasalaşma ve esnek ücret sistemi bir adım daha ileriye götürülmüştür. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık

kuruluşlarını da kapsayacak şekilde yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge¹⁴⁰ ile tüm hizmet unsurları en küçük ayrıntısına kadar tanımlanmış, standardı belirlenmiş ve puanlanmıştır. Aşağıda bu puanlama cetvelinden bir kesit bulabilirsiniz.

Tablo 13: Döner sermayeden ek ödeme amacıyla hazırlanan puan cetvelinden bir kesit

Kod	İşlem adı	Puanı
510.121	Dahili branşlardaki servislerde günde en az iki kez yapılan hasta başı vizit (günlük her hasta için)	21
520.010	Konsültasyon ücretleri (her bir hekim için)	10
520.020	Acil poliklinik muayene ücreti	21
520.030	Normal poliklinik muayene ücreti	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İcapçı nöbetinde yapılan muayene	30
520.033	Psikiyatri muayenesi (ilk 10 hasta için 30 puan sonraki hastalar 21 puan)	30
530.020	Apse veya hematoma drenajı, derin	150
530.100	Elektrokardiyogram	0
530.140	İM enjeksiyon	0
530.150	IV enjeksiyon	0
530.581	Rai takılması	40

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konan bireysel performans sisteminin temel işleyişi şu şekilde gerçekleşmektedir:

- Sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 işlem birbirleriyle kıyaslanarak puanlandırılmıştır. Ancak hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamıştır. (Örnek: enjeksiyon, laboratuvar işlemleri, vb.).
- Her ay hekimlerin yapmış oldukları bütün işlemlerin puanları toplanarak bireysel performansları ölçülmektedir.
- Hastanede çalışan tüm hekimlerin çalıştıkları günler dikkate alınarak performans puanlarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem performans puan ortalaması tespit edilmektedir.

140 http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/YG_10022006_2.pdf

- Hastane yöneticilerinin, laboratuvar branşı hekimlerinin ve diğer sağlık personelinin bireysel performans puanları; unvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri ile diğer unsurlara göre belirlenmiş olan katsayıların kurum performans puan ortalaması ile çarpılmasıyla tespit edilmektedir.
- Personelin puanları her ay tespit edilen ek ödeme katsayısı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları ek ödeme tutarları belirlenmektedir. Dönem ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonunca o dönem dağıtılmasına karar verilen tutarın bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile bulunmaktadır.
- Yasa gereği kurum, gelirlerinin azami %40'ını personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir. Kurumun ilgili dönem gelirinin % 40'nın dağıtılabilmesi için "0" ile "1" arasında değişen kurum performans katsayısının "1" olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Bu katsayının Muayeneye Erişim Katsayısı, Altyapı ve Süreç Değerlendirme Katsayısı, Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleri Katsayısı, Kurum Verimlilik Katsayısı, Kurumsal Hedef Katsayısı gibi 5 katsayıdan elde edildi, daha önce belirtilmişti.

Sağlık Bakanlığı'nın burada belirtilen "performansa dayalı ücretlendirme yöntemi", bireysel ve kurumsal performansın birlikte değerlendirilmesi nedeniyle, hem kurum içi hem kurumlar arası rekabeti gerekli kılmaktadır. Bu durum pek çok sağlık kurumunda iş barışını bozucu bir etki yaratmıştır. Manisa'da birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimler arasında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, hekimlerin %78.8'i "performans ödemesinin hekimler arası ilişkileri olumsuz etkilediğini" düşünmektedir. Bununla birlikte, yanıtlayıcıların %56.5'i yürürlükteki döner sermaye uygulamasında performans sisteminin olması yönünde görüş belirtmişlerdir (Nesanır vd., 2006: 234). TTB Etik Kurulu (2009) tarafından gerçekleştirilen geniş kapsamlı araştırmaya katılanların % 81.1'i çalışanlar arası rekabetin, % 69.3'ü ise klinikler arası rekabetin arttığını belirtmiştir. Aynı biçimde katılımcıların %56.1'ine göre mesleki dayanışma azalmıştır. Söz konusu araştırmanın en çarpıcı sonucu ise katılımcıların % 96'sının performansa dayalı ücretlendirmenin dürüst çalışmayı azalttığını belirtmesidir. Aynı

zamanda bu uygulamalar, hastane yöneticilerini de hastanenin kârını artırmaya ve maliyetleri minimuma düşürmeye odaklanan işletmecilere dönüştürmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme, salt yeni bir “esnek ücretlendirme” modeli değildir; aynı zamanda, yeni bir yönetsel model ve yeni bir denetim türüdür. Örneğin klinik şef veya yardımcısının performans puanı hesaplamasında, klinik içindeki hiyerarşik konuma dayalı katsayı oranındaki klinik ortalama puanı önemli düzeyde etkili olmaktadır. Klinikte asistan sayısının uzman sayısına eşit olduğu, hastane ortalama puanının klinik ortalama puanına eşit olduğu, şefin kliniğindeki diğer uzmanlar kadar tıbbi işlem yaptığı bir klinikte, bireysel performans puanının % 70’lik kısmı klinik ortalama puanından etkilenmektedir. Bu etkinin klinik şefini klinik ortalamasını yükseltmeye yönlendireceği, bu amaçla klinik üyelerine yüksek işlem sayısı için baskı yapacağı öngörülebilir.¹⁴¹ Bununla birlikte performansa dayalı ücretlendirme ile özellikle hekim, başhekim ve klinik şeflerinin ücretlerinde gerçekleşen çarpıcı yükseliş, bu uygulamanın hekimlerin önemli bölümünce onaylanmasını sağlamıştır (Zencir, 2009:185). Yardımcı sağlık personeli ise performans uygulaması ile artan iş yüklerine rağmen, hekimlerle aralarındaki performans geliri uçurumundan rahatsızdır. Bu anlamda performansa dayalı ücretlendirme uygulaması ile gerçekleştirilen denetimin, hekimler üzerinde rıza, yardımcı sağlık personeli üzerinde zor mekanizmalarına başvurularak gerçekleştirildiğini ileri sürmek yanlış olmayacaktır.

Performansa dayalı ücretlendirme modelinin, aynı zamanda, hastanelerin “rekabet koşullarına açık özerk birimler” olarak işletilmesinin bir hazırlık adımı olduğu, Sağlık Bakanlığı’nın çeşitli temsilcileri tarafından dile getirilmektedir. Bakanlık Müsteşar Yardımcısı Aydın, ücretlendirme modeline yönelik söz konusu eleştirileri yanıtladığı yazısında şu değerlendirmeyi yapmıştır:

Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına

¹⁴¹ http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf

hazırlama sürecinde önemli bir araçtır...Performansa göre ödeme sistemi, devlet hastanelerinin, sistemde rekabet eden aktörler haline gelmelerini kolaylaştırmıştır.¹⁴²

Kapitalist firma rasyonelinin kamu eliyle sağlık hizmetinin kurumsal örgütlenmesine zerk edilmesi, görüldüğü gibi, “idari ve mali özerklik” terimleriyle ifade edilmektedir. Bir kamu kurumunun mali bakımdan kamu finansmanından “özerk” olmasının günümüzdeki anlamı, kâr-zarar rasyoneline tabiiyettir. Dünya Bankası metinlerinde sıkça rastlanan “firma gibi devlet” teriminin kamu hastanelerine uyarlanması anlamına gelen “firma gibi hastane” örgütlenmesi, idari bakımdan da asla özerk olamaz. Zira rol modeli olan kapitalist firma, iç örgütlenmesi itibarıyla son derece katı bir merkeziyetçiliğe sahiptir.

2000’li yıllarda bir yandan reformlarla sağlığa erişim kolaylaştırılarak sağlık hizmeti talebi yükseltilmiş, diğer yandan performans ve kalite uygulamaları ile hizmet arzı artmıştır. Bu durum poliklinik hizmetleri, tetkik sayıları ve ameliyatlarda çarpıcı bir yükselişe neden olmuştur. Aşağıda yer alan üç tablo karşılaştırmalı biçimde gözden geçirildiğinde, hastane müracaat sayısındaki artışın sağlık personeli sayısındaki artışın oldukça üzerinde seyrettiği görülecektir. Tablo 10’nun son satırında yer aldığı gibi hekim başına müracaat eden oranı 6 yıl içinde ikiye katlanmıştır.

Tablo 14: Birinci Basamak Kuruluşlarına Toplam Müracaat Sayısı

2002	2006	2008
59.726.726	127.746.181	175.414.570

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı-2008, s. 105

Tablo 15: 10 Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı

	2002	2006	2008
Sağlık Bakanlığı	109.737.182	189.422.137	216.723.712
Üniversite	8.891.333	12.588.872	18.290.800
Özel	5.680.954	15.529.416	38.688.313
Toplam	124.309.469	217.540.425	273.702.825
<i>Hekim başına düşen hasta sayısı</i>	2.165	3.549	4.308

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı- 2008, s. 85’ dan hesaplanmıştır.

Tablo 16: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı

	2002	2006	2007	2008
Toplam Hekim	57.406	61.292	62.231	63.536
Hemşire	57.360	62.901	69.710	70.022
Sağlık Memuru	39.276	47.432	59.683	55.901
Toplam	154.042	171.625	191.624	189.459

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı-2008 s.66

SSK ve Devlet Hastaneleri'nde 2002 yılında toplam 596.186 büyük ameliyat yapılırken, bu sayı 2008'de 1.456.036'ya yükselmiş, aynı şekilde, üniversite hastanelerinde 2002'deki 195.014 büyük ameliyat sayısı 383.815'e erişmiştir. Orta büyüklükteki ameliyatlarda SSK ve Devlet Hastaneleri'nde 2002'deki 473.789 sayısı 2008'de 1.008.255'e tırmanmış; aynı şekilde, üniversite hastanelerinde 2002-2008 döneminde orta büyüklükteki ameliyat sayısında %115'lik bir artış yaşanmıştır. En yüksek artış ise küçük ameliyatlarda ortaya çıkmış, SSK ve Devlet Hastaneleri'nde 2002'deki 317.361 küçük ameliyat sayısı 2008'de 1.328.662'ye ulaşmış; üniversite hastanelerinde ise 2002'deki 82.567 ameliyat sayısı 2008 yılında 266.819'a yükselmiştir. 2002'de SSK ve Devlet Hastaneleri'nde operasyonla sonuçlanan başvuru oranı %1,26 iken, bu oran 2008'de %1,75'e yükselmiştir. Erus ve Hatipoğlu (2010: 322)'nin, 2002-2006 verileri ile yaptıkları tahminlerde, hastane büyüklüğü ve sabit etkiler kontrol edildiğinde, reformlar sonrasında hekim başına poliklinik hasta sayısının yaklaşık üç katına çıktığı görülmektedir. Yatan hasta sayısı da hekim başına iki katından fazla artmıştır. Sağlık Bakanlığı bu durumu verimlilik artışı olarak açıklamaktadır. Oysa bu artışın arkasında yatan gerçek, iş yoğunlaşmasıdır. Başvuru düzeyi artmış ancak sağlık çalışanı sayısı başvurularla orantılı biçimde artmamıştır. Hatta sağlık işgücü sayısının azaltılması amaçlanmıştır. Örneğin Balcı ve Kırılmaz (2005)'in yürüttüğü bir araştırmada Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğünden üst düzey bir yönetici, performans sistemi öncesinde yüksek sayıda personel istihdamına yönelen hastanelerin, performansa dayalı ücretlerin düşmemesi amacıyla mevcut personelin başka kurumlara gönderilmesini talep ettiklerini belirtmiştir. Bu beyan, performans ücretini

yükseltmek üzere giderek daha çok işin, daha az sayıda eleman tarafından yerine getirilmeye başlandığını gözler önünde sermektedir.

Bireysel ve kurumsal performansı yüksek tutmak amacıyla, sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen tüm işlemlerde çok çarpıcı bir artış gerçekleşmiştir. Poliklinik hizmetlerinde hastaya ayrılan süreler kısaltılmış, tetkikler ve ameliyatlar, birim zamanda daha çok çıktı elde edilmesini sağlayan teknolojik donanımla desteklenmiştir. Bir başka ifadeyle sağlık kurumlarında sermayenin organik bileşimini artırarak görece değeri artışı sağlanmıştır. Özellikle radyoloji ve biyokimya bölümlerinde kullanılan teknoloji ve yenilenen iş organizasyonu ile çarpıcı bir verimlilik sağlanmıştır. Bu durum beraberinde vasıfsızlaşma ve yabancılaşmayı da getirmiştir. Cerrahi branşlardaki teknolojik gelişim ise aşırı uzmanlaşma ile el ele gitmektedir. Buna karşın 2-3 kat artan birim hizmet sayısının salt teknolojik dönüşüm ile sağlanamayacağı açıktır. Gerek işgünün uzatılması, nöbetler, gerek dinlenme, araştırma ve öğrenmeye yönelik zamanların kısaltılması veya ortadan kaldırılması, çok becerili çalıştırma (farklı görevlerin aynı sağlık personeline birleştirilmesi), verimi artırmaya dönük toplantıların mesai saati dışında gerçekleştirilmesi ile mutlak ve görece değeri artışı sağlanmıştır (Zencir, 2008: 183). Birçok hastanede mesai saatleri uzamış, laboratuvar ve görüntüleme bölümleri ile ameliyathaneler daha uzun süreli çalışmaya başlamıştır.

Tam anlamıyla özel işletme yönetim ilkelerine göre örgütlenmeye başlayan hastanelerde, birim hasta maliyetini düşürmek, yatan hasta devrini artırmak amacıyla hasta yatış süreleri kısalmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde 2002'deki ortalama kalış gün sayısı 5,3 iken 2006'da 5,1'e, 2008'de, 4,2'ye gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 97). 2 yıllık bir süre içinde ortalama kalış gün sayısındaki bu çarpıcı düşüş, salt tıp teknolojisindeki gelişimle açıklanamaz. Kuşkusuz bu durum, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık yönetiminin verimlilik amaçlı bir tercihidir. 2. Bölümde de dile getirildiği gibi bu eğilimin birkaç önemli sonucu bulunmaktadır. Bunlardan konumuz açısından en önemli değişiklik, hemşirelerin sürekli olarak ameliyat sonrasında en ağır ve en yoğun tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta grubuna hizmet vermek zorunda bulunmasıdır. Diğer yandan hastalar tam

olarak iyileşmeden hastaneden ayrılmakta ve hastanede gerçekleştirilmesi gereken tıbbi bakım çoğunlukla hane içindeki ücretsiz kadın işgücüne yüklenmektedir.

Sağlık kurumlarında verimlilik artışının sağlanması için çıktı miktarının artırılmasına yönelik çalışmalar, salt iş yoğunlaşması ile çalışma koşullarını zorlaştırmakla kalmamaktadır. Aynı zamanda hastaya ayrılan sürenin kısılması, gereksiz tetkiklerin ve girişimlerin artması, kısa zamanda çok işlem yapılması ile hata sayısı, organ ve insan kaybı da artmaktadır.

3.3.Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Profesyoneleşmesi ve Proleterleşmesi

3.3.1. Hekimlerin Proleterleşmesi Tartışmaları

Türkiye’de hekimlerin sınıf/ statü konumlarında yaşanan dönüşüm, henüz kapsamlı araştırmaların konusu olmamıştır. Bu boşluğu, sağlık hizmet üretiminde emek sürecine odaklanan bir çalışmanın kapatmaya yönelmesi beklenmemelidir. Hekim statüsünün dönüşümü konusunda, uluslararası yazınla diyalog içinde öncü çalışmalara ve olgu temelli tartışmalara büyük bir gereksinim olduğu açıktır.

Türkiye’de hekimler Cumhuriyetin erken dönemlerinden beri, sağlık çalışanları arasında ayrıcalıklı bir konuma sahip olmuştur. Hekimlerin kamusal istihdamında da yansımaları bulan bu ayrıcalıklı konum; istisnai dönemler dışında yarı zamanlı istihdam olanalarının tanınması, serbest çalışma hakkının korunması, döner sermaye gelirlerinin paylaşımındaki ayrıcalıklarla pekiştirilmiştir (Üçkuyu, 2004). Belek (2002)’nin Antalya ilinde hekimlerin statü ve sınıf konumlarını değerlendirdiği araştırma ile Etiler ve Urhan’ın 2008 yılında Kocaeli ilinde gerçekleştirdiği hekimlerin çalışma koşullarına ilişkin araştırma, hekimlerin gelir düzeyi ve statülerindeki değişim hakkında kimi ipuçları vermektedir. Belek 2002 yılında gerçekleştirdiği araştırmada, kamuda çalışan uzman hekimlerin dışındaki bütün grupların aylık kişisel gelirinde belirgin bir erime olduğunu ortaya koymuştur.1998-2002 arasındaki erime; yalnızca özel sektörde çalışan pratisyenlerde %46,1, yalnızca kamuda

çalışan pratisyenlerde %23,7, yalnızca özel sektörde çalışan uzmanlarda %61,2, yarı süreli çalışan uzmanlarda %27,2 düzeyindedir. 2001 ekonomik krizinin toplumun gelir düzeyini erozyona uğratması, özel sağlık hizmetlerinde daralmaya sebep olurken, özellikle özel sektörde ve yarı zamanlı çalışan hekim gelirlerinde azalmalar meydana gelmiştir. Bu araştırmanın ortaya koyduğu gelir skalasına göre en iyi gelir düzeyine sahip olanlar, kamuda olmakla birlikte yarı zamanlı çalışan hekimlerdir. Bu hekim grubu, genişleme dönemlerinde bir yandan özel sektördeki çalışmadan yüksek gelirler elde edebilmekte, diğer yandan kamu istihdamının sağladığı güvenceli geliri koruyabilmektedir. Bununla birlikte 2004 yılından itibaren performans uygulamasının getirilmesi ile birlikte pek çok hekim yarı zamanlı statüden tam zamanlı statüye geçmiştir. 2002’de kamuda çalışan hekimlerin %11’i tam zamanlı, %89’u yarı zamanlı çalışırken, 2010 yılında tam zamanlı çalışan hekim oranı %92’ye yükselmiştir.¹⁴³ 5947 sayılı yasanın uygulanması ile bu sayının %100 olması beklenmektedir. Bu durum hekimlerin gelir düzeyi açısından ciddi bir fark yaratmasa da, sınıfsal bir dönüşümün habercisidir. Yarı zamanlı statüde, özel muayehanelerde ilgili sağlık ekipmanlarının özel mülkiyetine sahip olarak çalışan hekimler, özel mülklerinden koparak artık “firma gibi” işgören kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışmaya başlamışlardır. Bir benzeştirme yapmak gerekirse, bu olgu, şekli olarak, bağımsız imalathanelerinden kopartılan zanaatkarların manüfaktür üretimi altında toplulaşmasını andırmaktadır. Kamu hastaneleri, önceki bölümlerde ele alınan dönüşümler neticesinde, kuşkusuz, manifaktür imalathanelerinden ziyade “seri imalat” yapan bir fabrika nizamına daha çok benzemektedir. İşte bu noktada, hekimlere yönelik “performansa bağlı ayrıcalıklı ücretlendirme” sistemi, gerçekte fabrika-benzeri hastanelerde manifaktür yanılması neden olmakta; hekimler, kamuya ait sağlık hizmeti üretim araçlarını “özel mülkleri” gibi kullanabildikleri sanısıyla, kendi mesleki varlıklarını tasfiye edecek olan bu dönüşüm sürecinin gönüllü aktörleri olmaktadır.

Belek’in çalışmasında 1992-2002 arasındaki gelir erime oranlarına bakıldığında pratisyen ve uzman hekimler arasındaki eşitsizliğin daha da arttığı, pratisyenlerdeki gelir erimesinin uzmanlardan daha belirgin olduğu görülmektedir. Urhan ve Etiler’in çalışması da gelir

143 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11370/2011-butce-sunumu.html>

düzeyi en düşük hekim grubunun hem kamuda hem özel sektörde çalışan pratisyen hekimler olduğunu ortaya koymaktadır. Gelir düzeyindeki bu fark, uzman ve pratisyen hekimlerin sendikalaşma oranlarına da yansımaktadır. Etiler ve Urhan'ın araştırmasında araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin %16'sı sendika üyesi iken, pratisyen hekimlerde bu oran %26'dır. Etiler ve Urhan'ın çalışması performansa dayalı ücretlendirmenin hekim gelirlerindeki artırıcı etkisini de ortaya koyacak niteliktedir. Bu araştırma kapsamındaki hekimlerin yarısından çoğu hekimlik mesleğinden 3000TL'nin üzerinde kazanç elde etmektedir. Pratisyen hekimlerin alt kazanç sınırı, araştırmanın yapıldığı 2008 yılı itibarıyla, 1143 \$, üst sınırı 3828 \$ iken, uzmanlarda alt sınır 1769 \$, üst sınır 7809\$ düzeyindedir. Tam süreli çalışan uzmanlarda bu sınır 5955\$'a inmektedir. Bu iki araştırmadan yola çıkarak genelleme yapmak zor olmakla birlikte, gelir aşınmasına rağmen hekimlerin halen toplumun görece ayrıcalıklı gelir grubunu oluşturdukları söylenebilir. Öte yandan pratisyen hekimlerin önemli bir bölümünün "ayrıcalıklı" hekim grubundan kopmuş olması, hekim ücret gelirleri arasındaki alt-üst makasın son derece açılmış olması, proleterleşme tartışmaları bakımından kimi ipuçları da sunmaktadır. Kuşkusuz, ikinci bölümde değindiğimiz gibi, proleterleşme eğilimine ilişkin temel göstergeler gelir aşınmasından ziyade, emek süreci üzerindeki denetim, özerklik ve işgücü piyasasındaki konumla ilişkilidir. Öte yandan ücret gelirlerine ilişkin göstergeler, meslek grubu içinde yaşanan kutuplaşmacı parçalanmaya işaret etmesi bakımından önemlidir; zira hekimlerin proleterleşmesi süreci, bir yanıyla da, türdeş meslek grubundan parçalı ve kutuplaşmacı sağlık çalışanlarına doğru bir dönüşüm sürecidir. Proleterleşme göstergelerinin emek sürecinin denetimi ve özerklik ile ilgili boyutları, sözü edilen süreci tamamlar niteliktedir. Nitekim son yıllarda ülkemizde gerçekleşen; zorunlu hizmet yasasının yeniden uygulanması, TKY, performans, finansman denetimi gibi uygulamalarla, teknolojik ve bürokratik denetimin yoğunlaşması, hekim sayısının ve hekimler arası rekabetin tırmanması, hasta memnuniyetinin öne çıkması, özel sağlık kurumlarının sayısının artması, kamu istihdamında güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaşması gibi gelişmeler, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de, hekim özerkliğini ve hekimlerin ayrıcalıklı toplumsal konumunu, kalıcı bir biçimde sarsmıştır.

İkinci bölümde ele aldığım gibi Batı'da 1970'li yıllarda yoğunlaşan proleterleşme ve profesyonellik kaybı tartışmaları, Türkiye'de daha çok son yıllarda alevlenmiştir. Batılı ülkelerde proleterleşmeye ve hekim özerkliğine ilişkin ilk tartışmaların serbest hekimliğin ortadan kalkarak, hekimlerin artan oranda kamu istihdamına geçişiyle ortaya çıktığı görülmektedir. Türkiye'de "serbest hekimliğin öldüğüne" dair yakınmalar, genç Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlıkta devletçi politikalara ağırlık verdiği 1930'lu yıllarda görülür. Bununla birlikte aynı dönem, yeni ulus inşasında, sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde ve uygarlık düzeyinin yükseltilmesinde, hekimlere büyük görevlerin biçildiği bir dönemdir. Dolayısıyla hekimlerin kamu çalışanı haline gelmesinin yarattığı huzursuzluklar, ulus inşasına ortak edilmeleri, geniş yetki ve özerkliğe sahip olmalarıyla bertaraf edilmiştir (Odabaş, 2009). Cumhuriyetin erken dönemlerinde hekimlerin oynadığı bu rol, ilerleyen yıllarda da devletin işveren olarak algılanmamasına, sağlık hizmetinin kamusal hizmet olarak sunulmasının ve hekimlerin kamusal istihdamının verili kabul edilmesine ve hekimlerin toplumun ve ülkenin bekasında önemli işlevler gören eltiler olarak görülmesine yol açmıştır.

Hekim sayısının diğer ülkelere oranla yüksek düzeylere çıkmaması, özel hastaneciliğin geç gelişimi, istisnai dönemler haricinde kamu istihdamı ile muayenehaneciliğin bir arada sürdürülmesi gibi nedenler, ülkemizde bu tartışmaların 20 yıllık bir gecikmeyle gündeme gelmesinin diğer olası sebepleridir. Dolayısıyla ülkemizde hekimler profesyonel özerkliklerini kayıp ediyorlar mı veya proleterleşiyorlar mı gibi sorular batılı ülkelerdeki gibi hekimlerin serbest çalışmadan giderek kamusal örgütlerde istihdam edilmelerine doğru bir geçişle değil, tam aksine, kamusal sağlık hizmetlerinin metalaşması yönünde adımlar atılmasıyla gündeme gelmiştir. Bu yıllardan itibaren TTB çevresinde şekillenen ve 2002'den itibaren sağlık hizmetlerinin metalaşması yönündeki hızlı adımlarla genişleyen bu tartışmalar, ülkemizdeki meslek sosyologlarınca ne yazık ki kuramsal düzeye taşınmamıştır. Türkiye'de hekimlerin proleterleşmesine yönelik tartışmalar günümüzde üç temel hat üzerinden yürütülmektedir. İlki 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa, ikincisi Tıp Fakültesi sayılarının ve kontenjanlarının artırılması, diğeri ise yabancı hekim çalıştırılmasıdır.

3.3.1.1. Tam Gün Çalışma

İlk tam gün çalışma uygulamasına, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasayla, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde sözleşmeli olanlar için başlanmış, ancak bu uygulama yüksek ücretlerle desteklenmiştir. Yasanın 26. Maddesinde sözleşme ile verilecek ücret miktarının, bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu'nca saptanacağı belirtilmiştir. Sosyalleştirmenin ilk yıllarında sözleşmeli personele verilecek ücret düzeyinin saptanması tartışmalara sahne olmuştur. Maliye Bakanlığı temsilcileri, serbest çalışan bir hekimin 1959 yılında 900 TL kazandığını belirterek ödenecek paranın en fazla bu kadar olabileceğini ileri sürmüştü de, pratisyen hekimler için Sağlık Bakanlığı'nın teklifi olan ortalama 2500 TL ücret düzeyi kabul edilmiştir.¹⁴⁴ Buna karşın, tam süreli çalışma uygulaması halk tarafında desteklenirken bazı hekimler arasında tepkiye yol açmış ve çok sayıda gazetede, bu uygulamanın hekimliğin kalitesinin düşmesine ve kamu sağlık kurumlarındaki hekim sayısının zamanla azalmasına yol açacağına ilişkin görüşler yer almıştır.¹⁴⁵

1978 yılında bu uygulama 2162 sayılı Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa ile tüm sağlık çalışanlarına yaygınlaştırılmıştır. 1980 yılında ise "tam gün çalışma zorunluluğu" ortadan kaldırılmıştır. Daha sonra 2003 yılından itibaren sırasıyla 4924 sayılı Yasa kapsamında sözleşmeli hekimlere, aile hekimlerine ve il sağlık müdürleri ile başhekimlere serbest çalışma yasağı getirilmiştir (TTB, 2008:117).

21.1.2010 tarihinde 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa¹⁴⁶, un kabul edilmesiyle, yeniden tam süreli çalışma uygulamasına dönülmüştür. Bu yasa ile öğretim elemanlarının üniversitede

¹⁴⁴ <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html>

¹⁴⁵ Söz konusu gazete haberlerinden bazı örnekler için bkz. Cumhuriyet Gazetesi, 8 Eylül 1963, s.1; Hürriyet Gazetesi, 22 Mart 1963, s. 1.

¹⁴⁶ 30 Ocak 2010 tarihli 27478 sayılı Resmi Gazete

devamlı statüde görev yapması, bu maddenin yayımlandığı tarihte kısmî statüde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden, yasanın yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde talepte bulunanlar devamlı statüye geçirilip, talepte bulunmayanların istifa etmiş sayılacağı belirtilmiştir. Aynı biçimde tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; kamu kurum ve kuruluşları Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunan/bulunmayan özel sağlık kurum, kuruluş ve vakıf üniversiteleri ile serbest meslek icrasından yalnızca birini seçebileceği belirtilmiştir. Böylece kamuda çalışan hekimlerin aynı zamanda bir özel sağlık kurumunda veya muayenehanede çalışmaları engellenmiştir. Öte yandan, iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saate yükseltilmiştir. Bu yasanın hekimler için getirdiği önemli yeniliklerden biri de zorunlu mesleki sorumluluk sigortasıdır.¹⁴⁷ 5947 sayılı Yasanın bütün hekimlere serbest çalışma yasağı getiren 7. maddesi, 30 Temmuz 2010 günü yürürlüğe girecekken, CHP, Yasanın 11 maddesinin bazı hükümlerinin iptali ve yürürlüğünün durdurulması istemiyle Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuştur. Anayasa Mahkemesi, 16 Temmuz 2010 günü açıkladığı kararla “Öğretim üyesi, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim birimi ile sınırlı olmaksızın ve ihtiyaç bulunması halinde görevli olduğu üniversitede haftada asgari 10 saat ders vermekle yükümlüdür”, “bu süre içerisinde talepte bulunmayanlar istifa etmiş sayılır” ibareleri ile tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların sadece bir sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra etmelerine izin veren yasa hükmünü iptal etmiş ve yürürlüğünü durdurmuştur. Sağlık Bakanlığı, Anayasa Mahkemesi kararının üniversite öğretim üyeleri dışındaki hekimleri kapsamadığını, kamu dışında çalışmaya devam etmeleri halinde hekimlerin memuriyetten çıkarma dâhil her türlü işlemin yapılacağını açıklamıştır. Bunun üzerine Türk Tabipleri Birliği, Anayasaya aykırı Bakanlık işleminin yürütmesinin durdurulması ve iptali istemi ile Danıştay'a başvurmuştur. Danıştay tarafından açıklanan yürütmeyi durdurma kararı ile

¹⁴⁷ Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Bakanlık işleminin Anayasa Mahkemesi Kararına ve hukuka aykırı olduğu belirtilmiştir.¹⁴⁸ Ardından Sağlık Bakanlığı, bu karara itiraz etmiştir. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, 13.01.2011 tarihinde söz konusu itirazı kabul ederek, yürütmenin durdurulması işleminin kaldırılmasına karar vermiştir.¹⁴⁹

5947 Sayılı Yasayla 31 Ocak 2011 tarihinde yürürlüğe girmesi öngörülen diğer bazı maddeler de yürürlüğe girmiştir. Böylece, profesör ve doçentlerin devamlı statüde görev yapmaları zorunlu kılınırken, hastane döner sermaye işletmelerine ödenen öğretim üyesi muayene ücret farkı da son bulmaktadır. Bu satırların yazıldığı tarih itibarıyla, 5947 sayılı yasanın Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilen hükümleri haricindeki hükümler yürürlükte dir.

Söz konusu yasanın tasarı olarak sunulduğu günden itibaren, “hekimlerin proleterleştirilmeye çalışıldığı” yönündeki değerlendirme ve tartışmalar gündemden düşmemiştir. TTB, SES ve TÜRK SAĞLIK-SEN tam süreli çalışmayı ancak özlük hakların zedelenmemesi ve ücretlerin yükseltilmesi koşuluyla destekleyeceklerini açıklamışlar, yasanın/tasarının mevcut haline yönelik protesto ve eylemler gerçekleştirmişlerdir. Tabip Odaları, TTB Merkez Konseyi, SES Genel Merkezi ve şubeleri, tam gün çalışma uygulamasını; Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısının geri çekilmesi, iş güvencesi, kadrolu çalışma ve ücretlerin toplu iş sözleşmeleriyle belirlenmesi koşullarıyla kabul edeceklerini belirtmişlerdir. Tam Gün ve Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarılarının hastaneleri işletmeleştirme ve hekimleri işçileştirme anlayışına dayandığı, özel sektörde büyük hastane zincirlerine, kamuda özelleştirilme yolundaki üniversite ve devlet hastanelerine ucuz işgücü sağlanmasının amaçlandığı vurgulanmış, broşürlerde, bildirilerde ve toplantılarda hekim emeğinin ucuzlatılması ve işçileştirme hedefleri sıkça gündeme getirilmiştir. Aynı şekilde özellikle uzmanlık derneklerince hekimlerin statü ve saygınlığının azalacağı yönünde kaygılar da ifade edilmiştir. Gerçekten de hekimlerin kamuda güvenceli istihdam olanaklarından yoksun bulunduğu ve sağlık kurumlarının

148 http://www.danistay.gov.tr/e2010_4406.htm

149 <http://www.saglikaktuel.com/haber/danistay-idari-dava-daireleri-kararina-iliskin-aciklama-15085.htm>

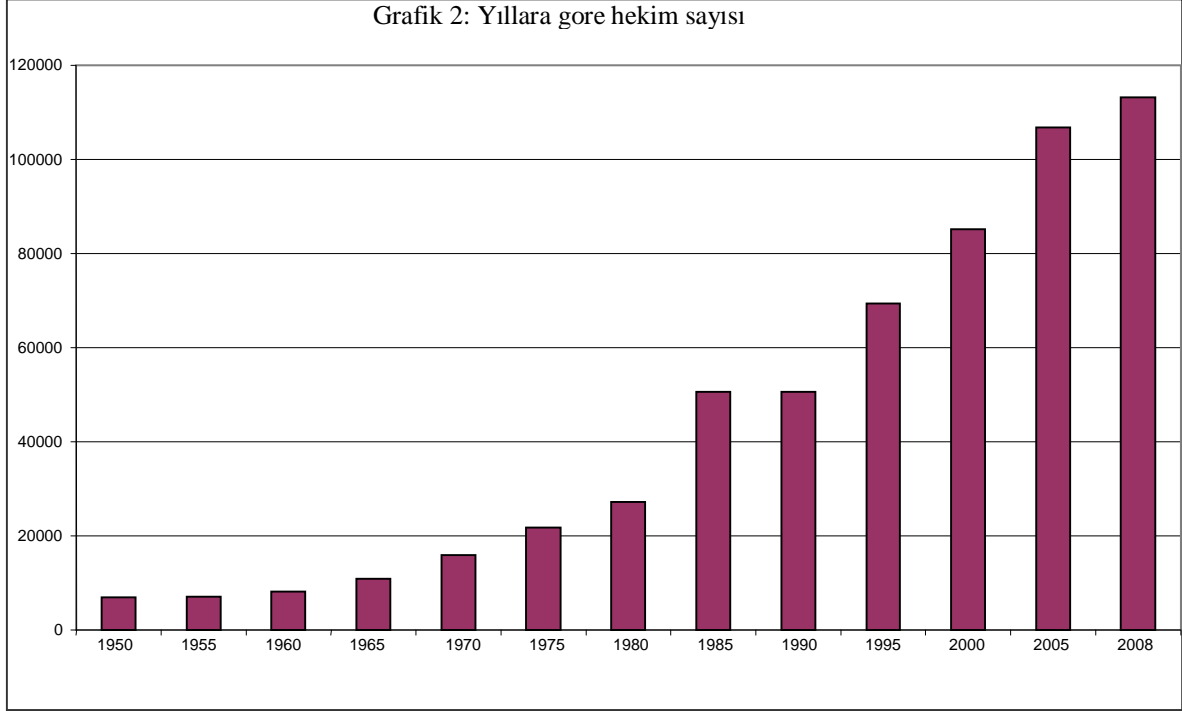
çeşitli yöntemlerle işletmeleştirildiği ve/veya özelleştirildiği günümüzde, hekimlerin serbest çalışmasının engellenmesi, hekim emeğinin ucuzlatılması ile sonuçlanabilecektir. Sosyalleştirme dönemindekinden farklı olarak günümüzde hastanelerin yalnızca kendi elde ettikleri gelirle ayakta kaldıkları, bu gelirlerden sağlık çalışanlarına hizmet başına ücret dağıttıkları rekabetçi bir sağlık piyasası sistemi planlanmaktadır. Bu sistemde hekimlerin başka gelir elde etme olanağından yoksun oluşu, pazarlık gücünü zayıflatarak, ücretlerin aşağı çekilmesiyle sonuçlanabilir. Tam süreyle çalışma, ticarileşen sağlık hizmetlerinde ucuz işgücü sağlamanın bir yöntemi olduğu sürece olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bununla birlikte, genel bütçeden karşılanan, eşit ve ücretsiz kamusal sağlık hizmetlerinin olmazsa olmaz koşulu, sağlık çalışanlarının kamu sağlık kuruluşlarında tam süreli çalışmasıdır.

3.3.1.2. Hekim Sayısındaki Artış

1980’li yıllardan itibaren Tıp Fakülteleri’nin sayı ve kontenjanlarındaki artış da proleterleşme ve profesyonel statünün aşınması ile ilişkilendirilmektedir. Nitekim ikinci bölümde değindiğim gibi işgücü arzının sayısal denetimini elinde bulundurmak, profesyonel mesleğin tanımlayıcı özelliklerinden biridir. Tıp fakültesi sayısı hızla artmış, 1970 yılında 9 olan tıp fakültesi sayısı, 1990 yılında 25 olmuş ve 2010 yılına gelindiğinde ise 61’i faal olmak üzere 74’e yükselmiştir (TTB, 2008: 44, DPT, 2010:11). Her yıl 4500’den fazla öğrenci Tıp Fakülteleri’nden mezun olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Hekim örgütleri bu duruma işsizlik ve işgücünün ucuzlatılması gerekçeleriyle karşı çıkmaktadır. Örneğin TTB, 1986 yılındaki 34. Büyük Kongresinde, Tıp Fakültelerine alınan toplam öğrenci sayısının yılda 1500’ü aşmaması talebi dile getirmiştir. 1999’daki 47. Büyük kongrede de 1980’de 17 olan tıp fakültesi sayısının 1998’de 47’ye çıktığı, bu fakültelerin önemli bir kısmında altyapının bütünüyle yetersiz ve eğitimin niteliksiz olduğu, son yıllarda açılan özel üniversiteler yılda 10 bin dolara, çok düşük puanlarla

öğrenci alındığı, bu nedenlerle hekim işsizliği olgusunun ortaya çıktığı belirtilmektedir.¹⁵⁰

Yıllar içinde hekim sayısındaki artış eğilimi aşağıdaki grafikte görülmektedir.



Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı (2006); Sağlık İstatistik Yıllığı (2008)

AKP döneminde “sağlıkta reform” girişiminin etkili ismi, Sağlık Bakanı Recep Akdağ, hekim sayısının artırılması ve AB düzeyine yükseltilmesi gerektiği tezinin ısrarlı savunucusu olmuş ve Tıp Fakültesi kontenjanlarının artırılması yönünde adımlar atmıştır. TTB (2008:21), hekim sayısının yetersiz olduğu söylemine karşılık asıl sorunun hekim sayısı değil, hekimlerin bölgesel dağılımı olduğunu öne sürmektedir. TTB, AKP’nın asıl hedefinin, Dünya Bankası önerileri doğrultusunda sağlık emek gücü arzını artırarak, sağlık işgücü maliyetini düşürmek olduğunu belirtmektedir. Gerçekten de hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının çarpık dağılımı, hemen her Kalkınma Planı’nda yer almasına rağmen uzun yıllardır çözülemeyen temel bir sağlık sorunudur. Kamu sağlık yatırımları ile desteklenmediği için, zorunlu hizmet uygulamaları da bu sorunun çözümü bakımından yeterli olamamıştır. Sağlık çalışanlarının %60’ı Türkiye’nin en büyük 15 ilinde bulunurken, bunların yarısı da İstanbul, Ankara ve İzmir’dedir (TTB, 2008:42). Batı Anadolu’da 1000 kişiye 1.38 hekim düşerken, Güney Doğu Anadolu’da 0.63 hekim

düşmektedir. Uzman hekim dağılımı söz konusu olduğunda, Türkiye'nin doğusu ve batısı arasındaki fark çarpıcı bir biçimde daha da açılmaktadır. Batı Anadolu'da 1000 kişiye 1.48 uzman hekim düşerken, Güneydoğu Anadolu'da 0.45 uzman hekim düşmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010:72). Bununla birlikte bazı güneydoğu illerinde sağlık yatırımı yapılmaksızın çok sayıda hekim ataması yapılması, çarpık sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Örneğin Şırnak ve Hakkâri, yüz hastane yatağı başına düşen hekim sayısı bakımından en iyi durumdaki iki il konumundadırlar. Şırnak'ta yüz hastane yatağı başına 121 hekim, Hakkâri'de de yüz hastane yatağı başına 118 hekim düşmektedir. Çünkü bu iller hastane yatağı bakımından Türkiye sıralamasının en altında bulunan illerdir. Bu durum da yalnızca hekim sayısını arttırarak sağlık hizmeti götürülmesinin ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinin mümkün olmadığını açıkça ortaya koymaktadır (TTB, 2008:36).

TTB (2008:21), ülkelerin temel sağlık göstergeleri ile sosyo-ekonomik durumlarını da analize dâhil ederek gerçekleştirdiği çalışmada, sağlıktaki istihdam düzeyinin ancak ülkelerin sosyal ve ekonomik yapıları arasında farklılıklar yok varsayıldığında, sağlık düzeyinin belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur. Kişi başına GSYİH'si 10.000 \$ altında olup da sağlık düzeyi pozitif olan bir tek ülke yoktur. Ülkenin sağlık düzeyinde bir gelişmenin olabilmesi için, kişi başı GSYİH'deki artışın yanı sıra eşit gelir dağılımı, kamusal hizmetlere eşit erişim ve gelişmiş bir sosyal güvenlik sistemi, olmazsa olmazlardandır. Batı Avrupa ülkeleri arasında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı Türkiye'den daha az olan birçok ülkenin sağlık düzeyi, Türkiye'den daha kötü değildir. Hekim sayısının artırılmasıyla 1995 yılı itibariyle Avrupa'da yaklaşık 100.000 hekim işsiz kalmış, Almanya'da, 1999-2000 yıllarında uzman hekimler arasında işsizlik %16'ya ulaşmıştır (TTB, 2008: 22). Kaldı ki, genel olarak geçerli varsayılan hekim sayısı sağlık düzeyi ilişkisi, sağlık hizmetinin yalnızca hekimler eliyle yürütüldüğü kabulüne dayanmakta, hizmetin diğer bileşenleri yok sayılmaktadır (Fişek, 2007:12). Nitekim, haziran 2010 itibariyle ülkemizde aktif olarak çalışan 111 211 hekim bulunurken, hemşire sayısı yalnızca 102 564'tür. 100.000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı, AB ortalaması 322 iken, Türkiye'de bu sayı 153'tür. 100.000 Kişiyeye Düşen hemşire sayısına baktığımızda ise, 727 olan AB ortalaması ile 141 olan Türkiye ortalaması arasında çok daha çarpıcı bir uçurum söz konusudur (DPT, 2010: 45-91). Bu rakamlar, Türkiye'nin hemşire sayısını

artırmasının, hekim sayısını artırmasından çok daha gerekli ve acil olduğunu ortaya koymaktadır.

3.3.1.3. Türkiye’de Yabancı Hekim Çalıştırılması Tartışmaları

Hekim arzını artırmaya yönelik çabaların içinde yabancı hekim istihdamı da yer almaktadır. 15.02.2007 tarihli 5581 sayılı “Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa”yla yabancı hekimlerin Türkiye’de çalışmasına olanak sağlanması ile bu konuda sıcak tartışmalar gündeme gelmiştir. Bununla birlikte Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer, 02.03.2007 tarihinde, yabancı hekimlerin Türkiye’de çalışmasına olanak sağlayan maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için yasayı TBMM’ye geri göndermiştir. Yasanın 6 ve 8. maddelerinde öngörüldüğü gibi, 1. maddeden “Türk bulunmak” ibaresinin çıkarılması, 4. maddedeki “izinli Türk hekimleri” ibaresinin “mezun hekimler” ibaresiyle yer değiştirilmesi, Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından “Türk doktorları merkezli” sağlık politikasından vazgeçilmekte olduğunun ibareleri olarak görülmüş ve yasanın iade gerekçesinde bu değerlendirme yer almıştır. Cumhurbaşkanlığı gerekçesinde yer alan en önemli noktalardan biri de şudur: Bir doktorun ülkeye özgü toplumsal sorunları ve sağlık koşullarını bilmeden hizmet üretmesi sakıncalı olacağı gibi, dil sorunu da bu olumsuzluğu artıracaktır. Gerçekten de hasta tedavisindeki en önemli evre hasta öyküsünün alınması, yakınmaların ayrıntılı biçimde soruşturulması ve olabildiğince kendi sözcükleriyle dosyasına işlenmesidir (Fişek, 2007: 13). Bu anlamda yabancı hekim istihdamı ile hekim arzının artırılması, sağlık hizmetlerinin niteliğinde bir yükselmeye yol açmayacağı gibi, hekim işgücünü ucuzlatmaya ve hekim işsizliğine yol açması daha mümkün görünmektedir.

TTB (2008: 19) de, yabancı sağlık emekçisi istihdamının sağlık emek-gücünün eğitim maliyetlerini düşürmenin ve sağlık emek-gücü gereksinimini karşılamının yanı sıra istihdam fazlası yaratmayı teşvik ederek, sağlık emekçilerini daha düşük ücretle, iş güvencesiz çalıştırabilmenin koşullarının yaratıldığını belirtmiştir.

3.3.2. Türkiye’de Hemşirelik Mesleği ve Hemşirelerin Profesyoneleşmesi

Türkiye’de hemşirelik mesleği, görev tanımının belirsizliği, tıbbi bakım hizmeti alanının denetimine sahip olmaması, mesleğe giriş için gereken eğitim süresinin çeşitliliği, mesleğe ilişkin ortak etik kodların geliştirilememesi, verdikleri hizmetin kadınlara biçilen geleneksel bakım verici rolünün bir uzantısı olarak görülmesi nedeniyle profesyonelleşmemiştir. Son dönemde mesleğe ilişkin yasal düzenlemelerde atılan adımlara ve hemşirelerin dernek ve sendikalar aracılığıyla yürüttükleri mücadeleye karşın, Türkiye’deki hemşirelerin profesyonelleşme basamaklarını dünyadaki örneklerine göre geç tırmadıkları söylenebilir. 1954’ten 2007’ye değin hemşirelerin çalışma koşullarını, yetki ve görevlerini düzenleyen temel yasa, 6283 sayılı Hemşirelik Yasası olmuştur.¹⁵¹ Yasa hükümlerinde de yer aldığı gibi, hemşireler son derece kısıtlı bir yetki çerçevesine sıkıştırılmış, yalnızca hekim tarafından verilen görevleri yapan yardımcı sağlık elemanları olarak tanımlanmışlardır. Hemşirelerin uzun yıllar dile getirdikleri talepler doğrultusunda 25.4.2007 tarihli ve 5634 sayılı Hemşirelik Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa ile Hemşirelik Yasasının birçok maddesinde değişiklik yapılmıştır. Mesleğin görev ve yetkilerini tanımlayan yeni 4. madde şöyle değiştirilmiştir:

“Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanun’a dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar. Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir”.

¹⁵¹ Bu yasanın 4. Maddesi şöyledir: A) Hemşireler müdavi tabip tarafından tavsiye edilen tedavi tedbirlerini uygulamaya yetkilidirler. B) Hemşireler çiçek aşısını ve acil hallerde icap eden pansumanları re’sen tatbik edebilecekleri gibi müdavi tabibin tavsiyesi üzerine sağlık kurumlarında veya dışarıda hastalara deri altına, adale içine ve damar içine şırınga yapmaya yetkilidirler. Bu sebeple mesuliyetleri şırınganın tatbikindeki bilgisizlik, dikkatsizlik ve ehliyetsizlik hallerine münhasırdır C) Hemşireler dispanserler ve sağlık kurumlarınca görevlendirildikleri koruyucu hekimlik işlerinde halka bilcümle sıhhi tedbirleri, sağlık korunma çarelerini ve müracaat etmeleri lazım gelen sağlık kurumlarını bildirirler. Bulaşıcı hastalıklarla savaş tedbirlerini alır ve tatbik ederler. Hemşireler hususi sıfatla girdikleri aile muhitlerinde de yukarıdaki fıkrada yazılı işleri görürler.

Yeni yasa da hemşirelerin profesyonel, özerk bir meslek olarak tanımlanma yönündeki taleplerine yeterli cevabı vermemiş, hemşirelerin ana görevi olarak, hekim tarafından verilen tedavileri uygulamak gösterilmiştir. Ancak toplumun hemşirelik girişimleri ve hemşirelik tanımlama sürecinin yetki ve denetimi hemşirelere verilmiştir. Bununla birlikte bu iki kavramın içerik ve sınırları belirsizdir. Nitekim yeni yasal düzenlemeyle getirilen yetki ve görev dönüşümü, hemşirelik hizmetlerinin güncel uygulamalarında bir dönüşüm yaratamamıştır. Hekimlerin ve teknisyenlerin yerine getirmediği her tür görev ve işlevin hemşirelerce yerine getirildiği görev tanımı belirsizliği devam etmiştir.

Mesleğin profesyonelleşmesinin önündeki önemli engellerden biri, sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü olmak üzere çeşitli eğitim düzeylerindeki personelin hemşirelik mesleğine girebilmesidir. Bu çeşitlilik, uzun yıllardır sorun olarak dile getirilmesine karşın, varlığını korumuştur. Sağlık Meslek Liseleri Sağlık Yüksekokulları'na dönüştürülmek üzere 1996'da YÖK'e devredilmiş, Sağlık Meslek Liselerine öğrenci alımı durdurulmuştur. Ancak 2001 yılında Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı yeniden başlamıştır.

Tablo 17: Öğretim Yıllarına ve Bölümlere Göre Sağlık Meslek Liseleri Mezun Sayıları

Öğretim Yılı	2001-2002	2005-2006	2007-2008
Ebe	10	1.921	1.169
Hemşire	1	1.738	1.992
Sağlık Memuru	254	233	227

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı 2008, s. 79.

Tıbbi bakım hizmeti gibi hayati bir hizmetin, lise mezuniyeti ile gerçekleştiriliyor olmasının yarattığı sorunların yanında meslek liselerinde eğitimin cinsiyete göre ayrıştırılması, hemşirelik mesleğine yakıştırılan toplumsal cinsiyet rollerinin çok erken yaşlarda pekiştirilmesiyle sonuçlanmaktadır. Öğrenim derecesindeki bu çeşitliliğe rağmen hemşireler, nereden mezun olduklarına bakılmaksızın aynı görevleri yerine getirmektedir. Oysa 224 sayılı Yasa, "Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlara denir. Bu hizmet sahasında çalışan ve yüksek eğitim yapmamış olanlar yardımcı sağlık personelidir" düzenlemesiyle, yüksek öğrenim görenler ve görmeyenler arasında sağlık

personeli ve yardımcı sağlık personeli ayrımını yapmıştır. Ancak uygulamada tüm hemşireler yardımcı sağlık personeli olarak işlev görmektedir.

Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşememesinin önündeki bir diğer engel bakım hizmetinin cinsiyetlendirilmiş doğasından kaynaklanır. Öncelikle kadın doğasının bir parçası, kadınlık rollerinin uzantısı olarak görülen bakım hizmeti, ücretli ve profesyonel tıbbi hizmet biçimine büründüğünde dahi, hemşireliğin yakın döneme kadar yalnızca kadınlara açık bir alan olarak kalması ve duygusal emek özelliğini koruması sonucu, düşük vasıflı kadın işi olmayı sürdürmüştür. Hemşirelik 2009 yılına kadar erkeklere yasal olarak kapalı bir alan olarak kalırken, hekimlik ve özellikle cerrahlık, kadınların dezavantajlı ve oransal olarak az olduğu bir alan olarak gelişmiştir. Bununla birlikte tıp fakültelerine giren öğrenciler içinde kadın/erkek oranı giderek yaklaşmış ve hemşirelik yasal olarak erkeklere de açılmıştır. Anayasa Mahkemesi 23.7.2009 tarihli kararıyla 25.2.1954 günlü, 6283 sayılı Hemşirelik Yasasının 1. maddesinin birinci fıkrasında yer alan “Ortaokulu bitirmiş olup 25 yaşından yukarı bulunmayan kadınlardan Hükümetçe açılmış veya tanınmış bir (Ebe – Laborant Hemşire) okulunda üç sene tahsil görüp ...olanlara (Hemşire) unvanı verilir” hükmündeki “kadınlardan” sözcüğü ile ”Türkiye'de hemşirelik sanatını bu yasa hükümleri dâhilinde hemşire unvanını kazanmış Türk kadınlarından başka hiçbir kimse yapamaz” hükmünün Anayasa'ya aykırı olduğuna ve iptaline oybirliğiyle karar vermiştir.¹⁵²

Hekimler, hekim sayısının artırılmasına karşı çıkarken, hemşire sayısının artırılması hemşirelerin temel talepleri arasında yer almaktadır. Buna rağmen Bakanlıkça hemşire sayısının artırılmasından ziyade hekim sayısının artırılması gereksinimi dillendirilmektedir. Hemşire yetiştiren çok sayıda eğitim kurumunun varlığına karşılık, kamu sağlık kurumlarında hemşire istihdamı yetersizdir. Hemşirelikte lisans düzeyinde eğitim veren 84 fakülte her yıl 4000 civarında mezun hemşire vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

152 http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=750&Itemid=41

Sağlık kuruluşlarındaki ünitelerin, kabul edilecek hasta sayısı ve özelliklerinin planlanmasında ekonomik ve teknolojik olanaklarla hekim sayısına bakılmakta, hemşire işgücü göz önünde bulundurulmamaktadır. Mevcut hemşirelerin fazla çalışması ile hasta-hemşire oranları önerilen düzeyde korunmaya çalışılmaktadır (THD, 2008: 19). Aile hekimliği sistemi ile 3000 civarında nüfusa hekim dışında tek bir personelin koruyucu bakım vermesi söz konusu olmaktadır. Ülkemizdeki sağlık personelinin sayısal dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 18: Sağlık Personelinin Mesleklere Göre Dağılımı

	Uzman hekim	Pratisyen hekim	Asistan hekim	Toplam Hekim	Hemşire	Ebe	Sağlık memuru ¹⁵³
Sağlık Bakanlığı	25.886	29.899	7.751	63.536	70.022	43.600	59.846
Üniversite	11.562	147	12.264	23.973	14.153	494	5.782
Özel	18.786	3.812	0	22.598	15.735	3.579	18.365
Diğer	739	1.905	400	3.044	-	-	-
Toplam	56.973	35.763	20.415	113.151	99.910	47.673	83.993

Kaynak: Sağlık İstatistik Yıllığı 2008, s. 65

Kamu sağlık çalışanlarının sendikal örgütlenmedeki konumuna baktığımızda da bizi oldukça çarpıcı bir tablo karşılamaktadır. Sağlık ve sosyal hizmet kolunda çalışanların 103.269'u SAĞLIK- SEN üyesi, 93.907'si TÜRK SAĞLIK-SEN üyesi, 38.768'i SES üyesi, 3.801'i de diğer dört sendikanın üyesidir. Bu sayılar içinde hekim sayısı son derece düşüktür. Örneğin şu anda en çok üye ile yetkili sendika olan SAĞLIK SEN'de hekim üye sayısı yalnızca 5.218'dir. Bu sayı TÜRK SAĞLIK-SEN'de 6.028, SES'te 6.651'dir. Sendikalar bu durumu, hekimlerin çalışma koşullarının ve ücretlerinin görece olarak iyi, statülerinin görece olarak güvenceli olması nedeniyle örgütlenmeye ihtiyaç duymadıkları

¹⁵³ Sağlık memuru sayısı sağlık memuru ve İlk Acil Yardım (Acil Tıp), Sağlık, Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı branşlarında çalışan tekniker ve teknisyenleri içermektedir.

biçiminde açıklamaktadır. Pratsiyen hekimlerin örgütlenme düzeyi daha yüksekken, sendikalı uzman hekim sayısı görece azdır. Üniversite hastanelerinde hekimlerin sendikalaşma oranı daha da düşmekte, profesörlük düzeyinde parmakla sayılabilir bir düzeye inmektedir. Bu örgütlenme profili, hekimler arasındaki statü hiyerarşisiyle benzerlik göstermektedir. Son dönem gelişmelerle hekimlerin sınıf ve statü konumlarındaki dönüşümün sendikalaşma oranlarına nasıl yansıtacağı ve sendikaların bu konuda nasıl politikalar izleyeceği yeni ve kapsamlı çalışmaları hak etmektedir.

Hekimlerin sendikalardaki düşük temsiline karşın, hemşire temsili hekimlerin yaklaşık dört katı kadardır. Örneğin TÜRK SAĞLIK- SEN’de hemşire üye oranı 23.036, SAĞLIK-SEN’de 21.826’dır. Aynı biçimde hemşirelere yaklaşmasa da ebe üye sayısı da tüm sendikalarda hekimlerden yüksektir. Hemşirelik, ebelik ve tıbbi sekreterlik mesleklerinin kadınlardan oluşması ve erkeklerin daha yoğun olduğu hekimlik mesleğinin sendikalardaki düşük temsili, kadınları sağlık sendikalarının taşıyıcıları konumuna getirmiştir. TÜRK SAĞLIK- SEN üyelerinin 39.716’sı erkek, 43.777’si kadın; SAĞLIK-SEN üyelerinin 45.298’i erkek, 51.566’sı kadın, SES üyelerinin 11.446’sı erkek, 15.566’sı kadındır. Bu sendikalar son dönemde kadın komisyonları oluşturmaya, kadın sağlık çalışanlarına yönelik araştırma ve paneller yapmaya yöneldiler de, bu çalışmalar başlangıç düzeyinde ve yetersizdir. Gerek sağlık sektöründe, gerek kamu sağlık sendikalarındaki kadınların sayısal ağırlığı ile ebe ve hemşirelerin yüksek örgütlenme düzeyi, politik düzeyde kadınların sesinin yükselmesini sağlamamaktadır. Gerek sağlık kurumları gerek sendikalar, erkek egemen ve hekim odaklı yapılarını korumaktadır.

Sendikal örgütlenmeye ilişkin bir başka dikkat çekici eğilim, hükümete yakınlığı ile bilinen ve sağlık alanında hükümet tarafından atılan adımları genel olarak destekleyen SAĞLIK-SEN’in üye sayısında gerçekleştirdiği sıçramadır. 2004 yılında 21.024 üyesi bulunan ve üye sayısı sıralamasında üçüncü sırada yer alan bu sendika, 2008 yılında 71.222 üye ile ikinci sıraya yükselmiş, 2009 yılında sağlık çalışanlarının yaklaşık ¼’ini üye yaparak yetkili sendika haline gelmiştir. Sözleşmeli sağlık çalışanlarının %70’i bu sendikada örgütlüdür. Diğer sendikalara göre bu hızlı yükselişin temel nedeni AKP iktidarının “kendi denetiminde bir sendika yaratma” yönündeki ayrımcı politikalarıdır. Buna göre sözleşmeli çalışanlara işe alınırken sözleşme ile birlikte sendika üyelik formu imzalatılmakta, sağlık

kurumlarındaki çeşitli yönetim kademeleri bizzat adı geçen sendikaya üyelik için çalışmalar yürütümekte, diğer sendikalara üye olanlar istifaya zorlanmaktadır.

Bu bölümde, ülkemizde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasalaşmasının temel basamaklarına değinmeye çalıştım. Görüldüğü gibi, ülkemizde sağlık hizmetlerinin tümüyle meta dışına çıkarılması bu konuda en çok adım atıldığı ve sağlık hizmetlerinin piyasa kurallarından görece bağımsız kılındığı sosyalleştirme döneminde dâhi, söz konusu olmamıştır. Bununla birlikte özellikle 1980’li yıllardan itibaren, yeni yasal düzenlemeler ve Toplam Kalite Yönetimi, yalın üretim, İnsan Kaynakları Yönetimi, döner sermaye, performansa dayalı ücretlendirme sistemi gibi yeni yönetsel uygulamalarla sağlık hizmet üretimi kar ve rekabete dayalı bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu yeni yapı içinde sağlık çalışanlarının istihdam biçimleri de esnekliğe ve güvencesizliğe dayalı biçimde yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu yeni düzenlemelerin sağlık ocakları ve hastanelerdeki emek sürecine somut yansımalarını dördüncü bölümde gerçekleştirdiğim saha çalışması sonuçları doğrultusunda ele almaya çalışacağım.

IV. KURAMDAN ALANA: TÜRKİYE’DE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

4.1. Sağlık Hizmet Üretimini Araştırmanın Metodolojisi Üzerine

Bu araştırmada, sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan neo-liberal dönüşüm sürecini üretim noktasına odaklanarak çözümlemeyi amaçladım. Bu amaç doğrultusunda, tıbbi bakım hizmeti üretiminin ana mekânları olan sağlık ocakları ve hastanelerde araştırma gerçekleştirdim.

Çalışmanın başlarında vurguladığım gibi tez konum –en az- iki belirgin metodolojik sorun alanını bünyesinde barındırıyordu. İlki emek süreci çalışmaları ile ilgili; bu zengin yazının tipik analiz birimi, fabrika gibi, belli bir hammaddeyi nihai ürüne dönüştüren üretim mekânlarıdır. Eleştirel emek süreci yazınına referansla belli bir kuramsal çerçeve oluşturmak mümkün olsa da, bu çerçeveyi sağlık gibi temel bir hizmet üretim sürecinin analizi bakımından işler kılmak, ya da kuramsal çerçeveyi analiz çerçevesine dönüştürmek gerekecektir. İkinci metodolojik sorun alanı devleti ve toplumu yeniden yapılandırmaya dönük neoliberal “reform” siyasetleriyle ilgilidir. Neoliberal “reformlar”, gerek savunucuları gerekse de karşıtları bakımından esas olarak söz konusu siyasalara referansla değerlendirilmiştir. Somut saha çalışmaları gündeme geldiğinde de, genellikle, çalışmadan elde edilen veriler, neoliberal siyasaların tezahürleri ya da edilgen sonuçları olarak görülmüştür. Oysa bu çalışma, sağlık hizmeti emek sürecini, neoliberal reform siyasalarının gerçekleşme biçimini şekillendiren temel toplumsal üretim mekânları olarak kavramayı amaçlamıştır. Bir bakıma, bu çalışmanın temel kuramsal iddiası, “sağlıkta dönüşümün ne anlama geldiği ve nasıl gerçekleştiği, yalnızca siyasetine referansla değil, sağlık hizmetinin üretildiği emek sürecine bakılarak kavranabilir” biçiminde formüle edilebilir.

Bu çalışmada sözünü ettiğim iki metodolojik kısıtı aştığımı ileri süreceğim değilim; ancak, sadece, sözü edilen sorunlarla yüzleşmeye gayret gösterdim. Bunun belirgin göstergesi, alan çalışmasını nitel araştırma deseni ile planlamış olmamdır. Nitel araştırma deseni, inceleme nesnesini doğal ortamında, bütünlüklü olarak, tarihsel-toplumsal bağlamı içinde

kavramayı öngörür. Yukarıda sözünü ettiğim iki metodolojik kısıt karşısında dururken, geleneksel bilimsel çalışmanın nicel desenli araştırmasına yeltenmem, yöntemsel olarak fazlasıyla zorlama bir tutum olurdu. Sağlıkta dönüşüm gibi bir konunun ve burada formüle edildiği şekliyle inceleme nesnesinin, öncelikle derinliğine kavranması gerekiyordu. Bu durumda, okuyucu, belki “ne kadar” sorusuna istatistikî genellemelerle yanıt bulamayacaktır. Bulacağı yanıtlar, kuramsal genellenenin sonuçları olacaktır.

Nitel desenli araştırmada örnek olay çalışması yöntemi kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat¹⁵⁴, grup görüşmeleri, katılımcı ve katılımcı olmayan gözlem teknikleriyle veri toplanmıştır. Daha önce değindiğim gibi, çalışmanın bütünsel ve derinlemesine bir araştırmayı gerekli kılması nedeniyle, yöntem olarak örnek olay çalışmasını tercih ettim. Çünkü sağlık hizmetlerinde metalaşma ve sağlık reformları üzerine önemli ve yüklü bir birikim mevcut olmasına rağmen, söz konusu dönüşümlerin Türkiye özelinde emek sürecinde nasıl gerçekleştiğine ilişkin derli toplu bir yazın mevcut değildir. Sağlık kurumlarının gündelik işleyişlerinde nasıl bir dönüşüm gerçekleştiğini, hizmet üretiminin örgütlenmesinde ne tür değişiklikler olduğunu ve bu sürecin çalışanlar tarafından nasıl deneyimlendiğini, salt mevcut yazını okuyarak kavramak mümkün değildir. Bu çalışmanın ana gerekçesi de bu boşluğun varlığıdır. İnceleme nesnesinin bütünlüklü bir biçimde kavraması ve çözümlenmesi için örnek olay çalışmasının kimi avantajları söz konusudur.¹⁵⁵ Örnek olay çalışması; sosyal olguları, tekil bir olayın doğal ortamında, karmaşıklığını ve bağlamını dikkate alarak ve bütünlüğünü ve birliğini koruyarak anlamamızı ve derinlemesine çözümlememizi sağlayan bir yöntemdir. Olay; bir birey, bir rol, bir grup, bir örgüt, bir ulus, bir süreç, bir politika ve daha pek çok şey olabilir (Punch, 2005: 144).

¹⁵⁴ Görüşme soruları EK 1’de yer almaktadır.

¹⁵⁵ Punch (2005)’in de belirttiği gibi olgu ve süreçlerin örnek olay çalışması ile kavranması ve ortaya konulmasının ardından geniş çaplı bir alan taraması gerçekleştirilmesi, gerek çalışmanın genellenebilirliği, gerekse nicel bir şemayla mevcut durumun somut görünümünü ortaya koyması açısından olumlu sonuçlar doğurabilirdi. Ancak böyle bir çalışma, belirli süreyle sınırlanmış, araştırma sürecinin tüm aşamalarının tek başına gerçekleştirildiği bir doktora tezi çalışmasının sınırlarını aşardı. Bununla birlikte bu çalışmada elde edilen önermelerin aynı konuda ileride gerçekleştirilecek bir alan taramasına ışık tutmasını ve bu çalışmanın eksiklerinin gelecek çalışmalarla tamamlanmasını umut ediyorum.

Örnek olay çalışmasını en çok kullanan sosyoloji disiplininin, 1930'lu yıllarda daha bilimsel olma yönündeki mücadelesi, nicel yöntemleri öne çıkarmış ve örnek olay çalışmalarının görece önemi azalmıştır. Bununla birlikte 1960'lı yıllarda nicel yöntemlerin sınırlarının farkına varılması nitel yöntemlere yönelik ilgiyi tazelerken, 1967'de Strauss ve Glaser'ın geliştirdiği Temellendirilmiş Kuram (Grounded Theory) yöntemi ile örnek olay çalışmaları yeniden önemsenmeye başlamıştır (Tellis, 1997a).

Örnek olay çalışmasına yöneltilen eleştirilerden en önemlisi -ki bu aslında nitel desenli araştırmaya yöneliktir- bir veya birkaç durumdan yola çıkarak bir genellemeye gitmesiyle ilgilidir. Yin (1994) bu eleştiriye, genele uygulanabilirliğin (genellenmenin) çalışmanın metodolojik nitelikleri ve titizlikle inşa edilmiş olup olmamasına bağlı olduğunu ileri sürerek karşı çıkar. Burawoy (1998) ise, bu eleştirinin bilimi yalnızca pozitif bilimden ibaret görenlere özgü bir eleştiri olduğunu dile getirir ve bize pozitif bilimle kurduğu eleştirel ilişkiden doğan “genişletilmiş örnek olay çalışması” adını verdiği alternatif bir metod önerir. Burawoy örnek olay çalışmalarıyla teori arasında farklı bir ilişki kurar. Bu yöntemi, teorinin kabul veya reddedilmesinin bir yolu olarak değil, geliştirilmesi veya yeniden inşa edilmesinin bir yolu olarak görür. Aynı biçimde temellendirilmiş kuram da, verilerden kuram türetme amacı taşıyan bir araştırma stratejisidir.

Örnek olay çalışmasında başvurulan başlıca kaynaklar; dokümanlar, arşiv kayıtları, mülakatlar, doğrudan gözlem, katılımcı gözlem ve varsa diğer fiziksel araçlardan oluşur. Dokümanlar; mektuplar, ajandalar, günlükler, gazete makaleleri gibi belgelerdir. Arşiv kayıtları; örgütsel kayıtlar, alan taraması verileri, isim listeleri gibi kayıtları içerir. Mülakatlar; örnek olay çalışmasının en önemli veri geliştirme araçlarıdır. Doğrudan gözlem, örnek olay çalışması sırasında, alan ziyareti yapıldığında gerçekleştirilir. Başka gözlemcilerin de katılımı, güvenilirliği artırır. Katılımlı gözlem, araştırmacıyı aktif bir katılımcı haline getirir. Fiziki yapılar, araştırma sürecince toplanan araç gereçler veya diğer fiziksel kanıtlardır. Bu kaynaklar içinden çalışmaya uygun olanlar seçilerek kullanılır. Tüm kaynaklar her çalışma için elverişli olmayabilir (Tellis, 1997b). Aşağıda Tellis (1997b)'nin

şemasından yararlanarak, araştırma için kaynaklara erişiminin güçlü ve zayıf yanlarını göstermeye çalışacağım.

Tablo 18: Araştırmada Kullanılan Veri Derleme/Geliştirme Kanallarının Güçlü Ve Zayıf Yanları

Kaynak	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Belgeler		<ul style="list-style-type: none"> Erişim Güçlüğü Ajanda, günlük gibi belgelere ulaşılamaması, yalnızca az sayıda gazete haberi ve sosyalizasyon sürecine ilişkin tarihsel değerlendirmeye erişilebilmesi
Arşiv Kayıtları	<ul style="list-style-type: none"> Toplam Kalite Uygulamaları ile hastanelerde pek çok kayıt tutulmaya başlanması Hacettepe Üniversitesi tarafından yayınlanan Yenice ve Etimesgut Sağlık Ocaklarına ilişkin Çalışma Raporlarında çok sayıda veri bulunması 	<ul style="list-style-type: none"> Yöneticiler veya çalışanlar tarafından personel kayıtlarına ve bazı istatistiklere erişimin engellenmesi Ülkemizde arşiv geleneğinin bulunmaması İstatistiki veriler, iş akış şemaları gibi belgelere araştırma öncesinde değil araştırma esnasında erişilebilmesi
Mülakatlar	<ul style="list-style-type: none"> Örnek olay çalışmasına odaklanan, verimli görüşmeler gerçekleştirilmiş olması 	<ul style="list-style-type: none"> Yoğun çalışma temposu ve idari baskı gibi nedenlerle görüşmeyi kabul etmeyen çok sayıda çalışan bulunması.
Doğrudan Gözlem	<ul style="list-style-type: none"> Zamana yayılan, katılımcı olmayan gözlem olanağı bulunması Hastanelerde yoğun kalabalık içinde gözlemci olduğumun fark edilmemesi doğal akışı etkilememiştir 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık Ocaklarında gözlem yaptığının bilincinde olunması süreci değiştirmiş olabilir.
Katılımcı Gözlem	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık çalışanlarını araştırmacı olarak gözlemlemek ve görüşme yapmanın yanı sıra hasta ile kurdukları gerçek ilişkinin gözlenebilmesi sağlanmıştır 	<ul style="list-style-type: none"> Çalışan olarak katılımcı gözlem gerçekleştirmemin mümkün olmaması Hasta olarak katılımcı gözlem yapmamın yansız bir tutuma engel oluşturabileceği düşünülebilir.

Araştırmada uyguladığım yöntemi araştırma deneyimimi aktararak çözümleninin, gerek araştırma sürecini gerekse yöntemsel avantaj ve dezavantajları daha anlaşılır kılacağımı düşünüyorum. Bu nedenle başlangıcından bitişine kadar araştırma serüvenimin çarpıcı noktalarını ele almaya çalışacağım.

Araştırma stratejimi geliştirirken, tekil bir örnek olay çalışması yapmak yerine, çoklu örnek olay çalışması gerçekleştirerek farklı tipteki kamusal sağlık örgütlerinde emek sürecindeki dönüşümün farklı ve benzer yanlarını ortaya koymayı tercih ettim. Bu noktada çalışmayı gerçekleştireceğim kurumların seçimi büyük önem taşıyordu. Kurum seçimimi

ve araştırma tasarımı gerçeğeştirmeden önce Türk Tabipler Birliği (TTB), Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) ve Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası (Dev-Sağlık İş) yönetici veya uzmanlarıyla, yakın çevremde bulunan birkaç hekim, hemşire ve teknisyenle yapılandırılmamış görüşmeler gerçeğeştirdim. Bu görüşmeler sağlık kurumları seçim kriterleri, araştırma soruları ve araştırma tasarımı konusunda yönlendirici oldu.¹⁵⁶ Araştırmanın gerçeğeştirileceği sağlık kurumlarını seçerken, ilk kriter geçmiş dönemle karşılaştırma yapmaya elverişli bir tarihsel arkaplana sahip olmasıydı. Bununla birlikte dönüşümün kolaylıkla izlenebileceği değişikliklerin meydana gelmiş olması da önemli bir kriterdi. Bu anlamda köklü bir geçmişe sahip olan ve SSK'dan Sağlık Bakanlığı'na devredilen Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi biçilmiş kaftan oldu. Üniversite Hastanesi olarak Gazi Hastanesi'nin seçilmesi ise dönüşümün kırılma noktalarından biri olan 1980'den hemen önce, 1979 yılında kurulmuş olması, gelenekçi olmayan ve hızla dönüşen bir hastane olması, aynı zamanda ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Belgesi alan ilk Devlet Üniversitesi Hastanesi olması gibi nedenlere dayanıyordu. Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi¹⁵⁷ ise hem SSK'dan devredilmiş olması hem de özel dal hastanesi olması nedeniyle önemliydi. Bütün bunların yanı sıra, yapılan ön görüşmelerin yönlendirmesiyle, hastanelere giriş ve araştırma kolaylığını da göz önünde bulundurdum. Araştırmayı ilk tasarladığımda Cumhuriyetin ilk doğumevi olan ve son yıllarda toplam kalite uygulamalarıyla öne çıkarak KAL-DER'den kalite ödülü alan Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde örnek olay çalışması yapmayı planlamıştım. Bununla birlikte yeni doğan ünitesinde gerçeğeşen art arda ölümlerin yankısını henüz atlatamamış olan hastanede, yönetimin ve personelin araştırmaya sıcak bakmayacağı öngörülebiliyordu. Onun yerine araştırmaya daha açık olan, araştırmayı kolaylaştırıcı olması muhtemel irtibat kişileri bulunan hastanelere odaklandım. Ancak araştırmayı noktaldıktan sonra, başından beri Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren bir hastanede araştırma yapmamış olmanın bir

156 En az söz konusu görüşmeler kadar başta Doç. Dr. Metin Özüğürlü olmak üzere Prof. Dr. Gürhan Fişek, Prof. Dr. Gamze Yücesan- Özdemir ve Doç. Dr. Mehmet Zencir araştırma için yolunu çizmemi sağlayan çok önemli katkılarda bulundular ve araştırma boyunca desteklerini esirgemediler.

157 Ben araştırmayı gerçeğeştirdikten sonra hastanenin ismi değiştirildi. İsim değişikliği gerekçesini 4. Bölümde ele alacağım.

eksiklik olduğunu düşündüm. Böyle bir araştırma SSK'dan Bakanlığa devredilmiş olan hastane araştırmasının verileriyle bir karşılaştırma yapma olanağı sağlayabilirdi.

Bunun yanı sıra hem koruyucu hem de tedavi edici hizmet veren örnekler seçmeye dikkat ettim. Koruyucu hizmetler için seçtiğim sağlık ocakları sosyalleştirme uygulamalarının pilot merkezleri olarak 1970'li yıllardan bu yana hizmet veren, dolayısıyla geçmiş dönemle karşılaştırma yapmak üzere ilgili kişi ve belgelere ulaşabildiğim Yenice ve Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocakları oldu. Sağlık ocağının şimdiki personelinin yanı sıra, 1970'li yıllarda bu iki bölgede görev yapmış iki hekimle derinlemesine görüşme yaparak, bu iki sağlık ocağının geçmişteki işleyişlerini öğrenme fırsatı da buldum.

Araştırmanın en zorlu safhası, izin süreci oldu. Araştırmayı gerçekleştirmek üzere Gazi Üniversitesi Rektörlüğü'nden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almam gerekiyordu. Ancak izin süreci zorlu ve uzundu. 06.04. 2009 tarihinde yaptığım başvuru Gazi Hastanesi Başhekimliği'nce 25 Mayıs 2009, Sağlık Bakanlığı'nca 22.05.2000 tarihinde sonuca bağlandı. Tüm evrakları elden teslim ve takip ettiğim halde¹⁵⁸ her iki kurumdan izin başvurumun sonuçlanması için bir aydan fazla beklemem gerekti. Sağlık Bakanlığı'nda ilgili birimler izin verme konusunda inisiyatif almak istemedikleri için, ilgili tüm diğer birimlere görüş sordular. Sağlık Reformlarının uygulamaya konmasının üzerinden kısa bir süre geçmiş olması ve reformların halen devam etmesi, söz konusu çekinceyi anlaşılır kılıyordu. Nitekim hatırlı bir aracının desteği olmadan Sağlık Bakanlığı'ndan izin almış olmam pek çok kişi için şaşırtıcı oldu. Araştırma yaptığım hastanelerden birinde bir başhekim yardımcısının açıkça “kimin sayesinde izin aldınız?”, “sizi kim gönderdi” diye sorması, bu şaşkınlığın temelsiz olmadığını da kanıtı gibiydi.

158 Elden evrak teslim ve takip etmek her gün Sağlık Bakanlığı'na giderek dilekçemin durumunu sorgulamak üzere beklememi, birkaç oda dolaşmamı, imzadan çıkmamışsa elim boş dönmemi, imzadan çıkmışsa sevk edildiği bir sonraki makama dilekçemi ulaştırmamı gerektiriyordu. Bu durum haftanın en az 2 günü Bakanlık birimlerinin koridorlarında uzun bekleyişler anlamına geliyordu. İzin başvurusunun Bakanlık içinde bir daireden görüş sormak üzere alt kattaki daireye sevk edilmesi bir defasında 10 gün sürdü. Memurlar inisiyatif almaktan o denli çekiniyorlardı ki, dilekçemi götürmek üzere Etimesgut Sağlık Grup Başkanlığı'na nasıl ulaşabileceğimi ilgili memura sorduğumda, benden adres talep dilekçesi istedi. Buna karşı direnmeme rağmen bu bilgiye ulaşmak üzere dilekçe verdim.

Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde de doğrudan Rektörlüğe başvurup izin almak söz konusu değildi. Uzun bürokratik bir süreç, Tıp Fakültesi- Rektörlük- Tıp Fakültesi arasında mekik dokumayı ve bu birimlerde birkaç oda dolaşmayı gerektiriyordu. İzin sürecinin sonuçlanmasını beklerken, bir yandan da pilot çalışma için kolları sıvadım. Gazi Hastanesi'nde gerçekleştirdiğim pilot çalışma gerek araştırma alanını tanımak gerekse araştırma sorularına son halini vermek açısından faydalı oldu. Sağlık ocakları daha küçük, daha basit örgütsel yapılar olduğu için, işleyişi kavramak bir nebze daha kolaydı. Ancak hastanelerin tıbbi bakımın yanı sıra otelcilikten yemeğe, hasta kabulden güvenliğe, çok sayıda birimi ve hizmeti içeren devasa örgütsel yapılar olmaları, öncelikle işleyişin anlaşılmasını gerektiriyordu. Kendisine has bir dile ve örgütsel yapıya sahip olan ve sosyal bilimcileri “bilimciden” ziyade gazeteciye benzeten hastane mekanlarında, tıbbi bakım hizmetlerinin işleyişini ve örgütlenişini kavramam bu pilot çalışma sayesinde mümkün oldu. Bununla birlikte henüz araştırma iznimin bulunmayışı pilot çalışma sırasında pek çok kapının yüzüme kapanmasına da yol açtı. Böylesi durumlarda kişisel ilişkiler devreye girdi ve bu kanalla pilot çalışmayı gerçekleştirmem mümkün hale geldi.

İlk örnek olay çalışmamı, 5 kişilik bir ekiple hizmet veren Yenice Köyü Sağlık Ocağı'nda gerçekleştirdim. Onu Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı, Gazi Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi takip etti. Örnek olay çalışmaları için Yenice Sağlık Ocağı'nda bir hafta, Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı'nda 2 hafta, Gazi Hastanesi'nde 40 gün, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam 1,5 ay geçirdim. Son iki hastanenin aynı bahçede yer almasından yararlanarak çalışmayı eş zamanlı biçimde gerçekleştirdiğimi de belirtmeliyim. Araştırma süreleri boyunca hafta içi her gün sabah 9.00'dan akşam 16.30'a kadar vaktimi alanda geçirdim. Görüşme saatleri dışında girebildiğim her alanda gözlem yapmaya çalıştım. Kimi günler, hemşire veya asistanlardan görece daha az yoğun oldukları akşam saatine randevu aldığım için, geç saatlere kadar hastanelerde bulunduğum da oldu. Hastanelerde geçirdiğim uzun sürelerle göz aşinalığı tesis etmiş olmalıyım ki, beni sürekli görmeye alışan sağlık personeli tarafından yemekhaneye veya hemşire odasında çay

içmeye davet edilmek, hastanenin sadece personele açık alanlarında da gözlem yapma şansı bulmama vesile oldu.

Hastane araştırmalarını gerçekleştirirken, belirli bölümler seçerek gözlem ve grşmelerimi bu bölümlerde yoğunlaştırmayı tercih ettim. Genel bir bölüm olması nedeniyle genel cerrahi, çok sayıda alet kullanan bir cerrahi bölüm olması nedeniyle teknolojik gelişmeden ve ihale mevzuatından çok etkilenen ortopedi, dâhiliye veya teknolojik gelişim ve uzmanlaşma ile öncekinin aksine kendi tetkik ve müdahalelerini kendi yapmaya başlayan gastroenteroloji, genel bir alan olan ve son yıllarda çok sayıda yeni uzmanlık alanı doğuran pediatri, teknolojik dönüşümün açıkça izlenebildiği ve tanı süreçlerinde başrol oynayan radyoloji ile biyokimya, cerrahi bir bölüm olan, hastaneye önemli bir girdi sağlayan ve son dönem etik tartişmalarla en çok gündeme gelen kadın doğum, ilaç teknolojisindeki gelişimin katkı sağladığı ve ilaç tketiciminin oransal olarak çok artış gösterdiği alanlardan biri olan psikiyatri, seçtiğim blmlerdi. Araştırmada, yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlayarak seçilen bölümlerde görevli sağlık çalışanlarıyla (hekimler, hemşireler, anestezi, radyoloji teknisyenleri, laborantlar, psikolog ve fizyoterapistler) derinlemesine görüşmelerin yanı sıra grup görüşmeleri de gerçekleştirdim. Sağlık personeli içinde en zorlandığım kesim hasta bakıcılar oldu; birçoğu görüşme talebimi geri çevirdi; görüşmeyi kabul edenler de son derece ketum bir tutum takındılar. Yapılan görüşmelerin verimli olmaması nedeniyle hasta bakıcı görüşmelerini analiz sürecine dahil etmemeyi uygun gördüm. Sağlık personeli haricindeki (sekreterlik, güvenlik, yemek temizlik vb.) personelleri de araştırmanın kapsamı dışında tuttum. Ayrıca hastanelerin başhekimlik, müdürlük, istatistik, kalite ve personel birimleriyle de görüşmeler yaptım. Bu birimlerden hastane ile ilgili istatistikî veri, bilgi ve dokümanlar elde etmeye çalıştım. Personel bilgilerine erişmem mümkün olmadı. Bu bilgilere erişmek; sağlık personelinin çalışma statüsünün dağılımını ve dönüşümünü (memur, sözleşmeli, taşeron vb) izlemek açısından önemliydi. Bu bilgilere erişememiş olmayı çalışmamın eksik bir yönü olarak görüyorum. Diğer istatistikî verilere (r. cerrahi girişim sayısı, yatan hasta ve ayaktan tedavi sayıları gibi) erişmeme bazı yerlerde izin verilse de, bu verilerin fotokopisini ektirmeme izin verilmedi. İstatistik ve kalite birimindeki dosyalar üzerinde birkaç saatlik çalışma sonucunda verileri not edebilme imkânı bulabildim.

Hastane ve sağlık ocaklarının tarihine ilişkin kayıt, broşur ve kitapçık bulmaya yönelik çabalarım boşa çıktı. En üzücüsü ise Türkiye sağlık örgütlenmesi tarihi açısından önemli bir yeri olan Yenice Sağlık ocağında böyle bir belge bulup bulamayacağıma dair soruma 1990'ların sonuna doğru yapılan bir temizlikte arşivlerin SEKA'ya gönderilmiş¹⁵⁹ olduğu yanıtıydı

Sağlık ocaklarında öncelikle sorumlu hekime, hastanelerde öncelikle Başhekim/Başhekim Yardımcılarına izin belgemle başvurarak kendimi tanıttım, araştırma amacımı ve sürecimi açıkladım. Gazi Hastanesi'nde oldukça hatırlı bir referansla başvurmamın da etkisiyle, elindeki tüm olanakları seferber eden hastane müdürü haricinde, hiçbir yöneticiyle görüşme fırsatı bulamadım. Diğer iki hastanede ise, yöneticiler görüşme yapma konusunda isteklilerdi; bu görüşmelerde ağırlıklı olarak SSK'dan Sağlık Bakanlığı'na geçişle hastanede gerçekleştirilen olumlu gelişmelerden söz ettiler. Başhekimlerle tanışmanın ardından, araştırma yapacağım her bölümün bölüm başkanı veya klinik şefine de kendim ve araştırmam hakkında bilgi vermeyi ihmal etmedim. Böylece özellikle yardımcı sağlık personeliyle, araştırmanın birim amirlerinin de bilgisi dâhilinde gerçekleştiğini ifade ederek daha rahat görüşme imkânı buldum. Hastanelerde ilk olarak tanıdık bir çalışana ulaşarak, o kişiden hastanenin genel yapısı hakkında bilgi aldım ve onun yönlendirdiği kişiler aracılığıyla görüşmelere başlamaya çalıştım. Başlangıç için bu yöntemi, tanıdık referans kişi bulamadığımdan, sağlık ocaklarında kullanamadım. SES ve TTB kanalıyla referans kişilere erişebilme olanağım bulunsa da, bunun yönetici ve çalışanlarda ters tepki yaratacağını öngördüm ve bu kanallara çok fazla başvurmadım. Nitekim özellikle SES mensuplarının ağır baskı altında bulunmaları, araştırmaya yardımcı olma konusunda çok hevesli davranmamalarına neden oldu.

İzin başvuru dilekçemde nitel yöntem kullanacağımı belirtmiş ve görüşme sorularıma yer vermiş olmama rağmen, meramımı anlatmaya çalıştığım çoğu memur ve yönetici beni

159 SEKA 1990'ların sonuna doğru gözden çıkartıldı ve kapatıldı. Demek ki KİT olarak kağıt üretme işlevi bitse de kamuya ait kayıtların imha merkezi olma işlevi sürmekteymiş.

benzeri bir soruyla karşıladı: “yani siz hastanelerde anket yapmak istiyorsunuz değil mi?”. Bir süre sonra anket yapmayacağım, yalnızca yüzyüze görüşmeler gerçekleştireceğim konusunda ısrarcı olmaktan vazgeçtim ve üst yazısında: “ekte bulunan... anket uygulamasını ... yapabilmesi ile ilgili... yazısı ekte gönderilmiştir” ibaresi yer alan izin yazımı gördüğümde şaşırmadım. Böylece yalnızca gerçekleştirdiğim yazın taraması değil, Bakanlıktan izin alma sürecim de, tıbbi bakım kurumlarına yönelik araştırmalarda daha çok nicel yöntemlerin kullanıldığını ortaya koymuş oldu. Bu anlamda kullandığım yöntem ve teknikler, her ne kadar hastane koridorlarında bilimsel araştırmadan ziyade gazeteci faaliyeti gibi görülse de, çalışmamı ayırt edici kılan özelliklerdendir. Hastanelerde yüz yüze derinlemesine görüşmelerle veri toplamak çalışma açısından gerçekten de bir avantaj oluşturdu. Çünkü sağlık çalışanı yanıtlayıcılar, deyim yerindeyse, “anket formu müptelası” olmuş durumdadılar. Kalite uygulamaları nedeniyle, günleri, çok sayıda form ve anket doldurmakla geçiyor; bilimsel sağlık araştırmalarında kapalı uçlu sorulardan oluşan anketlerin kullanılmasına da oldukça alışık. Bu nedenle, özellikle yardımcı sağlık personelinin çoğu görüşme talebimi, “sakın anket deme”, “valla anket doldurtacaksan kusura bakma” gibi tepkilerle karşıladılar. Hatta bir hemşire şakayla “anket yapacaksan masaya bırak, hepsini okumadan işaretlerim” dâhi dedi. Araştırmaya ilk başta olumlu bakmayan çok sayıda yardımcı sağlık personeli, derinlemesine görüşmenin ilerleyen dakikalarında, seslerini başka yerlere iletebilmenin umuduyla, çekingenliklerini üzerlerinden attılar ve daha samimi yanıtlar verdiler. Bununla birlikte ne hekimleri ne de yardımcı sağlık personeli görüşme yapmaya ikna etmek kolay oldu. İş yoğunluğu ve vakitsizlik, en çok karşılaştığım gerekçeydi. Böyle durumlarda uygun oldukları bir zaman için randevu almaya çalıştım. “Bıktım sizin araştırmalarınızdan” sözleriyle odasından kovan bir hekimle de, “kimin izniyle buradasınız, hangi sıfatla çalışma çizelgesini inceliyorsunuz” diyerek öğretim üyeleri koridorundan kovan bir hekimle de karşılaştım. Bunun gibi zorlu anlarda, sakın biçimde araştırma gerekçemi açıklamak ve hiç yanımdan ayırmadığım izin kâğıdımı göstermek, bazen görüşmeyi kabul etmelerini sağladı. Hekimler beni diğer hekimlere yönlendirmek konusunda çok çekingen davrandılar. Ancak kendileriyle görüşme gerçekleştirdiğim pek çok hemşire, beni bir başka hemşireye yönlendirmekten hatta bazı durumlarda benimle gelerek arkadaşlarına tanıştırmaktan çekinmedi.

Görüldüğü gibi bu çalışmanın yöntem bölümünü, bizzat kendi saha deneyiminin izinden giderek kaleme aldım. Zira araştırma yöntemi, bilimsel bilgi alanı olduğu kadar, bir tür zanaatkârlık alanı da; uygulamalarla yetkinleşmiş deneyim bilgisinin, özellikle sosyal araştırmalarda, yöntemin esasını oluşturduğu dahi söylenebilir.

Aşağıda nitel araştırma sonuçlarının analizini yaparken, hem elde edebildiğim tarihsel ve istatistiksel verileri, hem de gözlem ve görüşme sonuçlarını bir arada aktarmaya çalışacağım. Hastane araştırmalarının sonuçlarını aktarırken, aradaki farklılaşmayı sergileyebilmek amacıyla Gazi Hastanesi'nde dahili, cerrahi ve tetkik birimleri; Dışkapı Y.B.E.A.H'de ise dahili-cerrahi birimler ve tetkik birimleri olmak üzere bir ayırım yapmayı uygun buldum. Dışkapı Y.B.E.A.H'de, sağlık emek sürecinin dönüşüm konusunda en çarpıcı gelişmenin Sağlık Bakanlığı'na devir olması, görüşmecilerin de daha çok bu konuya odaklanmasına ve birimler arası farklılığın net bir biçimde ortaya konulamamasına yol açtı. Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde cerrahi ve tetkik birimlerinde araştırma gerçekleştiremediğim için böyle bir ayırma gitmedim. Görüşmecilerin isimlerini kullanmam araştırma etiğine aykırı olacağı için, her bir görüşmeci için meslek gruplarına göre ayrılmış kodlar kullandım. Örneğin hemşireler için H, doktorlar için D, sağlık memurları için SM, teknisyenler için T harflerini kullanarak, her hastanede görüşülen kişileri, D1, D2, D3 biçiminde bir sıralamaya tabi tuttum.

4.2. Bulguların Işığında Sağlık Emek Sürecinde Dönüşüm

4.2.1. Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı: Bir Modelin Trajik Öyküsü

Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı'nda 4 doktor, 1 sağlık memuru, 3 ebe ve 3 hemşire ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Kadroda bulunan personelin önemli bölümünün çeşitli hastanelerde geçici görevde veya eğitimde olması ocakta aktif hizmet veren hekim sayısını azaltmıştır. Geçici görevlendirmeler sağlık personelinin en çok yakındığı sorundur. Aynı zamanda kimi durumlarda fiilen ceza veya tehdit aracı olarak da geçici görevlendirmeler kullanılmaktadır. Görüşmelerde katılımcıların kabul ettiği

koşullarda ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Hemşire ve ebelerin bir bölümü cihaz kullanımını reddetmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği iki hafta boyunca katılımcı olmayan gözlem gerçekleştirilmiştir. Yemek araları ve çay molalarında sağlık ocağı bahçesinde ve hemşire odasında personelle bir arada vakit geçirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Etimesgut Sağlık Bölgesi Çalışma Raporları gözden geçirilerek günümüzdeki durumla karşılaştırma yapılmasına çalışılmıştır. Her iki Sağlık ocağında da arşivler yok edildiğinden, söz konusu çalışma raporları haricinde geçmişten kalan bir yazılı bilgi veya belgeye rastlanmamıştır. Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı'nın imzaladığı protokol kapsamında bölgede uzun süre görev yapmış olan Prof. Dr. Rengin Erdal ile de derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir.

4.2.1.1 Etimesgut Sağlık Bölgesi'nde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

1928 yılında Bulgaristan'dan gelen göçmen topluluğu Atatürk'ün talimatıyla Ankara'nın Etimesgut bölgesine yerleştirilmiş ve bu yerleşim yerinde 1930 yılında "Eti Mes'ut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri" adıyla bir dispanser hizmete açılmıştır. Bu dispanser etkinliğini 1.6.1937 tarihine kadar bu isimle sürdürmüş ve bu tarihte Sıhhat Merkezi olarak hizmet vermeye başlamıştır (Uğurlu, 1994:3).

Eti Mes'ut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri, dönemin Sağlık Bakanı Refik Saydam tarafından Etimesgut bucak merkezi ve köylerinde koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sürdürmek üzere, örnek bir kuruluş olarak tasarlanmıştır. Böylece bu dispanser, ülkemizde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulduğu ilk dispanser olur. Salgın ve bulaşıcı hastalık taşıyan hastalar dispanserde yatırılmayıp, Ankara Numune Hastanesi'ne sevk edilmektedir. Böylece Cumhuriyetin iki numune sağlık merkezi arasında sevk sistemi kurulmuştur. Dispanserde hekimin amirliğinde, ebe, sağlık memuru, idare memuru, hasta bakıcı ve eczacı görev yapmaktadır. Dispanser hekimin amiri ise İl Sağlık Müdürü'dür (Aydın, 2002: 42-45).

1934 yılında atanan yeni başhekim Dr. Cemalettin Or'un öncülüğünde dispanser "Sıhhat Merkezi"ne dönüştürülür. Or, daktilo ile yazılmış kişisel notlarında hekimliğin insan

sağlığına iki büyük yoldan hizmet ettiğini belirtir. Birinci yol “iyi edici hekimlik”, ikincisi ise “koruyucu hekimlik” yoludur. Or sıhhat merkezlerini işlevini şu şekilde açıklar “Sıhhat Merkezleri... yurdumuzda... hem 'İyi Edici' ve hem de 'Koruyucu Hekimlik' sahasında çalışmaya mecburdurlar. Bizde de halkın iktisadi seviyesi yükseldikçe ve tıbbi yardım davası halledildikçe, yavaş yavaş esas görevleri olan 'koruyucu hekimliği', 'iyi edici hekimlikten' ayıracak Sıhhat Merkezleri olacaktır”. Bu merkezlerin görevlerini ise şöyle tanımlar:

1. Her çeşit bulaşıcı hastalıklarla mücadele
2. Verem, frengi, akıl hastalıkları gibi içtimai hastalıklarla mücadele
3. Gebelerin takip ve himayesi
4. Süt, oyun ve okul çocuklarının himayesi
5. Halkın sağlık bilgilerini arttıracak eğitim ve propaganda
6. Mıntıkanın içme suyu, kanalizasyon, sıhhi mesken gibi hıfzıssıhha işlerinin murakabesi (Uğurlu, 1994: 28-29).

Etimesgut’un Sıhhat Merkezine dönüştürülmesiyle hizmette meydana gelen en önemli değişiklik, sağlık fişi kullanımına geçilmesidir. Bu fişlerle merkez çevresindeki tüm insanların hayat boyu sağlık durumlarının izlenmesi mümkün hale gelmiştir. Hasta, çocuk ve gebelerin izlenmesi için hekimler tarafından tıbbi fişlere kayıt yapıldığı gibi, ziyaret sonuçları da hemşireler tarafından sosyal fişlere kaydedilmiştir. Diğer yandan bu kurum yalnızca sağlık hizmeti sunmakla kalmaz, aynı zamanda eğitim verme rolü de üstlenir. Burada Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hekimleri ve yardımcı sağlık personeli okullarının öğrencileri için, köy sağlığı eğitimi verilmeye başlanır (Uğurlu, 1994: 32).

1960’lı yıllara gelindiğinde dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek’in sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde örnek aldığı sistem de, Or’un Etimesgut Sıhhat Merkezinde de uyguladığı sistem olacaktır. Nitekim Fişek (1981), bir gazete yazısında “sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunuluşunda bir hata olduğunu kabul etmek ve bir çözüm bulmak zorunluluğu vardır. Çözüm, Dr.Or’un uyguladığı ve Atatürk’ün övdüğü sistemi yaymaktır” diyerek Dr. Or’un sistemine atıf yapar. Bu nedenle Etimesgut, sağlıkta sosyalleştirme uygulamalarının hayata geçirilmesinde önemli bir anlam ifade etmektedir.

Nitekim Muş, Bitlis, Hakkari ve Van'ın ardından Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınarak, hem sağlık hem eğitim hizmeti verme işlevini sürdürmüştür (Erdem, 2002: 48). 1963 yılında Etimesgut ve çevresindeki 60000 nüfusa hizmet etmek üzere, Etimesgut Sağlık Bölgesi Kurulmuştur. Bölgede sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini uygulanmasına 1965 yılında başlanmıştır. Bu sırada bölgede yalnızca Etimesgut Sağlık Merkezi ile Kazan Sağlık Ocağı bulunmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 1975).

Etimesgut Bölge Başkanlığı'na bağlı 7 sağlık ocağı, 30 sağlık evi ve 50 yataklı bir hastane ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sunulmuştur. Sağlık ocağı ekibi ortalama 7000-8000 kişiye hizmet vermekteydi. Ekipteki sağlık personeli, bir hekim, 2 halk sağlığı hemşiresi ve 2 ila 5 ebeden oluşmaktaydı. Ekip, belirlenmiş bir program dâhilinde köyleri ve evleri ziyaret ederdi. Her sağlık ocağının, ziyaretler için bir motorlu taşıtı ve gerekli sağlık hizmetini sunmaya yetecek tıbbi malzemesi bulunurdu. Sağlık ocakları tarafından ana-çocuk sağlığı, doğum, sağlık eğitimi, aşılama, nüfus planlaması ve hasta bakımı hizmetleri verilmekteydi. Hastaneye sevk oranı %10'u geçmemekteydi (Hacettepe Üniversitesi, 1970; Benli vd. 1985).

Bugünkünün aksine, sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetleri içinde önemli bir yer tutuyordu. Örneğin 1972 yılında Etimesgut sağlık bölgesinde toplam 82076 kişiye eğitim verilmiş, 9822 köy ziyareti yapılmış, 38 projeksiyon, 197 film gösterimi gerçekleştirilerek, 3189 broşür dağıtılmıştı (Hacettepe Üniversitesi, 1975). Sağlık hizmeti sunan ekip, kendilerine Bakanlıkça sağlanan lojmanda kalıyordu. Hizmet sundukları nüfusla aynı bölgede yaşamaları, bölgeyi daha iyi tanımalarını sağlıyor ve halkın onlara sürekli erişebilmesi mümkün oluyordu. Daha sonra merkez sağlık ocağı olarak yapılmış bina Prof. Dr. Celal Ertuğ Etimesgut Devlet Hastanesi Binaları'na katılmış, lojman binası ise araştırmanın gerçekleştirildiği 1 No'lu Etimesgut Sağlık Ocağı haline getirilmiştir. 224 sayılı Yasa gereği uygun yapılmayan ve tam donatılmayan birimlerin sağlık ocağı ve evi olarak açılmayacağı hükmüne rağmen, lojman olarak tasarlanan bu bina uzun yıllar sağlık ocağı olarak hizmet vermeyi sürdürmüştür. Polikliniklerin hepsinde yüklük bulunmasına rağmen sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan el yıkama yeri bulunmaması, ocak

personeli tarafından görüşmeler sırasında dile getirilen rahatsızlıklardan biri olmuştur. Bu bina, 15 Temmuzdan bu yana da Aile Sağlığı Merkezi olarak hizmet vermektedir.

Sağlık Bölgesinin Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na yönetildiği dönemde, ikinci basamak sağlık kurumu olarak kurulan bölge hastanesi ile sağlık ocakları arasında sevk zinciri tam olarak işletilmiştir. Bölge halkı ocak hekimi tarafından sevk edildiğinde, hastaneye ücret ödemiordu. Hastane uzmanları, muayene ve tedavinin yanında sağlık ocağı personelinin hizmet içi eğitiminden de sorumluydu. Eğitim amacıyla her hafta hastanede ocak hekimlerinin katıldığı toplantılar yapılmakta, bu toplantılarda idari ve mesleki sorunlar da konuşulmaktaydı (Hacettepe Üniversitesi, 1977:16).

Etimesgut Sağlık Bölgesi'nin kuruluşunun ardından Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında yapılan anlaşma gereğince, Hacettepe Üniversitesi bölgenin hekimlerini tayin edecek ve hastane hizmeti tamamen Üniversite tarafından yürütülecektir. Sağlık Ocaklarında ve Sağlık Bölge Başkanlığı'nda görevli yardımcı sağlık personeli temini ile harcamaları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı karşılayacaktır (Hacettepe Üniversitesi, 1975). Bu protokolle Etimesgut halkına nitelikli bir sağlık hizmeti sunulması sağlanırken, tıp öğrencilerinin de halkla iç içe, uygulamalı olarak eğitim alması sağlanmaktadır. Kırsal hekimlik stajı sırasında öğrenciler hafta başında üniversitenin servisleriyle bölgelere gitmekte, kendilerine tahsis edilen sağlık ocağı lojmanında 2 ay süreyle kalmaktaydılar. Öğrenciler hafta içinde sağlık ocağı sorumlu hekimi ile birlikte sağlık ocağı çalışmalarına katılmaktaydı. Hafta ortasında bir gün öğretim üyeleri sağlık ocağı ziyareti yaparak öğrencilerin eğitimini alanda sürdürmekteydiler. Öğrenciler cuma günleri Sağlık Grup Başkanlığı'nda düzenlenen eğitim toplantısına katılmakta, daha sonra da üniversite servisi ile Ankara'ya dönmekteydiler. Etimesgut ve Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'nde öğrencilere "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasaının uygulaması gösterilmekte, bölgelerde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki sevk zincirinin çalıştırılması uygulamalı olarak öğretilmekteydi. Bunun yanı sıra koruyucu hizmetlere ve sağlık ocağı yönetimine yönelik mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimler de sunulmaktaydı (Benli vd. 1985).

1969 yılında Etimesgut Bölgesi'nde staj yapan Yücel Tanyeri, staj günlüklerinde bölgenin çalışma şartlarını şöyle anlatır:

17 Ocak 1969: Bin bir zorlukla Orhaniye köyüne ulaşıyor ve ilk ziyaretimizi köy okuluna yapıyoruz. Yerdeki tahtalara basınca 54 model dolmuşlar gibi sallanıyor her taraf. Çocuklar ateş gibi ve ataklar. Önce doktor hanım onlara verem konusunda güzel bilgiler verdi. Daha sonra köy odasına gittik ve gelenlerin muayenesini yaptık. Semptomatik teşhis, semptomatik tedavi yapıyoruz. Laennec¹⁶⁰ devri hekimliği gibi. 20 kişiye baktık, saat 15:00'de bir tepsi içinde önümüze yumurta, yoğurt, peynir, bazlama tabir edilen kara ekme getirdiler

9 Nisan 1969: Bu sabah Etimesgut'tan eğitimciler ve Güney Afrika'dan iki sosyal hizmet uzmanı geldi. Birlikte Halkavun'da çevre sağlığı şartlarını izlemek ve çocuklara bulaşıcı hastalıklar konusunda filmler göstermeye gittik. Neticede müşahede ettik ki çocuklar bulaşıcı hastalıklar konusundan bizden fazla şey bilmektedirler. 1,5 haftalık stajımız esnasında görebildiğimiz ve tespit edebildiğimiz kadarıyla Kazan yöresi toplumunda parazit oranı pek çoktur. Biz bunları laboratuarda, gece bulaşık yıkayıp, gündüz gaita sulandırdığımız musluk ve bir Leuvenhok mikroskobu yardımı ile ...tespit etmekteyssek de, aslında böyle bir bilimsel metoda hiç lüzum olmayıp, parazitler toplumda gözlerinden bile tanınmaktadır...(Parazitle) savaşımızın ilkelerini kısaca şöyle özetledik: "İnsanlara kurtlarını dökmek için fırsat vereceksin. Parazitlerin başını, gördüğün yerde ezeceksin" (Tanyeri, 2001:146) .

1990 yılında Etimesgut Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin sağlık, eğitim ve araştırma bölgesi olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından kullanılmasına Sağlık Bakanlığı tarafından son verilmiştir.¹⁶¹

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile oluşturulan bu ideal sağlık hizmeti örgütlenmesi, üçüncü bölümde yer verilen kaynak ve personel yetersizliği ile yanlış yönetsel uygulamalarla deforme olmuştur. Böylece Etimesgut Sağlık Ocağı, yalnızca aşılama, doğum kontrol araçları ve reçete yazımı için başvuran bölge halkına hizmet veren bir kuruma dönüşmüştür. Araştırma döneminde ocağa bağlı 56.000 nüfus bulunmaktadır. Aylık ortalama 4500 hasta gelmektedir. Kadroda bulunan 8 doktordan 5'i, 11 ebeden 6'sı, 4 hemşirenin 3'ü ocakta hizmet vermekte, gerisi geçici görevde veya doğum izindedir. Ek

160 19. Yüzyıl Parisi'nde stetoskop ve tüberkülozu keşfeden ünlü hekim.

161 <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/tarihce.php>

olarak 1 sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter, 1 diş hekim, 1 kadrolu, 1 taşeron hizmetli bulunmaktadır.

15 Temmuz 2010 tarihinde Ankara’da aile hekimliği sistemine geçilmesiyle, bu bölgede de sağlık ocağı sistemi son bulmuştur.

4.2.1.2. Etimesgut 1 No’lu Sağlık Ocağında Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

Bu sağlık ocağında çok sayıda hasta girişi olan, yoğun bir çalışma ortamı bulunmaktadır. Bu nedenle görüşmeleri ya öğle paydosunda ya da çıkış saatine yakın zamanlarda gerçekleştirebildim. Hasta yoğunluğu nedeniyle hekimlerle görüşmemi birkaç parçada tamamlayabildim.

Sağlık ocağı personeli; sürekli yüzyüze ilişki kuran, hizmet dışı boş zamanlarını bahçede, hekim ve hemşire odasında çoğunlukla bir arada geçiren, bir ilişki örüntüsüne sahiptir. Yüzyüze ilişki örüntülerinin belirleyici olduğu bu ölçekte, sağlık hizmetinin yönetim ve denetimi bakımından yönetici şahsa atıfla tanımlanan “kişisel özelliklerin” daha fazla ön plana çıktığı gözlenmektedir. “Kişisel özelliklere” atfedilen “kayırmacılık” vb eleştirel tutumlar, sağlık hizmetinin ticarileştirilmesi ile artan rekabetçi ortamı tamamlamaktadır. Yardımcı sağlık personeli arasında “kendisi daha çok çalıştığı halde takdir edilmediği” yönündeki değerlendirmeler yaygındır. Sağlık Ocağındaki ilişkilerde örtük bir çatışmaya yol açan etkenlerin başında döner sermaye uygulaması gelmektedir. Küçük grup ilişkisindeki gerilimi, kurumun “kendine özgü” niteliği de beslemektedir; zira Sağlık Ocağı personelin çoğunluğu Etimesgut’ta çalışan askeri personelin eşlerinden olmaktadır. Askeri ilişkilerdeki hiyerarşinin sağlık ocağı hiyerarşisi ile çelişmesi durumu da bir çatışma nedeni olabilmektedir. Örneğin bir hemşire, eşi Ocaktaki bir hekimin eşinden daha üst rütbede olduğu için olumsuz muamele gördüğünü ifade etmiştir.

Çalışanların tamamına yakını, bir sağlık memuru tarafından örgütlenerek Türk Sağlık-Sen’e üye olmaları sağlanmıştır. Çalışanlar, bunun nedenini de örgütlenmeyi yapan sağlık memuru arkadaşlarını sevmeleri ve güvenmeleri, olarak ifade etmişlerdir.

a) Çalışma koşullarının dönüşümü

Tüm sağlık personeli, hasta sayısının ve iş yükünün 2-3 kat arttığını belirtmiştir. Hekimler için çalışma koşullarındaki en temel dönüşüm hasta sayısının artması ve döner sermaye uygulamasıyla, poliklinik hizmetinin yoğunlaşması olmuştur.

Döner sermaye, önemli değişiklik oldu. Birçok insan hastayı bir sermaye gözü ile görmeye başladı. Çok hasta görmek veya çok müdahale etmek nitelikli hizmet anlamı taşıyor bence. Kaliteli bir anamnez aşaması, sorgulama aşaması, muayene aşaması, teşhis tedavi aşaması, ona göre vakit ayırma önemli bence. Buradaki temel mantık bence hasta odaklı olmalı. Hastayı sayı olarak değil birey olarak görmek gerekiyor. Tabi hekimlerin de sıkıntısı var. Sağlık personelinin maaşları kuş kadar kaldı. Öyle olunca döner sermayenin umuduna kaldılar...Aldığımız ücretler düşük o yüzden döner için biz de poliklinik yapıp duruyoruz (D2)

Bu sağlık ocağının kuruluşundan itibaren ana işlevlerinden biri olan koruyucu hekimlik ve koruyucu sağlık eğitimleri gibi hizmetler, bugün yerini yalnızca tedavi edici hizmetlere bırakmış durumdadır. Bununla birlikte, ocak, gerçek anlamda bir tedavi hizmeti de veriyor değildir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çökertilmesiyle birlikte, diğer ocaklarda olduğu gibi bu sağlık ocağında da hekimler, çoğunlukla reçete yazma işlevini üstlenir olmuşlardır.

Biz birinci basamağın hep koruyucu hekimlik hizmeti verdiğini düşünüyorduk, ama şimdi sadece tedavi edici hekimlik hizmeti veriyoruz. Bu olumsuz tabi. Bu hizmeti verecek olan 1. Basamak. Bize derlerdi ki stajımız sırasında, siz hasta bakmayabilirsiniz. Sizin hasta bakmak ikincil hatta üçüncül göreviniz. Ama şu anda poliklinik hizmeti birincil görevimiz oldu (D3).

Birinci basamak hizmetlerinin sosyalleştirme ile öngörülen işlevlerinden uzaklaştırılması, kaynaktan yoksun bırakılması, sevk zincirinin çalıştırılmaması, halkın da sağlık ocaklarına çoğunlukla ilaç ihtiyacını karşılamak üzere başvurmasına neden olmuştur. Bu anlamda hem sağlık ocağı hekimlerinin hedef nüfusla ilişkilerinin zayıfladığı hem de koruyucu ve tedavi edici hekimlik vasıflarını kullanma düzeylerinin azaldığı söylenebilir:

“Bize gelen hasta postaneye gelmiş gibi 3 dakikada gitmek istiyor. Reçetesini alacak gidecek. Otur diyorsunuz oturmuyor bile. Bankada bankoda işini halleder gibi...gelip reçetesini yazdırıp gitmek istiyor. Biz günde 120-150 kişi görüyoruz. Bir yerden sonra algılaman bile zor (D2). Ama burada

eğer bir sorunu olup gelirse de buraya 1 dakikada tanı koymanı bekler. Sen 1 dakikada koyamazsan da, “a bak pratisyen bir şey bilmiyor ki” der (D3).

Araç gereç ve sarf malzemesi yokluğu, sağlık ocaklarında ilaç şirketleri ile hekimler arasında, meslek etiğini aşındıran kimi ilişkilerin doğmasına yol açmıştır. Bu tür ilişkiler, sağlık ocaklarının en temel gereksinimlerini dahi karşılamayı gündeminden çıkarmış bulunan kamu otoritesinin yol açtığı boşlukta yeşermektedir. Devlet tarafından verilmeyen kaynakların yarattığı boşluk, ilaç firmalarınca doldurulmaktadır. Hekimler sağlık ocağının en temel ihtiyaçlarının dâhi ilaç şirketlerince alındığını açıkça ifade etmiş olmakla birlikte, bunun reçete yazma davranışlarına ne tür etkilerde bulunduğunu ifade etmekten kaçınmışlardır.

Tek personel değil binanın da eksiklikleri çok. Malzeme, araç gereç, çoğu zaman çamaşır suyu, pamuk bile bulamıyoruz. Tuvalet kağıdı bulamıyoruz. Batikon bile olmuyor. Lavabo yok zaten de sabun da yok. Aslında bunlar vardır. Yani koskoca devletin sağlık ocağına koyacak sabunu mu yok. Ama bize gelmemesinde bir sorun var neyse. Depolara gidince depolarda var. Ama bürokrasiden gelemiyor herhalde (SM).

Biz artık temizlik malzemelerini kendimiz hallediyoruz. Ama sağlık ocakları hep böyle; kaç yıldır sağlık ocağındayım hep aynı. Adamlar ocağa çöp poşeti bile almıyor. Ben 3 yıldır buradayım müdürlükten ne sabun geldi, ne havlu. Nadiren çöp poşeti geldi. Biz çoğunlukla firmalara aldırđık. Cebimizden her gün alma şansımız yok. Ya da aldığımız maaşı geri buraya vereceğiz... Promosyon olarak getirdikleri bazı şeyler oluyor. Ama tabi çöp poşetinin promosyonu yok. Onu istiyoruz. Tabi istemek de kolay bir şey değil. İlk istediğimde utandım. Dediler ki bir dönem, evrakları kesinlikle elle yazmayacaksınız. E bizim bilgisayarımız yok nasıl olacak. Kendi imkânlarınızla halledin dediler. Bunun ne demek olduğu belli değil mi? Şirkete aldırın diyorlar yani. Mesela bize bir yazı geldi: “Vatandaşı malzeme yok diye mağdur bırakmayacaksınız”. Yani sıvı sabun ya da başka bir şey yok demeyeceksin. Arkadan gelen yazıda da diyor ki: “herhangi bir firmadan bir şey getirip kullanmayacaksın”. E ne yapacağız o zaman? (hekimlerle grup görüşmesi).

Firma gelmezse hiçbir iş yapılmıyor. Sabunumuz bile yok. Reçeteyi, kalemi bile onlardan alıyoruz. Fotokopi makinemiz yoktu, firma aldı. Artık bakanlık 6-7 aydır kan grubu kiti göndermiyor. Malzeme eksikliklerini hep firmalar karşılıyor. Şu anda evde doğuma gidebilecek malzememiz bile yok (E1).

Kaynak ve malzeme yokluğunun yanı sıra, son yıllarda sağlık ocağı personelinin önemli bölümü sık aralıklarla geçici olarak hastanelerde görevlendirilmeye başlamıştır. Bu durum çalışanlar tarafından tercih edilmediği gibi ocağın işleyişine de zarar vermektedir.

Hemşire, ebe, laborant ve sağlık memurlarınca en çok dile getirilen farklılaşma, ev ziyaretlerinin ortadan kalkması ve tıbbi hizmetlerden ziyade, kayıt ve evrak işlerinin temel işleri haline gelmesi olmuştur. Eskiden sabahtan öğlen üçe kadar sahada hizmet veren ebeler, artık tüm günlerini ocakta geçirmektedirler. Ev ziyaretleri sona ermiş, en son sağlık ocağını kanalizasyon bastığı dönemde ocakta çalışmanın mümkün olmaması sonucu Ev Halkı Tespiti amacıyla ziyarete çıkılmıştır.

Eskiden mahalle çalışmalarında daha çok vakit ayrılıyordu. Şimdi ancak burada gördükçe tespit ediyoruz. Bir de hazırda ETF (ev halkı tespit fişi) zamanında çıkıyoruz. Böylece bölge nüfusunu, bebek varsa aşıya gelmemişse onu falan tespit edebiliyoruz. Ama sonra bir daha çıkamıyoruz. ETF ocağın temel taşıdır ama, artık pek işe yaramıyor. Hemşirenin işyükü burada çok değildi. Sahadaydı iş. O zaman bedenen yoruluyorduk çok, şimdi zihnen yoruluyoruz evrak işinden. Eskiden de form doldururduk ama şimdi sürekli bilgi isteniyor. Bakanlığın çalışmaları istekleri çoğaldı (H2).

Sağlık ocağının çalışma sistemini doğru bulmuyorum. Çünkü tamamen kırtasiye üzerine, çok lüzumsuz işler yapılıyor. Hastane de daha çok çalışıp daha kaliteli hizmet verirsiniz.. Benim görevim normalde kan almak tahlil yapmak. Ama ben sürekli bu kağıtlarla oynuyorum. 9 saatlik çalışmamın maksimum 1 saatinde kan alıyorum. Burada şartlar da çok kötü Kan alma sandalyen taburen bile yok. Eşime dedim. Hastaneye gideyim bebek büyüyünce, it gibi çalışayım bey gibi yaşayayım dedim. Ben daha önce tam otomasyon çalıştım. Onda hasta kabul edildiği andan itibaren herşeyi bilgisayarda tıkır tıkır hazır olur. Tüpünüzü okutursunuz. Başlarsınız çalışmaya...Ama burada kendiniz buradan eski yöntem TC'sini yazıyorsunuz, tanıtıyorsunuz, girişini yapıyorsunuz. Barkod numarasını kendiniz giriyorsunuz. Bu şekilde işliyor. Ben tabi burada daha çok veri girişi yapıyorum bu durumda. On tane yere evlilik kanı kaydediyorum. (L1)

İlk başladığımda sağlık ocakları aşı, koruyucu hizmetler yapıyordu. Ama artık koruyucu hekimlikten çıktı artık, sağlık ocakları sadece ilaç yazan bir yer gibi oldu. Kronik hastalığı olanlar burada gelip reçete yazdırıyor. Bizler de kırtasiye peşinde koşuyoruz. Şu evrakı gönder, bu evrakı gönder (SM).

Her poliklinik odasında hekimle birlikte bir hemşire bulunmakta, gelen hastaların kayıtlarını yapmaktadır. Kişilerin aileleriyle bir arada izlenmelerini sağlayan fişlere kayıt tamamen ortadan kalkmıştır, yalnızca poliklinik defteri bulunmaktadır. Daha sonra ebeler

ve hemşireler “çeteleme” adını verdikleri, performans hesaplamalarını yapmaktadırlar. Hekimlerin kazancının kendilerine oranla çok yüksek olmasına karşın, performans kayıt ve hesaplamalarını kendilerinin yapıyor oluşu, önemli bir rahatsızlık konusu olmuştur.

b) Mesleki dayanışma ve mesleki statüde dönüşüm

Sağlık Ocağı’nda çalışan hekimler sözkonusu olduğunda pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasındaki farklılık ve hiyerarşik ilişki, mesleki dayanışmanın önündeki önemli engellerden biridir. Yanıtlayıcılar tarafından öne çıkarılan temel vurgu mesleki dayanışma değil, aksine mesleki hiyerarşi ve çatışmadır. Hekimler arası ilişkiyi ve mesleki statünün farklılaşmasını bir hekim şöyle tarif etmektedir: “Bizim meslek ordu gibi. Generallerle erler arasında nasıl fark var bizde de öyle. Adam mesela profesör, adam trilyon kazanıyor, adamın umurunda değil hiçbir şey (D2)”

Uzman hekimlerin “yukarıdan bakışı”, görelî düşük gelire mahkûmiyet gibi etkenler sağlık ocaklarının işlevsizleştirilmesi politikası ile birleşince, sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimler, kendilerini adeta hekimlik mesleğinden dışlanmış gibi hissetmektedirler.

Onlara (uzman hekimlere, *y.n*) göre biz hiçbir şey bilmeyen insanlarız. Onlar bir konuda çok uzmanlaşıyorlar. Sonra bir megalomanlık oluyor böyle herhalde herşeyi biliyoruz diye... Ha belki biz uzman değiliz ama biz de bir aşılama konusunda, bir hasta geldiğinde ona bütünlüklü olarak bakma konusunda uzmanlaşıyoruz. Oysa onlar burada çalışan herkesin boş olduğunu yata yata para kazandığını falan sanıyorlar. Eğitimde soru soruyorum mesela “hı boşluktan bunları düşünmüşsün” diyorlar. Hemşireler geçici görevle hastanelere gittiklerinde, onlara siz orada örgü örüyorsunuz değil mi diye soruyorlar (D1)

...uzmanların böyle bizi aşağılayıcı bir tavrı var. Sanki biz tıp fakültesinden mezun olmadık da başka bir yerden mezun olduk. Kendi meslektaşlarımız içinde bile bu birinci basamak hekiminin statüsünü düşüren bir tavrı. Şimdi aile hekimliğine geçtiğimizde de aynı şey olacak. Çünkü şimdi de aile hekimliği uzmanları bize aynı şeyi yapıyorlar. Onlar da “pratisyenleri aile hekimi yapacaklar onların yaptığı yanlışlardan biz de sorumlu olacağız” diyorlar. Bizi böyle potansiyel yanlış yapan, hiçbir şey bilmeyen bir grup olarak görüyorlar. Pratisyenlerin doktor olduğundan bile şüpheliler. Eskiden sadece hekim olmak yeterince önemliymiş, biz o günleri görmedik (D3)

Sağlık ocağı hekimlerinin statüsünün düştüğünü düşünüyorum. Uzmanların düşmez, çok para isteyenlerin statüsü yüksekte kalır. Adam 150-300 TL para istiyorsa onun karşısında önünü ilikliyor. Bana geliyor, “şuna bir imza çak” diyor (D1)

Pratisyen hekimlerin gelirlerinin düşmesi, yaşam tarzlarında, sosyal ilişkilerinde, hekimliğin yüksek statüsüyle uyuşmayan bir dönüşüme yol açmıştır. Bir hekim halkın beklentileri ile kendi yaşam tarzları arasındaki çelişkiyi şöyle dile getirmiştir: "Ekonomik anlamda çok iyi şartlarda olduğumuzu sanıp buna uygun yaşamamızı, buna uygun evlerde oturmamızı bekliyorlar. Çevremizin bile buna göre olmasını bekliyorlar"

Pratisyen hekimler, kendi aralarında bir dayanışma geliştirme konusunda da karamsar bir tutuma sahiptirler. Geçici görevde bulunmayan ocak hekimleriyle gerçekleştirilen grup görüşmesinde, pratisyen hekim örgütlerinin çoğunun siyasi bir işlev gördüğü, herhangi bir siyasi oluşumla ilişkilendirilmekten çekindikleri, bu nedenle de örgütlenmeden uzak durdukları, şeklinde görüşler dile getirilmiştir. TTB'nin payına da "mesleki sorunları göz ardı ederek siyasi sorunlarla ilgilenmek" yönündeki eleştiriler düşmüştür. 1980'lerden itibaren TTB'nin kendi içinde ve özellikle genel kurul dönemlerinde sıkça dile getirilen bu eleştiri, mesleki sorunların çözülmesi ve mesleki çıkarların savunulması ile toplumsal ve siyasi sorunların birbirinden tamamen ayrılması talebine dayanır¹⁶². Bir hekim yanıtlayıcının sözleri ile: "Onların (TTB, *y.n.*) yaptığı şey sürekli cezaevindekiler için eylem yapmak...Ya bizim bir ton sorunumuz var niye bunla ilgilenmiyorsunuz...Siyasi bir şeye üye olmak istesek partilere üye oluruz."

162 Tamamen siyasetten arınmış bir meslek örgütünün mümkün olup olamayacağı, meslek örgütünün mesleki çıkarlar ve toplumsal hak talepleri arasında nasıl bir denge kurması gerektiği gibi sorular üzerine odaklanan tartışmalar, 1980 sonrasında bütün profesyonel meslek örgütlerinde yoğunlaşmıştır. Diğer ülkelerdekine aksine Türkiye'de mühendislerin, avukatların ve hekimlerin meslek örgütleri, demokratik ve sosyal hak taleplerini öne çıkaran ve demokrasi/ emek platformu gibi platformların bileşenleri olan örgütler olagelmıştır. Bununla birlikte bir yandan son 10 yıldır tüm profesyonel mesleklerde sınıfsal kutuplaşmanın açığa çıkması, diğer yandan yeni-sağ siyasetin bu örgütlerde egemen kılınması yolundaki yoğun çabalar bu örgütlerin gelecek rotasını öngörmeyi zorlaştırmaktadır. Kuşkusuz, hiçbir meslek örgütü, tamamen siyasetten arınmış bir tavır sergileyemez. Elbette salt mesleğe ilişkin sorunlar daha çok öne çıkarılabilir veya geri planda bırakılabilir. Bununla birlikte mesleki çıkarların savunusuna mutlaka sınıfsal çıkarlar rengini verecektir. Özel muayenehane, tıp merkezi, hastane vb. sağlık kuruluşlarının mülkiyetini elinde bulunduran hekimlere yönelik çeşitli ayrıcalıkların mı, pratisyen hekimlerin ücret ve çalışma koşullarının mı, halkın sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinin mi örgütün temel gündemini oluşturacağı, hekim dışı sağlık çalışanlarıyla bir dayanışmanın kurulup kurulmayacağı, kuşkusuz bir siyasi tercihi zorunlu kılmaktadır. Bu konuda bilimsel merak konusu olan bir husus da şudur: Hekimler arasındaki sınıfsal kutuplaşma sürecinde, meslek örgütünde giderek proleterleşen çoğunluğun mu, yoksa giderek sermayeleşen azınlığın mı egemen olacaktır. Bu alan araştırmaya muhtaç alanlardan biridir.

Ocak hekimleri uzmanlarla kendi aralarındaki gelir ve statü uçurumuna vurgu yaparken, ebe ve hemşireler de hekimlerle aralarındaki gelir farklılıklarını vurgulamaktadır. Ebe ve hemşirelerin önemli bölümü yüksek öğrenim düzeylerine rağmen, gelir ve statülerinin düşük olmasından yakınmışlardır. Sağlık personelinin öğrenim düzeyi birbirine yaklaştığı halde, gelir düzeyi ve çalışma biçimine bağlı olarak iç farklılaşmanın derinleştiği, hiyerarşik katmanlaşmanın arttığı gözlenmiştir. Hiyerarşik katmanlaşmanın tepesinde uzman hekim yer alır; bunu, pratisyen hekim, hemşire ve ebe izler. Birinci basamakta hizmet sunan hemşirelerin hastane hemşirelerine kıyasla daha düşük statüde görülüyor olmaları da ayrıca dikkat çekicidir. Bu gözlem, sağlık ocağı çalışanları tarafından ortaklaşa dile getirilmiştir.

Hemşireliğin saygınlığı bence hastanede çok değişmedi.. Orada sunduğunuz hizmet görünüyor. Burada (Sağlık Ocağı, *y.n.*) bir hizmet sunuyorken görmüyor seni. Bu 1. Basamağın genel şeyi. Burada hep insanlarla yüz yüzesin ama hemen yazıp yolluyorsun. 1,5 2 dakika görüyorsun zaten pek bir ilişkin yok ki. Ama hastane öyle değil. Aylarca yattığı oluyor. Giderken teşekkür ediyor. Buradakini mecbur ve çabuk yapılacak bir iş olarak görüyorlar. Orada hemşireler daha çok değer görüyor.

Döner sermaye ocak ayından beri arttı. 450-500 gibi alıyorduk. Son 3 aydır biraz iyileşti. Tabi adaletli dağıtım yok. Doktorlar 2,5- 3 alıyorlarmış başka sağlık ocaklarında, bilmiyorum burada kaç alıyorlar. Yani aynı yerde yan yana çalışıyorsun ama fark çok. Ben üniversite okudum ama ona göre döner almıyorum (h1).

Ebeliğin statüsü çok kötü artık. Biz şoför kadrosunun bile altındayız. Artık ebeler üniversite mezunu oysa; biz ebe-hemşire olarak mezun oluyoruz. Geçici görevle hastanelerde her işi yaptırıyorlar ama tayin istediğimizde ebeyim diye hiçbir yere vermiyorlar. Kadro yok. 100 ebeyi kadrolu çalıştırırsa, 20'sini de sen al dönerle çalıştır diyor hastaneye. Aynı mesleği yapıyorsak hemşireler gününü de birlikte kutlamalıyız değil mi? Bakanlık sadece hemşireleri çağırıyor kutlamalara (E3).

c) Sağlık çalışanlarının yöre halkı ile ilişkileri

Geçmişte çoğunlukla tek katlı gecekondulardan oluşan evlere ziyarete giden ebeler, halkla samimi bir ilişki içindeyken, araştırmanın yapıldığı dönemde ev ziyaretlerinin sona ermesi ve sağlık ocaklarının koruyucu sağlık işlevlerini yitirmeleriyle halktan uzaklaşmışlardır. Mekânın ve toplumsal ilişkilerin dönüşümünü bir ebe şöyle ifade etmiştir: “Eskiden aa

şuraya yeni bir bina yapılmış der, gider bakar bilgi edinirdik. Hastalarla daha samimiydik. Halkla içli dışlıydık. Zaten daha önce apartman şeklinde de değildi evler. Ayşe Hanım yoksa komşusundan onun bilgisini alırdın. Şimdi mümkün değil”

Eskiden çarşıda, pazarda doğum sürecini izledikleri, aşılarını yaptıkları çocuklarla karşılaşınca öpüşüp sarıldıklarını; ev ziyaretlerinde hane halkının onları nasıl ağırlayacağını bilemediğini anlatan ebeler, bugün ev ziyaretine gitseler dahi, kapıların onlara açılmayacağını belirtmişlerdir. Yanıtlayıcıların tamamı benzer sözcüklerle eskiden halkın ocağı evi gibi gördüğünü, bugünse yalnızca ilaç yazdırmak için geldiğini dile getirmiştir.

Döner sermaye uygulamasının halka yönelik davranışları ve hizmet sunum biçimini değiştirdiği de vakıadır. Hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyetinin önüne geçmiştir:

Zaten doktorlarımız muayene yapıyordu ama şimdi doktorlarımız daha şey. Şimdi halka karşı ilgi daha çok, gelenle tekrar gelmesi için memnuniyeti sağlıyor. Bu puan kazandırıyor. Daha güler yüzlü davranılıyor. Eskiden polikliniğe inmeyen doktor şimdi daha candan iniyor. Her gün poliklinik yapmak istiyor. Rapor izin daha az kullanılıyor. Döner sermaye kesilmesin diye. Bu bence haksızlık tabi. Ben mesela tiroide kanseriyim. Temmuzda şifam için ayrılmam gerek. Buraya yıllarca emek verdim ama şak diye kesecekler dönerimi. Ben basit bir nedenle gitmiyorum, kanser için gidiyorum. Şimdi hasta memnuniyeti çok ön plana çıktı. Personele daha çok suçlama oluyor. Genelde hep halk haklıdır, halkı memnun edin, bakanlıkta o düşünce var. Yani genelde hastayı memnun et de nasıl edersen et düşüncesi var artık.

d)Sağlık ocağı personelinin aile hekimliğine yaklaşımı

Sağlık ocaklarının temel işlevi bölge nüfusunu tanımak ve yurttaşların yaşam koşullarını, aileleri ile birarada değerlendirmek olmasına karşın, bu işlevlerini artık kaybetmiş durumdadır. Bu nedenle sağlık ocağı hekimleri, aile hekimliğinin nüfusu tanıma ve duruma hâkim olma bakımından iyi bir sistem olacağı, yönünde görüş bildirmişlerdir. Bununla birlikte aile hekimliği sistemine kuşku ile yaklaşan kimi kritik değerlendirmeler de yapılmıştır.

Aile hekimliği güzel geçilirse iyi olur bence. Hastaya daha hâkim olursun... Tabi akut bir durum olduğunda bize gelmeli. Bir de bölgeyi tanıma imkânı olacak. Mesela bazı bölgelerin suyundan, toprağından dolayı bazı hastalıklar daha sık görülüyor. Bunları bilme imkanı sağlayacak... Şu an poliklinik yapan 2 doktor, 4 hemşire var. Gel de bölgeye hâkim ol! (D1)

İçeriği ne bizim tarafımızdan ne yardımcı sağlık personeli tarafından ne de halk tarafından bilinmiyor. Sağlık ocakları sadece poliklinik yapılan yerler olmamalı. Çok hasta bakman gerekmemeli. Diğer sorumluluklarını da yerine getirmelisin. Personel buna yeterli olmalı. Ben personel yetersizliği nedenini anlamıŐ değilim. Bizim sağlık ocağı için 20 aile hekimi istihdam edilmesi planlanıyor. E Şimdi aktif çalışan niye 4-5? Zaten sürekli eğitim ve geçici görev var. E ne değişiyor. Niye Şimdi 4-5'in baktığına aile hekimliğinde 20 bakıyor. Nasıl iş? Niye Şimdi 20 adam yok? (D2)

Aile hekimliği sisteminin pratisyen hekimlerde görel bir prestij artışı sağlayacağı beklentisi yüksekse de, hekim dışı personeli daha da görünmez kılacak olan bu sistemle ilgili ebe ve hemşirelerin kaygıları yüksektir.

Aile hekimliğinde birbir ilişki daha önemli olacak. Yardımcı sağlık personelinin maddi manevi mağdur olacağını düşünüyorum. Veya hekim daha çok para kazanmak için hemŐiresiz çalışmaya çalışacak. Oysa sağlık bir bütün. Yardımcı personel olmadan sağlık hizmeti olmaz. Tabi halk açısından doktorum var hissi harika. Özellikle yaŐlılar bu uygulamaya çok seviniyor. Bir de hastaları ellerinde tutmak için hekimlerin sempatikliği artacak. Bu nedenlerle halk çok mutlu. Biz de ilk başta aile hekimliğini deneriz, olmazsa toplum hekimliğine geçeriz diyoruz. Ben de anlaşma imzalamayı düşünmüyorum. Ya devlet hastanesine gideceğim ya toplum sağlığına. Doktorla patron işçi gibi iliŐkimiz olacak. Şu an endiŐeliyiz. Seersek nasıl olacak, kalırsak nasıl olacak. Geçenlere soruyoruz herkes başka bir Şey söylüyor. (Hemşire ve ebelerle grup görüşmesi)

15 Temmuz 2010 tarihinde Ankara'da aile hekimliği sistemine geçilmesiyle, burada sağlık ocağı hizmeti son bulmuştur. Henüz aile hekimliğine geçişle birlikte meydana gelen dönüşümü analiz etmeye elverişli bir zaman aralığı oluşmuş değildir. Bununla birlikte 26.10.2010 tarihinde, artık Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olarak hizmet vermekte olan bu binada gerçekleştirdiğim gözlem ve görüşmeler mevcut durum hakkında bazı ipuçları verir niteliktedir. Yeni durumda binanın bir katı ASM, diğer katı TSM olarak hizmet vermektedir. TSM'de bir hekim ve bir ebe, ASM'de 4 hekim, 4 ebe, 1 temizlik/çay hizmetleri veren eleman ve bir sekreter görev yapmaktadır.

TSM hizmetleri yapılandırılmamış ve henüz fiilen işlerlik kazanmamış olduğundan ben görüşmelerimi yalnızca ASM’de gerçekleştirdim. Burada iki aile hekimi ve üç ebe ile görüşme gerçekleştirdim ve gözlem yaptım. Bu görüşme ve gözlem sonuçlarını kısaca değerlendirmeye çalışacağım.

Kimi hekim odalarının boyanmış olması hesaba katılmaz ise binanın fiziki özelliklerinde hiçbir değişiklik gerçekleştirilmemiştir. Eskisinden farklı olarak tüm hekimler bilgisayar kullanmaya başlamıştır. Eskiden hasta geldiğinde hekimin yanında oturan hemşireler tarafından deftere kayıt yapılması sistemi sona ermiştir. Genel olarak eşya sayısı azalmış ve minimum eşyayla hizmet verilmeye başlamıştır. Ebeler bu durumun gider azaltılması amacıyla kaynaklandığını açıklamışlardır: “Burada biraz pntilik var artık. Verilen parayı buraya harcamak istemiyorlar. Müdürlük giderken her şeyi topladı gitti. Bir bizi toplamadı yani (gülüyor), aile hekimliğinden sonra oturacak koltuğumuz bile yoktu” . Giderlerin kısılmasına yönelik çaba, bir hekimin sürekli çay getiren temizlik görevlisine yaptığı uyarıda da kendini göstermiştir: “Bu kadar çay getirme, midemiz yanacak artık. Burada hala devlet felsefesi var, hani akşama kadar çay içilir ya. Artık devlette gibi davranmamak lazım”.

Aile hekimlerinin tamamı bölgede yenidir. Ebelerin üçü, daha önce sağlık ocağında hizmet veren ebelerdir. Hekimler, aile hekimliğini daha yüksek gelir elde etme beklentisiyle seçtiklerini beyan etmişlerdir. Görüşülen üç ebe de zorlu ulaşım ve çalışma koşulları, gece nöbetleri ve küçük çocuklarının bulunması nedeniyle hastanede çalışmalarının mümkün olmadığını, aile hekimliğini bu gerekçelerle seçtiklerini belirtmişlerdir. Bir hemşire bu durumu “Hastanede nöbet tutup enayi gibi kullanılmaktan, torpilsiz hiçbir şey yapamamaktan yorulduğum için ASM’yi seçtim, burada en azından torpil yok, tek bir hekimle muhatapsın” biçiminde açıklamıştır.

Her üç ebe de eğer memur statüsünden doğan özlük hakları korunmuyor olsa, asla sözleşmeli aile sağlığı elemanı olmayı tercih etmeyeceklerini belirtmişlerdir. Tamamen sözleşmeli koşullardaki gelecek kuşak meslektaşları hakkında ne düşündüklerini sorduğumda, onlar için olumsuz koşullar oluşacağını belirtmişlerdir. Aile hekimliği sistemine geçen memur statüsündeki sağlık çalışanlarının özlük haklarının korunması,

geçişin görece daha az dirençle karşılanmasına yol açmıştır. Gerçekleştirilen görüşmeler de bu durumu desteklemektedir.

Her üç ebe de yeni çalışma koşullarından memnundur. Memnuniyet gerekçeleri içinde öne çıkan hususlar, sorumlu olunan nüfusun azalmış olması, net bir işbölümünün ve görev tanımının varlığı, kimin kimden sorumlu olduğunun bilinmesi ve kayırmacılık gibi durumların ortadan kalkması, olarak sıralanmaktadır.

Şimdi 3800 nüfusa bakıyoruz. Ücretimiz aynı, bütün haklarımız korunuyor, bir de burada hala 08.00- 17.00 çalışmaya devam ediyoruz. Ama artık gebemiz bebeğimiz belli. Onların herşeyinde sen sorumlusun. Bence daha iyi, daha önce gelen bebeğin neyi vardı bilmiyordun, artık biliyorsun. Daha düzenli geliyorlar, izdiham ortadan kalktığı için daha çok vakit ayırıyorsun. Eskiden bir enjeksiyon, bir aşı geldi mi herkes birbirinin gözünün içine bakardı sen yap diye, artık kime yapıp kime yapmayacağını biliyorsun.

Bununla birlikte, yanıtlayıcıların tamamı, aile hekimliğine geçişin, sistemin altyapısı henüz oluşturulmadan, aile sağlığı elemanlarına eğitim verilmeden ve hedef nüfus bilgilendirilmeden gerçekleştiğine dikkat çekmişlerdir: “İlk üç ay çok felaketti, kimse aile hekimine gitmek istemedi, alıştıkları yerde iş gördürmek istediler. E bizim sayımız az. Eskisi gibi 200-300 bin nüfusa nasıl bakalım. Neyse sonra alıştılar”.

Görüşülen iki hekim de sistemden genel olarak memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte hekime yüklenen görevlerin arttığını dile getirmişlerdir. Geçmişte çok sayıda personel tarafından gerçekleştirilen hizmetlerin şimdi yalnızca bir hekim ve yardımcı personel tarafından gerçekleştirilmesinin yol açtığı iş yoğunlaşması, temel şikâyet konusudur. Bir hekimin sözleri ile “artık memurda sensin, hizmetli de, kayıt görevlisi de, doktor da sensin”. Bir diğer hekim, “verilen para iyi ama bu sistemde çalışmaktan doktorun para harcamaya vakti olmaz” diyerek, iş yoğunluğuna dikkat çekmiştir.

4.2.2. Yenice Sağlık Ocağı: Tarla-Tapan Sağlıktan İlevsizleşmiş Polikliniğe

Sağlık ocağında görev yapmakta olan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve hizmetli olmak üzere beş yanıtlayıcı ile yarı yapılandırılmış niteliksel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yanıtlayıcı hemşire ve hekim, sağlık ocağında uzun yıllar hizmet

vermiş oldukları için, kurumun 20 yıl önceki koşulları hakkında da bilgi sahibi idiler. Sağlık ocağının geçmiş dönemlerine ilişkin başkaca arşiv bulunmadığı için, Hacettepe Üniversitesi Çubuk Sağlık Bölgesi ve YİSME Çalışma Raporları'na başvurularak bölgedeki sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi incelenmiştir.

4.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Sürecinde Yenice'de Sağlık Hizmetleri

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında 1974 yılında imzalanan ve 1975 yılında yürürlüğe giren protokolle, iki kurumun işbirliğiyle Ankara Çubuk Sağlık Bölgesi'nde sağlık hizmetleri yürütülmeye başlanmıştır. 1975 yılında Yenice köyünde sağlık ocağı kurulmuştur. Sağlık ocağı kadrosu 1 hekim, 1 hemşire, 1 sağlık memuru ve ebelerden oluşmaktadır. Açıldığı yıllarda, 19 yerleşim yeri ile 6000-7000 dolaylarında nüfus, Yenice Sağlık Ocağı'ndan hizmet almaya başlamıştır. Günlük ortalama 15 muayenenin yapıldığı kurumda ikinci basamağa sevk de genellikle %10 seviyesini geçmemiştir (Öztürk, 1984).

1979 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Yenice Sağlık Ocağı'nın yanına Yenice İş Sağlığı Merkezi (YİSME) kurulmuştur. Yenice'nin mekânsal önemi, etrafında kurulu çok sayıda büyük ve orta ölçekli işyeri bulunmasıdır. Örneğin Ülker Bisküvi Fabrikası, 1980'li yıllarda 900'den fazla, Coca-Cola Fabrikası 300'den fazla işçi istihdam etmektedir. YİSME 1 hekim, 1 sağlık memuru, 1 hemşire, 1 laborant, 1 tıbbi sekreter, 1 şoför ve 1 hizmetliden oluşan ekibiyle, Yenice çevresindeki 36 işyerine ve bu işyerlerinde çalışanlara hizmet sunmaya başlamıştır. YİSME ortalama 2500-3000 nüfusa hizmet vermeye başlamıştır. Merkezin giderlerinin tümü Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na karşılanmıştır. Merkezde görevli hekimler ilk 4 yıl boyunca Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, daha sonra SSK tarafından karşılanmıştır. Merkez tarafından; işe giriş muayenesi, periyodik muayeneler ve iş kazaları tedavilerinin yanı sıra, işyerlerinde ortam ölçümleri ve sağlık eğitimleri de yapılmakta, ayrıca Merkez personeli işyeri sağlık kurulu toplantılarına da katılmaktaydı (Hacettepe Üniversitesi,1986) . Böylece aynı bahçe içerisinde hizmet veren Yenice Sağlık Ocağı ve YİSME arasında anlamlı bir işbölümü gerçekleşmiş oldu. Çevredeki fabrikada çalışan işçilere YİSME, geri kalan çevre nüfusa ise Sağlık Ocağı hizmet vermekteydi. YİSME

sorumluluk alanındaki işçilerle, sağlık ocağı sorumluluk alanında görülen sağlık sorunları gözle görülür biçimde farklıydı. Bu durum, bölgede belli bir yoğunlaşma gerçekleştirmiş işçileri, çalışma ortamlarıyla bütünlüklü biçimde değerlendiren ayrı bir merkezin kurulmasının da başlıca gerekçesini oluşturmuştu. Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nin 1989 yılında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Sağlık, Eğitim ve Araştırma bölgesi olarak kullanılmasına Sağlık Bakanlığı tarafından son verildi. Ardından YİSME'nin çalışmaları da sonlandırıldı. İşçi sağlığı ve güvenliğini sağlamaya dönük önemli bir birikim, böylece tasfiye edilmiş oldu. YİSME binası hizmete kapatıldı ve çürümeye terk edildi. Kentin büyümesi ile fabrikaların önemli bölümü Çubuk ilçe sınırlarının dışında kaldı. Yenice Sağlık Ocağına bağlı köy ve nüfus sayısı azaldı. 2009 itibarıyla sağlık ocağına bağlı 4 köy ve 3411 nüfus bulunmaktadır. Nüfusun yarıya yakını Kalecik, Yozgat, Çankırı ve Doğu illerinden göç edenler oluşturmaktadır.¹⁶³

4.2.2.2. Yenice Sağlık Ocağı'nın Bugünü: “Gelen Olursa İtinayla Reçete Yazılır!”

Etimesgut sağlık ocağının sağlık ocağı işlevini kaybederek poliklinikleşmesi, daha doğrusu, çok sayıda hastaya reçete yazan bir merkez haline gelmesine karşılık, Yenice Sağlık Ocağı tamamen işlevsizleştirilmiş, hizmet verdiği nüfusu önemli ölçüde kaybetmiştir.

Görevli hekimlerin sağlık ocağına geç gelip erken ayrıldığı, sağlık memuru ve temizlik personelinin haftanın birkaç günü sağlık ocağına uğradığı, yalnızca lojmanda kalan hemşire ve ebenin ocakta sürekli bulunduğu bir işleyiş söz konusudur. Çubuk'un yerlisi olan sağlık memuru ve hizmetli personel, siyasal partiler ve sağlık bürokrasisi ile yerel ve merkez düzeyde klientalist ilişki ağlarına sahip buldukları için, işe gelmemek şeklindeki görev ihmalleri şikâyet konusu yapılmamaktadır. Geçmişte de ocakta çalışan ve yeniden burada görevlendirilen sorumlu hekim bu durumu şöyle açıklamıştır: “Sağlık memuruna ya da hizmetliye karışmıyorum. Burada yöneticilik yapsan yasaları uygulaman lazım, o

¹⁶³ Bu bilgiler sağlık ocağının 24 yıllık hemşiresinden edinilmiştir.

zamana da sistem birbirine girer. Sen yasayı uygulayacaksın, ertesi gün o torpilini arayacak, o bakanlığı arayacak, seni görevden almaya kalkacaklar. Bu işler böyle yürüyor”. Sağlık Ocağınının 1980’li yıllardaki hizmet sunma biçimi ile günümüzdeki arasında önemli farklılaşmalar söz konusudur. Haftada ortalama 60 civarı muayene, günde 10-15 de izlem gerçekleştirilmekte, ocak personeli ekip halinde köylere giderek sahada hizmet vermektedirler. Sorumlu hekim ocaktaki eski çalışma ortamını şöyle anlatmaktadır:

Ekip çalışması gerçekten vardı. 15 sene öncesine kadar da vardı. Örneğin 90-93 arasında Yenice sağlık ocağında çalışırkenki ekibimiz: şoför, ebeler, hemşireler, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni O zaman bize bağlı 22 köy vardı. Şimdi 4’e düştü. Siyasi amaçlarla her yere bir sağlık ocağı kurularak sayı azaltıldı. O zaman yarım gün poliklinik yaparsak yarım gün ziyarete çıkardık. Çevre sağlık teknisyeni arkadaş varsa o su, kanalizasyon, kuyu tuvaletleri vb. şeyleri denetler ve bu konularda eğitim verirdi. Artık çevre sağlık teknisyenleri Grup Başkanlığında görevli. Şikâyet üzerine gidiyorlar veya gıda yerleri, berberler gibi yerleri denetime çıkıyorlar. Eskiden personelle 24 saatimizi burada birlikte geçiriyorduk, e aile gibi oluyorduk tabi. O zaman lojmanların yedisi de doluydu. Şimdi ise sadece iki tanesi dolu. O zaman, lojmanda oturmak fiili bir zorunluluktuk. Komün gibi yaşıyorduk o zaman burada. Mesela Tuna (hemşirenin oğlu), bu sağlık ocağında doğdu. Şimdi kocaman delikanlı, liseyi bitiriyor. Ekip çalışması çok keyifliydi de. 5-8 kişi çıkıp köy köy dolaşıyorsunuz. Bütün köyler sizi tanıyor. Dönerken bi yerde oturup azıkları yiyip piknik yapıyorsunuz şimdiki gibi bir mesai kavramı da yoktu. Tarlada çocukların kilosunu, boyunu, baş çevresini ölçülür, ebe hanımlar kadınlarla konuşur, şikayetlerini sorar, tansiyonları ölçülür (ör. İdrarda yanman var mı gibi.) Eğer orada yapamayacağımız şeyler varsa o zaman ocağa çağırırdık.

Sağlık personelinin lojmanda kalması, bölge halkıyla bütünleşmesini sağlamıştır. Örneğin, 1986’dan bu yana aynı ocakta görev yapan ve lojmanda kalan hemşire artık yalnızca hemşire değil, aynı zamanda bir komşu haline gelmiştir.

Bir yerde uzun yıllar kalınca mecburen, halktan biri olmak zorundasın bizim mesleğimizde. Ben buraya gerçekten güzel uyum sağladım. Ben tabi burada ev ziyaretini sadece izlem amaçlı yapmıyorum. Akşam oturmalarına giderim. Onlar gelir. Cenazemizi, düğünümüze gideriz. Düğünüydü bayramıydı derken, buraya 100 altın bırakmışım, gidersem 100 dane altınım burada kalır.

Geçmişte YİSME ve Sağlık ocağı birlikte hizmet vermekte, personel lojmanda bir arada yaşamaktadır. YİSME işçilere hizmet verirken, onların ailelerine de ocak hizmet

vermektedir. Bir taraf sahaya çıktığında, kalan tarafın sahadakinin hastasına baktığı dayanışmacı bir çalışma ortamı söz konusudur. Geçmiş dönemde koruyucu hizmetler aktif biçimde gerçekleştirilmiştir. Bölge sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiştir. Hemşire “Ben bu bölgeye geldim, o kadar çok göç vardı ki bu bölgede, çok aşısız bebek vardı. Şimdi aşısız bebek yok. O aşısız bebekleri tarlada bulduk tarlada aşılardık; yolda bulduk yolda aşılardık. Şimdi bölgemizde 100 bebek varsa 100’ü de aşıdır” biçiminde bu gelişmeyi ifade etmiştir.

Hacettepe’yle Bakanlık arasındaki protokolün iptaliyle, kısa süre sonra 224 sayılı Yasa ile öngörülen çalışma sistemi bozulmuştur. 1990’lı yıllarda bu ocak, merkezde görev yapmak isteyen hekimlerin yığıldığı bir depo haline gelmiştir.

90’lı yıllarda 10-12 hekime kadar çıktı burada hekim sayısı Hekim yığılması, herkes Ankara’da çalışmak istiyor. Gelen 40-50 hasta, bir hekime 4 hasta düşüyor ancak. 50 kişiye normalde bir hekim rahatça bakar. Ama sadece burada değil, Ankara genelinde bu sorun. Çankaya sağlık ocağında bir ara 40 tane doktor vardı. Çankaya’nın bütün halkı sağlık ocağına gitse, hastanelerin bomboş kalması lazım. (H)

Hekim tarafından zaman içinde hem saygınlığın hem de gelirin önemli ölçüde azaldığı dile getirilmiştir:

Statü kaybı aramızda zaman zaman sohbet konusu oluyor. Herkes bu konuda hemfikir. Bunun yansımaları, ekonomik örneğin. Şu anda kira filan vermediğim halde arabamı satmak zorunda kaldım. Kazandığım maaş evi geçindirmeme yetmiyor. Eskiden rahat geçinip birikim yapabiliyorduk. Bir kooperatif evi alabildik. Ama şu an düşünüy bile göremem. Bir de eskisi gibi saygınlığımız yok. İnsanlar gelir “bana şu ilacı yaz” der. Niye dersin, “yaz ben bunu kullanıyorum” der. Tabi eskiden bir lokantaya gittiğinde bile tavırlar daha farklı olurdu.

Zaman içinde bölge nüfusunun sağlık hizmetini tamamen merkezdeki ikinci basamak sağlık kuruluşlarından almaya başlamasıyla, sağlık ocağı neredeyse hizmet vermez duruma gelmiştir. Sağlık personeli zamanının önemli bölümünü ocağın bahçesinde oturarak geçirmektedir. 1994’te araçları ellerinden alındığından, köy ziyaretleri de pek yapılmamaktadır. Gerekli pek çok araç gereç bulunmamaktadır. Hekim bu durumu “Çalışsanız, iş yapabilecek olsanız çok araç gereç eksikliği var, ama gelen giden olmayan bir yerde ne araç gereç eksikliği” biçiminde dile getirmiştir.

Yakın dönemde, mesleğine ilişkin yüksek beklentilerle mezun olan ebe, sağlık ocağının işlevsizliğinden ve donanım eksikliğinden şikâyetçidir:

Burada ebenin verdiği hizmet sağlık hizmeti değil pek, formlar, bir sürü kayıt işi. Tabi koruyucu hizmetler de veriyoruz. Ama bir doğum yaptırılmıyorsunuz. Biz üniversiteden mezun olurken çok farklı mezun olduk. Çok yoğun çalıştık, gınaşırı nöbet tuttuk. Çok donanımlı mezun olduk. Ve o zaman bize Türkiye'nin çok ihtiyacı olduğunu düşünüyorduk. Hocalarımız hep bunu söyledi. İş hayatı tamamen hayal kırıklığı. Özellikle sağlık ocağında köreldik. Şimdi yakından hiçbir şeyi takip edemiyoruz. Bilgiler de eskidi. Ebeyim ve doğum yaptırabileceğimden bile emin değilim Ocağa internet geldi ama bilgisayar yok. Örneğin hasta bir şey sorduğunda internette baksak ne güzel olurdu bilemediğimiz yerde.

Eskiden elimizde malzeme çoktu, depoya yığardık şimdi sargı bezini zor buluyoruz. Tabi o zaman hepsi Sağlık Bakanlığı'nda gelmiyordu. Bir bölümü de Hacettepe'den geliyordu. Arabaların benzinleri rahat rahat alınıyordu. Gazlı beziydi, kırtasiye malzemeleriydi her şey vardı. Şimdi hiçbir şey bulamıyoruz...Benim açımdan en büyük sıkıntı, eski becerilerimi kaybettim. Ben burada sağlık memuru işi yapmıyorum, yazı çizi normal memur işi yapıyorum. Bu sefer de en basit bir serum takma işini bile yapamaz hale geliyorsun. Bir komşu yardım istese enjeksiyon veya serum için yapamam. Okulda ne kadar öğretilen yapmaya yapmaya unutuluyor. Köreliyorsun (SM).

Ocakta yalnızca hekime bir dizüstü bilgisayar tahsis edilmiştir. Diğer personel bundan yararlanamamaktadır. Yakın zaman kadar yazışmalar daktilo ile yapılmıştır; ,daha sonra bozulan daktilo öylece durmaktadır. Bu durum, sağlık ocağındaki yoksunluklara karşı çalışanların sergilediği pasif bir direniş olarak değerlendirilebilir. Buna karşın ocağa bilgisayar verilmemiş ve yazışmalar el yazısıyla gerçekleştirilmeye devam etmiştir. 657 sayılı yasanın 4/C hükmüne tabi olan ebenin çalışma koşulları, aynı zamanda sağlık çalışanlarının farklı istihdam biçimlerine ve farklı öğrenim düzeylerine dayalı katmanlaşmayı ortaya koyar niteliktedir:

4Cye tabiyim. Normal bir ebenin 2/3 maaşını alıyorum, 870TL. Döner sermaye filan almıyorum, sendika üyesi olma hakkım da yok. Dava açtım bekliyorum. Dava ede ede ben de ne olacağım bilmiyorum. Koyacaklar kapı önüne. Ama öyle maddeler koyuyorlar ki. İşe ilk girdiğinde sevinçle her yere imza atıyorsun. Sonra bir baktık mesela doğum izni yok. Aslında bize hastanelerde daha çok ihtiyaç var ama Sağlık Bakanlığı bizi üniversite mezunu olduğumuz için daha çok sağlık ocaklarına atıyor. Lise mezunları daha çok hastaneye almıyor, daha az maaş, döner ve nöbet parası aldıkları için. Hakkaniyet olsa öğrenim farkı sıkıntı yaratmaz ama şimdi benimle birlikte burada

ebelik yapan, şimdi doğum iznindeki arkadaşımız lise mezunu 900 alıyor. Bu 4a,b, c ya da ocakta farklı hastanede farklı, bu farklar sıkıntı yaratıyor. Bizim doğum iznimiz bile yok, izin alsak işten çıkarılacağız. Bu yüzden doğum akşamına kadar çalıştım. Sonra kız doğunca bayram tatili, mazeret izni, annemin ve bakıcının yardımıyla idare ettim. Sonra mesela ben haftaya eğitime gideceğim ya, vekillere yolluk verilmeyormuş eğitime gittiklerinde.

Ebe, aile hekimliği sistemine geçişle birlikte birinci basamaktaki tüm çarpık işleyişin düzeleceğine dair bir umut beslemektedir: “Eminim biz çok yorulacağız. Çünkü 3- 4 bin nüfusa bir personelin bakması çok zor, ama en azından iş düzgün yürür. Bir de tabi ben ne olacağım bilmiyorum. Acaba aile hekimi sadece kadrolu personelle mi anlaşma yapacak. Ben 4C’li olduğum için iş kaygım var”. Sağlık Ocağı hemşiresi ise aile hekimliği uygulaması başlayınca emekli olmayı planlamaktadır.

4.2.3. Gazi (Üniversitesi) Hastanesi Örnek Olay Çalışması

Türkiye’nin 18. tıp fakültesi olan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2 Ekim 1979’da Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi’ne bağlı olarak kurulmuş, 20 Temmuz 1982’de ise “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi” adını almıştır. 30 Haziran 1986 yılında Dr.Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesindeki yerinden kendi binasına taşınmıştır. Daha sonra 1994 yılında Gazi Hastanesinin yeni poliklinik binası, 1997’ de yeni yataklı üniteler, laboratuvar ve görüntüleme üniteleri açılmıştır. 1998 yılında Gazi Hastanesi TS-EN-ISO 9001 kalite güvence sistemi belgesi alan ilk devlet üniversitesi hastanesi olmuştur. 2002 yılında uyku bozuklukları merkezi, yeni kemoterapi ünitesi, işitme - konuşma - ses ve denge bozuklukları merkezi, obezite ve sigara bırakma ünitesi hizmete açılmıştır.¹⁶⁴ Hastanede araştırma tarihi itibarıyla 1058’i akademik, 1215’i idari, 611’i ise sözleşmeli olmak üzere toplam 2884 personel görev yapmaktadır.

Tez çalışması kapsamında Gazi Üniversitesi Hastanesi’nde saha araştırması 04.06.2009-10.07.2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma için yukarıda belirtilen sekiz

¹⁶⁴ http://med.gazi.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=7&catid=1§ionid=1

ayrı bölüm seçilmiştir. Araştırma kapsamında, 18 öğretim üyesi/uzman, 15 asistan, 14 hemşire, 3 teknisyen, radyoloji bölümü yöneticisi, hastane baş müdürü ve kalite birimi sorumlusu olmak üzere toplam 43 kişiyle bireysel görüşmeler ve grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Hastane servis ve polikliniklerinde katılımcı olmayan gözlem yapılmıştır.¹⁶⁵ Sevklı hasta olarak hastanedeki dâhiliye ve kalp damar cerrahisi bölümlerine muayene olunmuş, radyoloji ve kan tetkikleri yaptırılmıştır. Kalite biriminden hastanedeki süreç yönetimine ilişkin dokümanlar temin edilmiştir.

4.2.3.1. Cerrahi Birimlerde Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

a)Çalışma Koşullarının Dönüşümü

Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleşmesiyle, üniversite hastanelerinin SSK'lı hastalara da açılması, hasta sayısını ve iş yükünü artırarak, hastaya ayrılan birim zamanı azaltmıştır. Katılımcı gözlemlerden elde ettiğim verilerin yanı sıra, gerçekleştirdiğim görüşmelerde sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirmeler de bu yöndedir. Hasta ve yakınları için hastane mesaisi genellikle sabah 5.30 sularında başlamakta, 7.30'da kapının açılmasıyla birlikte dışarıdaki sıralı bekleyiş, yerini *sıramatikten* alınan fişerlerle ilgili banko önündeki sıraya bırakmaktadır. 8.00- 10.00 arasında kayıt bankolarının bulunduğu geniş hol, yürümekte dahi zorluk çekilecek denli kalabalık olmaktadır. Bu durum poliklinik başına düşen hasta sayısına da yansımaktadır. Bu durumun en dolaysız etkilerinden biri muayene sürelerinin kısalmasıdır. Katılımcı gözlem tekniği ile bu durumu bizzat deneyimlediğimi belirtmeliyim. Hastanenin kardiyoloji polikliniğine şiddetli bacak ağrısı şikâyetiyle başvurdum ve varis sorunumun bunun nedeni olup olamayacağını sordum. 1-1,5 dakikalık öykü alma sürecinden sonra, hekim bacağımdaki varislere bakarak doppler çektiğimi istedi. Varis çorabı almamı önerdi ve varisi bulunan hastalara önerilerde bulunan bir broşürü vererek, okumamı istedi. Bacak ağrılarımın varisten başka bir nedene dayanıp dayanmadığı konusunda herhangi bir araştırma ve muayene gerçekleştirmediği gibi, beni şikayetimle ilgili sözel olarak

¹⁶⁵ Özellikle Kadın Doğum Servisinde hekim ve hemşirelerin kullandıkları ortak alanlarda 3 gün geçirilerek ameliyathane dâhil, oradaki tüm işleyişin gözlemlenmesi mümkün olmuştur. Diğer servislerde giriş yasağı nedeniyle tam gün geçirmek mümkün olmamıştır, her gün birkaç saatlik gözlemlerle yetinilmiştir.

bilgilendirmeye de vakti yoktu. Böylece muayene sürecim toplam 2-3 dakikada tamamlanmış oldu. Muayene sürelerinin kısılması ve birim zamanda daha fazla sayıda hastaya bakılıyor olması, günlük hasta yoğunluğunu da zaman içinde azaltmamaktadır. Adeta bir kısır döngü oluşmakta, hasta yoğunluğu muayene sürelerini kısa tutmak yönünde basınç uygularken, seri üretimi andıran bu uygulama, muayene talebini de teşvik etmektedir.

Hasta yoğunluğu, sağlık personeli açısından da şikayet konusu olmakla birlikte, devlet desteğinden yoksun kalan diğer üniversite hastaneleri gibi Gazi Hastanesi'nin de gelirlerini artırmak için gerek ayaktan tedavi edilen, gerek yatarak tedavi edilen hasta sayısını artırmaya ihtiyacı vardır. Bu artış aşağıdaki tablodan izlenebilir:

Tablo 19: Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde yıllara göre tedavi ve ameliyat sayıları

Yıllar	Ayaktan Tedavi Sayıları	Yatarak Tedavi Sayıları	Ameliyat Edilen Hasta Sayısı
2003	500 168	28 027	26 294
2005	534 202	28 869	32 148
2007	619 511	36 030	33 029
2009	827 023	63 037	36 258
2010 (ilk 6 ay)	453 288	38 177	18 090

Siz üniversitenin bütçesini kısıp bütün hastalar üniversiteye gidebilir dersiniz, olmaz. Oralarda hasta bakmak için eğitim aksar. Tıp fakülteleri hizmet hastanelerine dönüşür. Şu an böyle bir süreç var. SSK'da bizim en büyük yakınmamız hastaya 1-2 ay sonraya randevu vermek, istediğimiz bir mamografi sonucunun 4 ay sonra gelmesiydi. Şimdi bura aynı sorunu yaşıyoruz. Ne oldu bu sefer SSK'da işler çabuk yürümeye başladı. O hastalar buraya yığıldı...Sen hekime zaman vermezsen, 1 dakikada hem tetkik yapacaksın, hem tanı koyacaksın, hem ilaç yazacaksın dersiniz olmaz. 1 dakika değil ama zaman sorunu var. 15 dakika ayırman gereken hastaya 3 dakika ayırıyorsun. (D10).

Hastane çalışma koşullarında meydana gelen değişikliklerden en çok etkilenen meslek grubu hemşirelerdir. Tıbbi bakımın yanı sıra tüm yeni düzenlemeleri hayata geçirmek ve organizasyonunu yapmak hemşirelere yüklenmiş yeni görevlerdir. İş tanımlarının

belirsizliğinin yanı sıra, taşıdıkları toplumsal cinsiyet rolleri de hemşirelerin, tıbbi bakım dışında kalan organizasyona yönelik görevleri üstlenmelerine yol açmaktadır. Bu durum bir hemşire tarafından, “hemşireler hastanelerin anneleridir; evini temizleyip düzenlediği, işleri organize ettiği gibi, hastanesini de düzenler” biçiminde ifade edilmiştir. Ancak hemşire sayısının azlığına karşın, hasta sayısının giderek artması ve eklenen yeni sorumluklar hemşireler tarafından şikâyet konusu olmaktadır. Son yıllarda, kalite uygulamaları ve bu uygulamaların getirdiği form doldurma ve dosyalama işlemlerinin gerçekleştirilmesi, kaçakların önlenmesine yönelik yeni bilgisayar programına girişlerin yapılması gibi çok sayıda yeni “sekreteryâ” faaliyeti hemşireler tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır. Bu durum hemşirelerin birim zamanda yaptıkları işi artırdığı gibi, kimi zaman işğünün uzamasına da yol açmaktadır:

Ama siz 45 saatlik çalışma yerine her hafta 16 saat fazla çalışırsanız olmaz. 8 saat fazla çalışmaya 12, 5 TL para alıyoruz. Eve temizliğe gitsem 100TL alırdım. Bayramda çalışıyorum diye ek ücret almıyorsunuz. 45 saat gelirsiniz 50TL para alırsınız. Kim buna razı? (H4).

Bir hekim kliniğindeki hemşire sayısının azlığını şöyle dile getirmiştir: “Yardımcı sağlık personeli en az 120 olmalı, en az 3 katı olmalı. Ama 27 öğretim üyesine 3 sekreter, 14 hemşire düşüyor. Yoğum bakımdaki 15 yatağa sadece 4 hemşire düşüyor. Böyle olmaz. Dolayısıyla sağlık politikası belirlenirken bütün sistemin gözden geçirilmesi gerekir”. (D11)

Bizim için en temel değişim sekreterlik işlerinin çok artması oldu. Artık hasta bakmaktan çok kağıt işi yapar olduk. Bu da hastaya ayırmamız gereken vakitten çalmamıza yol açıyor. Bilgisayarlı sisteme geçilmesi kolaylıktan çok formalite işlerin artmasına yol açtı. Son dönemde hastaya yapılan müdahaleden çok kullanılan malzeme ile uğraşmaya başladık. Kullandığımız malzemeler, araç gereçlerde çok gelişme var. Ama diğer yandan da kullanımımız kısıtlandı. Ama bu iyi olmadı. Çünkü kalitesiz malzemeler gelmeye başladı. Eskiden 2 tane kullanıyorsan zaten şimdi açtığın 3 üründen biri düzgün çıkıyor. Çünkü Çin malı, Endonezya malı ürünler kullanmak zorunda kalıyoruz.(H3)

Klinik sorumlu hemşireleri tıbbi bakımın koordinasyonunun haricinde tümüyle sekreterlik işlemleri yapmaktadır. SUT ve BUT gibi yeni uygulamalarla her işlemin kayıt zorunluluğu, sorumlu hemşire iş yükünü artırmıştır:

Bence en büyük değişiklik hasta potansiyeli. Eskiden 30 hastaya bakıyorduk. Ne çok diyorduk şimdi 130 hastaya bakıyoruz. Yani dehşet bir artış var. Eskiden araç gereçlerimiz kısıtlıydı. Şimdi cihazlar çeşit ve

sayı olarak arttı. Ama şu da var. Önceden biz enjektörleri falan bölüm içi kullanım diye bir şeyimiz vardı, rahattık. Çünkü bir enjektörü ben hastaya şu kadar enjektör kullandım, bu kadar enjektör kullandım diye kayıt etme şansınız yok. Ama şimdi, iğne ucunu bile hasta üstüne bilgisayara giriyoruz. Sürekli bilgisayar başındayız. Kâğıt kürek işimiz çok fazla arttı. Önceden bir tane hemşire gözlem formu vardı. Şimdi hemşirelerin anamnez formu, o form bu form çok fazla form çıktı. Ben sorumlu hemşire olduğum için çok sayıda bürokratik işle uğraşıyorum. Ben mesela 100 tane iğne ucu çektim değil mi sarf malzeme. Ben bunu şu hastaya 3 tane, buna 5 tane kullandım diye tek tek girmek zorundayım avisennaya (hastane otomasyon programı). Düşünün bende nereden baksan 300 kalem sarf malzeme var. Ama eskiden böyle değildi. Ben mesela 500 tane kullandım diye tek dakikada kaydediyordunuz bilgisayara. Bu hasta anemnez formu yeni mesela. Bunu her hastaya doldurmak zorundayız. Bu doğru şartlar altında yapılsa iyi bir şeydir. Ama 28 yataklı kliniğe tek hemşire bakıyorsa bu iyi bir şey değildir. 10 hasta verip daha çok hemşire verseler benden bunun 2 katı iş de istesinler. Verilen işle verilen eleman arasında büyük bir tezatlık var. Yoksa bu hastanın bütün sistemik bulgularını, duyu görme problemleri, kullandığı ilaçları, alerjisini görmek, sosyal açıdan daha büyük bir yakınlık sağlamak çok iyi. Hastanın size daha çok yaklaşması, sizin ona daha primer yaklaşmanız iyi bir şey tabii. Ama tek hemşireyle bu olmaz. Bu en az 30 dakika alıyor. E 28 yatağı 30 dakika ile çarpın. Çok vakit alıyor...Vay klozet taşmış, cam silinecekmiş, perdeler kirlenmiş. Bütün bunları bildirmekten ben sorumluyum. Depo ve servis düzeninden ben sorumluyum. Hemşire hanımların sıkıntılarını gidermekten ben sorumluyum. Temizlik şirketinden bile ben sorumluyum. Aynı zamanda “ISO proses” (süreç) yöneticisiyim.¹⁶⁶ ISO’nun bize maddi yansıması hiç yok. Sadece yük olarak yansıyor. Ama proses yöneticisi olan hocalar ek para alıyorlar. Hastanenin her zamanki gibi hemşirelere iş yaptırıp ödülünü vermemek gibi bir politikası var. (H6)

Hastane çalışma koşullarında üzerinde durulan bir diğer değişiklik tüm servislere kartla giriş yapılan elektronik kapıların konması ve tüm koridorlara kamera sisteminin yerleştirilmesidir. Çalışanların bir bölümü bu değişiklikleri teknolojik denetim aygıtları olarak algılamakta ve rahatsızlıklarını dile getirmektedir. Diğer bölümü ise yalnız güvenlik amaçlı olduğunu düşünmekte ve gerekli bulmaktadır. Bir hemşire bu gereksinimi, “marketlerde bile var, elbette hastanelerde de olmalı” biçiminde değerlendirmiştir. İşgücününün teknolojik güvenlik/denetim aygıtlarıyla yer değiştirme süreci bir hemşire tarafından şöyle ifade edilmiştir:

¹⁶⁶ Proses yöneticileri klinik kontrol kriterlerini değerlendirip, bunu periyodik aralıklarla Kalite Birimine bildirme, klinik ISO dosyalama işlemlerini yapmak gibi sorumluluklara sahiptir.

Kamera ve kapılar son birkaç aylık iş. Eskiden her katta bir kadrolu güvenlik görevlisi vardı. Sonra şirket görevlisi oldu. Ondan sonra personel azaltılmasına gidildi şirket görevlilerinde de. Şimdi kapıları yaptılar bunun için. Bize farklı bir yansıması yok. Kadrolu mu sözleşmeli mi onun da bize bir farkı yok. Kartlı kapı giriş çıkışı daha kolay kontrol etmeyi sağladı. İnsanlar yine bir yolunu buluyorlar ama caydırıcı oldu. Kameranın bize yarattığı bir sorun yok. Bence olmalı çünkü biz hep tehdit altundayız. (H6)

b) Teknolojik Dönüşüm ve Cerrahi

Cerrahi teknikler ve araç gereçlerdeki ilerleme, pek çok ameliyatın daha hızlı ve daha kısa sürede iyileşecek biçimde gerçekleştirilmesini sağlamıştır. Görüşülen cerrahların tamamı, teknolojik gelişmeyi işlerini kolaylaştıran, daha önce yapamadıkları girişimleri yapmalarını sağlayan ve kendilerini geliştiren bir dönüşüm olarak algılamaktadır. Teknolojik gelişmeler neticesinde eli kullanma becerisindeki maharete dayalı “iyi cerrah” imgelemi eski ayırt edici önemini taşıyor olsa da, cerrahi birimlerdeki teknolojik gelişimin vasıfsızlaştırıcı bir etki yaratmadığı söylenebilir. İnternet kullanımının yaygınlaşması, uluslararası makale ve kitaplara erişimi artırdığı gibi, uluslararası alandaki cerrahi yenilikleri, ameliyatların görsel kayıtlarını içeren “web surgery” gibi sitelerden izlemek de mümkün hale gelmiştir.

En önemli değişiklikler teknolojik değişiklikler. 14 yıl içinde tamamen terk edilen metotlar, yeni kullanılmaya başlayan metotlar söz konusu oldu, çok hızlı bir gelişme var. Eskiden safra kesesinin alınması açık bir ameliyatkken, 2000’den itibaren tamamen kapalı ameliyatlar haline geldi... Bence en büyük değişiklikler sanayi alanında kullanılan birçok yeniliğin tıp alanına entegrasyonu oldu. Yani mesela tomografi cihazları x ray kullanımında sanayide meydana gelen değişikliklerle ortaya çıkması veya uçak tamirinde kullanılan endoskopi¹⁶⁷ cihazlarının tıp sektöründe kullanımı. 80 sonu ve 90’ların başında bizim alanımıza yansıyan en büyük değişiklik iletişim teknolojisinin gelişimi oldu. Eskiden bir makaleye ulaşmak için günlerce uğraşmanız gerekiyordu. Artık internet sayesinde tüm yeniliklere erişebiliyoruz. Tabi giderek bilgi artıyor ve bu nedenle belli alanlarda özelleşmen gerekiyor. Sistem ilk uzman olmanla başlıyor. Ama bir alana özel bir ilgin oluyor. (D11)

167 Tüp şeklinde bir ışık kaynağı taşıyan ve vücut boşluğuna sokularak muayene ve girişim gerçekleştirilen alet (<http://www.tipterimleri.com>).

Benim meslek hayatımda en kritik dönüşüm organ nakilleri ve endoskopik cerrahi oldu. Mezun olduğumuzda bunlar yoktu. Laparoskopik¹⁶⁸ cerrahi Türkiye’de 1991’den sonra başladı. Organ nakli de çok sınırlıydı. Artık tüm cerrahlar, özellikle safra kesesi ameliyatlarında laparoskopik cerrahi kullanıyorlar (D12)

c) Cerrahi Birimlerde Çalışanlar Arası İlişkiler ve Bu İlişkilerdeki Dönüşüm

Tüm branşlarca ve tüm mesleklerce çalışanlar arası ilişkilere yönelik olarak yapılan ortak değerlendirme, hastanenin büyümesi ile birlikte çalışanlar arası ilişkilerde gözle görülür bir zayıflamanın olmasıdır. Bu durum çalışma ortamından duyulan memnuniyeti de azaltmıştır. Hastane küçük bir binada, az sayıda kişiyle hizmet verirken, bölümler arası ve meslekler arası diyalog (ör. hekim-hemşire ilişkileri) ve dayanışma daha yoğundur. Zamanla, hastane çok büyümüş, teknik olanakları, kapasitesi genişlediği gibi, çalışan sayısında da dikkat çekici bir artış olmuştur. Hastanenin büyümesiyle birlikte, çoğu kişi artık görevli olduğu birim dışında sosyal ilişki kurmadığını belirtmiştir. Bir hemşire hastanedeki büyümeyle ilişkilerdeki dönüşümü kentleşmeye benzetmiştir: “Eskiden bir hocaya çok rahat bir yakınını getirip gösterebilirdin. Burası gerçekten bir aile gibiydi. Hatta hastalar diyormuş ki o zaman ‘hastane kelek, doktor ve hemşireler melek’. O zaman köy gibiydi, şimdi kent gibi.”

İlişkilerin zayıflamasının yanı sıra, piyasalaşma süreci, sağlık çalışanlarının kendilerinin ve yakınlarının dahi eskisi gibi ücretsiz ve randevusuz hizmet almasını engellemiştir: “Doğruyu söylemek gerekirse ihtiyaç olduğunda ben de özele gidiyorum, ya da burada hocadan dışarıdan biri gibi telefonla randevu alıyoruz. Çünkü bize bir ayrıcalık yok. Ben hocaya para vermezsem güvenmiyorum açıkçası” (H6).

Üniversite hastanesi olmanın çalışma ilişkilerindeki ayırt edici özelliklerinden biri, tıbbi hiyerarşiye bir de akademik hiyerarşinin eklenmesiyle, hem mesleki hem meslekler arası katmanlaşmanın yoğunlaşmış olmasıdır. Akademik hiyerarşinin üst basamaklarına

168 Göbek deliğinden ince bir optik aletin karın içine sokularak karın içi organların görüntülenmesi (<http://www.tipterimleri.com>).

çıkıldıkça, hekim özerkliği artmaktadır. Bununla birlikte hem tıbbın hem akademinin rekabete açılması, buradaki rekabet düzeyini yükseltmiştir.

Cerrahi branşlar, ast üst ilişkilerinin açıkça ve sıkı biçimde belirlendiği ve bu hiyerarşiye dayalı ilişkilerin korunduğu alanlardır. Bu hiyerarşi, salt akademik unvanlara değil, aynı zamanda mesleki kıdeme de dayanır. Yazılı olmayan kurullarla, bir profesör dahi, kendisinden kıdemli bir profesörün altında konumlanır. Geçen zaman içinde tıbbın artizanal özelliklerini kaybetmesiyle, usta çırak ilişkisi zayıflamış, böylece sözü edilen hiyerarşik yapılanmada görelî bir çözülme ya da gevşeme meydana gelmiştir. Ancak cerrahi branşlar gerek artizanal özelliklerini, gerek hiyerarşik yapılarını en çok koruyan tıbbî branşlar olmuşlardır. Bununla birlikte, aşırı uzmanlaşmanın temel cerrahi branşlara da yansması, hiyerarşide ciddi bir dönüşüm yaratmıştır. Çünkü artık kıdemsiz bir hekimin uzmanlaştığı bir alan, hiyerarşinin üst basamaklarındaki bir profesör tarafından yeterli düzeyde bilinemeyebilmektedir.

Eskiden asistanın eti de kemiği de hocanıydı. Şimdi daha insanî. Ama bizim gibi cerrahi branşlarda usta çırak ilişkisi, buna bağlı ast üst ilişkisi önemlidir. Herkes kıdemini bilerek davranır... Eskiden hoca her şeyi bilir mantığı vardı, o biraz kırdı. Bilim çok geliştiği için böyle olması gerekti. Belirli bir dalda A arkadaşımız benden genç de olsa, daha yukarıya çıkıyor. Ben de o alanda mecburen ona danışıyorum. Eskiden hocanın kararı tartışılmazmış. Yine son sözü hoca söyler, ama asistanlar da dâhil görüşülür, tartışılır (D11).

Hemşireler arası ilişkilerde gerek mezuniyet derecesi, gerek istihdam statüsü ayrışma yaratmıştır. Lisans mezunu hemşirelerin tamamına yakını, hemşireliğin ancak lisans mezuniyeti ile giriş yapılabilen bir meslek olması gerektiğini dile getirmektedirler. Bununla birlikte görüşme yapılan Sağlık Meslek Lisesi/Sağlık Koleji mezunu hemşirelerin önemli bölümü, hemşirelik dışında bir alanda lisans/yüksek lisans eğitimi almıştır. Bu durum, çalışma ortamındaki yoğun akademik hiyerarşide kendi lehine bir kırılma yaratma çabası olarak da yorumlanabilir.

Hemşirelerin tamamı yüksek okul düzeyinde eğitim almalı bence... Ben şöyle düşünüyorum, siz bir insanla yarışırken bazı şeyleri hemen eşitlemelisiniz. Siz ben işim şu dediğinizde karşınızdaki sizin üniversite mezunu olduğunuzu bilmeli örneğin. Çünkü çalıştığın ekibe bak, doktorlar gördüğün gibi

12 yıl okudum, 12 yıl okudum deyip duruyorlar¹⁶⁹ Bir de sürekli bir üstünlük, eğitimi bizlerden ayrı bir faktör olarak sürekli ifade ediyorlar. Bunlarla aynı işi yapıyorsak en azından biraz yanlarında durmalıyız. Bunun için de bilgili olmalıyız, gerektiğinde hayır o öyle değil böyle diyebileceksin yani. Yoksa sana “sen sus hemşire” der (H2).

Hemşirelik için gerekli öğrenim düzeyinin yükseltilmesi çabası, aynı zamanda hemşireliği hekime bağlı bir yardımcı meslek olmaktan çıkararak, profesyonel meslek statüsüne taşıma çabasının bir parçasıdır. Hemşirelerin iş tanımlarındaki belirsizliği aşma ve hekime bağlı meslek grubu olmaktan çıkma çabası karşısında hekimlerin de tüm tıbbi emek süreci ve tüm tıbbi meslekler üzerindeki egemenliklerini elden bırakmama eğilimi, her iki meslek grubu arasındaki çatışmacı ilişkilerin ana kaynağı durumdadır. Örneğin servis hemşireliğinden yakın dönemde ameliyathane hemşireliğine geçen 20 yıllık bir hemşire, bir profesörle ortak sohbetimizde “ameliyathaneyi ne çabuk öğrenmişsin, aferin” yorumunu almıştır. Yüz yüze görüşmemizde, “20 yıllık hemşire de olsan, hoca seninle vesayet ilişkisi kurar. Ben onun asistanı değilim ki bana aferin diyor. Bizim ayrı bir meslek olduğumuzu kabullenemiyorlar” demiştir. Hastanedeki gözlem süreci, hemşireler ve hekimler arasındaki çatışmalı ilişki biçiminin, her iki meslek grubunun staj döneminden itibaren öğrenilen ve kuşaktan kuşağa aktarılan bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çatışma ekip ruhunda bir çatlak yaratmaktadır. Örneğin genel cerrahi intern odasında bir duvar yazısı stajyer hekim ve kadrolu hemşireleri karşılaştırılmakta, tıp öğrencileri, aşağıdaki duvar yazısında, staj döneminde dahi hiyerarşide hemşirenin altında konumlanmayı mizahi biçimde eleştirmektedir:

İntern Köleliği = Haftada 96 saat çalışma+ 2 kap yemek
Hemşire Kraliyeti = Haftada 40 saat+ 2000 TL maaş

Cerrahi birimlerdeki yüksek hiyerarşiye rağmen, ameliyathane görece eşitlikçi bir ilişki içinde, ekip hizmetinin sunulduğu bir alandır. Hastanenin diğer bölümlerinde herkes mesleki kategorisine göre ayrı bir üniforma giyerken, ameliyathanede başta yeşil olmak üzere herkes istediği renk üniforma giyebilmektedir. Temizlik elemanı ile cerrah arasında

¹⁶⁹ Grup görüşmesinde ameliyathanedeki asistanların tamamı, hekimlik statüsü ve özlük hakları ile ilişkili olarak 12 yıllık eğitim vurgu yapmıştır.

giyime bağı fark yoktur ve her personel üzerinde aynı ameliyat önlüğü (boks) bulunmaktadır. Ameliyat esnasında yemeğe çıkma olanağı olmadığı için, ameliyathaneye gelen yemek, temizlik personelinde profesöre, teknisyenden hemşireye ekip üyelerince birlikte yenmekte, ameliyat aralarındaki çay molaları aynı odada birlikte geçirilmektedir. Hemşireler arasında, istihdam statüsüne dayalı ayrışma belirgindir. Ortopedi servisinde 20'ye yakın hemşirenin yalnızca 6-7'si 657/4A statüsündedir. Bu kadrolu hemşirelerle yapılan grup görüşmesi, 4A ve 4B statüsündeki hemşireler arasındaki ayrışmayı ortaya koyar niteliktedir:

Hemşire A:Bizim açımızdan sorun yok ama onlar tarafından huzursuzluk yaratılıyor.

Hemşire B:Valla benden fazla döner alıyor.

Hemşire C: O üniversite mezunu da ondan.

Hemşire D: 4B'lerin en azından bir kozları var: "İstifa ederiz" diyorlar.

Hemşire C: Ama onlar da izin alamıyorlar. Ne ölüm izinleri, ne evlilik izinleri var. Daha önce ücretsiz izin de alamıyorlardı. Bunların dışında hepimiz aynı şartlarda çalışıyoruz.

Hemşire E: Sonuçta hastanede kadrolu ve sözleşmeli eleman farklı. Kadrolu, kalıcıdır. Diğeri gıdıcıdır. Tayin şansı yoktur. Biraz ilişkiler de ona göre. Kadroluların alım dönemiyle sözleşmelilerin alım dönemi farklı olduğu için, herkes de birlikte alındığı, eşdeğer kıdemdekiyle daha yakındır.

d) Mesleki Statü ve Saygınlığın Dönüşümü

Hekimlerin tamamına yakını mesleki statü ve saygınlıklarında önemli bir gerileme olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumu dört temel nedenle açıklamaktadırlar. İlk olarak tüm hekimler gelirlerindeki düşüşü statülerinin düşüş nedeni olarak görmekteyler. Eğitimde geçirdikleri süre ve çalışma şartlarının zorluğuyla gelirlerinin ters orantılı olduğunu belirtmektedirler. İkinci neden, gerek yöneticiler gerek medya tarafından hekimlere ilişkin olumsuz değerlendirmelerin sürekli gündeme getirilmesidir.

Doktorlar şu kadar para kazanıyor, bu kadar para kazanıyor. Dünyada tıp eğitimi kadar uzun ve zor bir eğitim yoktur. 6-7 yıl tıp eğitimi. Arkasından mecburi hizmet. Arkasından 5 yıl uzmanlık. Yeniden mecburi hizmet. Üst ihtisas yapacaksanız bir üç yıl daha eğitim. Bunla ilgili tıp dışı bir insanın bir yorumu var. Bizde bir hekim ortalama 35 yaşından sonra para kazanmaya başlıyor. Bir

uzman hekimin ortalama maaşı 1500 TL civarı. Döner olsa bile, sırf çocuğunu özel okulda okutsa, kira verse masrafını siz düşünün. Bu Türkiye'nin genel profili diyebilirsiniz. Ama bizden çok daha az okuyanlar, çok daha iyi konumdalar ve daha iyi kazanabiliyorlar. Bizim üzerimizden politika yapılmasından rahatsızız. Bizi insan sağlığına sadece para gözüyle bakan, vicdansız kişiler gibi gösteriyorlar. Ve bizim üzerimizden oy topluyorlar. Biz sadece emeğimizin karşılığını istiyoruz. Ben 50 yaşındayım, bölüm başkanım ve hala ayda 4 nöbet tutuyorum. Hangi insan gece kalkıp hastaneye gelir. Benim 25-30 yaşındaki asistanlarım ayda en az 10-15 nöbet tutuyorlar, gündüz de çalışmaya devam ediyorlar. Hangi meslek grubunda böyle bir çalışma temposu var. Bunun parayla falan karşılığı olmaz, zaten alamıyorlar. Ortala çalışma saatleri insanlık dışı, 120 saatin üzerinde.(D12)

1980'lerden sonra doktorlara bakış açısı da değişti. O zamanki devlet başkanının doktorlara karşı söylediği bir söz insanların doktorlara bakış açısını değiştirdi. O "doktorlara bayrağın ucunu tut desen para isterler" şeklinde bir terminoloji kullanmıştı. Ondan bu yana doktora bakış değişti. Son gelişmelerde de üniversiteleri yıkıcı ve devlet hastanelerini daha destekleyici bir politika var.(d5).

Bir insana 6 sene tıp fakültesi eğitimi veriyorsunuz. Onun üzerine de en az 5-6 yıl uzmanlık eğitimi veriyorsunuz. Ve bahsettiğimiz insanların 30 yaşına kadar olan ömürlerinin 23 yılı eğitimle geçmiş oluyor. Yarı ömürlerini de tıp eğitimine vermiş oluyorlar. Siz bu insanlara bırakın saygısızlık yapmayı ellerini öpmeniz lazım. 12 yıl eğitim alan başka bir meslek grubu yeryüzünde yoktur. (A3)

Sıkça dile getirilen bir diğer neden, SGK ve Maliye Bakanlığı'nca harcamaların kısıtlanması amacıyla yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) gibi tebliğler ve Kamu İhale Yasası ile hizmet sunumunun koşullarının belirlenmesidir. İlaç ve tıbbi araç kullanımlarının, tetkiklerin, hangi endikasyonda hangi işlemin yapılacağıının bu tebliğ ve yasalarla sınırlandırılması ve bu düzenlemelerin sürekli olarak değiştirilmesi, hekimler tarafından hem özerkliklerini sınırlandıran hem de saygınlıklarını azaltan etkenler arasında sayılmaktadır.

Sağlık bakanlığının verdiği tüm hizmetler zaten şu anda insanları bilgilendirmeden gerçekleşiyor. Örneğin bir gün bir bakıyorsunuz bir ilaç rapora giriyor ve bundan ben bilgilendirilmiyorum. Bunun rapora girip girmeyeceğini ben her seferinde internetten aramak zorunda değilim. Ama ben bunu eczacının kalfasından öğreniyorum ve bu çok ağırıma gidiyor. Hastanın reçetesi elinde gelip hocam

bu artık raporluydu demesi veya bunun için tanının şu olması gerekiyordu demesi benim bu konuda sağlık sisteminde hekimlere hiç saygı duyulmadığını düşünmeme yol açıyor.(d5)

SGK fiyatlarının hiçbir realitesi yok. Hiçbir ameliyat üzerinde fiyat çalışması yapılmamış. Bir örnek vereyim. Biz safra kesesi ameliyatı yapıyoruz, SGK 900 TL ödüyor. Bakın bunun ameliyat tetkiki var, hastanede yatışı var, ameliyat, doktor emeği, hemşire bakımı, temizliği, yemeği, ameliyat malzemesi. bunları alt alta koyarsanız 3000 TL eder. E o zaman ne yapılıyor, kullan-at malzemeler tekrar sterilize edilerek kullanılıyor. Bazı ameliyatlarda kullanacağımız özel malzemeler SGK'nın ödeme yaptığı paket fiyata dahil olmayınca ödemiyor. Biz de o malzemeyi alamıyoruz. İşimizi yaparken neyi ödeyip neyi ödemediğini düşünüyoruz. Kapalı ameliyat yerine açık ameliyat yapıyoruz, eski malzeme kullanıyoruz, bu şekilde idare etmeye çalışıyoruz. Önemli sorunlardan biri de kamu ihale kanunu. Hiç kimse başı ağrımasın diye en ucuz, çinde imal edilen kötü malzemeleri alıyoruz. Yoksa hırsızlıkla suçlanıyoruz. Bu malzemeler yüzünden ameliyatta malzemedен çok zayıf veriliyor, ucuz etin yahnisi. Siz cerrah olarak görüşlerinizi rapor ediyorsunuz, KİK bunu kabul etmiyor. Ama çıkacak sorunun hesabını ben veriyorum. Ama hastama zarar gelmemeli, ben istediğim malzeme ile çalışabilmeliyim. Kalem kalem ihale yapıyoruz her bir malzeme için. (D12)

Çin malı furyası var. Protezlerin de var Çin olanı ve kötü. Mesela kaza geçirdiniz sizin bacağına platin takmamız lazım. KİK diyor ki, CE belgeli olanlardan en düşük fiyata olan ürünü alacaksınız. Bugün Çin malları, gidip Almanya'dan ab ülkelerinden CE belgesini satın alıyor ama bu ülkeler o ürünleri kendi sınırlarından içeri sokmuyor. 3. Dünya ülkelerine satıyorlar. Adam geliyor al kardeşim CE belgeli ve en düşük fiyat olan bu Çin malı. Daha vidayı sıkarken, kendini salıyor, tutmuyor. çok rezalet. Şimdi ne yapacaksınız, kendinizi korumaya almak zorundasınız. KİK'e göre alırsanız sizin en kötü malzemeyi almanız lazım. E siz geldiniz, kırık kaynaması 4 ayda gerçekleşecek. 2 ayda bastırmaya başlayacağız. Bir bastınız malzeme kırıldı. Siz ne dekanı tanırsınız, ne SGK'yı, ne KİK'i, bana gelirisiniz: "hocam bu malzeme niye kırıldı" diye. Sonuçta konuyla ilgili SGK'ya itirazlar yapıldı. SGK dedi ki kalp damar cerrahisi, ortopedi gibi bölümlerde doğrudan kendin de alabilirsin. Çünkü Şu anda biz onla alıyoruz. Ama bunun da sıkıntısı var. Dün hastane yönetimi dedi ki, Sayıştay derse ki ya bu firmalarla çalışıyorsunuz, niye uzun dönemli sözleşme yapmak yerine hasta başı reçeteyle alıyorsunuz, ne yapacağız? Eskiden doktorlar bu para işleriyle bu kadar muahattap değillerdi. Artık tüm riski doktor alıyor. (D9)

Sağlığın piyasalaşması ve hastaların müşteri olarak konumlandırılması hekimlerin saygınlığını azaltan gerekçeler arasında sayılabilir.

Hastalar da bize saygı duymuyor. Çünkü onlar da bizi parayla satın alınan insanlar gibi görmeye başladılar. Ve iş yaptırıcı, sanki parayı verince biz onun hizmet elemanıymışız gibi bir tavır içine giriyor. İlaç için defalarca gidip gelmesi bizi bilmiyor konumuna sokuyor. Çünkü yazdığım ilacın rapora girdiğini bilmemem hasta için büyük bir olay (D9)

Her şeyle uğraşırın zaten hasta hocaya para verdi mi seni sahibi zanneder. Hasta gelir, bana şunu yapın, ben hocanın hastasıyım, söylersem sizi mahveder der. Yani böyle bir hasta grubu var. 140 milyonla buradaki herkesi satın aldıklarını düşünüyorlar. O parayla adam senin kişiliğini her şeyini aldığını düşünebiliyor. Oysa o parayla benim buradaki emeğimi, çektiğim çileyi hiçbir şekilde karşılayamaz. (A4)

Son olarak araştırma döneminde henüz gündemde olan 5947 Sayılı Yasa ile getirilen tam gün çalışma uygulamasının hekimliğin toplumsal konumunu daha da değersizleştireceği öne sürülmüştür. Tamgün çalışma konusundaki genel eğilim, tamgün çalışan ve tamgün hizmet verilmesini savunan öğretim üyelerinde dahi, tamgün çalışmayla ilgili yasa tasarısına karşı çıkma yönündedir. Özellikle özel ve kamu arasında tercih yapılmasına yönelik düzenleme, açıkça hekimleri işçileştirme, hekim emeğini ucuzlatma çabası olarak yorumlanmaktadır.

Genel cerrahi hemşireleri dışarıda tutulursa, görüşülen diğer hemşirelerin tamamı, erkeklerin hemşirelik mesleğine girişi ile birlikte mesleki saygınlıklarının arttığını düşünmektedir. Hemşirelik mesleğinin geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık hizmetlerindeki bir uzantısı olarak görülmesinin yanı sıra, ataerkil bakış açısının hemşirelik mesleğine cinsel etiketler yakıştırması, bu düşüncenin en önemli gerekçesidir. Öte yandan “erkeklerin mesleğe girişi neden olumludur” sorusuna verilen yanıtlara yakından bakıldığında, şu hususların ön plana çıktığı görülmektedir: Erkeklerin mesleğe girmesi olumludur; çünkü gece nöbetlerine kalabilirler, doğum iznini (aynı sürelerle) kullanmazlar, fiziki olarak güç gerektiren işlere çok daha uygundurlar. Görüldüğü gibi ileri sürülen gerekçelerin tamamı cinsiyete dayalı ayrımcılığın yeni sinyallerini de bünyesinde barındırmaktadır. Benzer gerekçelerin hastane yönetimelerince de benimsenmesi durumunda, hemşire istihdamında ibrenin erkekten yana döneceğini öngörmek çok da temelsiz olmayacaktır.

Çok açık konuşacağım belki ama mesela bilirsiniz toplum hemşire, sekreter ve hosteslere farklı bakar. Bu bir gerçek. Ama erkek de bu meslek grubuna girince, bu mesleğin statüsü yükseliyor. Bir de mesela gece çalışıyorsunuz. 16 saat nöbet tutuyorsunuz ve durmadan koşturuyorsunuz burada. Ama biz fizyolojik olarak buna uygun yaratıklar değiliz. Allah bizi buna uygun yaratmamış.

Doktorlar için de geçerli. Bayan doktor burada 36 saat kalıyor mesela mahvoluyor. Ama erkekler fizyolojik olarak daha güçlü. Onlar mesela bu gece nöbetlerini daha kolay tolere edebiliyorlar. Onun dışında da daha farklı bir bakış açısı kattılar. Keşke sayıları da artsa, keşke yarı yarıya olsa (h4). Bence erkekler mesleğe yakışmadılar. Kadınlar kadar kibar, özverili ve sabırlı değiller. Ama bizim mesleğimizde bunlara ihtiyaç var. Baktığında işgücü olarak onlar daha kuvvetli. Bu anlamda onlara ihtiyaç da var ama pek bir nazlılar. Bir de mesela “bu bayan hasta, ben buna nasıl müdahale edeceğim” diyenler var. E biz yıllardır kadın-erkek bütün hastalara müdahale ediyoruz. Olması gereken de bu (Genel cerrahi hemşireleri grup görüşmesi)

“Uzmanlaşma” terimi hemşirelerin talepleri arasında merkezi bir yere sahiptir. Mesleki statülerinin yükselmesi ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi bakımından “uzmanlaşma” gerekliliği, ortaklaşa paylaşılan bir yargıdır. Diğer yandan Hastanede hemşirelere yönelik bir çeşit yaptırım olarak uygulanan birim değiştirmenin çözümü olarak da uzmanlaşmayı görmekteydiler. Ameliyathane, yoğun bakım hemşireliği gibi hemşireliklerin diğer hemşireler arasındaki yüksek statüsü bu yargıyı destekleyen örnekler olarak sıkça dile getirilmektedir. Gerçekten de ameliyathane hemşireleri, hastanedeki en saygın hemşire grubudur. Bu durum, cerrahinin tıp içinde öne çıkan konumuyla da ilişkilendirilebilir.

Bence hemşireler arasında da uzmanlık olmalı. Her yeri az bilmektense bir yeri çok bilmenin daha iyi olduğu kanısındayım ben. Zaten bir alt yapın olacak. Ama bunun üzerine uzmanlaşmalısın. Uzmanlaşırsın hem bilgide derinleşirsin, hem de alan açarsın kendine. Sürekli yer değiştirince hiçbir şey olmuyorsun. Belli yerlerde uzmanlaşmak zorunda kalıyorsun, mesela yoğun bakım, ameliyathane, acil. Buralardaki hemşireleri kolay kolay değiştirmezler. Mesela ameliyathanede 30-40 yıllık hemşireler var. Çünkü buralardaki hemşireleri yetiştirmek kolay değil. Ama servislerde çok kısa zamanda eğitilebiliyor.1 ay sonra başarıyorlar. Burada ise 1 yıl sonra döndürmeye başlayabilir (H2)

Hemşireler uzmanlaşsa çok iyi olur. Ben 15 yıldır ortopedide hemşireyim. Ortopedi hemşireleri derneğine katıldım. Bu uzmanlığa bir adım. Ama böyle şeyler yeni yeni oluşuyor. Siz hasta olsanız, size bakım yapan hemşirenin uzmanlaşmasını istemez misiniz? Biz üniversite okuduğumuz halde ölçtüğümüz tansiyona bile güvenilmiyor. Uzmanlaşmadığın sürece yaptığın işin sahibi sen değilsin. Senin kolun kullanılıyor sadece. (H5)

e) Sağlık Çalışanları ve Hasta Arasındaki İlişkilerdeki Dönüşüm

Daha önce de değinildiği gibi, SSK'lı hastalarının da üniversite hastanelerinden hizmet almaya başlamaları, hasta yükünü artırmış, bu durum sağlık çalışanlarıyla hastalar arasındaki ilişkileri olumsuz yönde etkilemeye başlamıştır. Bu gözlem, Hastanede görüşülen hekim ve hemşirelerin ortaklaşa paylaştıkları bir saptamadır.

Son zamanlarda hastaların çok daha agresif yaklaştığını görüyorum. İşyükü daha azken hastayla çok daha iyi vakit geçirebiliyorduk. Sorularına daha açıklayıcı, uzun cevaplar veriyorduk. Ama şimdi bir hasta gözünüzün içine bakıp beklerken, diğerlerinin soruları arttıkça geriliyoruz. Hasta profili de çok değişti. Sosyokültürel seviyesi düşük insanlar gelmeye başladı. Tabi bu insanların da tedaviye ihtiyacı var. Ama SSK'da hep davranış modeli anlatılır ya, doktor bağırrır, kuyruk beklenir. O zaman maruz kaldıklarına karşı haklarını almak istercesine çok agresif bir tavırları var.(F1)

İnternet ve medya kanalıyla tıbbi bilgiye erişimin kolaylaşması ve hasta/müşteri memnuniyetinin ön plana çıkması, hekim-hasta arasındaki geleneksel paternalist ilişkiyi kırmış, kimi durumlarda tersine çevirmiştir.

Mesela eskiden hasta hiçbir soru sormazdı bize. Şimdi soruyorlar. Bu tabi bilinç düzeyi artışından, iletişimin gelişmesine, medya ve internete bağlanabilir. İnsanlar daha sorgulayıcı oldular. Bu tabi daha iyi bir şey. Heryerde hasta memnuniyeti, müşteri memnuniyeti, öne çıktı. ...Ama bakın hep hasta hakkı. Eskiden de korunmuyordu bizim hakkımız, şimdi hiç korunmuyor. Hekimlerin statüsü giderek düşüyor. Nedeni medya ve başta bakan olmak üzere birtakım siyasiler. (D9)

Eskiden otoriter doktor yapısı daha yaygındı. Hasta da bilgiye ulaşması zor olduğu için sesini çıkarmazdı. Doktor ben seni ameliyat edeceğim derdi. Hasta ne ameliyatı olacağını bile bilmezdi. Bizler hastalarımıza mümkün oldukça ayrıntılı bilgi veriyoruz ve hem sözlü hem yazılı onaylarını alıyoruz. Zaten hastalar internet vasıtasıyla çok fazla bilgiye ulaşabiliyor. Ama internet hiçbir denetimi olmayan bir otoban gibi. Yanlış bilgiler de çok (D12)

4.2.3.2. Dâhili Birimlerde Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

a) Çalışma Koşullarının Dönüşümü

Üniversite hastanelerine aktarılan kamu kaynaklarının 1990'lı yıllardan itibaren kısılması, Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının kamusal sağlık hizmetlerine de sirayet etmesi ve bu hastanelerin sağlık hizmet sunumundan elde ettikleri gelire ayakta kalmaya çalışması, diğer üniversite hastaneleri gibi Gazi Üniversitesi Hastanesi'nin de işletme ilkeleriyle hizmet sunmaya başlamasına yol açmıştır. Böylece hastane, gelirlerini artırmaya yönelmiş, eğitim, araştırma ve tedaviye ilişkin öncelikler, yerini hastanenin finansal sürdürülebilirliğine yönelik önceliklere bırakmıştır. Lisans eğitimini de bu hastanede tamamlamış olan bir hekim, söz konusu dönüşümün hizmet sunumuna yansımaları şöyle aktarmıştır:

1990'lı yıllarda biz öğrenciyken hastane daha kamu teşekkülü gibiydi. Daha devletçi bir zihniyetle yönetiliyordu. Ama 90'ların ikinci yarısından itibaren, ne oldu? Başhekim ilk kez tüm öğretim üyelerini toplayıp biz bu yıl bu kadar kar ettik, şu kadar zarar ettik, şu kadar alacağımız var, sizin yaptığınız işlerden bu kadar çıkıyor gibi, bunu rakamla net açıkladı. Daha önce bilinmezdi ne kadar alacak ne kadar borç, ne kadar özel muayene getirisi var. Böylece hastane özerk bir işletme gibi çalışmaya başladı. Biz değişimi öyle keşfettik. Her bölüm kendisi zarar mı ediyor ona bakmaya başladı. Ve bir kota vardı. Onun altında kaldığımızda bizim döner sermayemiz kesiliyordu. O yüzden her bölüm kendisini denetleyip altta kalmamaya çalıştı. Ne yapıldı mesela eş dost ahbap gelip görüşmek istiyor değil mi? Bir yakınınız geldi güvencesi yok, onun işlemlerini getirip burada ücretsiz olarak yaptırabiliyordunuz. Bunlar kaçak olarak adlandırıldı ve önlendi.. Bu anlamda doğru şeyler yapıldı yanlış şeyler değil. Ya da işte özel muayene sistemi, özel ameliyathaneler daha iyi takip edilip döner sermaye havuzuna girişi sağlandı başlandı. İşte %35'ini hastane alıyor falan...Böylece hastane gelirleri, alacakları artırıldı (D2).

Hastaneler işletme, başhekimler işletmeci haline geldi. Mesela bir otopark varsa işletmeci mantığıyla yaklaşıyor. Herhangi bir alandan bir hekim olarak yararlanmak için para ödemelisiniz. Hizmetler ihaleye veriliyor. Hastane içinde pastanelerin kafelerin açılması döner sermaye gelirini artırmaya yönelik. Teknolojik gelişim de gelir artıran bir amaçla sağlanıyor. Çünkü hastane dönmek zorunda çünkü artık devlet personel maaşı veriyor başka altyapı, cihaz taşeron işçi, sarf malzeme ilaç tamamen döner sermayeden karşılanınca tabii hastane bir işletme gibi yönetilmek zorunda kalıyor. Sosyal tesisler artık "sosyal" değil çünkü orası ihale ediliyor, e orada da adam kar amacıyla hizmet veriyor. Hastanede böyle çalışıyor. Otoparka para vereceksiniz, yemekhaneye para ereceksiniz. (D3)

b) Mesleki Statü ve Saygılığın Dönüşümü

Görüşülen hekimlerin tamamı, mesleki statülerinde aşınma meydana geldiğini belirtmiştir. Statü aşınmasının göstergeleri, çoğunlukla gelir ve yaşam standardında meydana gelen düşüşle ilişkilendirilmiştir.

80'li yıllara kadar sağlık, kamusal bir hizmetti. Doktor olmak isteyen insanların iki temel amaçları oluyordu. Biri evet doktorluk çok prestijli ve iyi para kazanılan bir meslekti. Bu kesin. Toplumda iyi konumda olursun, iş güvencesi sorunun zaten yoktur. Ama bütün bu olumlu, saygın özelliklerinin yanında topluma bir sürü şey de veren bir meslektir. Doktorluk mesleğini seçenler şöyle düşünürdü:” ben bu halka sağlık vereceğim, iyi bir iş yapacağım, hem iyi iş yapıp, hem çok para kazanıp, hem de saygın olacağım”. Tadından yenmez. Türkiye’de 80’lerde tıp fakültesi öğrencisiyim demek bile çok önemli bir olaydı. Artık doktorluk saygın bir meslek olmaktan çıkmak üzere (d1).

1980’den beri hekimlik geriye gidiyor. Herkes bizden fazla kazanıyor, emekliliğe yansıyan özlük haklarımız yetersiz. Çalışırken de maaşım 3000 TL, üstelik iki ihtisas yaptım. 4 yıl asistanlığım gün aşırı nöbetle geçti, 20-30 yaş arası 10 yıl hastanede yaşadım, bunun bir karşılığı olmalı. Bir de son dönemde parça başı hasta bakımı getirdiler. Epikrizlerimizi, hesap dökümüne çevirdiler, 5 sayfa epikriz yazılıyor. Buna karşın devlet doktora stetoskobunu vermez, kalem kâğıdını vermez, ilaç şirketleri verir (D5).

Eskiden hekimlik daha popüler, yaşam koşulları çok daha iyi, sayısı daha az, daha üst düzey ailelerinin çocuklarından oluşan, toplumsal destek gören bir meslekmiş. Maddi olarak da çok daha iyi durumlar. Şimdi insanlar verdiklerini almak için ellerinden geleni yapıyorlar. Hakikaten tıp eğitim açısından masraflı bir bölüm. Aldığımız maaş da ortada. Şu anda tek başına yaşayan biri olarak zorlanıyorum. Bir de insanların doktorluktan beklentileri çok farklı. Nasıl ya doktorun arabası yok mu, falan gibi karşılıyorlar.(A1)

c) Hekim-hasta ilişkisinin dönüşümü

Bu başlık altındaki kısa değerlendirme hekim yanıtlayıcıların görüşlerini kapsayacaktır. Yanıtlayıcılara göre, hekim-hasta ilişkisi paternalist örüntülerden daha eşitlikçi ilişki örüntülerine geçilmek suretiyle dönüşmüştür.. Bir hekimin sözleri ile: “Eski kuşak hocalarda, şu an altmışlarında olan hocalarda emir komuta ilişkisi ve bir çeşit paternalistik bir ilişki var. Bizim kuşağımızda daha bir eşitlikçi sistem var. Onların kültüründe hasta ona

gittiği anda onun hastasıdır, hastaya kimse dokunamaz. Benim için öyle değil, hasta özgürdür”. Bununla birlikte bir yanıtlayıcı hekim de paternalist ilişkinin çözülmesi ile hastanın hekime duyduğu güveninin azalması arasında kuvvetli bir ilişkiden söz etmiştir: “Eskiden hasta doktora çok saygı duyar, ilah gibi bakar ve ona çok da para verirdi. Ama bir şeyden emin olurdu: bana şifa verecek. Şimdi şöyle düşünüyor: “bu adam bana çok veriyor ama dedikleri gerçekten doğru mu, verdiği işlem gerçekten gerekli mi, yoksa sırf para kazanmak için mi yapıyor”. (D1)

d) Teknolojik Dönüşüm

Dâhili branşlardaki hizmet süreçleri açısından teknolojik gelişim olumlu ve olumsuz etkileri birlikte yaratmıştır. Hekimlerin tanı için radyoloji ve laboratuvar tetkiklerine, tedavi için ilaçlara başvurularındaki artış, artizanal vasıflarında bir körelmenin işareti olarak değerlendirilebilir. Diğer yandan hem tanı, hem tedavi süreçlerinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile denetim altına alınması, hekimlerin mesleki özerkliklerini sınırlandırmıştır. Bununla birlikte teknolojik gelişim bazı dahili bilim dallarının gelişimine büyük katkı da sağlamıştır. Teknolojik dönüşüm ve tıbbi zanaat arasındaki ilişkinin dönüşümü bir hekim tarafından şöyle dile getirilmiştir:

Uzay yolunu hatırlar mısınız? Orada Kaptan Spak vardı. Birine bir şey olunca, o hemen bir aleti alır, vücudunda gezdirir. Ve şurada şu var der. Şimdi buna doğru gidiyor..Hekim için tanı aşamasında iş bitiyor artık, tedavi hekim için önemli olmaktan çıkıyor. Oysa tıbbi sanat yapan tanı için kullanılan teknoloji değil, tedavi sürecinde kullandığı akıldır. Oysa o akıl tedavi protokolleri, ilaç rehberleri, sigorta sisteminin baskıları nedeniyle yine teknik bir sürece dönüşüyor. Şu varsa ancak bunu verebilirsin, bunu verirsen kabul etmem diyor tedavide. Benim seni anlamak için vereceğim zamanı artırmalı tıptaki teknolojik gelişme. Ama artırmıyor. Çünkü iki baskı altında. Bir sigorta sistemi, tedavi protokolleri, sosyal güvencenin ödediği ilaçlar. Bunlar doktorun elini kolunu bağlıyor. İki ilaç ve medikal teknolojisini. Doktor giderek hastalarını bir makinenin içinden ne kadar çok geçerlerse o kadar çok para kazanabileceği bir nesne olarak görmeye başlayınca tedavi kısmı ortadan kalkıyor. Ama bunun en az sorumlusu doktorlar. Ben sana teşhis koydum, tedavi için ilaç yazdım ama sigorta o ilacı ödemiyor. O zaman doktor ne yapıyor, sigorta sisteminin ödeyeceği ilaçları ve sigorta sisteminin uygun göreceği tanı teknolojilerini kullanmak zorunda kalıyor (D1).

Dahili birimler bakımından tıbbi teknolojideki en önemli gelişmeler ilaç ve tanı teknolojilerinde gerçekleşmiştir. Alan araştırması kapsamındaki dâhili birimlerden biri olan psikiyatride, ilaç teknolojisindeki gelişim salt tedavi olanaklarını geliştirmekle kalmamış, tıp dünyasında önem verilen bir bilim dalı haline gelmelerini de sağlamıştır. Geçmiştekinin aksine ilaç sayısı artıp çeşitlenmiş, ilaçların tedavi güçleri artarken yan etkileri de azalmıştır. Eskiden elektroşok tedavisi uygulanan ve ruh ve sinir hastalıkları hastanelerine yatırılan şizofreni hastaları, yeni nesil ilaçlarla hayatlarını ve mesleklerini sürdürebilir hale gelmişlerdir. Bununla birlikte psikiyatrik tedavinin giderek daha çok ilaca bağımlı hale gelmesi, ticarileşmesine de yol açmıştır. 1990'lerden itibaren ilaç firmaları ile psikiyatristler arasında kurulan ilişkiler de ilgi çekici bir artışın yaşandığı görülmektedir.

Dâhiliyenin bir üst ihtisas dalı olan Gastroenteroloji, tıbbi teknolojinin gelişiminden en çok etkilenen bir diğer branştır. Endoskopi, video-endoskopi, kolonoskopi, floroskopi gibi cihazların geliştirilmesiyle, Gastroenteroloji bu cihazları kullanarak hem tanı, hem tedavi sürecini bir arada yapabilen, girişimsel işlemler gerçekleştirebilen bir bilim dalı haline gelmiştir. Böylece teknolojik dönüşüm, gastroenteroloji hekimlerinin çoklu vasıflar geliştirmelerini de beraberinde getirmiştir.

4.2.3.3. Tetkik Birimlerinde Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

Tetkik birimleri, gerek metalaşma sürecinin gerek teknolojik dönüşümün en hızlı biçimde gerçekleştiği alanlardır. Bu birimlerde ortaya çıkan temel bazı dönüşümler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1) Teknisyenlerin vasıfsızlaşması
- 2) Alandaki öğretim üyelerinin vasıflılaşması ve dar uzmanlaşmanın artışı
- 3) Tetkik cihazlarının mülkiyetinin kamunun elinden çıkarak, alan bilgisinin cihaz firmalarına geçmesi.
- 4) Hizmet alımı yoluyla özelleştirilen ilk birimlerin tetkik birimleri olması.

Dört başlıkta toparlamaya çalıştığım çıkarımları biyokimya ve radyoloji birimlerinin işleyişlerini ayrı ayrı ele alarak açıklamaya çalışacağım.

4.2.3.3.1.Biyokimya Laboratuvarı:

Biyokimya laboratuvarı; 2 öğretim üyesi, 1 öğretim görevlisi, 13 asistan, 8 sekreter ve 19 teknisyenin açık sistem çalıştığı, çok sayıda büyük makineyi barındıran bir laboratuvardır. Buraya ilk girdiğimde bir sosyal bilimci olarak oldukça şaşırıldığımı belirtmek isterim. Çünkü tüpler, pipetler ve mikroskoplarla işlem yapan teknisyenlerle karşılaşmayı beklerken, beni yüksek sesle çalışan devasa makinelerin başında duran insanlar karşılamıştı. Bu makineli sistemin işleyişini kısaca özetlemek, emek sürecinin nasıl dönüştüğünü sergilemek bakımından kimi ipuçları verebilir. Tetkik işleminden önce sekreter hasta tüplerine barkod basıp yapıştırır, hemşire kanı alır ve pnömatik¹⁷⁰ sistemle kâğıt ve numuneler laboratuvara yollar. Kanlar, kan çevirme ünitesindeki teknisyen tarafından sekreterlikte toplanır, uygunluk kontrolü yapılır. Uygun numuneler *santrifüj*¹⁷¹ edilir ve sporlara dizilerek testi çalışacak teknisyene teslim edilir. Barkotlar üzerindeki kodlardan teknisyenler kendi numunelerini tanıyabilir. Sabah 8.30'da cihazdan sorumlu teknisyen tarafından cihaz açılış işlemleri yapılır, reaktifler konur ve kontrol serumları okutulur. Uzman ve asistanlar kontrol serumu sonuçlarını değerlendirerek, cihaz güvenilirliğini test ederler. Buna iç kontrol denir. Aynı biçimde 15 günde bir yurtdışından gönderilen numunelerin kontrol işlemi teknisyence yapıp, asistanca değerlendirilerek sonuç yurtdışında bir laboratuvara gönderilmektedir. Hastane sonuçları, uzman ve asistanlarca bu laboratuvar sonuçlarıyla karşılaştırılarak, dış kontrol yoluyla laboratuvarın güvenilirliği test edilmektedir. Değerler uygun aralıktaysa, numuneler teknisyen tarafından cihaza sürülerek işleme başlanır. İşlem bitince numuneler çıkarılır. Kontrol edilen sonuçlar laboratuvar bilgisayarına aktarılır, uzman ve asistanlar tarafından kontrol edilerek

170 Bu hastanede kan alma biriminden laboratuvarlara numunelerin taşınması işlemi artık personel tarafından yapılmamakta, pnömatik sistem adı verilen bir numune nakil sistemi ile yapılmaktadır. Kan alma birimi ile laboratuvar arasında oluşturulan bir mekanik taşıma tesisat ağı ile, numunelerin erişimi sağlanmaktadır.

171 Merkezkaç kuvvetten yararlanarak bir karışımın taşıdığı çökebilir öğeleri ayırıp çöktürmekte kullanılan laboratuvar aletidir (<http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=santrifuj&ayn=tam>)

onaylanır. Onaylanan sonuçlar, sonuç verme ünitesince hasta tarafından alınır. Hekimler sonuçları kendi bilgisayarlarından da görebilirler. LIS (Laboratuvar Bilgi Sistemi) adlı otomasyon sistemi ile cihazlarda çalışılacak olan testler, laboratuvar cihazına otomatik olarak aktarılmakta ve testlerin sonucu da cihazdan programa otomatik olarak yüklenmektedir. Bu sistemle, gelen ve sonuçlanan test sayısı takibi de yapılabilmektedir. Bu cihazlar, çalışmalarını sağlayan kitler (reaktifler) karşılığında firmalardan ihaleyle alınmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, cihaza değil reaktife para ödenmektedir. Cihazlar hastanenin mülkiyetinde olmamakta, ihalede belirlenen süre sonuna kadar hastane tarafından kullanılmakta, sonra firma tarafından geri alınmaktadır. Cihazların bakım ve onarımı da cihazın sahibi olan firmalar tarafından yapılmaktadır. Çok az sayıda test halen cihazla değil, el ile gerçekleştirilmektedir.

Geçmişte kan alımı laboratuvarda yapılmakta, sonuç laboratuvarda verilmekte, dolayısıyla hasta ile yüzyüze ilişki kurulmaktaydı. Testlerin tamamı el ile gerçekleştirildiği gibi, numune ve her tür veri aktarımı da hastane personeli tarafından yapılmaktaydı. Makineleşme ile hata payı çok azalmış, kanların karışması, az kan çekilmesi gibi olasılıklar ortadan kalkmıştır. Biyokimya öğretim üyesi bir yanıtlayıcı eski sistem ile yeni sistemi şöyle karşılaştırmaktadır:

Eskiden mesela gebe olmayana gebe sonucu verilebiliyordu. Barkot sistemi sayesinde bu olasılıklar ortadan kalktı. En çarpıcı değişikliklerin teknolojiyle ilgili olduğunu söyleyebilirim. İlk çalışmaya başladığımda her şeyi elle yapıyorduk, şimdi ben cihaza veriyorum, o yapıyor. 2000'lerde elle çalışma tamamen bitti. Ben artık bir şey yapmıyorum. Eskiden testin çalışma biçimine yöneliyorduk, şimdi artık her şeyi cihaz yaptığı için biz bu sefer kalite kontrole yöneldik. İç/dış kalite kontrol, standardizasyon, akreditasyon gibi işlerle uğraşyoruz. Dış kalite kontrolde 15 günde bir bize bir serum geliyor. Biz içinde ne olduğunu bilmiyoruz. Değerlendiriyoruz, olumsuz geri bildirim alırsak yurtdışından, firmayla birlikte sorunun ne olabileceğini değerlendiriyoruz. Eskiden firma çalışanları bizden öğreniyordu, şimdi artık onlar biliyorlar. Bu gelişmeler hem risk düzeyini hem de stresi azalttı. İş yükümüz de azaldı. Daha doğrusu bizde yarattığı yük azaldı. Yoksa yılda 1000 test yaparken şimdi 100000 test yapıyorsunuz. Her gün binlerce test onaylıyorum. Genel olarak Değişimin zordan kolaya olduğunu söyleyebilirim (D5)

Yukarıda dile getirildiği gibi sermaye artık, yalnızca tıbbi cihazın sahibi değil, aynı zamanda tıbbi bilginin de sahibidir. Her yeni cihaz kurulduğunda, firma elemanları

personele eğitim vermektedir. Bununla birlikte çalışanların tamamı tarafından kit (reaktif) karşılığı cihaz alımı olumlu değerlendirilmiştir. Sürekli yeni ve sürekli bakım ve onarımı yapılan cihazlarla çalışmanın en ucuz ve en kolay yolu olduğu belirtilmiştir. Cihaz kullanımıyla verimlilik çok artmıştır. Elimize geçmiş veriler olmamakla birlikte, aşağıdaki verilerden bir yıl içindeki çarpıcı artış dahi izlenebilir.

Tablo 20: Yıllara Göre Merkez Biyokimya Laboratuvarı İşlem Sayıları

Yıllar	Biyokimya Laboratuvarı	Hormon Laboratuvarı
2007	4 586 947	485 131
2008	4 599 338	588 647

Teknisyenler için teknolojik gelişim vasıfsızlaşma sonucunu yaratırken, öğretim üyeleri için, araştırma, kalite kontrol gibi alanlara ayrılacak, nitelik artışı yaratabilecek vakti artırmıştır.

Bizim vaktimiz otomasyonla başka yönlere kaydı. Daha önce solüsyon hazırlamaya veriyorduk vaktimizin önemli bölümünü. Bizim alanımıza teknolojinin girişiyle biz başka şeyler okumaya, alanımıza başka türlü katkılarda bulunmaya başladık. Ama şöyle bir handikapı oldu: elimizin altında cihazlar olduğu için işin içine fizik bilme zorunluluğu, daha iyi bir kimya bilgisi zorunluluğu, elektrotlar, onun ne olduğunu, akımın ne olduğunu bilme zorunluluğu girdi. Bir laboratuvarın iyiliği cihaza dayalı ama cihazları seçen ve denetleyen uzmanlar. Bu noktada kendi alan bilginiz önemli Böylece daha çok bilgiye sahip olmayı zorunlu kıldı. Bu pratikte ne kadar kullanılıyor, elbette o tartışılır. Ama siz yine de bilmek, işleyişe hakim olmak istiyorsunuz. Bunun yanında otomatize olması ve daha hızlı olması, bize metotları okumak, karşılaştırmak, makaleleri taramak için fazladan zaman sağladı. Bir de çok standardize oldu. Her asistan farklı bir solüsyon hazırlıyordu ve elden ele değişebiliyordu. Ama cihazlar işin içine girince her şey standardize oldu ve daha güvenilir oldu.(D4)

SUT ve BUT'un finansmanda getirdikleri sınırlamalar, biyokimya alanında önemli engeller getirerek, buradaki öğretim üyelerinin emek süreci üzerindeki denetimlerini azaltmıştır. İstedikleri testleri yapmaları bu mali talimatlarla engellenmektedir:

Bizim işimiz biyokimya olduğu için, kalem kalem parametreler, testler. Tebliğler ile oldukça iç içeyiz. Hastalar bize geliyor. Gerçekten ilaç kullanıyor. İlaç kullandığı için kötü kolesterolü düşük. Düşük diye devlet bunu ödememeye başlıyor. Bu cinayet demektir. İlle o hasta bırakacak onu, değer

tekrar yükselecek, belki bir spazm geçirecek, ondan sonra ödemeye başlayacak. Başka şeyler düşünülerek, kötüye kullanımı engellemeye yönelik olarak yapılmış ama bu sefer kendi kullanım alanında kullanamıyoruz Ne kadar biz 3. Basamak araştırma hastanesi olarak özel testler yapmaya çalışsak da bütçe uygulama talimatında sıkıntı yaratacağı için, her testi koyamıyoruz. Hatta birkaç yıldır bazı testleri çıkartıyoruz. Çünkü artık karşılığını alamıyoruz. Artık paket program denen bir şey oldu (D4)

Eskiden bütün testleri çalışıyorduk fakat sağlık bakanlığı yönetmeliklerle sınırlama getirdiği için belli bir limitin üzerine çıkamıyoruz. 53 TL üzerine çıkınca farkı hasta kendi ödüyor. Bazı testler de nasılsa SGK ödiyor diye çalışılıyordu, artık çalışılmıyor. (d5)

Teknolojinin ve piyasa gereklerine göre standardize edilemiş ayrıntılı zorunlu işlemlerin belirlenimi altında biyokimya asistanlarının mesleki kariyer beklentisinin karamsarlık yüklü olması anlaşılırdır. Yapılan grup görüşmesinde, ortaklaşa paylaşılan yargıların başında asistan eğitiminin Türkiye’de genel olarak nitelikli olmadığı, görüşü gelmektedir. Asistanlara göre, asistan eğitimi işlevi büyük ölçüde meslek derneklerinin kurslarına devredilmiş durumdadır. Bu koşullarda kendi eğitimlerini sürdürebilmeleri ya kurslar ve kongrelere paralar dökerek yada firma sponsorluğuna gebe kalarak mümkün olmaktadır. Firmalardan en az destek alan alanın da temel bilimler olduğu, vurgulanmalıdır. Yeni dönem politikalarla üniversite hastanelerinin çökertilmeye çalışıldığı ve hekimlerin statüsünün giderek kötüleştiği grup görüşmesindeki dört asistanca da dile getirilmiştir. Öyle ki iki asistan sağlık hizmetinin kötüleşmesi nedeniyle klinisyen olmayı tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Sağlık hizmetinin parasız sunulması, hekimlerin sabit ancak düzgün bir gelire kavuşması ve sağlığın tüketim nesnesi olmaktan çıkartılması gerektiği, asistan görüşmelerinde de altı çizilen belli başlı hususlar olmuştur. Sağlığa erişimin kolaylaşmasının gereksiz tetkik sayısını artırmasını bir asistan şöyle anlatmıştır: “Ben Atatürk Hastanesinde çalışıyordum daha önce, mesela bayanlar güne gider gibi check-up’a geliyordu toplanıp. Şöyle bir şey gelişti son dönemde: ‘gel bir hastaneye gidelim de bir şeker baktıralım’”.

Genel gidişata ilişkin eleştirel değerlendirmelere meslek grubu içi gerilimler de eşlik etmektedir. Klinikte çalışan hekimlerin biyokimya uzmanlarını hekimden saymadıkları, grubun temel kanısıdır: “Diğer branşlardakiler bizi böyle bir şey yapmıyor gibi görür. Oysa

doktorlar klinikte ne kadar muayene ederlerse etsinler, buradan çıkan bir test sonucu olmadan tanı koyamıyorlar. Şu anda tıpta tanı koyma % 60-70 laboratuara bağlı”.

Biyokimya teknisyenleri için otomasyon iş yükünü ve mikrop kapma gibi sağlık risklerini azaltmış, ancak vasıfsızlaştırıcı ve yabancılaştırıcı etkileri de beraberinde getirmiştir. Emek sürecindeki dönüşüm sürecinin daha canlı biçimde anlaşılması bakımından teknisyenlerin eski ve yeni çalışma biçimlerini aşağıda kendi terimleriyle aktarmakta fayda görüyorum.

Kadrom laborant, 87’de bitirdim sağlık kolejini ama ben daha sonra kimyayı bitirdim. Fakat burada kimyager olarak çalışmıyorum. Çünkü kadro yok. İlk başta her şey manüeldi. Her şey setler ve solüsyonlarla çalışılıyordu. Cam pipetlerimiz vardı. Onlar sonradan çıktı, bir iki kişinin elinde varsa ne ala. Şimdi artık sadece kontrol serumları hazırlarken kullanıyoruz. Başka hiç kullanılmıyor artık cam pipetler. Eskiden bir de spektrometrelerimiz vardı. Eskiden her şeyin çalışma prensibi ayrı olurdu. Şundan şu kadar bundan bu kadar koyarsın, onun da belli bir süresi vardır, o kadar beklersiniz. Renklenme olur, renklenmeye göre spektroda tutardık. Bunların prospektüsleri vardı, yazardı orada şu kadar bekleyin, şu kadar şundan koyun diye. 90’larda cihazlarla çalışılmaya başlandı. 95’te biz ilk defa bu binaya taşındık. 3 cihaz falan vardı. Bu tarz bir tam otomatikleşmeye 7-8 yıldır geçildi. İşyükü arttı ama bu şekilde çalışmak manüeldeki gibi insanı yormuyor. Otomasyon sistemi öncesi hastalarla yüz yüzeydik. Bilgisayarlı sistem öncesi hastalar bize sonuç soruyorlardı. Bir de otomasyon öncesi sonuçlar daha geç çıkıyordu. Şimdi en çok 2-3 saat içinde çıkar. Eskiden hastalar resmen buraya üşüşüyordu. Artık hastalarla yüz yüze gelmemek iyi bir gelişme oldu (A4).

Hormon için elle çalışılırken çok işgücü gerektiriyor. Zaman açısından sorunlu. Otomatik sistme ile kalite yükseldi. Bizim yaptığımız iş azaldı. Tek tek incik cıncık yaptığımız iş ortadan kalktı. Siz sürekli cihazın başındasınız. Barkodlu kanı sisteme veriyorsunuz. Ne çalışacağınız belli. Sonuç alıp veriyorsunuz. Eğer beklenen sonuç gelmezse tekrarlıyorsunuz ama bu nadir oluyor. (A5).

Teknisyenler artık biyokimya bilgisinden ziyade cihazın nasıl kullanıldığına dair bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Eski teknisyenler cihazın temel çalışma prensiplerini bilmelerine karşın, yeni teknisyenler salt makine kullanmayı öğrenmektedir. Her ne kadar halen ilgili okullardan mezun personel istihdam edilse de, aslında bu işi yapmak için özel ve uzun süreli bir eğitime artık ihtiyaç duyulmamaktadır. Teknisyenlerin temel işlevi cihaza

numune vermeye ve cihazdan numune çıkarmaya indirgenmiştir. Bir teknisyen bu sürece tepkisini şöyle ifade etmiştir:

Kimya lisans eğitimimin yaptığım işe pek katkısı yok. Her şey hazır olduğu için çok fazla bir şey kalmıyor zaten bize. Sürekli rutin çalışıyoruz, sıkıcı geliyor. Hep aynı cihaz. Cihaz 4-5 senede bir falan değişiyor. Bir değişiklik oldu mu yine 4-5 sene aynı... Bizler manüelden geldiğimiz için yine cihazların çalışma prensibini biliyoruz. Bunlar aşağı yukarı manüelin prensiplerini cihaza uyarlamışlar. Biz bun biliyoruz. Ama manüelden gelmeyenler, cihaza cihaz olarak bakıyorlar. Alt yapıyı bilmeyince de nedir- ne değildirniye böyle hatalı okumuştur bilmiyorlar. Mesela sonuçlara baktığımızda biz şey diyebiliyoruz: ya bunda bir gariplik var falan diyebiliyoruz. Ben her koşulda önce manüele dayalı eğitimi almak gerek diye düşünüyorum kendi adıma. Onlar cihaza cihaz olarak bakıyorlar. Ben koyarım, sonra çıkartırım. Arıza verdiğinde de firmayı ararım gözüyle bakıyorlar. Oysa ben bir sorun olduğu zaman cihazın etrafında dolaşırım. Bir yerinde bir şey mi var, neresinde problem var bakarım. Küçük çapta tamiratını yapabilirim, sorununu çözme olanağım olabilir bazen. Bu işte biraz zamanla, biraz ilgiyle öğreniliyor. Öbür türlü teknisyen olmanın anlamı yok. Dışarıdan birini getir, koysun çıkarsın, kanı ver gitsin. O zaman dışarıdan birine de 2-3 aylık bir eğitimle bunu yapacaksınız, cihaz arızalandığında da firmayı arayacaksınız diyerek çalıştırılabilir. Böyle olursa herkes yapar bu işi. (T4)

Vasıfsızlaşmanın önemli bir göstergesi, yapılan işin niteliğinin cihaz tarafından belirlenmesi olmuştur: “Kalitenin şu anda en temel belirleyicisi cihaz. Bu cihazda barkodu koyduğunuz zaman, her şey de otomatik olduğu için, hata yapmanız mümkün değil. Ancak bilerek isteyerek hata yapabilirsiniz.”

Makineleşmenin doğal sonucu olarak, hizmet üretiminde sabit sermaye oranının artması ya da aynı anlama gelecek şekilde işgücüne duyulan gereksinimin azalması beklenmektedir. Laboratuarda yeni cihazlarla birlikte tüm işlemlerin birleştirilmesi ve böylece hormon, biyokimya, onkoloji testlerinin tek bir cihazda toplanarak, cihaz başına tek bir teknisyenle çalışmanın mümkün hale gelmesi, uzak bir olasılık değildir. Bu olasılık gerçekleşene kadar yaşanan ise ücretlerdeki belirgin erimedir. Nitekim teknisyenler de diğer tüm sağlık personeli gibi, gelir düzeylerinin aşınmasından şikâyetçidir:

Gelir düzeyimiz çok geriledi ilk işe başladığımda sağlık personeli ayrıcalıklı tutulurdu. İlk başta maaşım komiserden çoktu. Döner sermaye almıyorduk ama çoktu. Sonra döner sermaye gerekçe gösterilerek zam yapılmamaya başlandı. Hatta hatırlıyorum, benimle birlikte maliyede işe girmiş olan arkadaşlarımın 3 katıydı. Şimdi bizim maaşımız en geride.

Üstte hocalar çok alıyor döneri, onların durumu iyi. Ben elbette hocayla kendimi kıyaslamıyorum ama biz ortaokul mezunuyla aynı ücreti alıyoruz. Oysa ben üzerine üniversite okudum. Burada 2. Okul okuma çok yaygındır. (T5)

4.2.3.3.2.Radyoloji Bölümü

Radyoloji bölümünde hem Radyoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve asistanlarıyla görüşmeler gerçekleştirdim, hem de hizmet alımı ihalesiyle özel sektör tarafından işletilen görüntüleme merkezinde gözlem ve görüşmeler yaptım. Aynı zamanda hasta olarak başvurduğum radyoloji bölümünde doppler çekimim gerçekleştirildi. Görüntüleme hizmeti bir yandan kamuya ait binanın bir katında faaliyet gösteren özel sektör tarafından verilirken, aynı hizmet kamu tarafından da kadrolu teknisyenler ve hastaneye ait cihazlarla halen sürdürülmektedir. Raporlamalar ile ultrasonografi doppler gibi ileri tetkikler ise her iki birimde Hastane uzman ve asistanlarınca gerçekleştirilmektedir. Hastane SUT ve BUT'a göre belirlenmiş tetkik fiyatları üzerinden tetkik başına pay almaktadır. Çekimler yapıldıktan sonra hekimler sonuçları yorumlamakta ve raporları kasete okumaktadır. Bunu iki sekreter dikte etmektedir.

Özel sektörde işletilen görüntüleme merkezi için birer yıllık hizmet alım ihalesi yapılmaktadır. Burada cihazlar, teknisyen ve sekreter firmaya aittir. Cihaz bakımları da firma tarafından yapılmaktadır. Bu merkezde 16'sı teknisyen olmak üzere 34 personel çalışmaktadır. Firma sahibi doçentliğini Gazi Üniversitesi'nden almış bir hekimdir. İhale yılda bir yapılsa da istisnai durumlar haricinde demontaj/montaj sürecinin zorluğu nedeniyle ilk gelen firma uzun süre kalmaktadır. Özel sektörden hizmet alımı yoluna gidilmesinin temel nedeni, kamu hastanelerinin ilgili yatırımları yapmasını önleyici siyasalardır. Hastanenin eski radyoloji başteknisyeni, yeni özel görüntüleme merkezi müdürü, bu olguyu şöyle anlatmaktadır:

Önceki kamu ihale yasası gereğince hastaneler alacaklarını göstererek cihaz satın alabiliyorlardı. Yapılan bir değişiklikle bu ortadan kalktı, satın alırken önceden doğrudan gerekli meblağı yatırmak gerekti ve radyoloji cihazları gibi pahalı cihazları satın alabilmeleri güçleşti. Diğer yandan teknoloji

çok hızla değişmeye başladı. Yurtdışında bir cihazın ömrü 5-10 yıl iken Türkiye’de 20 yıl. Hep eski cihazlarla çalışmak zorunda kalıyorduk. Sonuçta yeni teknolojiye ulaşamıyordunuz, gerekli sayıda teknisyen ve hemşire verilmiyordu. Bütün bu sorunları çözmek için bölüm hizmet alımı yoluna gitmeyi tercih etti. Radyoloji bölümü teknolojinin gerisinde kalmıştı. Çıkış arıyordu. Bu arada benim emekliliğim gündemdeydi. Bölüm hocalarının önerisiyle ben buranın başına geçtim. Tabi işin başında benim olmam da onları rahatlattı. Yukarıdaki MR 94’te geldi ve aslında teknolojik ömrünü tamamladı. Bakımı da pahalı. Muhtemelen bu aletler yakında hepten elden çıkacak ve yine hizmet alımı gerekecek. Hizmet alımının en avantajlı yanı, gelecek yıl ihaleye çıktığında hastane yeni bir başka özellik istiyor ve teknolojik yeniliği birebir takip etmiş oluyor. Firmanın kazancı hastane karından aldığı pay oluyor.

Hastane radyoloji bölümü ile özel görüntüleme merkezindeki çalışma biçimi arasında önemli bir fark vardır. Özel merkezde daha az personelle daha çok çıktı elde edilmektedir ve emek süreci buna göre örgütlenmiştir. Özel merkezde Randevuyu firmanın personeli vermektedir. Hocalara bir tetkikin ortalama ne kadar zamanda yapılabileceği sorularak bir randevu programı hazırlanmıştır. Bu programa göre verilen randevular arasında hiç boşluk yoktur. Gelmeyen hasta olduğunda da, yeri doldurulmaktadır. Bu durum gerek firma teknisyenlerinin gerekse hastane hekimlerinin aralıksız çalışmasına sebep olmuştur. Böyle olunca günlük çalışma saatleri zaten uzun olan asistanlar, iş yoğunlaşmasından ve randevunun firmaca verilmesinden rahatsızlık duymaya başlamışlardır. Asistanlarla görüntüleme merkezinin eski yöneticisi arasında açık bir çatışma da yaşanmıştır. Diğer yandan özel bir merkeze hizmet ediyor olmak ve hastanenin genel hiyerarşisine aykırı biçimde merkez yöneticisinin eski başteknisyen oluşu da bu çatışmayı beslemiştir. Bu durumun yarattığı rahatsızlıklar bir asistanca şöyle dile getirilmiştir:

3 testli MR ben de görmek istiyorum. Devlet bana 3 testli MR alamıyor. Ben ya bunu hiç göremeyeceğim, ya da hizmet alımına gideceğim. Hizmet alıyorsun ve adamın biri alıp koyuyor buraya 3 testli MR’ı. Sen de 3 testli MR’ı öğrenmiş oluyorsun. Ama orada bir özel merkez mantığı olduğu için işlerin hiçbir şekilde aksamaması isteniyor. Oranın amiri de doktor olmayan biri olduğu için, sonuçta burada benim amirim doktordur bölüm başkanımıdır, ama oranın amiri bir teknisyen. Ben doktorum, o benim amirim değil ve olamaz. O yüzden orada böyle bir sorumlu olduğu için ve yarı özel bir merkez olmasından kaynaklanan gerekçelerle oranın amiriyle bazen karşı karşıya kalabiliyoruz. Hıza bağlı karşı karşıya kalabilirsin. Hasta beklettiğin için karşı karşıya kalabilirsin. Raporu çıkartmaya yeterli değilsin, hocaya sorman şart. Ama hasta bunu anlamıyor, beklettiler diye şikâyet ediyor gidip seni. O da seni sıkıştırıyor. Ama aslında sıkıştıramaz. Çünkü o benim amirim değil.

Merkez yöneticisi ise, hekim egemenliğine dayalı bu hiyerarşik sisteme ilişkin görüşlerini şöyle dile getirmiştir:

Radyoloji teknisyenleri iyi yetişmiyor. Okullarda eğitim eksik. Üstelik 2 yıllık ancak bence 4 yıllık olmalı. Gerçi 4 yıllık olunca doktorlar rahatsız olur mu bilmiyorum. Örneğin ben radyoloji teknisyeniyim ama psikoloji okudum ve yüksek lisans yaptım. Ama burada uzman psikolog yazsa rahatsız olurlar gibi geliyor... Burası eyaletlere bölünmüş bir ülke gibidir. Her eyalet bir cumhuriyettir, radyoloji bölümünde bir hocaya dekan müdahale etmez örneğin. Bizim aramızdaki ilişkide ise radyoloji bölüm başkanı benim amirimdir.

Hastaneye ait görüntüleme merkezi ile yarı özel görüntüleme merkezinde çalışanların çalışma biçimleri ve gelirleri arasında önemli bir fark vardır.

Yukarıyla buranın çalışma biçimi farklı. Burada teknisyen başına 60 hasta düşer, aşağıda 20 hasta. Yukarıda her odada sabah 2 öğlen 2 teknisyen çalışır. Toplam 100'e yakın teknisyen vardır. Ama devlet memurunu çalıştırmazsın. Aşağıda da yukarıda da günlük 5 saat çalışma sınırına uyulur. Ama aşağıda 8-13, 13- 18 arasında personel sürekli çalışır. Yukarıda teknisyen 9'a kadar kahvaltı eder. 9-12 çalışır. 12'de yemeğe çıkar. Bizim de elemanlarımız çalışma koşulları ve ücret nedeniyle 4B'ye geçmeye çalışıyorlar. Bizde 700TL ile başlıyorlar. Duruma göre 2,5'e kadar yükselir ücret. Ama Sağlık Bakanlığı'nda 1200 ile başlıyorlar. Ayrıca 600- 800 döner var. Doğuya gitseler daha da fazla kazanıyorlar. (Yönetici)

Devletle burası açısından ciddi fark var. Mesela memur ücreti yanında en az 500 döner alıyorlar. Bizde döner yok ve maaşımızda daha düşük. Ben de geçmek istiyorum devlete. Devlet çalışanlar mesela burada çalışıyor olsa yarımız kadar çalışır. Biz 1 yerine 2 kişilik çalışıyoruz. Ayrıca devlet her zaman garanti iş. (T3)

Özel merkezle, hastane arasında personel seçim kriterleri de farklılaşmaktadır. Kamudaki merkezi seçim kriterleri buna izin vermemekle birlikte, özelleştirme ile bakım ve sekreterlik hizmetlerinin cinsiyetçi doğası daha da öne çıkmıştır. Özel merkezde çalışanların tamamına yakını genç ve güzel kadınlardan oluşmaktadır. Yönetici, işe alımda diğer kriterlerin yanı sıra güzelliğe de dikkat edildiğini kabul etmiştir.

Teknolojideki dönüşüm emek sürecini dönüştürmüş, biyokimya alanında olduğu gibi yeni cihazlarla, verimlilik ve hız artarken, bazı teknisyenlerin vasıfsızlaşmasını da beraberinde getirmiştir. MR ve tomografi gibi ileri tetkik cihazları daha uzun bir öğrenme sürecini gerektirmektedir. İşgücü piyasasında bu gibi cihazları kullanabilen teknisyenlerin pazarlık gücü yüksektir. Bununla birlikte röntgen teknisyenleri gelişmiş cihazlarla birlikte daha rutin ve daha vasıfsız bir iş görmeye başlamışlardır.

Teknoloji bu alanda çok değişti. İlk başladığımızda karanlık odada kasatlara çekim yapardık. Kaset üzerine numara yazılır. Kutuya film doldurulur. Bu filmleri banyoda tutarsın. Kırmızı ışıkta oldu mu diye bakarsın. Elektrikli kurutma dolaplarına dizersin. Üzerinde kurşun kalemle yazılı numaraya göre dosyaya yerleştirirsin. Yanlış okunursa o yazı yanlış koyulur. Oysa şimdi CR cihazlarıyla çocuk oyuncuğu oldu (Yönetici)

CR, çok basit, otomatik banyoya film atmak yerine, karanlık ortamda değil, aydınlık ortamda yapıyoruz. Kasetlerin içinden film atmıyoruz da, barkot okutucuyla iş yapıyoruz. Çok basit bir teknoloji, uyum sağlamak hiç zor olmadı. Zorluk değil, bize getirdiği çok büyük kolaylıklar var. (T2).

Sağlık çalışanı bakımından işi kolaylaştıran ileri teknoloji, ne yazık ki işlem sayısını çalışan lehine düzenlemek kadar ileri fonksiyonlara sahip bulunmuyor! İşlem sayısı piyasa normlarına göre belirlenir olduğu için de sıkışık randevu düzeni içinde ortalama birkaç dakikada bir yeni hastayı karşılayan teknisyen “nefes al”, “tut”, “tamam” komutunu gün içinde defalarca tekrarlamak durumunda kalıyor. Teknisyen, adete koşarak hareket ediyor. 08.00-13.00 saatleri arasında hiç ara vermeden çalışarak 13.00’te hastaneden ayrılıyor. Teknisyenlerin hiçbiri görüntüleme merkezi dışında hastane personeliyle sosyal ilişki kurmamaktadır. Buna elverişli bir çalışma ortamı da mevcut değildir. Gözlem sürecinde bir teknisyen röntgen çekmeyi ve görüntü kaydetmeyi 10 dakikalık bir süre içinde bana öğretmiştir. Sisteme hastanın girişi yapılmakta, isim soy isim girilip hastanın barkodu okutulmaktadır. Daha sonra ekrana görüntü ekleme seçeneği gelmekte, çekim görüntüsü ekranda düzenlenmektedir. Geçmişte filmin açık veya koyu renk olması, teknisyenin dozu ayarlama becerisine bağlıyken, yeni cihazlar gerekli dozu da kendi ayarlamaktadır. Böylece teknisyen, rutin şekilde barkod okutup görüntü giren ve görüntüyü düzenleyerek kaydeden işlevi ile makinenin bir uzantısı haline gelmiştir.

Radyolojideki gelişme hekimler için, teknisyenlerin aksine, vasıflılaşıma anlamına gelmektedir. Aynı zamanda teknolojik gelişimle, diğer tıbbi alanların tetkiklere bağımlı hale gelmesi, özel radyoloji merkezlerinin sayısını artırmış, bu da radyologların pazarlık güçlerini ve ücretlerini dikkat çekici düzeylere taşımıştır. Bu gelişme gerek hekimlerin kendi aralarında gerekse de asistanlarla hekimler arasında rekabetçi bir ilişkinin pekişmesine de katkı sağlamıştır:

Mesela Numune'ye MR alınmış. Orada uzmanlar kendileri okuyorlarmış bütün filmleri. Asistanları içeri sokmuyorlarmış. İzin vermiyorlarmış asistanların MR okumayı öğrenmesine. Çünkü öğretirsen piyasaya çıktığında sana rakip çıkıyor. MR okuyan radyolog kıymetli bir şey çünkü, iyi para alıyor. Bizim mesleğimizde her zaman rekabet var. İyi olan kazanır, çok hasta gören daha çok kazanır. Çünkü basit paralar yok ortada. Yeni bitirmiş bir radyoluğun özelde yarım gün çalışarak aldığı para 6-7 milyar. Tam gün çalışırsa 10 milyar. Ama bir de deneyimli bir uzmansa daha da artar. Hem ultrason, hem tomografide iyiyse mesela daha da artar. Ankara'da 50 milyar maaş alan radyolog biliyorum ben. (A6)

İşgücü piyasasında pazarlık gücü yükselen radyologların kamu istihdamı yerine özel sektörü tercih etmeye başladıkları söylenebilir. Zira kamuda hem çalışma saatleri artmış hem de ücret gelirleri özel sektörün epeyce gerisinde kalmış durumdadır. Bu olgu, özellikle asistanların uzman olduklarında özel sektörde çalışmaya karar vermelerine yol açmaktadır:

Ben öğrenciyken çok idealisttim. Devlet hastanesinde çalışmayı düşünüyordum. Ama sonra bakıyorsunuz eve gidince her yeriniz ağrıyor. Oysa bir sürü emek veriyorsun, 6 yıl okuyorsun, nöbet tutuyorsun, hocalardan azar işitiyorsun. Ayrıca bizim işimizin saati yok. Ben 9'a kadar çalışmak zorunda kalabiliyorum. Ama buna karşılık devlet sana 1200 maaş veriyor. Ve insanların gözünü döner sermaye diye bir şeyle boyuyor. Ama döner zaten üniversite hastanesinde çok düşük. Devlet hastanelerinde yüksek. Ve siz lise mezunu bir teknisyenle aynı döner sahiptiniz. O 500 alıyor, ben şu anda 600 alıyorum. Ne anlamı var o zaman niye tıp okuduk. Ben niye mühendislik okumadım o zaman. Benim kuzenim mühendis, düzgün bir parayla bir yerlerde çalışıyor. Benim ne eksikim var. Ben de çok iyi bir okuldan mezunum.biz ayda 10 milyar kazanabilecek kadar zeki değil miyiz.kaç yaşına geldik yani, halimize bak.hem maddi, hem manevi çok kötü durumdayız. Kredilerle boğuşuyoruz. Öğrenim kredisi bir taraftan. Bir de biz gecekonduda oturamıyoruz ki, giderlerimizi düşürelim. Çünkü biz doktoruz. (A7)

Hastane döner sermaye gelirlerini yükseltmek ve hasta talebini karşılamak üzere asistanlara 21.00'a kadar çalışma zorunluluğu getirmiştir. Bir tetkik için normal şartlarda 1 ay sonrasına randevu alınabilirken, 60TL ek ödemeye bir hafta içinde akşam 17.00- 21.00 saatleri arasında tetkik yaptırmanız mümkün olmaktadır. Bu ise asistanların ek ödmeden hiç pay almadan, 4 saat daha fazla çalışması anlamına gelmektedir.

Bu alanda uzmanlaşma önce cihaz bazında gerçekleşmiştir (MR'da veya anjiyografide uzman doktor gibi). Daha sonra sistem bazında uzmanlaşma ortaya çıkmıştır (nörolojik radyoloji, pediatrik radyoloji gibi). Teknolojik gelişimle bir yandan tanı koyulan hastalık yelpazesi genişlemiş, bir yandan da girişimsel radyolojinin gelişmesiyle radyoloji, tanı koyan bir birim olmaktan çıkararak aynı zamanda tedavi uygulayan bir birime dönüşmüştür. Bu gelişim süreci radyolojiyi çok daha prestijli bir alan haline getirmiştir.

Hizmet sunumu tamamen cihaza bağlı olan bu birimde, özel sektörden hizmet alımına dayalı sistem hekimler tarafından desteklenmektedir. Bu işleyiş “tek kuruş vermeden sürekli gelişmiş cihazlara sahip olabilme şansı veren olumlu bir sistem” şeklinde değerlendirilmektedir.

4.2.4. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örnek Olay Çalışması

1952 yılında “İşçi Sigortaları Kurumu” (ISK) adı altında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu'nun, ilk hastanesi Ankara - Küçükesat - Konur Sokak'ta, bir apartmanda faaliyete geçmiştir. 1956 yılında ise “SSK - Ulus Rüzgarlı Hastanesi” kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık planına uygun olarak Ankara'da modern bir sağlık tesisi kurmak istemiş, bu amaçla Dışkapı Babaharman mevki diye bilinen bir araziyi 1954 yılında Ankara Belediyesi'nden kiralanmıştır. 1957'de temeli atılmış olan Dışkapı SSK Hastanesi, 25.06.1964 tarihinde hizmete açılmıştır. 2005 yılında hastanenin Sağlık Bakanlığı'na devrinden sonra adı Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na devrin ardından hastaneyle birleştirilen semt poliklinikleri ile birlikte hastane binasında 48 poliklinik faaliyet göstermeye başlamıştır. 2005 yılından itibaren Dışkapı merkez polikliniği de röntgen birimi ile birlikte faaliyetlerine başlamıştır. Polikliniklere sıramatik cihazları ve LCD ekranlar kurulmuş, halkla ilişkiler, kalite ve hasta hakları

birimleri de tesis edilmiştir. Özel hastanelere benzer biçimde, hasta ve hasta yakınlarını karşılamak ve yönlendirmek üzere host ve hostesler de göreve başlamıştır. Bu temel dönüşümler haricinde hastanede meydana gelen diğer değişiklikleri başhekim vekili şöyle anlatmaktadır:

Hastanelerin teknolojik olanakları arttı. Bu nasıl oldu? Hastane kendi kazanıp kendi ihtiyacına göre harcar duruma geldi. Her hastane kendi önceliğini belirleyip kendisi harcamalarını yapabiliyor. Birkaç konu dışında üst makamlardan onay alması gerekmiyor. Şu anda ultrason, endoskopi vs. ihtiyacımız olsa, hiçbir onaya ihtiyaç duymadan başhekimlik kararı ile alabiliriz. Genel sağlık idaresi hastaneler arasında bir hizmet kalite rekabeti başlattı. İlk başta dönüşüm sonrası hastanemizde günlük 10000'e yakın hasta girişi, 1500'e kadar düşmüştü. Hastalar daha önce erişemedikleri diğer hastaneleri denediler. Sonra zemin, poliklinik ve sağlık hizmeti sunumundaki sürekli iyileştirmelerimize bağlı olarak hastalar hastanemize peyder pey geri döndü. Döndüklerine burada kalitenin arttığı ve iş akış süreçlerinin kısaldığını gördüler. Böylece yeniden günlük 6500'e ulaşan, Ankara'daki en yüksek sayılara ulaşıldı. Poliklinikte yoğun kaos vardı. Poliklinik sayılarını artırdık, bekleme alanlarını genişlettik. Bekleme sürelerini kısalttık. poliklinik bir uçta, röntgen bir uçtaydı, polikliniklerin altına röntgen bölümü ve kan alma ünitesi açtık. Bilgisayar otomasyon sistemine geçildi. Makro planlamalar yapıldı. Büro, mobilya ve bilgisayar donanımı neredeyse tamamen yenilendi. 180 takım modern poliklinik mobilyası alınarak hem mekanlar güzelleşti hem de personel için keyifli çalışma ortamı oluşturuldu (Hastane Başhekim Vekili).

4.2.4.1.Cerrahi ve Dâhili Birimlerde Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

a)Çalışma koşullarının dönüşümü

Çalışma koşullarını dönüştüren en önemli etken hastanenin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi olmuştur. Bu durum çalışma sistemini değiştirmiş, hastanenin fiziki ve teknolojik olanaklarında önemli bir iyileştirme gerçekleştirirken, hastanenin gelir artırımına odaklandığı yeni bir yönetsel sistemi de yerleştirmiştir. Performansa dayalı ücretlendirme ve Toplam Kalite Yönetimi uygulamaya konmuştur. Daha önce yalnızca bu hastaneye gelen SSK hastalarının, diğer hastanelere kaymasıyla geçiş döneminde çok azalan hasta sayısı, giderek yeniden artmıştır. Klinikler parçalanarak çok sayıda yeni klinik oluşturulmuş, böylece klinik şef ve şef yardımcısı sayısında da büyük artış gerçekleşmiştir.

Yeni çok sayıda ünite ve servis açıldı para kazandırma amaçlı. Bir de servise şef atanmıyor da şefe göre servis açılıyor artık...Hasta elinde tetkikle hastane hastane gezmeye başladı. SSK'da otelcilik

hizmetleri çok kötüydü, onda ciddi iyileşmeler oldu. SSK döneminde hizmet kalitesi iyiydi, ama vitrin çok kötüydü. Şimdi daha az ama daha gelişmiş malzeme kullanılıyor. (D11)

Gerçekleştirilen görüşmelerde Sağlık Bakanlığı'na geçişle hastanenin siyasi etkilere açık hale geldiği, SSK döneminde görel olarak daha özerk bir yapıya sahip bulunduğu belirtilmiştir. Hastane içi ve dışında gerçekleştirilen yer değişikliklerinin birer baskı ve yaptırım aracı olarak kullanıldığı öne sürülmüştür:

Bir de sağlık çalışanlarının gelecek kaygısı çok arttı. Burada sözleşmeli personel oranı %30 civarında, hemşirelerin yarısı sözleşmeli. İşten atılma ya da sürgün tehdidiyle örgütlenmeye yanaşmıyor insanlar. Bazı arkadaşlarımızı alıp SGK fatura komisyonuna verdiler. Hastane içi yer değiştirmeler de çok oldu. (D1)

SSK döneminde bir yere geçmek çok zordu. Başka servise, başka hastaneye geçmek çok çok zordu. Ciddi mazeretler gerekirdi. Şimdi mazeretleriniz bir işe yaramıyor, torpiliniz varsa bir yere geçebiliyorsunuz. Ama baskı için de istemediğiniz bir yere verilebiliyorsunuz.(H5)

TTB ve sendikalarca sıkça dile getirilen muayenehaneciliğin azalması ile hastanelerin muayenehaneleştirilmesi arasındaki koşutluk, yanıtlayıcı hekimlerin çoğun tarafından da kabul görmektedir. DIŞKAPI YBEAH'de performans sistemine geçiş ve Tam Gün Yasa Tasarısının gündeme gelmesi ile çok sayıda hekim muayenehanelerini kapatmıştır. Kapatma gerekçelerini ve ücretlendirmenin etkilerini bir hekim şöyle açıklamaktadır:

Benim için önemli olan maaşımda nasıl bir değişiklik olduğu. Benim emekli olunca alacağım maaş sürekli olarak eriyor. O zaman benim emekliliğim için para biriktirmem gerekiyor. Daha önce muayenehanem vardı. Performans çıkınca hesap kitap yaptım. Benim kârımdan daha kârlı olacaktı hastanede çalışmak. Sekreterin sigortası vs. birçok gider. Bunları ben vermeyeyim hastanede çalışayım devlet versin dedim. İki temel sıkıntımız var. İlki performansın emekliliğe yansımaması; diğeri de bizim 20 günlük yıllık iznimiz olduğu halde performansta bu iznimizin sıfır olması. 15 gün izin yapıp o ay aynı performansı da yapsam ben izin yaptığım için yarım performans ücreti alıyorum.(D6)

Hemşireler çalışma koşullarının dönüşümünden memnun değildir. İşlem ve hasta sayısı yoğunlaşmış, hasta başına düşen hemşire sayısı azalmıştır. 1999 yılında tüm cerrahi klinikler tarafından toplam 14987 ameliyat gerçekleştirilirken, bu sayı 2009 yılında 45248'e çıkmıştır. Gazi Hastanesi'ne benzer biçimde hemşirelerin doldurduğu çok sayıda

yeni form ortaya çıkmıştır. İş yoğunlaşmasını özlük hakların budanmasının takip etmesi, hemşirelerin iş doyumunu azaltmıştır:

Sağlık Bakanlığı'nda hiçbirşey yok, hemşire eksikliği var. Hemşirelerin bir kısmı gitti ayrıldı. Şu anda dahiliye servisi yükünü 4-5 kişi çekiyor. Gidenlerin yerine yenilerinin gelmesi lazım, çok ihtiyaç var. Çok servis açıldı çünkü. Mesela bizim eskiden 1 kat boydan boya 1 servisti. 4-5 hemşire yetişiyorduk. Ama şimdi 4 klinik var. Klinikleri hep böyle ayırdılar. Kağıt işlerimiz çok, kırtasiye işi çok. SSK'da da vardı ama bu kadar değildi. Sağlık bakanlığına geçişle bizim kliniğimizde pek bir iyileştirme olmadı. Ama cerrahi klinikler, yoğun bakımlar, acil iyileştirildi. Çünkü buralarda para kazanıyorsunuz. Hani dahiliye servisi para kazandırmıyor ki. Ancak karşı tarafa (gastroenteroloji) bayağı bir yatırım yapıldı. Buralarda eleman artışı da sağlandı. Hizmet kalitesi de artırıldı. Değişim en çok iş yönünden. Eskiden az eleman çok iş felsefesi yoktu. Maddi yönden doyumunuz vardı. Nöbet tutunca karşılığı vardı. Şimdi aylık 50-60 saat fazla çalışıyoruz 60 TL para alıyoruz. Bu kadar işyükü varken hangi hastanın banyosuna, özbakımına yetişebilirsiniz? (H1-2)

Bilgisayarın gelişi kağıt işini azalttı biraz. Ama şimdi de bir sürü form, bir sürü soru var. Bir hastayı kabul 10 dakika sürüyor, çok sayıda soru sormamız gerekiyor çünkü. Kalite sisteminin gerektirdiği prosedürü izliyoruz. Kalite ile getirilenler gerekli ama az elemanla bunları yapmak çok zor. Kalite ile birlikte işler düzenli hale geldi. Herşey tek tipleşti. Herkes aynı kadehi, aynı kağıdı kullanıyor. Artık hastalar haklarını biliyorlar. Eskiden biz ne verirsek onu alıyorlardı. Şimdi soru soruyorlar. Ama buna cevap verecek eleman lazım (H3-H4).

Tablo 22: Dışkapı YBEAH'de İşlem, ameliyat ve poliklinik sayılarında yıllara göre artış eğilimi

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ilk 6 ay
Poliklinik Oda Sayısı	112	122	131	134	140	208	157	173
Muayene Sayısı (milyon)	1,01	1,15	1,1	1,45	1,31	1,55	1,44	0,78
Yatan Hasta Sayısı / Yıl	29.097	27.278	33.790	37364	38934	46297	39.352	20.645
Ortalama Yatış Gün Sayısı	7.63	8.08	6.74	6.16	6,10	6,14	6,4	6,1
Yatak Doluluk Oranı (%)	83.09	79.21	75.48	79.36	85.4	82.62	85.83	85.05
Ameliyat Sayısı / Yıl	21.914	16.107	20.004	19.206	30.869	32.299	39.312	25.616

Çalışanların önemli bölümü, SSK döneminde, klinik şeflerinin yetkilerinin sınırsız olduğunu, muayenelerine gelmeyen hastaları hastaneye yatırmayarak yetkilerini suistimal ettiklerini dile getirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı'na geçiş süreci ile bu durum ortadan kalkmıştır. Bununla birlikte, performans uygulaması ile klinikler bölünerek çok sayıda klinik oluşturulmuş, yatarak tedavi ve ameliyat sayıları artırılmıştır. Bazı kliniklerde hekimler servis yataklarını bölüşmüş durumdadır. Az sayıda servis yatağına rağmen çok sayıda hastayı tedavi ve ameliyat ederek klinik çıktısını artırma yarışı, etik dışı biçimde kısa sürede iyileşecek hasta ve operasyonların tercih edilmesine yol açmıştır. Klinik işleyişindeki bu dönüşüm bir klinik şefi tarafından bütün açıklığıyla şöyle ifade edilmiştir:

80'lerde klinik şefi olarak çalışıyor olsaydım yetkilerim statüm çok daha yüksek olurdu. Bir kere hekim sayısı çok arttı. Rakamlar çoğalınca hasta bölünmüş oluyor. Eskiden şeflik suistimale çok açıktı." Buradaki yatakların hepsi benim, muayenhaneme gelmeyen ameliyat olamaz burada" diye bir işlem yapıyordu. Şimdi her hekimin neredeyse kendi yatağı var. Benim için değişimden sonraki en büyük sıkıntı daha önce 45 yatağım varken şimdi 16 yatağım var. Çünkü klinikler bölündü ve bir sürü yeni şef atandı. 16 yatak benim hastayı çevirme şansımı azalttı. Sigorta zamanında periferde bir komplikasyon olduğunda bizi arayıp sorduklarında, gönder hastayı yatağım var diyordum. Şimdi telefon ettiklerinde yerim yok diyorum. Çünkü benim o hastayı almam 5 gün ameliyatım varken bir günümün boş geçmesi demek. Verimliliğin sıkıştırıldığı bir ortamda ben bunu yapmak istemiyorum. Uzun yatacak, sorunlu komplikasyonlu hastaları yatırmıyoruz. Onları gönderiyoruz. Hasta seçmeye başladık. Burada deneyimli tecrübeli bir ekip var. Zaten zor ameliyatları yapabilen az sayıda yerden biriydik. Bu vakarlı diğer hastaneler de yapmak istemiyorlar. Biz de yapmayınca o hastalar ne oluyor bilmiyorum. Bu kadar klinik olması da anlamlı değil. (D6)

Dahili kliniklerde hasta daha uzun süre yatar. Cerrahi branşta yapacağımız iş bellidir, hasta daha az yatar. Hasta yatışına bağlı gelişen komplikasyon da daha azdır. Artık bir de uzun yatacak hasta hastaneye kayıp demek, bu nedenle almamaya çalışıyorlar. Daha doğrusu hastane politikası olarak onlara yapılan baskı bu yönde. Çünkü o hastanın tedavi maliyeti hastaneye yük getiriyor. (H5)

b) Çalışanlar arası ilişkilerin dönüşümü

Performans sisteminin hekim gelirlerini artırması hekimlerin çoğununun sistemden memnun olmasını sağlasa da, klinikler arasındaki gelir uçurumu, rekabeti artırmış ve iş barışını bozmuştur. Görüşme gerçekleştirdiğim tüm kliniklerde, başka bir klinik haksız kazanç elde etmekle eleştirilmiştir. Özellikle cerrahi ve dahili branşlar arasındaki rekabet

artmıştır. Her iki branştan hekimler de birbirleriyle karşılaştırma yaparak sistemin adaletsizliğine değinmektedir. Bu durum tıbbın tamamlayıcı iki alanı arasındaki ilişkileri, birbirinin işini küçümsemeye ve önemini yok saymaya varan tehlikeli bir boyuta taşınmıştır.

Performans sistemi denen tam bir şarlatanlık, soytarılık. Bizim ortalama aldığımız para 1-1350 performans olarak. Psikiyatristin aldığı 2 milyar. Ne yapar bir psikiyatrist? Biz ameliyata gidiyoruz. Serviste koşturuyoruz. Bazen akşam 7-8 de çıkıyorum ameliyattan. Gastroda çalışan bir arkadaş 3000TL performans alıyor mesela. O yapıyor? Oturuyor endoskopi yapıyor. Bu kriterleri kim belirliyor, neye göre belirliyor belli değil. Fıtık 400 puan. Neye göre 400 puan. Fıtık ameliyatı var 20 dakika sürer. Fıtık ameliyatı var 4 saat sürer. Ama hepsi 400 puan. Ben günde 5 tane fıtık ameliyatı yapamam. Ama öbür tarafta poliklinikte psikiyatrist 20 tane hasta baksa oturduğu yerden çıkartır o parayı. Ben mesela psikiyatristlerden nefret ediyorum. Ben bütün gün ayaktayım. O oturuyor, hastayla iki laf edip ilaç yazıyor. Benden çok alıyor adam. Gerçekten nefret ediyorum. Bunu standardize edememişler. Mağdur oluyorsun. Yani adaletli bir sistem değil. Bunun sabit bir ölçüsü olması lazım. 2 cerrahi asistanı 1250 aldı geçen ay. 1 cerrahi de öyle bir şey aldı. Biz sürekli her ay ne kadar yatmış birbirimizi takip ediyoruz. (Genel Cerrahi asistanları grup görüşmesi).

Ekibe katılan her yeni eleman artık bir ekip üyesi olarak değil, gelirden pay alacak ve geliri düşürecek yeni biri olarak algılanmaya başlamıştır. Burası bir ihtisas hastanesi olduğu için, asistan eğitimi de performans uygulamasından önemli ölçüde etkilenmiştir. Hekimler, uzmanlığa rekabetçi bir sistem içinde ve onun kurallarını öğrenerek adım atar hale gelmiştir.

Bize dediler ki rotasyonlar gittikleri yerden alacaklar. Şimdi kliniğin belli bir puanı var. Biz kaç asistanız? 5 asistanız. Sen rotasyona geldin 6 oldun. Klinik puanı 6'ya bölünecek...Personel sayın artarsa inanılmaz dezavantajlısın. Rotasyonlar gittiği yerden alsın denince kişi sayısı artıp, ücret azalmaya başladı. Bir de rotasyondaki asistanlar çoğunlukla da gelmiyorlar. Hem gelmeyip hem de benim paramı azaltıyorlar. Örneğin plastik cerrahi her yere rotasyona gidiyor, ama kendi bölümlerine rotasyona giden yok. Dolayısıyla onların hep kişi sayısı azalıyor, aldıkları ücret artıyor. Bizim gibi hep rotasyon alan bölümlerde ise ücret hep azalıyor. Ya bu rotasyon meselesi yüzünden aile hekimi uzmanlığı yapan arkadaşlar o kadar muzdarip oldular ki. Sürekli rotasyondalar. Şimdi genel cerrahiye gelecek staja. Yapmak zorunda. Ama bize geliyor biz diyoruz ki, bizde yeterince asistan var, öbür kliniğe git diyoruz. Öbürüne gidiyor, o da yolluyor. Performans ücreti azalacak diye kimse kabul etmek istemedi asistanları. Şimdi bu sorunu çözmek için ortalamadan almaya

başladılar. Bu sefer de parasız fazladan asistan geliyor diye herkes istemeye başladı. İşte sen parayı sistemin içine sokarsan olacağı bu! (A 6).

Hekimler arası ilişkilerdeki rekabetçi dönüşümün, kimi oda arkadaşı hekimlerin birbiriyle konuşmamasına dahi yol açtığı anlatılsa da, hastanede bazı dayanışmacı uygulamalar da ortaya çıkmıştır: Örneğin 2. Beyin Cerrahi Kliniği'nde, kıdem, işlem sayısı, işlem puanı gibi bireysel puan farklarına bakmaksızın, klinik payına düşen ek ödeme, tüm ekip üyeleri arasında eşit paylaşılmaktadır. Performans uygulaması salt hekimler arası ilişkileri değil, hekim ile hekim dışı çalışanlar arası ilişkileri de önemli düzeyde aşındırmıştır. Performans puanı hekimlerin yaptığı işlemler üzerinden değerlendirildiği ve hekim-hekim dışı sağlık çalışanı arasındaki ücret makası açıldığı için görüşülen hemşirelerin tamamı, hekimlere yönelik olumsuz değerlendirmelerde bulunmuşlardır:

SSK döneminde tüm personel arasında her anlamda adaletli bir dağıtım vardı. Aramızda uçurum yoktu. Evet bir doktor çok fazla okuduğu için elbette fazla alması lazım. Ama radaki fark uçuruma dönüştüğü zaman adaletsizlik oluyor. Performansla sağlık tamamen ticarileştirildi. Artık şu mantıkla bakılıyor, ne kadar çok kişiye barsam, ne kadar çok kişiyi ameliyat edersem hastane o kadar para kazanacak. Bu da doktor eliyle yapılabildiği için doktor daha çok hastanede tutulmaya çalışılıyor. Muayenehaneler kapatıldı. Hemşire de ne kadar çalışırsa çalışsın belli bir standartta ücret alabiliyor. Ben 500 alıyorum. Bizim limitimiz 800. Ama doktorların limiti 10000. Bu sistemde herkes birbirinin üzerinden para kazanıyor. Asistanların üzerinden uzman, uzmanların üzerinden şef kazanıyor. Zaten insana da artık insanı olarak bakamıyorsunuz. (H2)

Doktor, yardımcı sağlık personeli ilişkisi biraz bozuldu artık. Önceden daha çok dayanışma ve daha çok saygı vardı. Hem meslek etiği anlamında da daha çok saygı vardı. Hem de ekip çalışması, grup arkadaşlığı anlamında daha iyi bir ilişki vardı. Şimdi personel birbirinden tamamen koşturdu. Bu günlük ilişkilere çok yansdı. Hitap tarzları bile değişti. Şunu yapabilir miyiz, nasıl yapabilir miyiz diye hitap eden doktorlar, şimdi hemşire hanımlar şu yapılacak diye hitap etmeye başladılar. Dayılanma şeklinde davranmaya, daha kaba davranmaya başladılar. Hastane yönetiminde her şey paraya endekslendi. Önce herkes kendi cebini düşünüyor. Bir de torpil daha çok arttı. Yönetimin hiçbir belirleyiciliği yok. Sözü geçen bir sendikadan, Memur-Sen'den bir tanıdığınız, bir bakan tanıdığınız varsa, istediğiniz yerde, istediğiniz gibi çalışıyorsunuz ve kimse size karışmıyor (H5)

Sağlık personelinin elde ettiği performans dayalı ek ödeme farklılığı aşağıdaki tabloda görülebilir.

Tablo 23: Dışkapı YBEAH’de Sağlık Personelinin Aylık Ortalama Ek Ödeme Tutarı (TL)

	2005	2006	2007	2008	2009
Uzman Hekim (Tam zamanlı)	2.194	3.064	3.500	3.416	4.032
Uzman Hekim (Yarı zamanlı)	1.178	1.146	1.357	1.239	1.317
Pratisyen (Tam zamanlı)	1.477	1.839	1.833	1.579	2.068
Pratisyen (Yarı zamanlı)	580	989	588	477	644
Hemşire	590	580	618	650	685

Hemşireler arasında Gazi Hastanesi’ndekine benzer biçimde istihdam statüsü ve mezuniyet derecesine göre ayrışma yaşanmaktadır:

Büyük bir çatışma var sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans mezunu hemşireler arasında. Meslek lisesi mezunlarını ise hemşire olarak bile görmüyorlar lisans mezunları. Sözleşmeli kadrolu farkı aramızda pek yok. Ama 4b personeli üzerinde daha çok baskı var. Bizim özlük haklarımız güvencede, o yüzden biz biraz daha rahatız. (H5)

c) Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde dönüşüm

Görüşmecilerin çoğu, hastaların sağlık çalışanlarına eskisi gibi saygı duymadığı, hasta haklarının ön plana çıkmasıyla çok daha agresif bir tutum takındıkları konusunda hemfikirdir. Metalaşma sürecinin sağlık çalışanı hasta ilişkisine etkisini gözler önüne seren temel dönüşüm, “para ilişkisinin” sağlık çalışanı- hasta ilişkisinde görünür hale gelmesidir. Hastaların hak arama süreçlerinde “hasta hakları”, “sosyal güvenlik” gibi kavramlara başvurmadan ziyade ”sağlık çalışanlarına “senin paranı ben ödüyorum” diye bağdırdıkları çok sayıda görüşmeci tarafından dile getirilmiştir. Diğer yandan performans gelirini artırmak üzere tetkik ve girişim sayısında artış yoluna gidilmesi, hekim- hasta arasındaki güven ilişkisini de zedelemiştir:

15 yıllık hekimim son 5 yılda hastalara olan saygımı kaybettim. Eskiden her hastayla gider özel olarak ilgilenirdim. Eskiden ameliyathaneye koşarak gelirdim. Artık şevkim kalmadı. Eskiden hasta otur demeden oturmazdı şimdi “doktor beni iyi edebilecen mi” diyor. Eskiden bazı hastalarla dostluk kurardık. Ben bir köyü ameliyat ettiğimi biliyorum. Şimdi hasta geldi mi içinden defolsun gitsin diyorsun. Çünkü hasta sana hırsız gözüyle bakıyor. Gerçekten şimdi çok gereksiz ameliyatlar da yapılıyor. Ama buna sistem zorluyor. SSK sistemi daha hasta yararına bir sistemdi. (D8)

d) Mesleki statü ve saygınlığın dönüşümü

Gazi Hastanesi’ndekine benzer biçimde, hekim gelirlerindeki azalma, sağlık hizmetlerindeki ticarileşme, SUT ve BUT ile hekim kanaatinin sınırlandırılması hekimlerin statü ve saygınlığını kötüleştiren temel gerekçeler olarak ortaya konmuştur.

Devir öncesi biz yalnızca SSK kapsamındaki ilaçları yazabilirdik. Bu, devleti koruyan bir şeydi. Bakanlığa geçiş sonrası ilaç endikasyonu ile ilgili düzenlemeler sürekli değişmeye başladı. Bu hastayı da, bizi de sıkıntıya sokuyor. 1 ay önce ödediği ilacı 1 ay sonra ödemiyor. Eczacı kalfasını yolluyor, “doktor ya ilacı değiştirsin ya hastalığı değiştirsin” diyor. Hekimin tıbbi kanaati yok sayılıyor. Nihayetinde onların bir hastalık için uygun görmediği bir ilacı biz uygun görebiliriz. Böyle olunca da hasta ya cebinden ödüyor ya da mecburen devletin ödediği ilacı yazıyoruz. Bence hekimlerin statüsünde düşüş var. Bir de eski hekimler donanımlıydı. Şimdi hekim teknisyen gibi. Tıp artık daha dar bir perspektifle algılanıyor. Öyle ki hekimler artık sadece tıpla ilgilenip onun haricinde hiçbir şeyden anlamayan bir grup. Bir de eskiden hekim sayısı azdı, hekimlerin ekonomik doyumu yüksekti. Performans ödemesi de olsa eski hekimlerin konumunu tutmuyor. Performansta bir ay 2000, öbür ay 5000 kazanabiliyorsunuz. Hasta sayısına, hastanenin faturasına, sizin izne çıkmanıza göre değişiyor geliriniz. Sabit bir geliriniz yok yani. Performans iyi bir sistem değil. 1 aylık rapor alırsan performans gelirin tamamen ortadan kalkıyor. (D3) .

Diğer yandan asistanlar, uzman sayısındaki artış ve genel pratisyenliğin değersizleşmesi ile birlikte, kendilerine hastalarca değer verilmediğini, hatta kendilerinin hastalar tarafından hekim olarak dahi görülmediğini dile getirmişlerdir.

Hemşireler ise hemşireliğin toplumsal konumunun düşük olduğunu belirtmiş, çoğu erkeklerin mesleğe girişini toplumsal statüyü yükseltebilecek bir gelişme olarak yorumlamıştır.

Toplumun hemşireliğe bakışı hala aynı, aynı olumsuzluk. Bunu da toplumun eğitimsizliğine bağlıyorum. Bana bağıyor çağırıyor, doktoruna bağırıyor ama. Çünkü şeyi olarak görüyor, hemşiresin ya sen, onunla devamlı birliktesin. Bir de sen onun kızıydın. Kıza devamlı bağılır, çağırılır. Öyle olunca, normal görüyor sana bağıp çağırma. Erkeklerin olması iyi, bu mesleğe hep cinsiyetçi bakılıyordu, kadın mesleği olarak görülüyordu. Bu mesleğin hem arada kalmış olması, doğru düzgün bir meslek tanımının olmaması, sıkıntı. Meslek tanımında her şeyi yapmak var. Her şeyi yapmak bir meslek tanımı değildir. Diğer yandan kadın mesleği. Bu yüzden her türlü tacize uğruyorsun. Gece başka bir yerde kalıyorsun. Bu toplum açısından kolay kabul edilebilecek bir şey değil: bir kadının evinin dışında bir yerde kalması. Bu yüzden kötü gözle bakılıyor. Ben acilde çalıştım bir süre.

Bununla birlikte hastaneye yeni hemşire alımlarında erkeklerin tercih edilmesi, kadın hemşire istihdamının düşebileceği yönündeki öngörüğü desteklemektedir. Hemşireler tarafından bu hastanede acilde istihdam edilen erkeğe hemşire sayısının, kadınlardan fazla olduğu belirtilmiş, bunun nedeni ise acil servisin tacize açık bir alan olmasıyla açıklanmıştır.

e) Teknolojik dönüşüm ve uzmanlaşma

SSK döneminde 22 kalem ilaç SSK ilaç fabrikasında üretilmekte idi. Bunun dışındaki ilaçlar ise kurum tarafından düşük fiyatlarla topluca alınırdı. Hekimler, reçete düzenlerken yalnızca SSK kapsamındaki ilaçları yazabilir, hastalar da ilaç alımını SSK eczanelerinden gerçekleştirirdi. Bu sistemin ortadan kalkmasıyla birlikte, diğer hastanelerde olduğu gibi, bu hastanede de ilaç şirketleri ziyaret ve promosyonlara başlamıştır. Klinikler ilaç tanıtımları için belirli gün ve saatlerini firma elemanlarına ayırabilmektedirler. Bu durumun gereksiz ilaç yazımını artırdığı ve firmalarla gayri etik ilişkilerin gelişmesine yol açtığı yargısı, sağlık çalışanlarınca sıklıkla dile getirilmektedir.

İlaç şirketleri SSK döneminde tanıtım yapmıyordu pek. Devirle birlikte firmalar gelmeye başladı. SSK döneminde biz ilaç açısından kurumu koruyacak bir tavır takınırdık. Gereksiz ilaç yazımından daha çok sakınırdık. Kurumu korumak önemliydi. Bir hastanın uçakla sevki gerekmezse asla yapılmazdı. Şimdi her gelen hastaya 1 yıllık rapor çıkartmak zorundaymız gibi bir tutum var hastalarda. Daha ucuz seçenekler de pek gözetilmiyor sanırım. (D3)

Hekimlerin bir bölümü Sağlık Bakanlığı'na devirle birlikte araç-gereç ve tıbbi cihazlara erişimin kolaylaştığını, bir bölümü zorlaştığını ifade etmektedir. Bu konuda bir uzlaşma yoktur. Bununla birlikte tetkik cihazlarında teknolojik yenilenmeye gidilmiştir. Yeni cerrahi teknikler ve araçlarla ameliyat süreleri kısalmış, ameliyat sonrası sağlık problemleri azalmıştır. Cerrahi tekniklerin gelişimi ve uzmanlaşma, cerrahların uzmanlık alanlarının tüm bilgisine hakim olmalarını engellemiştir. Gazi Hastanesi'nde olduğu gibi, bu durum tıbbi hiyerarşide bir kırılma yaratarak, klinik şeflerinin alandaki egemenliklerini zayıflatmıştır:

1980'lerde yapılan ameliyat sayısı 10 ya da 15 taneydi ve bir hekim hepsini çok iyi yapabiliyordu. Ama benim adını duyduğum ve yapmayı bilmediğim birçok ameliyat var. Herkesin yaptığı, daha iyi bildiği ameliyatlarda var. Örneğin dirsek ameliyatını bir arkadaş yapıyor. Böyle bir iş dağılımı olunca herkese bir iş dağılımı da oluyor. Sonuçta şef eskisi gibi tek bilen, en iyi bilen olamıyor. (D6).

1987'de mesela kalça replasmanı haftada bir ila iki kez yapılırdı ve o ameliyatlarda 4 ya da 5 saat sürerdi. Şimdi günde 5 tane yapıyoruz ve 45 dakika sürüyor. Bu hem tecrübenin artması hem de firmaların getirdiği yeni setler kolaylaştı. Bütün bunların yanında cerrahi girişim teknikleri çok değişti.(D9).

4.2.4.2. Tetkik Birimlerinde Gerçekleştirilen Araştırma Sonuçları

a) Çalışma koşulları

Saha çalışmasının gerçekleştirildiği dönemde Hastanenin Radyoloji bölümünde ultrason ve doppler cihazları dışında, hizmet alımı söz konusu değilken, araştırma sonrasında daha geniş çaplı bir hizmet alım ihalesinin gerçekleştirildiği bilgisine ulaşılmıştır. Biyokimya laboratuvarındaki cihazların bir bölümü Gazi Hastanesi'ndeki gibi "kit" karşılığında firmalardan kiralanmaktadır, bazı eski cihazlar ise hastanenin mülkiyetindedir. Gelecekte Etlik Polikliniği'ne gelişmiş bir laboratuvar kurulması ve tüm cihazların "kit" karşılığı kiralanması planlanmaktadır.

Gazi Hastanesi'nin aksine yarı özel bir görüntüleme merkezinin bulunmaması, görüntüleme hizmetlerindeki çalışma koşullarını daha olumlu kılmıştır. Bununla birlikte, yüksek talebi karşılamak ve hastane gelirlerini yükseltmek amacıyla görüntüleme merkezi haftasonları da hizmet vermektedir. Haftasonu personel çalıştırılması ise "esnek çalışma" esaslarına göre düzenlenmektedir. Normal koşullarda haftada 5 gün, günde 5 saat çalışması gereken radyoloji teknisyenleri, haftasonu 20 saat ve üzeri çalışmakta, hafta içi çalışmamakta, çalışma süresi aylık toplam 110 saate tamamlanmaktadır. Bunun için ek ücret ödemesi yapılmamaktadır. Bu durum kamusal sağlık hizmetlerindeki çalışma koşullarının ne yönde dönüştüğü bakımından önemli bir örnektir.

Sağlık Bakanlığı iki hafta içinde tetkik gerçekleştirilemeyecekse, başka hastaneye sevk zorunluluğunu getirmiştir. Hasta kaybının gelir kaybına sebep olması, hastaneyi yeni ve daha hızlı görüntüleme cihazları almaya, görüntüleme merkezi çalışma sürelerini de artırmaya yöneltmiştir. İdare, görüntüleme merkezinde birim zamanda çekilen tetkik sayısının artışı için baskı yapmaktadır. Bununla birlikte tetkik süreleri yarı özel merkezlerdeki kadar (henüz) kısalmamıştır:

MR'da ayrıntılı, kaliteli kesit almak için zaman çok önemli. Burada uzmanın direktifleri doğrultusunda teknisyen kaliteli görüntü almaya çalışıyor. Ama biz 50 hasta çekerken idare diyor ki 70 çek. Biz çektiğimiz zaman görüntü kaybolur. Eğer firma gelirse günde 150 hasta çekmeye çalışacak, sırf çekmiş olmak için çekecek. Sırf para kazanmak için. Hastalar da artık öğrendi, hizmet alımı olan yerde çekmiyorlar, kötü çekildiğini öğrendiler.

Doppler, ultrasonografi ve girişimsel radyoloji (anjiyo, biyopsi) hizmetleri doğrudan hekimler tarafından gerçekleştirilirken, diğer görüntüleme hizmetleri teknisyenler tarafından üretilmekte, raporları hekimler tarafından yazılmaktadır. Buradaki görüntüleme merkezinde raporlama kasete okuyarak değil, doğrudan hekim tarafından yazılarak gerçekleştirilmektedir.

b) Çalışanlar arası ilişkiler

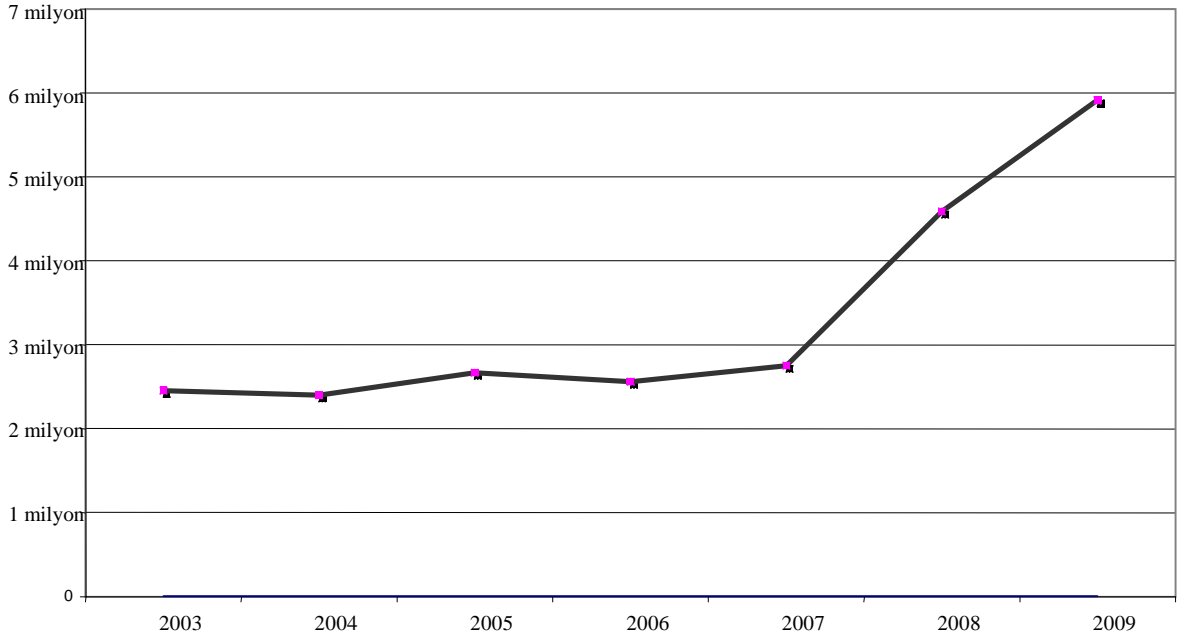
Performans ücretlerinin hekim-hekim dışı personel arasındaki eşitsiz dağılımı tetkik birimlerinde çok daha fazla huzursuzluk yaratmaktadır. Çünkü işlem sürelerinin

kısaltılması ve hasta memnuniyetinin yükseltilmesi çabası, hekimlerin tetkik taleplerini daha da artırmıştır. 1999 yılında 250167 olan toplam radyoloji tetkiki sayısı 2009 yılında 602448'e ulaşmıştır. Aşağıdaki tablo ve grafikte tetkik sayılarının gelişimi izlenebilir:

Tablo 24: Radyoloji tetkik sayılarının yıllara ve cihazlara göre dağılımı

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Röntgen	272933	336919	336539	359875	394828	422335
Tomografi	15173	16484	15411	29537	37827	35774
Manyetik Rezonans	4834	5283	4426 ¹⁷²	10162	36659	39115
Ultrason	16647	-	49511	44527	47529	63190

Grafik-3: Biyokimya tetkik sayılarının yıllara göre dağılımı



Tetkik sayısındaki kayda değer artışın gerekçeleri arasında hekimlerin zaman tasarrufu eğilimlerinin bulunması ilginçtir; hastanın hastanede geçirdiği zamanı arttıran tetkik işlemleri, aşağıda ifade edilen şekliyle, kimi durumda hekime birim zamanda daha çok işlem yapma olanağı vermektedir.

172 Mr sayısındaki bu düşüş 2006 haziran ayında MR cihazının arızalanmasından kaynaklanmıştır.

Hekimler vakit ayıramadığı için çok sayıda lüzumsuz tetkik geliyor. Öyle ki bizim bir test panelimiz var, o test panelinde hastadan istediğiniz testlerin yanına çek atıyorsunuz bilgisayar ortamında. Ama hekimin vakti o kadar kısa ki, yukarıda en üst butona bir çek attığında, hepsine çek atılmış oluyor. Birçok hekim genelde buna başvuruyor. Ben hepsini isteyeyim de, hangisi anormal çıkacak bakayım, ona göre tedavi edeyim diye yaklaşıyor (D10)

Tanı sürecinde anamnez ve ayrıntılı muayenenin yerini tetkiklere bırakmasıyla, 1999 yılında 1685 937 olan toplam biyokimya tetkik sayısı 10 yıl içinde 5.913.364'e ulaşmıştır. Söz konusu artışa karşın gelirlerinde orantısız bir artış gerçekleşmeyen teknisyenler duruma tepkilidirler. Radyoloji klinik şefi bu durumun ilişkilere yansımalarını şöyle ifade etmiştir:

İş barışı sorunu yok bu hastanede. Yalnız performans sonrası bizim performansımız yüksek onlarınki düşük olduğu için, yardımcı sağlık personeliyle aramızda sorun oldu. Şimdi bir teknisyene 80 yerine 90 film çek dediğinde onlar kırılıyorlar. Bunlar performans alıyor, o yüzden iş yükünü artırıyorlar diye düşünüyorlar. Benim normal maaşım 1,5 milyar. Teknisyenlerin, hemşirelerin de 1 civarı. Ama bu maaştaki 1,5 katlık fark performansta 6-7 kat farka dönüşüyor. SSK Sağlık Bakanlığı'na devredilince hekim biraz para yüzü gördü. Ama benim teknisyenim, benim hemşirem almadığı için bu sefer de sorun. Eskiden de 7'ye kadar çalışırdık, şimdi 7'ye kadar çalışınca, bunlar para için bu işi yapıyor, diyorlar. Performansta tabii denetim olmalı. İş çok göstermek için gereksiz ameliyat, gereksiz tetkik yapanlar oluyor. Bizdeki en büyük sıkıntı sağlık personelinin az, hasta sayısının fazla olması.(D9)

c) Teknolojik dönüşüm ve vasıfsızlaşma

Bilgisayarların sisteme girmesi ile tetkik cihazlarında hızın artması, hasta ve personelin daha az radyasyona maruz kalmasına katkı sağlamıştır. Cihaz sayısı ve çeşidi artmıştır. Sağlık Bakanlığı'na geçişle çok sayıda dijital görüntüleme cihazı alınmıştır. Görüntüleme bölümünde halen çok eski cihazlar da bulunmakla birlikte artık kullanılmamaktadır. Teknisyen eşliğinde görüntüleme bölümünde yaptığım inceleme, bana görüntüleme cihazlarının teknolojik dönüşümünü izleme şansı sundu. Bu dönüşümü gözlemleyebilmek, röntgendeki vasıf/teknoloji bileşimindeki değişimi değerlendirebilmemi kolaylaştırdı.

Eski cihazlarda kaset sistemi vardır. Her hastayla birlikte yeni bir kaset koymak gerekir. Kaseti yerleştirip çekim yapılır ve karanlık odada kaset boşaltılırdı. Kırmızı ışıkta filmin banyosu yapılıp içine taze film konurdu. Banyodan çıkan ıslak filmler kurutma dolaplarına dizilip kurutulurdu. Bu sistemde görüntünün netliği; uygun dozun verilmesi, banyo ısısının ayarlanması, gibi, teknisyenin vasıf ve tecrübesine bağlı değişkenlerce belirlenirdi. 1990’larda otomatik banyo cihazı kullanılmaya başlandı. Otomatik banyo cihazı ile film 10 dakikada çıkar oldu. Daha sonra gelişen lazer kameralarla, lazer yazıcıya benzer bir işlem yapılarak film çıktısı birkaç dakikada vermeye başlandı. Gazi Hastanesi’nde de kullanılan, bu hastanede de bulunan, CR cihazlarında cihaza özel kasetler bulunmakla birlikte bu kasetlerin içinde artık film bulunmuyor. Her hastada değiştirilen kasetlere gönderilen görüntü, kasetten ekrana yansıtılıyor. En son gelişen cihazlar tamamen dijital ve kaset içermiyor. Hasta yatıyor, çekim komutuyla birlikte gerekli bölge taranarak ekrana yansıtılıyor. Çekim 1-2 dakikada tamamlanıyor. Bilgisayar programıyla görüntü üzerinde çalışılarak doz, kontrast, kesit, kesit boyutu ayarlanabiliyor. En önemli gelişmelerden biri de, görüntülerin PACS (Picture Archive Communication System) sistemi ile doğrudan uzmana gidebilmesi. Böylece kaliteli bir çekim için iyi bir banyo yapma, doz ayarlama, pozisyon ayarlama gibi teknisyenin vasfına göre değişen özellikler ortadan kalkıyor. Yalnızca basit bir bilgisayar bilgisi, doğru çekim yapmak için yeterli oluyor. Dahası görüntünün dijital hale gelmesi, radyoloji uzmanlarının mekan bağımlılıklarını azaltıyor. Bu durum uluslararası yazında sıkça dile getirilen radyoloji tetkiklerinin emeğin ucuz olduğu ülkelere gönderilmesi sürecinin kapısını açan da bir gelişme. Henüz Türkiye’deki radyologların bu gelişmelerden etkilenmediği görülmektedir.

Teknisyenlerin özlük haklarına ilişkin talepleri karşısında yöneticiler teknisyen emeğinin değersizleştiğini ima eden yanıtlar vermektedir. Sağlık Bakanlığı’na geçişle hak kayıplarına uğrayan röntgen teknisyenleri, vasıfsızlaştıklarına ve işgüçlerinin değersizleştiğine yönelik yorumlara tepki göstermektedirler:

90’lardan beri bizim kazanılmış haklarımızın birçoğu budandı. Bizim eskiden senelik izinde döneğimiz kesilmezdi, şimdi kesiliyor. Maaşımıza göre orantılı ek ücret alırdık. Şimdi dengeler

bizim aleyhimize bozuldu. Bir de eskiden bizim mesleğimize bir saygı vardı. Şimdi başhekim muavinleri diyor ki “sizin yaptığınız işi bilgi işlem memuru da yapar”. Diyorlar ki, “ne var bir tuşa basıyorsun”. Ona bakarsan bir fotoğraf sanatçısı da tuşa basıyor. Ama aslı öyle değil. Bizim yaptığımız işe de biraz saygı duymaları lazım.

Vasıfsızlaştıkları yönündeki yorumlara tepki gösteren teknisyenler, eğitim düzeylerindeki artışa işaret etmektedirler. Gerçekten de 1990'lara kadar radyoloji teknisyenleri ya iş başında eğitimle, ya 6 ay-2 yıl arasında değişen kurslarla çekim yapmayı öğrenen sağlık personelinde oluşmaktaydı. 1990'lardan itibaren ise yüksek okullarda eğitim gören teknisyenler istihdam edilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte eğitim düzeyindeki yükselme vasıflılaşmayı beraberinde getirmemiştir. Formel bir eğitimden geçmeseler de eski röntgen teknisyenlerinin artizanal vasıflar kazanması kuşkusuz şarttı, bugün ise bilgisayar bilgisine sahip herkesin kısa bir sürede röntgen çekmeyi öğrenmesi mümkün hale gelmiştir.

Eskiden hademeler film çekiyordu. Şimdi eğitimi olmayan, bilgisayar bilmeyen biri bunu yapamaz. Şimdi ben mesela Samsun 19 Mayıs mezunuyum, orada hizmet içi eğitimle teknisyen olmuş hademeler vardı. Ama çok güzel film çekiyorlardı. Nasıl? Çünkü eksi sistem tamamen tecrübeyle geliyordu. Bilgi gerekmiyordu. Elin gözün alıştığında çekebiliyordun. Şimdi bilgisayar bilmeyen teknisyen bu teknolojiyi kullanamaz... Eski sistemde tamamen teknisyenin becerisine kalmıştı, çünkü verdiği dozu görme şansın yoktu. Ama hastaya bakıp tecrübelerine göre kilosudur şudur budur. Eskiden verdiği dozu da değiştirme şansın yok. Dijitalde cihaz kendi ayarlıyor ve değiştirme şansın da var dozu.(T1)

MR ve tomografi gibi daha ileri cihazlar ise halen formel eğitimin yanı sıra artizanal vasıflar kazanmayı da gerektirmektedir. Bu cihazlarla çalışması için teknisyenler arasından daha yetenekli ve daha tecrübeli kişiler seçilmektedir. Öğrenme süreci usta çırak ilişkisi içinde gerçekleşmektedir.

MR'da herkesi çalıştıramazsınız. Bu arkadaşımız gece acilde grafide çalışırken, bir yandan buraya MR öğrenmeye geldi. Öğrendi, buraya geçti şimdi. MR en komplike alet. Bunda yumuşak doku olduğu, daha komplike yapıları izlediğimiz için daha zorlu. Şimdi bu arkadaş (MR çeken) beyin çekiyor mesela, kontrast verilmesine karar veriyor, duruma göre hocaya soruyor. Burada ustalık devreye giriyor. Teknolojiyle hız/görüntü kalitesi/cihazla görüntüyü

hareketlendirme/döndürme/kesit alma gibi olasılıklar değişir. Ama kaliteli çekim yine de kişiye bağlı...Mesela burada kesit atlanırsa, oradaki lezyonu göremeyecek, bir şey yok deyip geçecek. Bazen doktor görememiş diyorlar, oysa çoğu teknisyen hatasıdır. Röntgendeki adama 500-600 verirler ama tecrübeli MR bilen adama 2000 TL verirler piyasada (T1-2).

Biyokimya teknisyenlerinde de Gazi Hastanesi'ndekiyle aynı biçimde vasıfsızlaşma gözlenmiştir. Çalışma sistemi Gazi Hastanesi'yle benzerdir. Bununla birlikte laboratuvar daha küçük, gelişmiş cihaz sayısı ise daha azdır.

Eskiden her şeyi elle yapardık. Kan sayımlarını mikroskop lamında yapardık. Reaktifleri elimizde hazırlardık. Hiç makine yoktu. 1 tane spektrofotometre diye bir cihaz vardı. Malzemeler kullan-at değildi. Mazlemeleri kaynatıp çamaşır suyuna yatırardık. Bir de eskiden kan alma işini de biz yapıyorduk. 10-15 yıldır biz yapmıyoruz artık. 1996'da otoanalizörler geldi. Ondan sonra testlerin çoğu ona geçti. Mikroskopiye de cihaz yapıyor. Yeni görevimiz cihaza kanı yüklemek oldu. Bir de tetkik sayısı çok arttı. Eskiden 260 kana çok derdik, şimdi 1500 kan geliyor günde. Sürekli kan geldikçe cihaza yükleniyor. Sonuç otomasyonla doktora gidiyor artık. Eskiden biz sonuçları kapılarda okurduk. (T3)

Gazi Hastanesi'ndekinin aksine burada uzman hekimler için de rutinleşme ve vasıfsızlaşma söz konusudur. Bu hastanede bir araştırma laboratuvarının olmaması, akademik araştırmaların gerçekleştirilmemesi, uzmanların laboratuvar düzenini kontrol etmek, testlerin kontrolünü yapmak ve sonuçları onaylamak gibi rutin faaliyetler gerçekleştirmelerine yol açmaktadır.

Bu ortamda, laboratuvar çok gelişmiş de olmadığı için biraz zanaatsal yönüm törpüledi ama üniversite ortamında öyle değil. Üniversite ortamında biraz daha kreatif yönünüz ortaya çıkıyor. Orada hayal ettiğiniz çalışmayı yapabiliyorsunuz. Burada rutin hasta kanlarının çıkmasından öte merak ettiğiniz bir şeyi araştıracağınız bir laboratuvar olması sizi sanatsal olarak tatmin eden bir şey. Bunun dışında biz bu alanı seçerken hasta muayene etmeyeceğimizi bilerek giriyoruz. Ama mesleğin sanatsal yanını kaybetmek bunun gibi yoğun hastanelerde bütün diğer hekimler için de geçerli. O kısır döngüye giriyorsunuz bir şekilde. Sizin bu testleri sonuçlandırmanız gerekiyor, klinisyen de 2-3 dakikada bir hasta görüyor. Türkiye şartlarında bu pek çok hekim için geçerli "laboratuvarlar gibi biz de otomatize olduk, böyle çalışıp gidiyoruz".(D9)

4.2.5. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örnek Olay Çalışması

SSK Dışkapı Ankara Eğitim Hastanesi'ne bağlı olarak ayrı bir binada 1974 yılında Çocuk Hastalıkları Kliniği olarak hizmete başlayan hastane, 1993 yılında SSK Yönetim Kurulunun Kararı ile SSK Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi ismi altında ayrı bir Eğitim Hastanesi olarak faaliyet göstermeye başlamıştır. 19 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığına devredilen hastanenin ismi T.C. S.B. Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 2010 yılında ise Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır.¹⁷³ Araştırmanın gerçekleştirildiği günlerde hastanenin ikiye bölünmesi gündeme gelmiştir. Araştırma dönemindeki başhekim SSK zamanında atanmış bir başhekimdir. Fakat atandığı dönemde hastanenin Sağlık Bakanlığı'na devri söz konusu olunca, hükümet başka bir başhekim atamıştır. Bunun üzerine SSK döneminde atanan başhekim dava açarak geri dönmüş, daha sonra diğeri dava açmış, böylece sayısız kez iki başhekim gidip gelmiştir. En son Sağlık Bakanlığı'na geçişle atanan başhekimin mahkemeyi kazanması ile yeni yapılan hastane ek binasının yeni başhekimce, eski binanın da eski başhekimce yönetildiği iki ayrı hastane oluşumu gündeme gelmiştir. Daha sonra bölünme gerçekleşmemiş, fakat gerekçesiz biçimde hastanenin ismi değiştirilmiştir. Bu durum ilerideki bir hastane bölünmesini habercisi olabilir. Bu hastanede yoğun çalışma temposu nedeniyle az sayıda çalışan görüşmeyi kabul etmiştir. Servislerde araştırma gerçekleştirilememiş, pediatri polikliniği, ameliyathane, hasta hakları ve kalite birimlerinde çalışanlarla görüşme gerçekleştirilebilmiştir.

a) Çalışma koşullarının dönüşümü

Diğer hastanelerin aksine bu hastanede, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, sağlık personeli başına düşen hasta sayısını azaltarak, çalışma koşullarında görece bir rahatlama sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı'na geçişle hastanenin fiziksel altyapısı

173 <http://www.ankaracocuk.gov.tr/sayfa.asp?id=379>

önemli düzeyde geliştirilmiştir. Bekleme alanları renkli koltuklarla ve çizgi film yayını yapan LCD televizyonlarla donatılmıştır. Tüm mobilyalar yenilenmiş, çok sayıda yeni birim açılmış ve bilgisayarlı sisteme geçilmiştir. Görüşme yapılan personelin tamamı hastanedeki mekansal ve teknolojik dönüşümden memnundur. Bununla birlikte gerek çalışanlar arası ilişkilerin gerek hasta yakınları ile ilişkilerin önemli düzeyde yıprandığı da vurgulanmaktadır.

Biz SSK'dayken SSK'lar sadece buraya gelebildiği için çalışma şartlarımız çok ağırdı. O zamanlar 100 hemşire-ebe yoltuk neredeyse. Şimdi 190'a çıktı sayı. Personel sayısı arttı, hasta sayısı azaldı eskiye göre. Eskiden güvenlik, temizlik şirketi, bilgi işlem yoltu. Şimdi bunların hepsi hizmet satın alma ile oluyor. Daha önce biz daha özverili çalışıyorduk. Her şeye biz bakıyorduk. Güvenlik de bizdik, temizliğe de bakardık gerektiğinde. Bu anlamda bizleri rahatlattı. Ama personel artışı insan ilişkilerini zayıflattı, iletişim kopukluklarına yol açtı. Eskiden biz hastasından personeline herkesi bilir tanırdık. Artık böyle değil. (H1)

Hastayla ilişkilerde SSK ile şimdiki arasında epey fark var. Eskiden hasta popülasyonu çok yoğundu. Çünkü burası SSK'nın merkez hastanesi konumundaydı. Ağır hastalara bakıyorduk. Doktor başına 100 hasta düşüyordu. Bence hastaya ayırdığımız zaman ve onlarla kurduğumuz diyalog pozitif etkilendi. Devlet son dönemde en önemli yatırımını sağlığa yaptı. Hasta açısından pozitif oldu. Hastalar daha konforlu. (D2)

Sağlık Bakanlığı'na geçişin çalışma mekanında yarattığı iyileştirmeye, çalışma ortamına yapılan siyasi müdahalelerin yoğunlaşmış olması eşlik etmektedir. Burada da hastanedeki kadrolaşma, siyasi nitelikli keyfi uygulamalar, baskı ve denetimin yoğunlaşması gibi hususlar, sıkça dile getirilmiştir. Diğer hastanelerde olduğu gibi yer değişikliği uygulaması önemli bir baskı aracı olarak kullanılmaktadır:

SSK hastaneleri özerkti. Doktor tayini üzerinde bakanlık yetkisi yoltu. SSK YK'da karar alınırdı. Şimdi istedikleri gibi tayin, geçici görevlendirme yapıyorlar. SSK'da geçici görevlendirmenin bir kuralı, bir sırası vardı. Şimdi başhekim kime gıcıkta onu gönderiyor. Eskiden başhekimlik kurumu bu kadar güçlü değildi. Daha demokratik bir yönetim vardı. Örneğin uzmanları ilgilendiren bir karar alınacaksa toplantı yapılırdı önce. (D4)

Bir de kadrolaşma çok arttı. Liyakat yok. Yığınla müdür muavini çıktı ortaya. Memur yok, müdür muavini var her yerde. Sağlık çalışanından çok idari eleman var. Bir sürü başhekim muavini var. Onlara performans ödemekten bize sıra gelmiyor. Eski nöbetçi muavinlerin hepsi müdür muavini

oldu. Bir müdürün 2 yardımcısı olurdu, şimdi 10-15 başhekim yardımcısı, 10- 15 müdür yardımcısı oldu. Başka bir yerde çalışmakta olan bir doktor, buradan başhekim yardımcısı sıfatıyla performans alıyor. Performanstan şikayet edenlere başhekim, “eğer o sizin hakkınızda öbür dünyada da alabilirsiniz” diyor. Öbür dünyada da para varsa ben istemiyorum. Cuma günleri, kadrolaşmadan sonra çok değişti. Burası eskiden çok modern çağdaş bir hastaneydi. Hiç kimse sen sağcısın, sen solcusun diye dillendirmezdi. Şimdi insanlar sendikalarını bile değiştiriyorlar. Cuma günü bir gösteriş, Cuma günleri herkes koridorlarda paçalar sıvalı. Koridorlar dolup taşıyor mescitten. Neyse başhekim Cuma camiye gitmeye başladı da, insanlar biraz kendilerini göstermeyi bıraktılar. Bu hem eski kadrolarda dönüşüm olmasından, hem de yeni gelenlerden kaynaklandı. Şimdi burada baskı kurmanın aracı sigara oldu. Sigara içerken görülenleri acile veriyorlarmış. Senin niteliğin önemli değil, sigara içiyorsan acile veriyor. Bir de azarlıyorlar insanları. (Ameliyathane Hemşire ve Teknisyenleri Grup Görüşmesi)

Hastanenin yarısı daha az para kazanırken dayanışma olması zor. Bir de şöyle bir ortamda kimse bir şey yapmamayı tercih ediyor. Kimse mimlenmek istemiyor. Bir mimlenirsen geçici görev çıkar, o çıkar, bu çıkar. (D5)

Güvencesiz personel istihdamı, kadrolu personel üzerindeki baskıyı ikiye katlamaktadır. Bir hemşirenin SSK dönemindeki sendikalı işçilerin gücü ile sözleşmeli personelin gücü arasında yaptığı karşılaştırma dikkat çekicidir:

Burada SSK döneminde kamu işçisi olarak çalışan paspas yapan hizmetliler vardı. Sendikalılardı. Hemşire 1500 alıyorsa örneğin onlar 3000TL alırlardı. Onların çok çabuk tepesi atardı. Çünkü arkalarında sendika gücü vardı. Onun teorik olarak amiri konumundaki hemşireyle kavga ederken mesela sık sık “kaç paralık adamsın ki” derlerdi. Doktora da derlerdi. Sonra sağlıkta personel politikalarına ilişkin her şeyi denediler. SSK döneminde çakılı kadro vardı örneğin. Şimdi esnek işgücü getirdiler. 4B’yi akıl ettiler. Sosyal hakları kuş gibi olan bir şey çıktı. Onların üstündeki denetim daha çok. Tehditle çalışıyorlar. Sözleşmem imzalanmazsa korkusu insanları çekinik yapıyor. Hele bu sözleşmeli personel ilk çıktı, sözleşmeli hemşirelerin ilk geldiği dönem bütün nöbetleri onlara tutturlardı ama nöbet parası verilmezdi onlara. Sonra dava kazandılar, alabildiler. (H2)

Performans uygulaması çalışma biçimini ve yönetimle ilişkileri değiştirmiştir. Ek gelirin kesilmemesi için izin kullanılmaması sıkça dile getirilen önemli bir değişikliktir. Hekim dışı sağlık personeli, bu hastanede de SSK dönemindeki gelir düzeyine sahip olmadığından ve hem hekim- hekim dışı personel arasında hem de her meslek mensubunun kendi arasında kadro ve birime bağlı olarak oluşan gelir eşitsiliğinden yakınmaktadır.

Hemşirelerin hekimlere bağlı olarak çalışması nedeniyle, yeni ücretlendirme sisteminde hemşirelerin olurlarını almaya ihtiyaç duymadıkları, hekimlere yüksek ücret vererek performansa dayalı ücretlendirmeyi hekimlerin onaylamasının sağlandığı belirtilmiştir. Performansa dayalı ücretlendirmenin bir başka çarpıcı etkisi ise, gelir güvencesizliği ve yıllık izin hakkının kullanılamamasıdır:

Eskiden her ay maaşla birlikte ve belirli miktarda yatarı ek ödememiz. Şimdi performansa güvenip olan yapamıyorsun asla. Hastalanacağız diye korkuyoruz. Ben 2 yıldır senelik iznime yakıyorum performans kesilecek diye. Eskiden ek ödememiz kesilmezdi. Hiçbirimiz burada iznimizi tam kullanamıyoruz. Şimdi 180 TL gibi bir geçişten kaynaklı tazminat alıyoruz. (Anestezi teknikeri) ben 76'da işe girdim 1150 maaş alıyorum. (Ameliyathane hemşiresi)

2005 yılından itibaren hastanede uygulamaya geçen kalite uygulamalarının yürütücüsü burada da hemşire grubudur. Bununla birlikte, yönetim tarafından bu uygulamaların çok benimsenmediği ve ek gider ortaya çıkaracak uygulamalardan kaçınıldığı görülmektedir:

Size yönetimin kalite olayına nasıl baktığını özetleyeyim. Bir Masraf çıkarmayın. Eski köye yeni adet getirmeyin. Çalışın iyi puan alın. Önce sadece niceliğe odaklanmışlardı. Şimdi yavaş yavaş niteliği de önemsemeye başladılar. Eğitime önem vermeye başladılar örneğin. Ancak bir form bolluğu var ki sormayın, onu ölçme bunu ölçme, o formu bu formu. Bu her birimin kağıt işini çok artırdı. Denetimlerin bize en çok yararı klinikte oldu. Mesela ilaç işimiz bir düzene girdi. Eskiden büyük kavanozlarımız vardı. İlaç adı yazar. Alfabetik falan da sıralanmaz. İlaçlar küçük küçük kağıtlarda gelir yeni gelen eskinin üstüne konur. Kliniğe gelip kavanoza konana kadar ilaca yığınla el değer. Şimdi buna denetim getirildi. Her klinikte tutulacak ilaç sayısı sınırlandı ilaç tarihleri kontrol edilmeye başlandı. Hasta güvenliği diye bir kavram duyduk en azından. Bunlar kaliteyle gelen iyi şeyler. (H2)

Kalite uygulamaları işyükünü ve kaydı tutulan belge sayısını artırmış olmakla birlikte, hastanedeki bazı uygulamalarda önemli iyileştirmeler de sağlamıştır.

Kalite uygulamaları olumlu şeyler getirdi. Her 6 ayda bir personele hepatit vb. laboratuvar testleri yapılmaya başlandı. Hastaneye giriş çıkışlar düzenlendi. Enfeksiyon kontrolü yapılmaya başlandı. Hastaneye kantin yapıldı. İlaçlar düzenlendi. Örneğin acilde kullanılan ilaçlar, değişik renklerde aciliyetine göre sıralanıyor. Hemşirenin her sabah, bunu yaptım, şunu yaptım diye imza atması

gerekiyor. Bu tabi zaman kaybı. Kırtasiyecilik de çok arttı. Kimsenin form doldurmaktan başka bir şey yapmaya gücü kalmıyor. (D3)

Hemşire sayısı azlığı, işyükünün artışı ve sekreteryaya faaliyetlerinin tıbbi bakım faaliyetlerinin önüne geçmesi, diğer hastanedeki dönüşümlerle benzerdir. İşgücü maliyetini düşürmek üzere hastanedeki birim sayısı artışına rağmen, istihdam edilen hemşire sayısı sınırlıdır.

Geçişle birlikte en başta maaşlarımız, nöbet paralarımız, ikramiyelerimiz kesildi. Hasta bakımı açısından da her şey değişti, her şey kodlandı, BUT'a bağlandı. But kodu olmadan girilmiyor. Hemşirenin iş yükü 10 kat arttı. Hemşire kırtasiyecilik ve sekreterlik yapan bir mesleğe dönüştü. Malzeme giriş çıkışı, Eczane ve deponun yapması gereken bütün işler hemşireye yüklendi. Otomasyon işyükünü azaltmadı artırdı bence. Bir de otomasyona girdiğiniz her şeyi kağıda da geçirmeniz gerekiyor. Hemşire grubu hasta bakımından hasta odaklı çalışmadan daha mekanik çalışmaya döndü. Hemşire sayısı çok azaldı. 25 hemşire talep ediyorsunuz 2-3 tane gönderiyor. Çocuk hastanesinde, sağlık ocağından gelen geçici görevli elemanla iş yapmaya çalışıyorsunuz. Buradaki eleman da gelen elemana öğretmekle boşa vakit kaybetmiş oluyor .(H3)

Daha çok para kazanmak için sürekli yeni klinik açma çabasına girince elemanınız da yetersiz kalıyor. Doktorlar da şimdi artık tüccar gibi düşünmeye başladılar. Yardımcı sağlık personeline de sus payı verilseydi onlar da tüccarlaşır. Yoğun bakımın yatak sayısı 1 ay içinde 14'e çıkartıldı. Ama eleman sayısı aynı kaldı. Şu an hastanemizde eleman yetersizliği var. Bunun için de sağlık ocaklarından hiç hastanede çalışmamış, hiç damar yolu açmamış, hiç yoğun bakım görmemiş hemşireler geçici olarak hastanemizde görevlendiriliyor. Siz yoğun bakım açıyorsunuz, alt yapısını her şeyini hallediyorsunuz, ama kadro planlaması yapmıyorsunuz. Yoğun bakım üstelik hemşirelik hizmetinin en dikkatli verilmesi gereken birimlerden biridir. Bir de tabi yoğun bakım açılmasının nedeni, bir hastayı serviste takip ettiğinizde aldığımız ödemeye göre, yoğun bakımda takip ettiğinizde aldığımız ödemenin daha çok olması. (H5)

b) Sağlık çalışanı-hasta ilişkisi

Bu hastane bir çocuk hastanesi olduğu için, hastalarla ilişkiler daha çok sevgi ve şefkate dayalıdır. Bununla birlikte hastalar kadar, hasta yakınları da ilişkinin tarafı olmaktadır. Bu ilişkinin dönüşümünde en önemli değişiklik, yataklı servislere refakatçi alımı olmuştur. Pek çok görüşmeci bu uygulamanın, tıbbi bakım görevini refakatçilere devrederek işgücü

gereksinimini azaltmanın bir yolu olduğu konusunda hemfikirdir. Hastaların anneleriyle bir arada olması, hem çalışanlarla hasta yakınlarını daha sık karşı karşıya getirmekte, hem de hasta ile çalışanlar arasında kurulan diyalogu zayıflatmaktadır:

Eskiden refakatçi almazdık. Şimdi her servise (yeni doğan hariç) refakatçi alınıyor. Bu da hastalarla ilişkiyi değiştirdi. Eskiden hastanın tüm bakımını biz yapıyorduk. İletişimimiz çok farklıydı. Aileler bırakırken bu çocuk bensiz durmaz derdi. Ama çocuklar bir süre sonra bize uyum sağlar, hep etrafımızda gezer, tansiyon aletimizi tutardı. Servis bizim evimizdi. Bu servis bana ait, her şeyiyle, korumasıyla, temizliğiyle hastasıyla bana ait hissi vardı. Ben onların annesi, babasıyım. Her şeyi benim. Bir personel arkadaşıyla ben bakardık. Hangimiz uygunsak altını, yatağını değiştirir, çocuğun her şeyiyle ilgilenirdik. Dolayısıyla çocukla iletişimimiz çok farklıydı. Şimdi bu yok. Niye? Anneler refakat ediyor ve bakımları ananeler yapıyor, temizliği personel yapıyor. Siz tedavi için gereken görevleri yapıyorsunuz. Hani bir taraftan bakınca sadece yapmanız gereken işleri yapıyorsunuz aslında. Ama işte aramızdaki iletişim de eksildi çocukla. Biz evde çocuklarımızın kullanmadığı eşyaları, oyuncakları getirirdik, eşimizden dostumuzdan toplardık. Burada onlara verirdik. Hatta bazen onlara kendimiz alırdık. Mesela benim bir personelim vardı, evinde bir şeyler pişirir getirirdi. Ama mesela tuzsuz diyeti olan çocuklar için tuzsuz pişirir, getirir burada yedirirdi. Mesela mısır getirir çocuklara, patlatırız. Ya da bisküviyle puding yapar çocuklara dağıtırız. Şartlar çok ağır olmasına rağmen bunlar çok güzeldi. Anneler gelince, çocuklarla aramıza sınır girdi. (H1).

Hasta haklarının ön plana çıkartılmasının hekimlere yönelik saygıyı azaltması, bu hastanedeki hekimler tarafından da dile getirilen bir olgudur. Ayrıca diğer hastanelerden farklı olarak, hastaların şikâyet mekanizmasına başvurma olasılığının yarattığı baskı, burada sıkça dile getirilmiştir:

Hasta yakınlarının tavrında değişim oldu. Mesleğe ilk başladığım yıllarda daha saygılıydılar. Şimdi ellerini kollarını sallayarak girip çıktıkları, istedikleri yapılmazsa şikâyet edebildikleri bir yer oldu hastane. Bu ilk 1996 - 2000 Yaşar Okuyan döneminde “Alo SSK şikâyet hattı” ile başladı. Sonra hasta hakları adı altında bir baskı unsuru oldu. Bu durum istenen tetkik sayısını artırdı. Hasta şikâyete gidecek diye, hastanın her istediğini yapmaya başladık. Yeni sistem hastaya daha fazla vakit ayırmamızı sağladığı için iyi, ama dönüşüm sonrası bizim özgürlüklerimiz yok oldu. Hasta istiyor diye ilaç yazar olduk, tetkik yazar olduk. Bir de ceza yasasından kendimizi korumak için de sürekli tetkike başvuruyoruz (D3)

c) Mesleki statü ve saygılığın dönüşümü

Diğer hastanelerle benzer biçimde burada da hekimler medya ve Sağlık Bakanlığı'ndaki olumsuz söylemlerin saygılıklarını azalttığını, hemşirelerse erkeklerin mesleğe girişiyle saygılıklarının arttığını ifade etmişlerdir. Diğer hastanelerden farklı olarak hekimler gelir ile saygılık arasında bir ilişki kurmamıştır. Aksine yanıtlayıcılar elde ettikleri gelirin yükselmesinden memnundurlar.

Erkek hemşire bizim istediğimiz bir şeydi yıllarca. Erkek hemşireler ekip içinde de daha çok saygı görüyorlar. Hasta sahiplerinden de daha çok saygı görüyorlar. Ben çocuk tacizinden falan da korktum. Korktuklarımız olmadı. Çok iyi ve sevecenler. Ama işin teknik ve özene dayalı kısmını yok ettiler. İşi iş olarak görüyorlar. İşimi yapayım gideyim diye düşünüyorlar. Acilde daha iyi erkek. Hasta ailesi karşısında caydırıcılar. Kadınlara istedikleri şekilde bağırabileceklerini düşünüyor hasta yakınları. Erkek hemşirelere doktor bey diyorlar. Ama bayan doktorlara hemşire hanım diyorlar. (H3-4-5; T1-T2)

Eski Türk filmlerinde sekreter, hemşire kötü gözle bakılan mesleklerdi ya. Erkek hemşirelerin girişi bana göre çok olumlu oldu. Onlara hep doktor bey deseler de. Onlar da pek seslerini çıkarmıyorlar. Daha iri yarı erkekler acil serviste hemşirelik yapıyor. Onlara hastaların hiç sesi çıkmıyor. Acilde hem güç kuvvet nedeniyle hem de hastalar daha çok sorun çıkardığı için erkek hemşireler tercih ediliyor. Mesela anne sütü, emzirme, alt değişimi eğitimi de veriyor erkek hemşireler. Biz ne yapıyorsak aynısını yapıyorlar. Bence renk getirdi. Ben çok çekiniyordum mesela, nöbette rahat dinleneceksin odada erkek var. Nasıl rahat edeceksin diye ama biz çok kaynaştık onlarla. Şimdi herkes birbirinin kankası oldu. Bence çita yükseldi. Daha oturmana konuşmana dikkat ediyorsun erkekler olunca. Kolay benimsendiler. Erkek nasıl bebek altı değiştirecek diyorduk. Yapıyorlar her şeyi onlar da. Toplum hemşireye iyi bakıyor da bakanlık hemşireye kötü bakıyor. (H6)

d) Çalışanlar arası ilişkiler

Geçmişte çok daha küçük olan ve az sayıda personele sahip olan bu hastanede ilişkilerin de dostça olduğu vurgulanmıştır. Hastane içindeki ilişkiler dışarıdaki sosyal yaşama da aktarılabilmiştir. Bununla birlikte hastanenin büyümesi, Sağlık Bakanlığı'na devir sürecinde birçok eski personelin ayrılarak yerini yeni personele bırakması ve son dönem performans uygulamalarıyla çalışanlar arası rekabetin artması, bu sıcak ilişkilerin yok

olmasına neden olmuştur. Uzun yıllardır bu hastanede çalışan bir hekim, geçmiş dönem ilişkilerini şöyle betimlemiştir:

Eskiden ‘Şanzelize’ (Chanselize, *y.n*) dediğimiz bir uzun koridor vardı. Koridorun ucunda, 12 numara diye bir oda vardı, hastasını bitiren oraya gelirdi, konuşur dertleşirdik. Bir şef odası vardı. Sabah nöbetten çıkan oraya gider, kahvaltıyı hazırlar, her gelen önce oraya gelir, simit çay sohbet ederdik. Herkes birbirinin özel hayatını bilirdi. O ekip emekli oldu, yeni gelenler aramıza katılmadı. İlişkiler çok değişti, çok uzaklaştık. Ama biz o eski ekiple hala dışarıda görüşürüz, yurtdışına geziye gideriz. Şimdi zaten bir araya gelecek yerimiz de yok hastanede (D3).

Hastanede mesleki hiyerarşi çok belirgin ve katı olduğu gibi meslekler arası ilişkiler de oldukça zayıftır. Bu hiyerarşik konumun yemekhanedeki oturma düzenine yansımaları ve taşeron işçilerin çalışma koşulları bir hemşire tarafından şöyle anlatılmıştır:

Burada mesleki bölünme kastlaşma çok yoğundur. İlk geldiğimde çok şaşırılmışım. Mesela yeni geldiğimde yemekhanede şu ilk masa boştu, oraya oturdum. Öbürleri bana ‘biz pek oraya oturmayız’ dedi. Orası doktorların yeridir dediler. Genel olarak her meslek grubu kendi içinde kendi arkadaşlarıyla yemek yer, aksi tesadüftür. Bir de şimdi şu arka masalar sarı ve mavi gömleklilere ait (temizlik vd. personeli). Doktor mesela, hemşire masasına rahat oturur, ama bir doktor bir hemşire asla sarı mavi gömleklilerin masasına oturmaz. Mavi gömlek (kadrolu hizmetli personel) yine üstün bir pozisyonmuş. O sarı gömleklilere dikkat ediniz. Onlar parya. Asgari ücretle çalışıyorlar, hiçbir itiraz hakları yok. Ne istenirse yapıyorlar. Biz onlara iletişim eğitimi verdik. İş dışı işleri yapmayın dedik ama. O da dedi ki kolaysa yapma. Sorumlum (sorumlu hemşire) diyor ki git bana gazete al, faturamı yatır, çocuğu kreşten al getir. Bir de şimdi kefil yapma işi çıktı. Şimdi faturaları yatırtmak için bir eleman temin etti yönetim katı. Yönetimin faturalarını yatırma, gelen misafirlerini hastane içinde dolaştırma. Biz şahtık şahbaz olduk. Biz kötüydük ama birleşmeden sonra daha da kötü olduk. Bir de son dönemde yöneticiler yeni adet getirdiler. Tören komitesi gibi geçip arkadaki masalara oturuyorlar; başhekim, yardımcılarını bilmem ne, yemek onların ayağına gidiyor. Bu da yeni çıktı. (H2)

Diğer hastanedeki gibi performans ödemeleri arasındaki eşitsizlik bu hastanede de iş barışını bozucu bir etki yaratmıştır. Hemşireler bu adaletsiz uygulamaya hekimlerin onay vermesini eleştirmektedirler:

Sağlık Bakanlığı zaten doktor bakanlığı olarak işlev görüyor. Doktorlar da biz bu kurumun patronuyuz havasındayız. Sağlık Bakanlığının her bir yönetsel biriminde de doktorlar görev alır. Başka bir sağlık meslek grubundan kimse yer alamaz. Tüm iyileştirmeler de doktorlara göre yapılmaktadır. Ben 2005'te SSK döneminde 1150 maaş alıyordum. Şimdi 2010'da aldığım maaş performans ödemeleri de dahil 1350. Ama SSK'da olsaydım 2500 civarı maaş alırdım. Biz sözde haklarımız saklı kalmak üzere devredildik. Ama birçok hakkımız zamanla eridi. Sağlık Bakanlığı'na devir aşamasında bundan en kârlı çıkan grup doktorlar oldu. Yönetim, başhekim, bakanlık hepsi doktor olunca, onlar da durumdan memnun olunca kimse sesini çıkarmıyor. (H6).

4.2.6. Örnek Olay Çalışmalarının Değerlendirmesi:

Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin pilot bölgeleri arasında yer alan sağlık ocaklarından Yenice ve Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı, 1990'lı yılların ilk yarısına kadar dar bölgede çok amaçlı hizmet prensibiyle faal biçimde hizmet vermiş ve bölgelerinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli rol oynamıştır. Bununla birlikte 1990'ların ikinci yarısından Aile Sağlığı Merkezine dönüşmelerine kadar geçen sürede, Yenice Sağlık Ocağı giderek işlevsizleşirken, Etimesgut 1 No'lu Sağlık Ocağı koruyucu sağlık hizmeti sunma görevini terk etmiş ve daha çok reçete yazımına dayalı bir poliklinik işlevi görmeye başlamıştır. İlkinde hizmet sunumunun giderek azalması, ikincisinde ise koruyucu ve tedavici edici hizmetlerin yerini yalnızca aşılama, reçete yazma, sağlık raporu verme, performans kayıtları tutma gibi işlemlere bırakması sonucu personelin vasıfsızlaşması söz konusu olmuştur. Yenice Sağlık Ocağı'nda zaman 1990'lı yıllarda durdurulmuş gibidir; son 10-15 yılda gerek tıbbi gerek teknik anlamda yenileme yolunda adımlar atılmamış, gerekli sarf malzeme bile yetersiz bırakılmıştır. Bu durum hizmet sunumunun da düşük düzeyde olması nedeniyle Yenice'de sorun olarak dile getirilmezken, Etimesgut Sağlık Ocağı Personeli, koltuktan, yazıcıya, sabundan çöp poşetine kadar hemen her ihtiyacı ilaç şirketleri aracılığıyla tedarik etmek zorunda kalmıştır. Her iki örnekte de, gerek ekip üyeleri arasındaki işbölümü ve dayanışmanın, gerek sağlık ocağı çalışanlarıyla yöre halkı arasındaki yakın ilişkinin geçmişe oranla önemli düzeyde aşındığı gözlenmiştir. Sağlık ocaklarında gerçekleştirilen araştırma, uzman hekimler, pratisyen hekimler ve hekim dışı sağlık personeli arasındaki keskin tabakalaşmayı da gözler önüne sermiştir.

Sağlık ocaklarının işlevsizleştirilmesi, sevk sisteminin işletilmemesi ve aşırı uzmanlaşma, pratisyen hekimlerle uzman hekimlerin gelirleri, vasıfları ve toplumsal konumları arasında çarpıcı bir farklılaşma ve bu farklılaşmaya dayalı bir çatışma yaratmıştır. Sağlık ocaklarının halk sağlığı hizmetleri sunmaktan çekilmesi ve performansa dayalı ücretlendirme sisteminin uygulamaya konmasıyla hekim odaklı poliklinik hizmeti sunmaya başlayan sağlık ocağında, hemşirelerin ikincil konuma çekilmesi, hekimlerle aralarındaki kazanç makasının açılması ve performans kayıtlarını tutma yükünün ebe ve hemşirelere yüklenmesi, hekimlerle hekim dışı personel arasındaki ilişkileri yıpratmıştır.

Aile hekimliğine geçiş sonrası etkilerin değerlendirilmesi için yeterli süre geçmemiş ve uzun süreli bir çalışma gerçekleştirilememiştir. Bununla birlikte aile hekimliği sistemine geçişle birlikte, personel ve araç kısıtlamasına gidildiği; yalnızca aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan çalışanların, geçmişte bir ekip tarafından sunulan hizmeti, çoklu görevler üstlenerek sunmaya çalıştıkları ilk elden tespitler olarak belirtilebilir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde henüz hastanelerde 5947 Sayılı yasa uyarınca tam gün çalışma uygulaması başlamamış, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde performansa dayalı ücretlendirme uygulamasına geçilmiş olmakla birlikte, Gazi (Üniversitesi) Hastanesi'nde birkaç bölümdeki pilot uygulamalar haricinde söz konusu uygulamaya geçilmemiştir. Araştırma sonuçları, SSK'dan Sağlık Bakanlığı'na devredilen bu iki hastanede ortaklaşırken, Gazi Hastanesi hem üniversite hastanesi olması, hem de performansa dayalı ücretlendirme ve tam gün çalışma uygulamalarının henüz hayata geçmemesi nedeniyle bazı açılardan bu iki hastaneden ayrılmaktadır.

Gazi Hastanesi çalışanları, önceki çalışma koşulları daha olumlu olduğu ve 1990'lı yıllara kadar piyasalaşma sürecinin kar maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu kısıtlarıyla yüz yüze gelmedikleri, gerek toplumsal gerek tıbbi hiyerarşide yüksek statü ve saygınlığa sahip oldukları için, içinden geçtikleri dönüşüm sürecini, geçmişe oranla olumsuz bir süreç olarak değerlendirmektedirler. SSK'dan Sağlık Bakanlığı'na devredilen diğer iki hastanede ise SSK döneminde ağır iş yükü ve zorlu çalışma koşulları mevcut olduğu ve

performans uygulaması ile hekimlerin gelirlerinde görece bir yükselme gerçekleştiği için, bu dönüşüm hekimlerin birçoğu tarafından Gazi Hastanesi'ndeki kadar olumsuz karşılanmamış, hatta bir bölümünce çok olumlu bulunmuştur. Bununla birlikte hastane yapılanmasında siyasi etkinin artışı, branşlar arasında, özellikle de cerrahi ve dâhili birimler arasındaki kazanç farklılaşması, rekabet ve kazanç dayalı bir çatışmanın artışı, performansı artırmaya dönük baskı, işgünün uzaması, yıllık izinlerin kullanılamaması, dönüşümün olumsuz etkileri olarak öne çıkarılmıştır. Hekim dışı personel içinse gelirlerinde görece düşüş gerçekleşmesi, performans uygulaması ile iş yükleri artarken, artan birim işlem sayısının kendilerinden çok hekimlerin gelirlerini artırıcı bir etki yaratması, hekim dışı personelin tamamına yakınının dönüşümü olumsuz biçimde değerlendirmesine yol açmıştır. Üniversite hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile benzeri biçimde yönetilmeye başlandığı, tam gün istihdam zorunluluğunun ortaya çıktığı, öğretim üyelerinin ek ücret almaksızın poliklinik hizmeti vermeye başladığı ve çalışanların performans dayalı ücretlendirilmeye başlandığı yeni dönemde, çalışanların bu yeni uygulamalara ilişkin yaklaşımları incelenmeye muhtaçtır.

Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleşmesiyle, üniversite hastanelerinin SSK'lı hastalara da açılması, Gazi Hastanesi'nde hasta sayısını ve iş yükünü artırarak, hastaya ayrılan birim zamanı azaltmıştır. İki eski SSK hastanesinde ise, hastaların bir bölümün başka hastanelere dağılmasıyla hasta kapasitesi başlangıçta azalmış, daha sonra yeniden artış göstermiştir.

Görüşme yapılan tüm hastanelerde hemşirelerin tıbbi bakım hizmetleri yüküne, SUT, BUT ve kalite uygulamalarıyla birlikte çok sayıda kayıt işi eklendiği, hatta bu tıbbi sekreteryaya işlemlerinin neredeyse tıbbi bakım hizmetlerinin önüne geçtiği görülmüştür. Yeni düzenlemeleri hayata geçirme ve organizasyonunu yapma görevlerinin de hemşirelere yüklenmesi ile hemşirelerin iş yükü artmış ve kimi zaman işgünün uzamasına da yol açmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği her üç hastanede de hemşire sayısının görece azlığı dikkat çekicidir. Hastanelerin tamamında farklı kadro ve statülerde çalışmanın hekim dışı personel arasında ayrışma ve hiyerarşiye yol açtığı da gözlenmiştir.

Üç hastanede de SGK ve Maliye Bakanlığı'nca yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) gibi tebliğler ve Kamu İhale Yasası ile hizmet sunumunun koşullarının belirlenmesi, bir başka deyişle ilaç ve tıbbi araç kullanımlarının, hangi endikasyonda hangi işlemin yapılacağına sürekli değişen bu tebliğ ve yasalarla sınırlandırılması hekimler tarafından klinik özerkliklerine ve saygınlıklarına hasar veren etkenler olarak algılanmaktadır. Bunlara ek olarak internet ve medya kanalıyla tıbbi bilgiye erişimin kolaylaşması ve hasta/müşteri memnuniyetinin ön plana çıkmasının hekim-hasta arasındaki geleneksel paternalist ilişkiyi dönüştürücü etkisi, kimi hekimler tarafından olumlu karşılanırken, çok sayıda hekim de, bu süreçte hekimi koruyucu mekanizmaların yoksunluğundan ve kendilerine yönelen medya saldırısından yakınmıştır. Her üç hastanede de görüşme yapılan sağlık çalışanları, birbirine çok benzer sözcüklerle yeni dönemde hastaların saldırganlaştığını ve kendilerini hastaların verdiği parayla iş yapan kişiler olarak görmeye başladıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tamamına yakını, geçmişe oranla çalışanlar arası ilişkilerin kötüleştiğini, iş barışının boulduğunu ve dayanışmanın ortadan kalktığını vurgulamışlardır.

Tüm hastanelerde, teknolojik dönüşümün birimler ve meslekler bazında değişen farklı etkileri söz konusudur. Cerrahi ve dâhili branşlardaki hekimlerin tanı için radyoloji ve laboratuvar tetkiklerine, tedavi için ilaçlara başvurularındaki artış, zanaatkâr vasıflarına zarar verirken, bazı branşlardaki teknolojik dönüşüm yeni vasıflar kazanılmasını beraberinde getirmiştir. Yeni cihazların kullanılması, yeni cerrahi ve tedavi tekniklerinin geliştirilmesi ile geçmişte gerçekleştirilemeyen pek çok tedavi gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Gastroenteroloji, kardiyoloji gibi kimi branşlar, yeni tetkik ve tedavi süreçlerini kendi birimlerinde toplamışlardır. Teknolojik dönüşüm aynı zamanda, hata oranında azalma ve tedavi süresinin kısalması gibi olumlu etkiler de yaratmıştır. Diğer yandan, tüm hastanelerde tetkik cihazlarının mülkiyetinin kamunun elinden çıkarak, alan bilgisinin cihaz firmalarına geçmesi ve teknisyenlerle kimi hekimlerin vasıfsızlaşması söz konusu olmuştur. Gerek Gazi Hastanesi gerek Dışkapı Y.B.E.A.H'de biyokimya ve radyografi teknisyenlerinin vasıfsızlaştığı gözlenmiştir. Ancak, üniversite hastanesinin öğretim üyelerine sunduğu araştırma olanakları, biyokimya bölümündeki teknolojik dönüşümün bu iki hastanedeki biyokimya uzmanlarını vasıfsızlaştırıcı etkisini

farklılaştırmaktadır. Geçmişte biyokimya uzmanları tarafından gerçekleştirilen işlerin büyük oranda cihazlar tarafından gerçekleştirilmesi, Gazi Hastanesinde biyokimya uzmanlarını yeni araştırma alanlarına yönettiren, Dışkapı Y.B.E.A.H'de daha çok sonuçların onaylanması, laboratuvarın yönetim ve denetimi ile sınırlı bir çalışma alanına hapsedmiştir.

Gazi Hastanesi'nde araçların kamu mülkiyetinden çıkarak özelleşmesi daha hızlı biçimde gerçekleşirken, diğer iki hastanede bu yönde adımlar atılmaya araştırma sürecinde yeni yeni başlamıştır. Bununla birlikte tüm hastanelerde, reaktif karşılığı veya hizmet alımı ile cihaz kullanımı söz konusudur. Tüm hastanelerde bu özelleştirme yöntemlerine başvurmanın temel nedeni, hızlı teknolojik dönüşümü görece düşük bedeller ödeyerek gerçekleştirme amacı ile açıklanmıştır.

Gelişmiş tetkik cihazlarının kullanılmaya başlanması teknisyenler açısından iş yükünü, mikrop kapma olasılığını, maruz kalınan radyasyon düzeyini ve hata payını önemli düzeyde düşürürken, alanın bilgisinden çok cihazın bilgisine ihtiyaç duymalarına neden olarak teknisyenleri vasıfsızlaştıran ve yabancılaştıran etkiler yaratmıştır. Bununla birlikte tüm hastanelerde radyoloji bölümündeki bazı cihazların kullanımı, örneğin MR daha vasıflı emeğe ihtiyaç duymaktadır. Tüm hastanelerde tetkik sayılarındaki çarpıcı artış, cihazların verimliliğindeki artış kadar, hekimlerin tanı sürecinde öykü alımından çok tetkik sonuçlarına önem verdikleri defansif tıp uygulamalarındaki artışı da ortaya koymaktadır.

Her üç hastanede de uygulanan kalite ve standardizasyon uygulamaları, çalışanların çoğu tarafından kendilerine ek iş yükü getiren, zorunlu ve palyatif uygulamalar olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 25:Çoklu Örnek Olay Çalışmasının Sonuçlarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi

Sağlık Kurumları	Alt Birimler	Vasıfsızlaşma		Mesleki Dayanışmada Bozulma		Sınıfsal Kutuplaşma	İş Barışının Bozulması	Teknoloji Kullanımında Artış	Mesleki Saygınlıkta Aşınma	
		Hekimlerde	Teknisyen-lerde	Hekim	Hekim Dışı Personel				Hekim	Hemşire
Sağlık Ocağı		X	X	X	X	X	X		X	X
Üniversite Hastanesi	Cerrahi			X	X	X	X	X	X	
	Dâhili	X		X	X	X	X	X	X	
	Tetkik		X	X	X	X	X	X	X	
Eğitim-Araştırma Hastanesi (SSK'dan Devir)	Cerrahi			X	X	X	X	X	X	
	Dâhili	X		X	X	X	X	X	X	
	Tetkik	X	X	X	X	X	X	X	X	
Özel Dal Hastanesi (SSK'dan Devir)				X	X	X	X	X	X	

SONUÇ:

Türkiye’de hiçbir tarihsel dönemde, genel bütçeden finanse edilen evrensel bir sağlık sistemi kurulamamış; sağlık hakkı, sosyal sigorta kapsamı dışındaki yurttaşlara genelleştirilememiş; istisnai örnekler dışında ilaç ve tıbbi teknolojinin kamu eliyle üretilmesine izin verilmemiş; sağlık hizmeti tamamen kamu tekeline geçmemiş; kamuda istihdam edilen hekimler kısa sürelerle uygulamaya konulan yasal düzenlemeler haricinde kamusal hizmetin yanı sıra serbest/özel hizmet vermeyi de sürdürmüştür. Dolayısıyla, ülkemizde sağlık hizmetlerinin tümüyle meta dışına çıkarılması bu konuda en çok adımın atıldığı sosyalleştirme döneminde dâhi, söz konusu olmamıştır. Bununla birlikte özellikle 1960- 1980 arası dönemde devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri, piyasa kurallarından görece bağımsız kılınmış, sağlık hakkı devlet tarafından anayasal güvenceye alınmış, sağlık personeli, yaşam boyu istihdam ilkesine dayalı memurluk statüsünde istihdam edilmiştir. Söz konusu dönemde sağlık hizmetinin yönetsel, örgütsel ve denetimsel yapısı, piyasa kuralları ve arz talep dengesinden çok kamu ihtiyaçları ve hükümet politikalarınca belirlenmişti. Tıbbın geleneksel yapısına içkin olan artizanal hizmet üretim süreci, diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de kamu denetimine ve kamusal istihdama dayalı bürokratik sağlık kurumlarının oluşturulmasıyla belirli düzeyde bir kırılma yaşasa da, usta çırak ilişkisine dayalı özellikleri bir ölçüde devam etmekteydi. Siyasi iktidarın ana rotasını belirlediği kamusal sağlık hizmeti üretiminde, emek sürecinin denetimi büyük ölçüde hekimlerin elindeydi ve aynı zamanda hekimlerin görelî özerklikleri ve yüksek statüleri korunmuştu. Hekim dışı sağlık çalışanları, büyük ölçüde hekimin yönetim ve denetimi altında, hekime tâbi çalışanlar olarak konumlandırılmıştı, gerek mesleki gerek kıdeme dayalı katı bir hiyerarşi vardı. Başhekimler ve klinik şefleri/Anabilim Dalı Başkanları geniş bir iktidar alanına sahiptiler. Söz konusu geniş iktidar alanı, iktidarı elinde tutan muayenehane sahibi hekimlerin, bölümlerindeki hastane olanaklarını kendileri için kullanmaları, hastane yataklarını fiili olarak tekellerinde tutmaları gibi olumsuz uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte pek çok büyük sağlık kurumunun ameliyathaneler, klinikler gibi alt birimleri ve daha küçük ve daha özerk bir yapıya sahip olan sağlık ocakları bir artizanal atölye gibi hizmet üretmiş, mesleki hiyerarşiyle birlikte ekip çalışması ve mesleki dayanışma korunabilmişti. Mesleki

işbölümü içinde cinsiyete dayalı ayrışma çok keskindi, hekimlerin küçük bir bölümü, buna karşın hemşirelerin ve ebelerin tamamı kadındı. Sağlık çalışanları arasında ilişkiler daha sıcak ve iletişim yüz yüze idi. Uzman hekim sayısı görece az, hastanelerin teknolojik altyapısı gelişmemişti. Bulaşıcı hastalıklar ve bebek ölümleri, temel sağlık sorunlarının başını çekmekteydi. Bu dönemde hastalar karar süreçlerinde görünmezdi ve hekim hasta ilişkisi paternalist özellikler taşıyordu. Hedef nüfusun eğitim düzeyi düşük ve iç göç yoğundu, hastaların korunma, tanı, tedavi, rehabilitasyon sürecinde denetimleri olmadığı gibi, danışma, şikayet ve önerilerini sunabilecekleri herhangi bir yapı da oluşturulmamıştı.

1980’li yıllardan itibaren baş gösteren Neo-liberal dönüşüm süreci, dünyanın pek çok bölgesinde olduğu gibi ülkemizde de kamusal hizmetlerin özelleştirme, piyasalaştırma ve ticarileştirme mekanizmalarıyla yeniden metalaştırılmasıyla sonuçlanmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde metalaştırma çok yönlü, sürece yayılan ve planlı uygulamalarla gerçekleştirilmiştir. Az sayıda doğrudan özelleştirme, yani, kamu hastanelerinin özel sektöre devri gerçekleşmiştir. Daha yaygın biçimde destek hizmetlerinin tamamı (ör. yemek, temizlik, güvenlik) ile klinik hizmetlerin bir bölümünün (ör. görüntüleme) ihale ve alt işverenlik sözleşmeleri ile kısmi biçimde özelleştirilmesi söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen kamu özel ortaklıkları sağlıkta özelleştirmenin bir başka biçimidir. Sosyal Güvenlik Kurumu ile özel hastaneler arasında gerçekleştirilen anlaşmalarla, özel hastane giderlerinin SGK bütçesinden ödenmesi yoluyla kamudan özele kaynak transferi gerçekleştirilmektedir. Gerçekleştirdiğim çalışma açısından daha önemli olan ise kamu sağlık kurumlarının piyasalaştırılması ve Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı ile yeniden örgütlenmesidir. SSK hastaneleri, Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş, aynı süreçte Bakanlık “düzenleyici” bir role çekilmiştir. Hastaneler gelirleriyle giderlerini finanse etmeye çalışmaktadır. Bu durum hastaneleri, gelirlerini artırıp giderlerini azaltıcı bir politika izlemeye yöneltmektedir.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ile kamu emek süreci ile meta üretim sürecini birbirinden ayıran özellikler silikleşmiş, sağlık emek süreci, herhangi bir meta üretim süreci ile benzeşmiştir. Kamusal sağlık hizmetinin ruhuna aykırı biçimde, bu hizmetlerin üretiminde çalışanlardan daha az veya sabit girdi ile daha çok çıktı elde etmeleri

beklenmeye başlamıştır. İşgünü fiili ve/veya yasal düzenlemelerle uzatılmıştır. Gerçekleştirilen örnek olay çalışmalarında bulgulandığı gibi, hekimler performans ücretlerini artırmak üzere daha uzun saatler çalışmakta, asistanlar ise kimi zaman ek ücret almaksızın hastane gelirlerini artırmak üzere üstlerini talimatıyla daha uzun süreler çalıştırılmaktadır. Hekim dışı personel için işgünün uzamasından daha çok iş yoğunlaşması söz konusudur. Birim zamanda gerçekleştirdikleri iş sayısı artmış, aynı işi yapan personel sayısı ise azaltılmıştır. Gerçekleştirdiğim araştırmada özellikle radyoloji bölümünde görevli teknisyenler için söz konusu olan yeni bir uygulama olarak, çalışma sürelerinin esnekleştirilmesinin de söz konusu olduğu görülmüştür. Teknoloji kullanımı ile birim zamanda üretilen hizmetin artırılması, özellikle tetkik bölümlerinde yaygın bir uygulamadır. Kısaca yeni dönemde sağlık kurumlarında mutlak ve görece artık değerin artırılması sağlanmıştır. Geçmiş dönemde sağlık personeli istihdamına egemen olan memurluk statüsü parçalanmış, sağlık personeli farklı, çok katmanlı güvencesiz istihdam biçimlerinde çalıştırılmaya başlanmıştır. Bu durum geçmişteki kıdeme ve mesleğe dayalı hiyerarşiye, istihdam biçimine dayalı yeni bir hiyerarşi biçimi eklemiştir. Özellikle hemşirelerin hem mezuniyet derecelerine göre (meslek lisesi, yüksek okul veya üniversite mezunu olma), hem de istihdam statülerine göre (4/a, 4/b gibi) ayrıştıkları ve gruplaştıkları görülmüştür.

Toplam Kalite Yönetimi, yalın üretim, İnsan Kaynakları Yönetimi, performansa dayalı ücretlendirme sistemi gibi yeni yönetsel uygulamalarla sağlık hizmet üretimi rekabete dayalı ve en az girdiyle azami çıktıyı elde etmeyi hedefleyen yeni bir yapıya kavuşmuştur. Yeni rekabetçi yapı, özellikle de döner sermaye ve performansa dayalı döner sermaye ödemeleri, sağlık çalışanları arasında dayanışmayı kırmış ve çatışmayı artırmıştır.

Hekimlerin emek süreci üzerindeki denetimleri TKY, ISO/JCI standartları, SUT ve BUT gibi endikasyona göre tedavi teknik ve araçlarını belirleyen tebliğler vb. yeni düzenlemelerle zayıflatılmıştır. Sağlık çalışanlarının emeklilik kazançlarına da yansıyan sabit gelirleri yıldan yıla azaltılırken, döner sermaye ve performans ücretlerini toplam kazanç içindeki oranı yükseltilmiştir. Hekimlerin önemli bölümü statü ve saygınlıklarının söz konusu uygulamalar nedeniyle azaldığını düşünmektedir.

Yeni dönemde hastalar tanı ve tedavi karar süreçlerine dâhil edilmiş, hasta hakları merkezleri ve hasta memnuniyet anketleri ile talep, memnuniyet ve şikayetlerini bildirebilmeleri mümkün kılınmıştır. Ne var ki, hekim- hasta arasındaki paternalist ilişkinin yerini alan yeni ilişki biçimi eşitlikçi ve yurttaşlık hakkına dayalı bir ilişki olmamıştır. Hastaların müşteriler olarak konumlandırıldığı, tüketime dayalı bir yeni bir ilişki söz konusu olmuş ve bu ilişkide “tüketici hakları” yüceltilirken, sağlık çalışanlarının hakları görmezden gelinmiştir. Müşteri memnuniyeti ve güler yüzlü hizmet politikası, sağlığa erişim fırsatı bulunan hastalar için olumlu sonuçlar doğururken, sağlık çalışanları, özellikle de hastalarla daha sık ilişki kuran hemşireler için yeni bir baskı unsuru olmuştur.

Metalaşma süreci teknoloji yatırımlarını ve yoğun teknoloji kullanımını önemli düzeyde artırmıştır. Bu artış sağlık emek süreci açısından çok sayıda olumlu ve olumsuz etki yaratmıştır. Tıbbi teknoloji kullanımının artışı bir yandan hizmet verimliliği ve hızını artırmış, hata oranını azaltmış, iyileşme sürecini kısaltmıştır. Bununla birlikte tıbbi cihaz ve ilaç üretiminin büyük uluslararası şirketlerce gerçekleştirilmesi, tıbbi teknoloji kullanımının her alanda teşvik edilmesi ve kar güdüsüyle yönlendirilmesine ve manipüle edilmesine yol açmaktadır. Bu şirketler ve hekimler arasında etik dışı bir ilişki oluşmuştur. Diğer yandan teknolojideki hızlı değişime ayak uyduramayan kamu sağlık kuruluşları, tıbbi cihazlar üzerindeki mülkiyetlerini kaybetmektedir. Şirketlerle hastaneler arasında reaktif karşılığı kullanım sözleşmeleri ve hizmet alım sözleşmeleri yoluyla tıbbi cihaz kullanımını giderek yaygınlaştırmaktadır. Cihaz kullanım eğitimi, tamir ve bakımı da şirketlerce yapılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmet sunumu piyasaya bağımlı hale geldikçe, sağlık çalışanlarının teknoloji üzerindeki denetimi azalmaktadır. Tıbbi teknoloji kullanımındaki hızlı artış, tıbbi cihaz kullanımına dayalı yeni bir işbölümü de yaratmıştır. Tıbbi teknolojinin sağlık çalışanlarının vasıflarına etkisi ise çok yönlüdür. Bazı cerrahi branşlarında olduğu gibi vasıflılaştırıcı etkileri olduğu gibi, biyokimya ve radyoloji teknisyenlerindeki gibi vasıfsızlaştırıcı bir etki de yaratabilmektedir. Diğer yandan hekimler az zamanda çok hizmet üretme baskısı ve hatadan kaçınma amacıyla giderek hikaye almaya, görmeye, dokunmaya dayalı, arti-zanal tanı sürecini terk ederek, tıbbi teknolojiye dayalı tanısal süreçlere yönelmektedir. Kartlı giriş çıkış, kamera sistemi,

hastane otomasyonu, Medulla sistemi gibi yeni teknolojiler, sağlık emek süreci üzerinde yeni teknik denetim aygıtlarını oluşturmaktadır.

İkinci ve Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kadar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de emek sürecinin dönüşümü söz konusu olmuştur. Sosyalleştirme döneminde Nusret Fişek tarafından planlanan sağlık ocağı sistemi, planlandığı biçimde uygulama olanağı bulamamış, deforme edilmiş, gerekli kaynak, yatırım ve işgücünden yoksun bırakılmış, nüfusa dayalı yapısı ortadan kaldırılmış ve yerine aile hekimliği sistemi konmuştur. Yeni sistem ekip hizmetini ortadan kaldırıp, birinci basamak sağlık hizmetlerini hekim odaklı bir hale getirmiştir. Diğer yandan aile hekimliği ile birinci basamakta kadrolu sağlık personeli istihdamı yerini sözleşmeli istihdam biçimine bırakmaktadır.

Sağlık emek süreci ve kamusal sağlık istihdamı, gerek yasalarda gerek teşkilat yapısında gerçekleştirilen düzenlemelerle, özel sektör emek süreci ve istihdam yapısıyla benzeştirilmiştir. Sağlık hizmet üretimindeki bu dönüşüm, ancak rekabette öne çıkan az sayıda sağlık çalışanı ve sağlık hizmetlerini tüketme şansı olan az sayıda yurttaş için olumlu sonuçlar doğurabilir. Sağlık çalışanlarının geri kalanı için daha fazla güvencesizlik, daha fazla katmanlaşma, daha fazla baskı ve denetim, yurttaşlar içinse özelleşmiş sağlık hizmetlerine daha eşitsiz bir erişimin koşulları oluşturulmuştur. Olumlu sağlık göstergelerine ve nitelikli sağlık hizmetine erişmenin yolu, sağlık eğitiminin, sağlık hizmeti üretimi ve sunumunun destek hizmetlerini de içeren tüm ayaklarının ve ilaç üretiminin meta dışına çıkartılması ve devlet tarafından kadrolu ve güvenceli biçimde istihdam edilen sağlık çalışanları eliyle kar gözetmeden sunulmasından geçmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüm temel basamaklarının kamu yatırımları eliyle geliştirilmesi ve örgütlenmesi, halkın hizmet üretimine katılımına aracılık eden mekanizmaların oluşturulması ve finansmanın genel bütçeden karşılanması, yurttaşlar için eşit ve ücretsiz sağlık hizmetlerine erişmenin, çalışanlar içinse kamu etiği ilkelerine uygun biçimde ve iş barışının sağlandığı güler yüzlü bir ortamda sağlık hizmeti üretmenin yoludur.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR:

- Akdağ, Recep (2007), **Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007**, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Allen, D. (2000), **Changing Shape of Nursing Practice: The Role of Nurses in the Hospital Division of Labour**, USA: Routledge.
- Andersen, G. E. (1990), **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, Cambridge: Polity Press.
- Arslan, O. E. (2005), **Kamu Personel Rejimi: Statü Hukukundan Esnekliğe**, Ankara: TODAİE Yayını.
- Ataay, F. (2007), **Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme**, TTB.
- Ayman Güler, B. (2005), **Kamu Personeli**, Ankara: İmge.
- Belek, İ (2009), **Sağlığın Politik Ekonomisi**, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Belek, İ. (2003), **Antalya'da Hekimler / Statü Ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme**, Ankara: TTB.
- Bilgin, Kamil Ufuk (2004), **Kamu Performans Yönetimi**, Ankara: TODAİE.
- Boratav, K. (2009), **Türkiye İktisat Tarihi**, Ankara: İmge.
- Bottomore, T (2002), **Marksist Düşünce Sözlüğü**, Ankara: İletişim.
- Braverman, H. (2008), **Emek ve Tekelci Sermaye**, İstanbul: Kalkedon.
- Bryman, Alan (2004), **The Disneyization of Society**, London: Sage.
- Burawoy, M. (1985), **The Politics of Production: Factory Regimes under Capitalism and Socialism**, London: Verso.
- Carchedi, G. (1977), **On the Economic Identification of Social Classes**, London: Routledge.
- Cerny, P.G. (1990), **The Changing Architecture of Politics: Structure, Agency, and the Future of the State**, CA: Sage.
- Cook- Deegan, R.M. (1988), **The Physician And Technological Change, The Physician As Captain Of The Ship: A Critical Reappraisal** (Der. N. M. P. King, L.R. Churchill, A. W. Cross), NY:Harvard University Press.

- Derber, C., Schwartz, W. & Magrass, Y. (1990), **Power in the Highest Degree: Professionals and the Rise of a New Mandarin Order**, New York: Oxford University Press.
- Erdem, A. (2002), **Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, İstanbul: Naturel.
- Faulkner, A. (2009), **Medical Technology into Healthcare and Society**, UK: Palgrave Macmillan.
- Fişek N.H. (1985), **Halk Sağlığına Giriş**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Fişek, A. G., Turcan Özşuca, Ş., Şuğle, M. A. (1997), **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946- 1996**, Ankara: TTV- SSK.
- Ford, H. (1996), **My Life and Work**, Manchester: Ayer Co.
- Friedson, E. (1970a), **Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge**, New York: Mead.
- Friedson, E. (1970b), **Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care**, New York: Atherton Press.
- Gabe, J., Bury, M., Elston, M. E. (2004), **Key Concepts in Medical Sociology**, London: Sage.
- Galip, R. (1929), **Sihhat Koruma Bilgisi**, İstanbul Devlet Matbaası.
- Gough, I. (1979), **The Political Economy of the Welfare State**, London: Macmillan.
- Gözübüyük, Ş. (1996), **Yönetim Hukuku**, Ankara: Turhan.
- Graban, M. (2009), **Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction**, Texas: CRC Press.
- Gritzer G. (1985), **The Making of Rehabilitation: A Political Economy of Medical Specialization 1890-1980**, California: University of California Press.
- Harvey, D. (2007), **A Brief History of Neoliberalism**, Oxford: Oxford University Press.
- Ishakawa, K. (1985), **What is Total Quality Control: The Japanese Way**, London: Printece Hall.
- Karahanoğulları, O. (2004), **Kamu Hizmeti**, Ankara: Turhan.
- Lumby, J. (2001), **Who Cares: The Changing Health Care System**, Sydney: Allen & Unwin.

- Littek, W., Charles, T. (1996), **The New Division of Labor: Emerging Forms of Work Organization in International Perspective**, Berlin: Walter de Gruyter.
- Marshall, T.H., Bottomore, T., **Yurttaşlık ve Toplumsal Sınıflar** (çev. Ayhan Kaya), İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Marx, K. (2004). **Kapital I.**, Ankara: Sol Yayınları.
- Nichols, T. (1980), **Capital and Labour: A Marxist Premier**, Glasgow: Fontana.
- O'Connor, J. (1973), **The Fiscal Crisis of the State**, New York: St Martin's Press.
- Offe, C. (1984), **The Contradictions of Welfare State**, London: Hutchinson.
- Öztek, Z. (2004), **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi**, Ankara: Palme.
- Pollit C. (1993), **Managerialism and the Public Services**, Oxford: Blackwell.
- Porter, D. (1999), **Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times**, London: Routledge.
- Punch, K. (2005), **Sosyal Araştırmalara Giriş, Nitel ve Nicel Yaklaşımlar**, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Rosen, G. (1944), **The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology**, New York: Froben Press.
- Sağlık Bakanlığı (2004), **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Ankara: Mavi Ofset.
- Sağlık Bakanlığı (2007), **Sağlıkta Performans Yönetimi**, Ankara: Onur Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı (2010), **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008**, Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
- Sennet, R. (2006), **The Culture of New Capitalism**, New Haven: Yale University Press.
- Sennet, R. (2009), **Zanaatkâr**, İstanbul: Ayrıntı.
- Soyer, A. (2007), **AKP'nin Sağlık Raporu**, İstanbul: Evrensel Basım Yayın.
- Şemin, S. (1999), **Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji**, Ankara: TTB.
- Thompson, P. (1989), **The Nature of Work: An Introduction to Debates on the Labour Process**, London: Macmillan.
- Timmermans, S., Berg, M. (2003), **The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care**, Philadelphia: Temple University Press.

- Travers, M. (2007), **The New Bureaucracy: Quality Assurance and Its Critics**, Bristol: Policy Press.
- TTB Etik Kurulu (2009), **Performansa Dayalı Ödeme**, Ankara: TTB.
- Weber, M. (2006), **Sosyoloji Yazıları**, İstanbul, İletişim.
- Willis, E. (1989), **Medical Dominance: The Division of Labour in Australian Health Care**, Sydney: Allen & Unwin.
- Yeldan,E (2003), **Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi**, İstanbul: İletişim.
- Yılmaz, H. (2007), **İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi**, Ankara: TEPAV.
- White, K. (2002), **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, London: Sage.
- Yin, R. (1994), **Case Study Research: Design And Methods**, Beverly Hills: Sage Publishing.
- Zuboff, S. (1988), **In the Age of Smart Machine**, USA: Basic Books.

Makaleler:

- Abacıoğlu, N. (2002), “İlacın Ve Teknolojisinin Tarihsel Serüveni”, **2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir**, Ankara: TTB, S.91-133.
- Acar, T. (2010=, “Dönüşen Sağlıkta ‘Çalışmanın’ Halleri”, **Sınıftan Sınıfa Fabrika Dışında Çalışma Manzaraları (Der. A. Buğra)**, İstanbul: İletişim, s. 249- 180.
- Ackroyd, S. , Bolton, S. (1999), “It's not Taylorism: Mechanisms of Work Intensification in an NHS Hospital”, **Work, Employment and Society**, C. 13, S. 2, s. 369-387.
- Adams, A., Lungsden, E., Chase, J., Arber, S., Bond, S. (2000), “Notes and Issues: Skill-Mix Change and Work Intensification in Nursing”, **Work, Employment and Society**,C.14, S.3, s.541-555.
- Akkaya, Y., (2006), “Sosyal Güvenlik ve Tarihi Üzerine 'Aykırı' Notlar”, **İktisat Dergisi**, Sayı: 478, pp.15-17.
- Aksakoğlu, G. (2008),”Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, **Memeleket Siyaset Yönetim**, S.8, 7-62.

- Aksu, F. (2008), “Bir İlkesel Karşılaştırma: Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyalleştirme”, **Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu** (4. Tıp Etiği Sempozyumu), Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği.
- Ansal, H., “Geçmişte Ve Gelecekte Ekonomik Gelişmede Teknolojinin Rolü”, **Teknoloji**, Ankara, TMMOB, 2004, s.35-59
- Ankara.Axtell-Thompson, L. M. (2005), “Consumer Directed Health Care: Ethical Limits to Choice and Responsibility”, **Journal of Medicine and Philosophy**, S.30, s.207–226.
- Ataay, F. (2005), “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005.
- Aydın, E. (2002), **Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi**, Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık.
- Aydın, S. (2007),”Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak”, **Aile Hekimliği Dergisi**, C.1, S.3.
- Bach, S., Bordogna, L., Winchester, D. (1999), **Public Service Employment Relations in Europe**, London: Routledge.
- Bakar, C., Akgün, S. (2005), “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye”, **Toplum ve Hekim**, 20 (5):339- 352.
- Balcı, A.(2003) ”Toplam KaliteYönetimi ve Kamu Yönetimi”, **Çağdaş Kamu Yönetimi-I** (Der. M. Acar, H. Özgür), Ankara: Nobel, s. 329-345.
- Balcı, A, Kırılmaz, H. (2006) ,“Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları,” **Sağlık Yönetimi ve Sağlık Ekonomisi** (Der. C.C. Aktan ve U. Saran), İstanbul: Aura Yayınları, s. 134-165.
- Barondess, J. A. (2000) “Specialization and the Physician Workforce: Drivers and Determinants”, **JAMA**, C. 284, S.10, s.1299-1301.
- Belek, İ. (2001), “Türkiye Sağlık Reformları”, **Toplum ve Hekim**, C.16, S. 6, s. 438- 447.
- Belek, İ., Hamzaoğlu, O. (2000), “ Son 20 Yılda Sağlıkta Değişim, 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar”, **Toplum ve Hekim**, C.15, S.4, s 265- 277.
- Berg, M. (1997), “Problems and Promises Of The Protocol”, **Social Science and Medicine**, C.44, S. 8, s. 1081–8.

- Bloom, G., Standing, H., Lloyd, R. (2008), "Market, Information Asymmetry and Health Care: Towards New Social Contracts", **Social Science and Medicine**, S. 66, s. 2076-2087.
- Bolton, S. (2002), "Consumer as King in the NHS", **The International Journal of Public Sector Management**, C. 15, S. 2, s.129-139
- Boreham, P. vd. (2008), **New Technology At Work**, Oxon: Routledge.
- Borgstede, J. P. (2008), "Radiology: Commodity or Speciality", **Radiology**, C.247, S.3, s. 613- 616.
- Burawoy, M. (1998), "Extended Case Method", **Sociological Theory**, C.16, S.1, s.4-33.
- Callahan, D. (1999), "Medicine and the market: A research Agenda", **The Journal of Medicine**, C. 24, S.3, s.224-242
- Campos, F., Albuquerque E. (2005), "Contemporary Specificities of Labour in The Health Care Sector: Introductory Notes for Discussion", **Human Resources for Health**, C. 3, S.8,
- Carter, B. (1997), "Restructuring State Employment: Labour And Non-Labour In The Capitalist State", **Capital And Class**, S. 63, s. 65-84.
- Casallno L. , Devers, K.J., Brewster, L.R. (2003), "Focused Factories? Physician Owned Speciality Facilities", **Health Affairs**, 22(6): 56-67.
- Civaner, M. (2005), "Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor", **Toplum ve Hekim**, C.20, S.4: s. 279- 284.
- Clark, J. (2006), "Disorganising the Public", <http://oro.open.ac.uk/18134/>.
- Çiner, C. U., Fişek,G. (2010), "Sağlıkta sosyalleştirme: Genel ile Yerelin Önemi", **Prof. Dr. Kurthan Fişek İçin Yönetim Üzerine**, Ankara, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi KAYAUM.
- Dawson, S., Dargi C. (2002), "New Public Management: A Discussion with Special Reference to UK Health", **New Public Management** (der. K.McLaughlin, S. P., Osborne, E.Ferlie), London: Routledge, s. 34-57.
- Dedeoğlu, N. (1998), "1960 Sonrası Sosyalleştirme", **Bilim ve Ütopya**, S. 44, s. 25- 28.
- Demirel, D. (2005), "Kamusal Retorikte Moda Trend: Yeni Kamu Yönetimi", **Sayıştay Dergisi**, S. 58, s. 105-135.
- Dent, M. (2006), "Patient Choice And Medicine in Health Care", **Public Management Review**, S. 3, s.449-462.

- Dikmen A., Kayıran Dikmen, M. (2004), “Her Derde Deva İksir: Toplam Kalite Yönetimi”, **Toplum ve Hekim**, C.19, S.3,s.190-196.
- Edwards, R. “Forms of Control in the Labour Process: An Historical Analysis”, **Organization and Burocracy** (Der. Fischer ve Sirriani), Philadelphia: Temple Univeristy Press.
- Erdoğdu, S. (2005) “Yeni Liberal Küreselleşme Sürecinde Esnek Kamu Personel Rejimi”, **Toplum ve Hekim**, C.20, S. 1: 53-64.
- Erus, B., Hatipoğl, O. (2010), “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Sağlık Hizmetlerinde Verimliliğe Etkisi: Türkiye Örneği”, **2. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı C. 2**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.316- 325.
- Etiler,N.,Urhan, B. (2008), “Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları, **I.Ulusal Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı**, İstanbul: Sakarya Üniversitesi.
- Fişek, A. G., Gökbayrak, Ş. (?) “Küreselleşme ve Sosyal Sağlık”, <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=56> (Son erişim tarihi: 05.01.2010).
- Fişek, A.G. (?), “Sağlıkta Özelleştirme İle Devletleştirme Birbirine mi Katıldı ?”<http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=49> (Son erişim tarihi: 05.01.2010).
- Fişek, A. G. (2004), “SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na Devri: Ver – Kurtul”, **Çalışma Ortamı Dergisi**, S.77, s. 2-6.
- Fişek, A. G. (2007), “Ucuz Doktoru İthal, Pahalı Doktoru İhraç”, **Çalışma Ortamı Dergisi**, S.91.
- Fişek, N. (1981), “Atatürkçülük ve Sağlık Politikamız”, **Cumhuriyet Gazetesi**, 2 Nisan 1981,
- Fişek, N. (1991), “TC Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, **Toplum ve Hekim**, S.4, s.2-4.
- Fişek N. (1997), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar”, **Sağlık Dergisi**, C.37, S.3.
- Form, W. (1987), “On the Degradation of Skills”, **Annual Review of Sociology**, C. 13, S.4, s. 29-47.
- Friedman, A. L. (1977), “Responsible Autonomy Versus Direct Control over the Labour Process”, **Capital and Class**, C. 1, S.1, s. 43-57.

- Gelnday, D. (1995), "What Has Work Done to the Working Class? A Comparison of Workers and Production Technologies", **British Journal of Sociology**, S. 46, s. 475-494.
- Gülmez, M. (2010), "4/C", **Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildirileri**, İstanbul, Petrol-İş.
- Güzelsarı, S. (2003), "Küresel Kapitalizmin Anayasası: GATS", **Praksis**, S. 9, s.117-147.
- Güzelsarı, S. (2004), Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları, **GETA Tartışma Metinleri Serisi**.Ankara: A.Ü. S.B.F.,
- Hamzaoğlu, O.Yavuz, C. I.(2006), "Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine", **Mülkiye Dergisi**, C.30, S. 252, s.275-296
- Harrison, S. (2002), "New Labour, Modernization and Medical Labour Process", **Journal of Social Policy**, C.31, S. 3, s. 465–485.
- Hart, J.T. (2004), "Health Care Or Health Trade? A Historic Moment of Choice", **International Journal of Health Services**, C:34, S. 2, s. 245–254.
- Haug, M (1975), "The Deprofessionalization of Everyone?", **Sociological Focus**, C. 8, S.3, s. 197-213.
- Herman, C. (2010), "The Marketisation of Health Care in Europe", **Socialist Register**, S. 46, s.125-144.
- Himmelstein, S, Woolhandler, D.U. (1990) "The Corporate Compromise: A Marxist View Of Health Policy", **Monthly Review**, C. 42, S. 1, s. 14-29.
- Holden, C. (2005), "Privatization and Trade in Health Services: A Review of the Evidence", **International Journal of Health Services**, C. 35, S. 4, s. 675–689.
- Hood, C. (1991); "A Public Management for All Seasons", **Public Administration**, C.69, S.1, s. 3-19.
- Hopkins, A., Solomon, J., Abelson,J. "Shifting Boundaries in Professional Care", **Journal of The Royal Society of Medicine**, S.89, s. 364-371.
- Iglehart, J.K.(2005), "The Imergence of Physician Owned Speciality Hospitals", **NEJM**, 352 (6): 78-84
- Johnston, P.L. (2005), "Technology-related Factors Contributing to Labour", **Prometheus**, C. 23, S. 1, s. 27-46.

- Kaluzny, A.D., McLaughlin, C.P., Simpson, K. (1992), "Applying Total Quality Management Concepts, to Public Health Organizations", **Public Health Reports**, C.107, S.3, s. 257- 264.
- Karahanoğulları, Y. (2009), "Marksist İktisatta Üretken Emek / Üretken Olmayan Emek Tartışmasına Dair Bir Değerlendirme", **Mülkiye**, C.30, S.250, s. 81-96.
- Kaveny, M.C. (1999), Commodifying the Polyvalent Good of Health Care, **Journal of Medicine and Philosophy**, C. 24, S. 3, s. 207-223.
- Kearns, A. J. (1992), "Active Citizenship and Urban Governance", **Transactions of the Institute of British Geographers**, S. 17, s.20-34.
- Keefe, J.H. (1991), "Numerically Controlled Machine tools and Worker Skills", **Industrial and Labour Relations Review**, C.44, S.3, s. 403-519.
- Kumaranayake, L. Lake, S. (2002), "Regulation in the Context of Global Health Markets", **Health Policy in a Globalising World** (Der. K.Lee, K.Buse ve S. Fustukian), Cambridge: Cambridge University Press.
- Larson, M. S. (1980), "Proletarianization and Educated Labour", **Theory and Society**, C.9, S.1, s. 131- 175.
- Light, D.W. (2003), "Towards A New Professionalism in Medicine: Quality, Value And Trust", **Kronik**, S. 13, s.123- 137.
- Light, D.W. , Levine, S. (1988), "The Changing Character of Medical Profession: A Theoretical Overview, **Milbank Quarterly**, C. 66, S. 2.
- Littler, C.R. (1990), "The Labour Process Debate: A Theoretical Review 1974-1988", **Labour Process Theory** (Der. D. Knights, H. Willmott), London: Macmillan.
- Mackintosh, M. (2003), "Health Care Commercialisation and the Embedding of Inequality", [www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/.../\\$file/mackinto.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/.../$file/mackinto.pdf).
- McKinley, J.B., Arches, J. (1985), "Towards The Proletarianization Of Physicians", **International Journal of Health Services**, C.15, S. 2, s.161-95.
- McKinlay, J., Marceau, L. (2008), "When There is No Doctor: Reasons For The Disappearance Of Primary Care Physicians In The US During The Early 21st Century", **Social Science & Medicine**, C. 67, S. 10, s.1481-1491.
- McLaughlin, J. and Webster, A. (1998), "Rationalising Knowledge: IT Systems, Professional Identities and Power", **Sociological Review**, C. 46, S.4, s.781-802.

- Mealson, S., Lindeman, N. I., Jarolim, P. (2008), "How Laboratory Automation Can Help Laboratories, Clinicians and Patients", **Labmedicine**, C.39, S.3, s. 137- 143.
- Mouffe,C. (1988), "The Civics Lesson", **The New Statesman and Society**, S.7.
- Mooney, G., Law, A. (2007) "Strenuous Welfarism: Restructring the Welfare Labour Process", **New Labour/Hard Labour?** (Edit. G. Money ve A. Law), Bristol: Policy Pres, s.23- 53.
- Navarro, V. (1988), "Professional Dominance or Proletarianization: Neither", **The Milbank Quarterly**, C. 66 S. 2, s.57-75.
- Nesanır, N. vd. (2006), "Manisa'da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması", **Toplum ve Hekim**, C.21, S.3, s. 231-238.
- Odabaş, S. (2009), "Cumhuriyet Dönemi Sıhhiyesi ve Hekimleri", **Toplum ve Bilim**, S.114, s.188- 214.
- Oppenheimer, M. (1996), "Profesyonelin Proleterleşmesi", **Meslekler ve Sosyoloji** (Der. Z. Cirhinlioğlu), Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A. , Doğan, N. (2000), "Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi", **Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı**, C.1, S.1,s. 5-11.
- Öngen, T. (2009), "Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) Çözümlemelerinde Bir Uğrak Olarak Meslek ve Hekimlik", **Toplum ve Hekim**, C. 24, S. 2, S. 83*90.
- Ördek, A. (2008), "Uzmanlaşma", **Ekonomik Kavramlar ve Kurumlar Sözlüğü: Eleştirel Bir Giriş** (Ed. A. Ördek, F. Başkaya), Ankara: Özgür Üniversite.
- Özkan, Ö, Çatıker, A (2010), "Sağlık Sektöründe Esnek Üretim ve Sağlık emek Gücüne Etkileri", **Almanak 2009 Analizleri**, İstanbul: SAV.
- Özkazanç, A. (2009), "Toplumsal Vatandaşlık Ve Neo-Liberalizm Sorunu", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, C. 64, S.1, s.276-298.
- Öztürk, O. (2004), "Kamu Sağlık Kurumlarında Taşeronlaştırma Dönemi", **Toplum ve Hekim**, C.19, S. 3, s. 223- 232.
- Özüğurlu, M. (2003) "Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu", **Mülkiye Dergisi**, C.27, S.239, s.59- 75.

- Özüğurlu, M. (2003) “Sosyal Politikannın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu”, **Mülkiye Dergisi**, C. 27, S. 239, s.59- 75.
- Pellegrino, E. D. (1999), “The Commodification of Medical and Health Care”, **International Journal of Health Services**, C. 38, S. 2, s.379–398.
- Perkins, B.B. (1997), “Shaping Institution-Based Specialism: Early Twentieth- Century Economic Organization of Medicine”, **Social History of Medicine**, C. 10, S. 3, s.419-435.
- Potter, S.J., McKinlay, J.B. (2005), “From a Relationship to Encounter: An Examination of Longitudinal and Lateral Dimensions in the Doctor–Patient Relationship”, **Social Science & Medicine**, S. 61, s.465–479.
- Ranson, M.K.vd.(2002), “The Public Health Implications of Multilateral Trade Agreements”, **Health Policy in a Globalising World** (Der. K.Lee, K.Buse ve S. Fustukian), Cambridge: Cambridge University Press.
- Rastegar, D.A. (2004), “Helath Care Becomes an Industry”, **Annals of Family Medicine**, C. 2, S. 1, s.79- 83.
- Rikowski, G. (2002), Globalisation and Education, <http://firgoa.usc.es/drupal/filestore2/download/4280/rikowski-globalisation-education.pdf>.
- Riska, E. (1996), “Unemployed Doctors: A Challenge to Medical Proffessim”, **Journal of the Royal Society of Medicine**, S. 89, s. 382-384.
- Ruston, A. (2006), “Interpreting and Managing Risk in A Machine Bureaucracy: Professional Decision-Making in NHS Direct”, **Health, Risk & Society**, C.8, S. 3, s. 257-271.
- Ryan, N. (2001), “Restructing Citizens as Consumers: Implications for New Modes of Governence”, **Austrialian Journal of Public Administration**, C.60, S.3, 104-109.
- Saçaklıoğlu, F. (2005), “Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimi ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? ‘gizli Müfredat’”, **Toplum ve Hekim**, C.20, S. 4, s. 242-249.
- Savran S., Tonak A. (1999), “Productive and Unproductive Labour: An Attemptat. Clarification and Classification”, **Capital and Class**, S. 68, s.113-152.
- Scarpaci, J. L. (1990), “Physician Proletarianization and Medical Care Restructuring in Argentina and Uruguay”, **Economic Geography**, C. 66, S. 4, s. 362-377.
- Schaffer, V. A., Schaffer, L.S. (2006), “The Use of Recipe Knowledge in Medicine”, **International of Technology Knowledge and Society**, C. 2, S.7, s. 73–80.

- Sertlek, T. (2008), "Sağlık Hizmetleri ve Taşeronlaştırma", **Toplum ve Hekim**, C.23, S.4, s.309- 315.
- Smith, A. E. (1991), "New Technology and the Non-Manual Labour Process in Britain", **Raltions Industrielles**, C.46, S.2, s.306-327.
- Soyer, A. (2000), "1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?", **Toplum ve Hekim**, C. 15, S.4, s. 259- 264.
- Soyer, A.(2001), "Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Bakanlığı", **Toplum ve Hekim**, C. 16, S.6, s. 413- 429.
- Soyer, A. (2003), "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, S.9, s. 301-319.
- Soyer, A. (2009), "Profesyonelden Proletere, Hekimler; Değişen Ne?", **Toplum ve Hekim**, C. 24, S.2, S. 130-150.
- Stoeckle, J. D. (2000), "From Service to Commodity: Corporization, Competition, Commodification and Customer Culture Transforms Health Care", **Croatian Medical Journal**, C.41, S.2:141-143.
- Şeyhoğlu, E. (2009), "Tıp ve Mitoloji", **STED**, C. 18, S.1., s. 12-19.
- Tanyeri, Y. (2001), "Günlüğümden", **STED**, C. 10, S. 4, s.144- 150.
- Tekingündüz, S. (2010), "Kamu Hastaneleri Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi", **2. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı C. 1**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.541- 551.
- Tellis, W (1997a), "Introduction to Case Study, The Qualitative Report, C. 3, S. 2, <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>.
- Tellis, W (1997b), Application of a Case Study Methodology, The Qualitative Report, C. 3, S. 3, <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-3/tellis2.html>.
- Tengilimoğlu, D., Atilla, E. A., Yılık, P., Öztürk, G.(2010), "Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi", **2. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı C. 1**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, s.165-180.
- Terzi, C. (2009), "Tıpta Uzmanlaşma ve Aşırı Uzmanlaşma: Genel Cerrahi Alanına Özel Olarak Odaklanarak", **Toplum ve Hekim**, C. 24, S.2.

- Timmermans, S. (2008), "Oh Look There is a Doctor After All: About The Resilience of Professional Medicine: A Commentary on McKinlay and Marceu's 'When There is No Doctor'", **Social Science and Medicine**, S. 67, s.1492- 1496.
- Timmons, S. (2003), "A Failed Panopticon: Surveillance Of Nursing Practice Via New Technology", **New Technology, Work And Employment**, C.18, S. 2, s. 143- 153.
- Timmons, S. (2003), "A Failed Panopticon: Surveillance of Nursing Practice via New Technology", **New Technology, Work and Employment**, C.18, S.2, s. 143- 153.
- Uğurlu, M. C. (1994), "Türkiye'de Öncü Bir Toplum Hekimi: Dr. Mehmet Cemalletin Or", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, S.47, s.1-50.
- Üçkuyu, Y. (2004), "Küreselleşme Ekseninde Sağlık Politikaları", **Özgür Üniversite Forumu**, S. 26- 27.
- Ünal, A. (2000), "İnsan Kaynakları Yönetimi Sisteminde Ödüllendirme: Ücret Performans İlişkisi", **KAMU-İŞ İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, C.5, S.5.
- Wardell, M. (1989), "Labor Processes: Moving Beyond Braverman and the Deskilling Debate", **Rethinking the Labor Process** (Der. M. Wardell, T. L. Steiger, P.Meiksins), NY: State University of New York Pres, s. 149-188.
- Weisz, G. (2003), "The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century", **Bulletin of the History of Medicine**, S.77, s. 636-575.
- Wilensky , H.L.(1964) "The Professionalization of Everyone", **American Journal of Sociology**, S. 70,s. 137-158.
- Williams, s.J., Gabe, J. Davis, P. (2008), "The sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospect", **Sociology of Health and Illness**, C.30, S.6, s. 813- 824.
- Wolinsky, F.D. (1988), "The Professional Dominance Perspective, Revisited", **The Milbank Quarterly**, C. 66, S.2, s.33-47.
- Yıldırım, E. (2000), "Türkiye'de Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının İşçiler Ve Endüstri İlişkileri Üzerindeki Etkileri", **Toplum ve Bilim**, 86, s.260-280.
- Yücesan- Özdemir, G. (2000), "Başkaldırı, Onay Ya Da Boyun Eğme?: Hegemonik Fabrika Rejiminde Mavi Yakalı İşçilerin Hikâyesi", **Toplum ve Bilim**, 86, s. 241-259.
- Yücesan- Özdemir, G. (2008), "Emek Süreci, Denetim ve Emek Rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar", **Toplum ve Hekim**, C.23, S.4, s. 254-262.

Zencir, M. (2009), "Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri", **Toplum ve Hekim**, C. 24, S.3, s. 177- 187.

TEZLER:

Diñcer, C. (2005), **Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Sağlık Sektöründeki Uygulaması** (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Koçak, F. (1995), **Türkiye’de Sağlık Politikasının Gelişimi 1850-1950**, İstanbul: Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Doktora Tezi).

Mazgit, İ. (1998), **Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması** (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özüğurlu, M. (2002), **İşçi Sınıfının Oluşumu Üzerine Bir Çözümleme Çerçevesi: Anadolu’da Bir 'Küresel Fabrika'nın Doğuşu (Denizli Örneği)**, Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.

Price, R. C. (2006), **Developing Practice in Radiography and Diagnostic Imaging** (Yayınlanmamış Doktora Tezi) University Of Hertfordshire Faculty of Health And Human Sciences.

Tarihçi- Delice, S. (2006), **Hemşirelik Mesleği Ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin Betimlenmesi** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

PLAN VE RAPORLAR:

Benli D., Erdal R., Bulut A. (1985), **Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını.

DPT (1991), **6. Beş Yıllık Kalkınma Planı ÖİK Raporu, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**, Ankara: DPT.

DPT (1991), **VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**, Ankara: DPT.

DPT (1996), **Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)**, Ankara: DPT.

Hacettepe Üniversitesi (1970), **Etimesgut Sağlık Bölgesi 1970 Yılı Faaliyet Raporu ve Morbidite, Mortalite, Fertilité İstatistikleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını.

Hacettepe Üniversitesi (1975), **Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1973-74 Yılları Çalışma Raporu**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını..

Hacettepe Üniversitesi (1977), **Çubuk Bölgesi 1977 Çalışma Raporu**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını..

Hacettepe Üniversitesi (1985), **Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1984 Yılı Çalışma Raporu**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını.

Öztürk Y. (1985), **Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını.

TTB (2008), **Sağlık Emek Gücü Sayılar ve Gerçekler**, Ankara: Füsun Sayek TTB Raporları.

İNTERNET KAYNAKLARI:

<http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm>, (Son Erişim Tarihi:09.10.2010).

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, (Son Erişim Tarihi: 30.09.2010).

<http://www.ankaracocuk.gov.tr/sayfa.asp?id=379>, (Son Erişim Tarihi:02.10.2010).

http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07_12Ocak05.pdf, (Son Erişim Tarihi:14.08.2010).

http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/YG_10022006_2.pdf, (Son Erişim Tarihi:27.09.2010).

http://www.danistay.gov.tr/e2010_4406.htm (Son Erişim Tarihi:14.02.2011).

<http://www.docstoc.com/docs/21296976/Procedure-Codes-Section-5---Surgery/>, (Son Erişim Tarihi:20.08.2009).

<http://www.doktorsigortasi.com/6831/saglikta-donusum-programi-sut-nedir/>, (Son Erişim Tarihi:09.09.2010).

<http://www.egitimsen.org.tr/index.php?yazi=740>, (Son Erişim Tarihi: 03.08.2009).

<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/hakkinda/tarihce.php>, (Son Erişim Tarihi:27.09.2010).

<http://www.human-resources-health.com/content/3/1/8> , (Son Erişim Tarihi:24.09.2010).

http://www.iso.org/iso/support/faqs/faqs_standards.htm, (Son Erişim Tarihi:21.08.2009).

<http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7> (Son ziyaret tarihi: 14.02.2011).

<http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm030807oth.cfm>, (Son Erişim Tarihi:02.11.2009).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereye_kadar.pdf, (Son Erişim Tarihi:27.09.2010).

http://www.petrol-is.org.tr/isci_sagligi/SSK.pdf, (Son Erişim Tarihi:12.11.2009).

http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y_kalite_yon.pdf, (Son Erişim Tarihi:13.07.2010).

<http://www.saglikaktuel.com/haber/danistay-idari-dava-daireleri-kararina-iliskin-aciklama-15085.htm> (Son erişim tarihi: 14.02.2011).

http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=25112, (Son Erişim Tarihi:07.09.2010).

<http://www.sochealth.co.uk/history/beveridge.htm>, (Son Erişim Tarihi: 03.08.2009).

<http://www.tbmm.gov.tr/butce/2006/pbk21112005.htm>, (Son Erişim Tarihi:08.08.2010).

<http://www.tipterimleri.com>, (Son Erişim Tarihi:13.04.2010).

<http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/151-baslamalar/1197-sut>, (Son Erişim Tarihi:13.10.2010).

http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=587&Itemid=56, (Son Erişim Tarihi: 06.09.2010).

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=555&Itemid=41, (Son Erişim Tarihi: 30.10.2010).

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=750&Itemid=41, (Son Erişim Tarihi:27.09.2010).

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html, (Son Erişim Tarihi:04.01.2010).

<http://www.tumgazeteler.com/?a=691596>, (Son Erişim Tarihi: 10.10.2010).

http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=com_content&view=article&id=77:e_beliin-tarihcesi&catid=20:normal-haber&Itemid=99, (Son Erişim Tarihi:02.11.2009).

http://www.who.int/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf, (Son Erişim Tarihi:21.08.2009).

<http://www2.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (Son Erişim Tarihi:15.09.2010).

www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/cme12A06.doc, (Son Erişim Tarihi:15.08.2009).

www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hizmetler/kurumsal/kurumsal_kaliteyi_gelistirme_ve_performans_degerlendirme_yonerge.doc, (Son Erişim Tarihi: 21.08.2010).

http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/haberler/genel/altyapi_ve_surec_degerlendirme_rehberi.pdf (Son erişim tarihi 13.02.2011).

www.reportbuyer.com/pharma_healthcare/country_reports_pharmaceutical/pharmaceuticals_global_group_eight_g8_industry_guide.html, (Son Erişim Tarihi:13.09.2009).

www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=786&Itemid=44, (Son Erişim Tarihi:13.09.2010).

www.ttb.org.tr/tuek/sunular/kurultay/2gun/mehmet_zencir/mzencir.ppt, (Son Erişim Tarihi: 08.08.2010).

www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/uyumseti.pdf, (Son Erişim Tarihi: 05.01.2010).

EK 1: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Ne zamandan beri bu mesleğin içindesiniz? Mesleğe başladığınızdan bu yana, yaptığınız işte ne tür değişiklikler meydana geldi? Bu değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. Eskiyle mukayese ettiğinizde, statünüzde bir değişiklik olduğunu düşünüyor musunuz?
3. Tıbbi teknolojideki hızlı gelişimi nasıl değerlendiriyorsunuz? Sizce ilaçlardaki ve makinelerdeki bu hızlı ilerleme ne ölçüde tıp biliminin gelişimine katkıda bulunuyor? Bu gelişimin sizin çalışma biçiminize ne tür etkileri oldu?
4. Hastanedeki kamerayla izleme, elektronik geçiş sistemi gibi gelişmeler hakkında ne düşünüyorsunuz?
5. Eskiden mevcut olmayan yeni uzmanlık dallarının açılmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?
6. Yeni bir uzmanlık alanı olarak bölümünüzün ayrışması hangi gereklere dayanıyordu? Ne tür getirileri oldu? (Yalnızca yeni uzmanlık dallarına yöneltilmiştir)
7. Son dönemde sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz? (aile hekimliği, performans dayalı ücretlendirme, tam gün çalışma vb.)
8. Hemşirelerin eskiye göre yaptıkları işlerde değişiklik var mı?
9. Hastanelerle çalışma biçimlerini karşılaştırdıklarında sağlık ocağında çalışmanın olumlu ve olumsuz yönleri neler? Eskiyle karşılaştırdıklarında sağlık ocağının işlevlerinde nasıl değişiklikler oldu? Verdiğiniz hizmetlerde ve bölge nüfusunun beklentilerinde nasıl değişiklikler oldu?

EK 2: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Çalışan Memnuniyet Anketi Örneği

ÇALIŞMA SAATLERİ ve KURUMSAL HİZMETLER

1- Haftalık mesai süresinden daha fazla çalışıyor musunuz?

1. Evet ()
2. Hayır (üçüncü soruya geçiniz) ()

2- "Evet" ise neden;

1. Çalışan sayısı yetersiz (1)
2. Nöbet ücreti almak için (2)
3. Hastalara daha fazla zaman ayırmak için (2)
4. Ek ödemedenden daha fazla yararlanmak için (3)
5. Mesai saatleri iyi düzenlenmediği için (0)

3- Hastanenizde insan kaynaklarının etkin kullanıldığını düşünüyor musunuz?

1. Evet, tamamıyla (4)
2. Evet, kısmen (2)
3. Hayır (0)

4- Hastanenizde çocuklu çalışanlar için yuva veya kreş imkânı sağlıyor mu?

- 1- Evet (4)
- 2- Hayır (0)
- 3- Kreşe ihtiyaç yok (4) 5

DEĞERLENDİRME(Performans değerlendirmesi)

5- Hastane idaresi tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmekte midir?

1. Evet, tamamen (4)
2. Evet, kısmen (2)
3. Hayır (0)

6- Son 6 ay içinde size yönelik bir hizmet içi eğitim düzenlendi mi?

1. Evet (4)
2. Hayır (0)

İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ

7- Size çalıştığınız birim ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde Hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, hasta düşme ve yaralanmasını önleme, hastane enfeksiyonlarını önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim verildi mi?

- 1- Evet (5)
- 2- Kısmen (3)
- 2- Hayır (0)

8- Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında yeterli eğitim aldınız mı?

1. Evet, tamamen (5)
2. Evet, kısmen (3)
3. Hayır (0)

9- Çalıştığınız bölümde yaralanmaları/iş kazaları önlemeye yönelik teknik alt yapı var mı?

1. Evet var (5)
2. Evet, kısmen var (3)
3. Hayır, yok (0)

10- Hastane yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği konusunda yeterli olacak şekilde düzeltici ve önleyici faaliyetler yapıyor mu?

1. Evet, tamamen (5)
2. Evet, kısmen (3)
3. Hayır (0) 6

11- Hastane yönetimi tarafından, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıkların bildirilmesinde nasıl bir yaklaşım sergilenmektedir?

1. Sorunun çözümü için söz konusu alan ile ilgili personel ile birlikte çözümler üretilmektedir ve gerekli önlemler alınmaktadır. (6)
2. Sorunlar için çözümler üretilmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır ancak yeterli düzeyde değildir. (3)
3. Sorunlar görmezden gelinmektedir. (0)

MESLEK, ÇALIŞMA MEKÂNI ve GÜVENLİK

12- Çalıştığınız birimde açık ve sınırları belirlenmiş yazılı bir görev tanımınız var mı?

1. Evet (4)
2. Hayır (0)
3. Bilmiyorum (2)

13- Çalışma mekânı ve çalışma koşulları ile ilgili düzenlemelerde görüşünüze başvuruluyor mu?

1. Evet, başvuruluyor. (6)
2. Kısmen başvuruluyor. (3)
3. Hayır başvurulmuyor. (0)

14- Çalışma mekânınız fiziksel sağlığınızı gözetecek şekilde(ergonomik) düzenlenmiş mi?

1. Evet, yeterince. (4)
2. Kısmen düzenlenmiş. (2)
3. Hayır, uygun düzenleme yok. (0)

15- Son 6 ay içinde herhangi bir fiziksel saldırıya uğradınız mı?

1. Evet, uğradım. (0)
2. Hayır, uğramadım. (4)

16- Çalıştığınız birimde yeterli güvenlik önlemleri alınıyor mu?

- 1- Evet, alınıyor (5)
- 2- Evet, ama yetersiz (3)
- 3- Hayır, alınmıyor (0) 7

YÖNETİM ve YÖNETİM İLE İLİŞKİLER

17- Hastane yöneticilerine sorunlarınızı iletme imkanını bulabiliyor musunuz?

- 1- Evet, her zaman (4)
- 2- Evet, bazen (2)
- 3- Hayır (0)

18- Hastane yönetimi iş yerine ait sorunlarınız ile ilgilenmekte midir?

- 1- Evet, her zaman (6)
- 2- Evet, bazen (3)
- 3- Hayır (0)

19- Hastane yönetimi kurumun vizyon ve kalite hedefleri konusunda sizi bilgilendiriyor mu?

- 1- Evet, bilgilendiriyor. (6)
- 2- Kısmen bilgilendiriyor. (3)

3- Hayır, bilgilendirmiyor. (0)

20- Çalıştığınız birimin işleyişi konusundaki önerileriniz dikkate alınıyor mu?

1- Evet, tamamıyla (4)

2- Evet, kısmen (2)

3- Hayır (0)

KURUMSAL AİDİYET

21- Çalıştığınız kurumdan ayrılmayı düşündüğünüz oluyor mu?

1- Evet, sık sık (0)

2- Evet, bazen (3)

3- Hayır (6)

22- İmkan olması halinde bir başka hastanede çalışmayı ister miydiniz?

1- Evet, kesinlikle (0)

2- Evet, kısmen (4)

3- Hayır, istemem (6)

DİĞER HUSUSLAR

23- Cinsiyetiniz

1- Kadın

2- Erkek 8

24- Yaşınız

1. 17–20

2. 21–25

3. 26–30

4. 31–35

5. 36–40

6. 41–45

7. 46–50

8. 50 +

25- Unvanınız:

1. Uzman Hekim ()

2. Pratisyen Hekim ()

3. Diş Hekimi ()

4. Hemşire ()

5. Ebe ()

6. Sağlık Memuru ()

7. İdari Memur ()

8. Teknik Personel ()

9. Diğer.....(Lütfen Belirtiniz)

26- Bu kurumda toplam çalışma süreniz ne kadar?

a) 1 yıldan az. ()

b) 1–2 yıl ()

c) 3–5 yıl ()

d) 6–10 yıl ()

e) 11–15 ()

f) 15 yıldan fazla ()

EK 3: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Ayaktan Hasta Memnuniyet Anketi Örneği

1- Hizmet Aldığınız Bölüm(ler)

FİZİKİ ORTAM ve BİRİMLER

2- Polikliniklerin bulunduğu yere ve muayene odalarına kolay ulaşılabilir mi (işaret levhaları var mı)?

1- Evet, kolay ulaşıyor (5)

2- Yönlendirme eksik (3)

3- Hayır, zor oldu (0)

3- Size göre, polikliniklerin temizliği nasıldı?

1- Çok temiz (5)

2- Temiz (3)

3- Fena değil (2)

4- Kirli (0)

4- Polikliniklerde bulunan tuvaletlerin (lavaboların vb.) temizliği nasıldı?

1- Çok temiz (4)

2- Temiz (3)

3- Fena değil (2)

4- Kirli (0)

HEKİM MUAYENESİ

Aldığınız hizmetlerle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız.

5- Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul, kayıt vb.) harcadığınız toplam süre ne kadardı?

1- 0- 20 dakika (6)

2- 21-40 dakika (4)

3- 41-60 dakika (2)

4- 1 saat ve üzeri (0)

6- Hekimin sizi muayene etmesi ne kadar sürdü?

1- 5 dakika kadar (2)

2- 6-10 dakika (4)

3- 11-15 dakika (6)

4- 16- 20 dakika (8) 17

7- Hekim tarafından, size verilen tedavi veya yapacağınız egzersizler veya durumunuz için anlayacağınız şekilde açıklama yapıldı mı?

1- Evet, tamamıyla (5)

2- Evet, kısmen (3)

3- Hayır (0)

8- Hekim şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?

1. Evet, tamamıyla (8)

2. Evet, kısmen (4)

3. Hayır (0)

9- Aynı rahatsızlıktan dolayı başka bir hekime muayene olmayı düşünür müsünüz?

1- Evet, elbette (0)

2- Evet, kısmen (4)

3- Hayır (8)

10- Hekimler size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

- 1- Evet (3)
- 2- Kısmen (2)
- 3- Hayır (0)

DİĞER MESLEK GRUPLARI

11- Sizinle ilgilenen diğer personel aşağıdakilerden hangisiydi?

- 1- Hemşire
- 1- Fizyoterapist
- 2- Röntgen teknisyeni
- 3- Psikolog
- 4- Sosyal Hizmet Uzmanı
- 5- Diğer: Lütfen belirtiniz.....

12- Sizinle ilgilenen personel, önemli olduğunu düşündüğünüz bir soruya anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?

- 1- Evet, tamamıyla (4)
- 2- Evet, kısmen (2)
- 3- Hayır (0) 18

13- Sizinle ilgilenen personel yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

- 1- Evet (4)
- 2- Kısmen (2)
- 3- Hayır (0)

POLİKLİNİK DEĞERLENDİRME

Poliklinikte aldığınız hizmetlerle ilgili aşağıdaki soruları cevaplayınız.

14- Poliklinikte durumunuz ve tedaviniz hakkında yeterli bilgi verildi mi?

- 1- Yeterli bilgi verilmedi (2)
- 2- Yeterli bilgi verildi (4)
- 3- Hayır, bilgi verilmedi (0)

15- Hastalığınızla ilgili sizinle yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat edildi mi?

- 1- Evet, kesinlikle (6)
- 2- Evet, kısmen (3)
- 3- Hayır (0)

16- Muayeneniz sırasında sizinle ilgilenen görevlilerin kendilerini tanıtan yaka kartı var mıydı?

- 1- Evet, hepsinin vardı (4)
- 2- Bir kısmının vardı. (2)
- 3- Hiçbirinin yoktu. (0)

17- Hekiminizi kendiniz seçebildiniz mi?

- 1- Evet (6)
- 2- Hayır (0) 19

BİLGİLENDİRME

18- Hekiminiz tarafından, eve gittiğinizde (hastaneden ayrıldıktan sonra) hastalığınızın tedavisi boyunca yaşanabilecek durumlar için bilgi verildi mi?

- 1- Evet, tamamen (6)
- 2- Evet, kısmen (4)
- 3- Hayır (0)

19- Durumunuzun kötüleşmesi halinde veya endişeye kapıldığınız anda hastaneden iletişime geçebileceğiniz bir telefon-iletişim adresi verildi mi?

1- Evet (4)

2- Hayır (0)

GENEL DEĞERLENDİRME

20- Polikliniklerde aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1- Mükemmel (10)

2- Çok iyi (8)

3- İyi (6)

4- Orta (4)

5- Kötü (0)

DEMOGRAFİK VERİLER

21- Cinsiyetiniz

1- Kadın

2- Erkek

22- Yaşınız

23- Eğitim Durumunuz

1- Okur Yazar Değil

2- Okur Yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6- Yüksekokul

7- Üniversite 20

24- Mesleğiniz

25- Sosyal Güvenceniz

1- Memur(çalışan)

2- Emekli Sandığı

3- SSK Genel Sağlık Sigortası

4- Bağ-Kur

5- Yeşil Kart

6- Güvencem Yok

7- Diğer

EK 4: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Ayaktan Tedavi Hizmetleri Değerlendirme Anketi Örneği

- 1- Hizmet aldığınız polikliniğin adı
2-.Gazi Hastanesinden kaç yıldan beri hizmet alıyorsunuz?
(1) İlk Gelişim (2) İki-Üç Yıl (3) Dört Yıl ve Üzeri
3-Cinsiyetiniz:
(1)Kadın (2)Erkek
4-Yaşınız?
5- Öğrenim durumunuz nedir? (En son bitirilen okula göre)
(1) Okuma yazması yok (3) İlkokul mezunu (2) Okur-yazar
(4) Ortaokul mezunu (5) Lise ve dengi okul mezunu (6) Yüksekokul /Fakülte mezunu
6- Sosyal güvence durumunuz nedir?
(0)Yok(Kendisi karşılıyor) (3) Bağ-Kur
(1) Emekli sandığı(4) Yeşil kart
(2) SSK (5) Özel Sigorta
(6) Diğer (7) Lisans üstü
7- Muayene şeklini seçiniz.
(1) Normal Poliklinik Muayenesi
(2) Özel Muayene
8- Muayene için randevu alarak mı geldiniz?
(1)Evet (2) Hayır
9- Muayene olmak için bekleme süreniz kaç dakika dır.?) dakika.

	Aşağıdaki Konularla İlgili Memnuniyetinizi Belirtiniz. (X İşareti Koyunuz.)	Memnun	Memnu n Değil	Fikrim Yok
10-	Randevu alma yada sıra alma işlemlerinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
11-	Muayene olmak için bekleme süresinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
12-	Hasta dosyanıza ulaşılabilmesinden (arşiv hizmetleri) memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
13-	Vezne görevlilerinin davranışından memnuniyetiniz.?(ilgi,alaka,nezaket,güler	(1)	(2)	(3)
14-	Sekreterlerin davranışından memnuniyetiniz.?(ilgi,alaka,nezaket,güler yüz,	(1)	(2)	(3)
15-	Doktorunuzun davranışından memnuniyetiniz.?(ilgi,alaka,nezaket,güler	(1)	(2)	(3)
16-	Doktorunuzun muayene için size ayırdığı süreden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
17-	Doktorunuzun teşhis, tedavi ve tetkikleriniz konusunda veterli bilgiyi anlasılır sekilde	(1)	(2)	(3)
18-	Doktorunuzun sizde yarattığı güven duygusundan memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)

19-	Hemşirenin davranışından memnuniyetiniz.? (ilgi,alaka,nezaket,güler	(1)	(2)	(3)
20-	Muayene sırasında mahremiyete saygı ve korunmasından memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
21-	Havalandırma, aydınlatma, ısıtma ve soğutmadan memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
22-	Bekleme alanlarının konforundan memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
23-	Yönlendirmeye yönelik levha ve panolardan memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
24-	Görüntüleme hizmetlerinden memnuniyetiniz? (Röntgen, MR,	(1)	(2)	(3)
25-	Laboratuar hizmetlerinden memnuniyetiniz?	(1)	(2)	(3)
26-	Temizlik hizmetleri kalitesinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
27-	Tuvaletlerin temizliğinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
28-	Kafeterya hizmetlerinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
29-	Kantin hizmetlerinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
30-	Otopark hizmetlerinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)
31-	Güvenlik hizmetlerinden memnuniyetiniz.?	(1)	(2)	(3)

32- İhtiyaç duyduğunuzda tedavi olmak için yeniden hastanemize başvurur musunuz?

- (1) Kesinlikle tekrar başvururum
(2) Başvurabilirim
(3) Kesinlikle tekrar başvurmam

33- Yakınlarınıza/ arkadaşlarınıza Gazi Hastanesini önerir misiniz?

- (1) Mutlaka Öneririm. (2) Önerebilirim (3) Kesinlikle Önermem.

34-.Polikliniklerde aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

- (1)Çokİyi
(2) İyi
(3) Orta
(4) Zayıf
(5) Çok Zayıf

Ek 5: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Anketi Örneği

Anketin doldurulduğu tarih: /...../

1. Yaşınız nedir? :

2. Cinsiyetiniz nedir? : (1) Kadın (2) Erkek

3. Çalıştığınız hizmet birimi nedir?

(prosesinize göre seçiniz)

(1)Yataklı Tedavi Hizmetleri

(2)Ayaktan Tedavi Hizmetleri

(3)Tetkik ve Görüntüleme Hizmetleri

(4)Destek Hizmetler

(5)Diğer.....

4. Çalıştığınız hizmet biriminde göreviniz nedir?

(1) Doktor (2) Hemşire (3) Sağlık Teknisyeni (4) Teknik Teknisyen

(5) Büro hizmetleri (Sekreter, hasta kabul)

5. Kurumdaki sosyal güvence durumunuz nedir?..

(1) Kadrolu (2) Sözleşmeli (3) Diğer.....

6. Gazi Hastanesinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

(1)0-5 (2)6-10 (3)11-15 (4)16-20 (5) 21 ve üzeri

7. Yapmış olduğunuz iş, mesleğiniz veya aldığınız eğitim ile uyumlu mu?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen uyumlu

8-Çalıştığınız ortamın fiziki açıdan(aydınlatma, araç-gereç, donanım, yer vb.) yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

9. Biriminiz ile ilgili yeterli teknik bakım(bilgi işlem, teknik birim vb.) desteği alabiliyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

10. Aldığınız hizmet içi eğitimlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

11. Birim içi personel iletişiminin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

12. Dile getirdiğiniz öneri/şikayetlerinizin dikkate alındığını düşünüyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

13. Çalışanların başarılarının yeteri kadar takdir edildiğini düşünüyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

14. İş güvenliği hizmetlerinden memnun musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

15. Hastanenin temizlik hizmetlerinden memnun musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

16. Yemekhane hizmetlerinden memnun musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

17. Otopark hizmetlerinden memnun musunuz?

(1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen

18. Hastane personeline yönelik sosyal aktivite (tiyatro,gezi) düzenlenmesini istiyor musunuz?

(1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen

19. Özlük haklarınızı (izin, rapor) kullanabiliyor musunuz?

- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen
20. İşyerinizde sağlığınız açısından herhangi bir riske maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen
21. Göreviniz gereği yaptığınız faaliyetler sırasında herhangi bir iş kazası (iğne batması vb.) geçirdiniz mi?
- (1)Hayır
- (2)Evet (Belirtiniz
22. Herhangi bir sağlık sorununuz olduğunda hastanemiz sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyor musunuz?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen
23. Cevap hayır ise en önemli nedeni nedir ?
- 24-) Diğer sağlık kurumlarında çalışan arkadaşlarınıza tavin isteme durumunda Hastanemizi tavsiye eder misiniz?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen
25. Sizce hizmet kalitesini, iş verimini artırmak için ISO benzeri bir kalite yönetim sistemine gerek var mı?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Fikrim Yok
26. Size göre Hastanemizde ISO uygulamaları ile hasta hizmetlerinin kalitesinde bir gelişme oldu mu?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen (4) Fikrim Yok
- 27-) Hastane çalışanı olarak, hastanemizin kalite politikasını biliyor musunuz?
- (1) Evet (2) Hayır (29. soruya geçiniz) (3) Kısmen
- 28-) Hastanemiz kalite politikasında belirtildiği gibi hizmet veriliyor mu?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Kısmen
29. Hastanemizde ISO uygulamalarının devam etmesi gerektiğine inanıyor musunuz?
- (1)Evet (2) Hayır (3) Fikrim Yok
30. Kalite konusundaki bilginizin ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?
- (1)İyi (2) Orta (3) Zayıf (4) Bilgim Yok
31. Motivasyonunuzu olumlu yönde etkileyen etkenler var ise sıralayınız.
- 1.....
- 2.....
- 3.....
32. Motivasyonunuzu olumsuz yönde etkileyen etkenler var ise sıralayınız.
- 1.....
- 2.....
- 3.....
33. Yukarıdaki sorgulanan konularla ilgili ya da başka konuda yönetime iletmek istediğiniz şikayetiniz var ise lütfen belirtiniz.
34. Yukarıdaki sorgulanan konularla ilgili ya da başka konuda yönetime iletmek istediğiniz öneriniz var ise lütfen belirtiniz.
35. Gazi Hastanesinde çalışıyor olmaktan memnun musunuz?
- (1) Evet (2) Hayır (3) Kısmen
36. Çalışan olarak tüm Hastane Hizmetleri hakkındaki düşünceniz?
- (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Zayıf (5) Çok zayıf

ÖZET

Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü

Bu çalışma, 1970’lerin sonlarından itibaren ortaya çıkan Neo-liberal dönüşüm sürecinin sağlık hizmet üretimine etkilerini emek süreci kuramı ışığında incelemektedir. Tez kapsamında sağlık hizmetinin artizanal kamusal niteliğini giderek kaybederek standartlaşmış ticari bir niteliğe bürünmesi ele alınmaktadır. Ankara’daki iki sağlık ocağı ve farklı özelliklerdeki üç hastanede gerçekleştirdiğim çoklu örnek olay çalışması ile sağlık reformları, Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Denetimi uygulamalarının sağlık hizmet sunumuna etkileri, sağlık çalışanlarının kendi iç ilişkilerindeki değişiklikler ve sağlık çalışanları- sağlık hizmeti sunulan hedef nüfus arasındaki ilişkilerin dönüşümü sağlık çalışanlarının perspektifinden gözlenmiş, araştırılmış ve aktarılmıştır.

Devletin hizmet sunumundan elini çekerek düzenleyici bir role soyunması, kamu sağlık kurumlarının özleştirme yoluyla piyasalaştırılması ve sağlık hizmet üretimi sürecinin piyasa ilkeleriyle örgütlenmesi, sağlık emek sürecini dönüştürmüş, kamusal niteliğinden uzaklaştırarak meta üretim süreciyle benzeştirmiştir. Söz konusu dönüşüm sağlık emek sürecinin denetiminde, istihdam ve ücret rejiminde, teknoloji ve vasıf bileşiminde, sağlık profesyonellerinin konumunda, yurttaşların sağlığa erişim biçimleri ve sağlık çalışanlarıyla kurdukları ilişkilerde köklü dönüşümler gerçekleşmesine yol açmıştır.

ABSTRACT

Transformation of Health Services Production in Turkey

This thesis examines the effects of neo-liberal transformation process which emerged in the late 1970s, on the public health care services by applying conceptual framework of the labour process theory. In the scope of this thesis, the deprivation of public and craft characteristics in medicine and its new commercial standardized character are discussed. Through the multiple case study which were conducted in five different health institutions, impacts of health reforms, Total Quality Management and Performance Control System to the health service production process; the transformation of internal relations of health staff and also the relations between health staff and citizens are researched and analysed within the perspective of health staff.

Owing to the withdrawal of the state from health sector; the marketisation of public health institutions through autonomisation and reorganisation of public health services with market principles, a radical shift in the medical labour process occurred. Consequently medical labour process diverged from its public character and it resembled with a private sector labour process. The transformation in question, gave rise to dramatic changes in the control of medical labour process, employment and payment regime, technology and skill combination, position of health professionals and accession forms of citizens to health services. These changes are put under detailed analysis.