

MESLEKİ ÖZERKLİĞE VE HEKİM BAĞIMSIZLIĞINA YÖNELİK TEHDİTLER: DÜNYA ÖRNEKLERİ

Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN*

Öz: Hekim-hasta ilişkisi, güvene dayalı bir ilişkidir. Hastanın hekime güvenmesinin temel dayanağı, hekimlik uygulamasının tıbbi bilgi-beceri ve meslek etik ilkeleri çerçevesinde gerçekleştirileceği yönündeki beklentisinin meslek yeminiyle güvence altına alınmasıdır. Mesleki değerlerin korunduğu, insan yaşamına ve onuruna saygının esas alındığı bu tür bir ilişki ise, öncelikle mesleki özerkliği ve hekim bağımsızlığını gerektirmektedir. Ancak tarihin her döneminde egemen üretim sistemleri, iktidar yapıları, siyasal iklim, sağlık politikaları, toplumsal dinamikler ve geçerli tıbbi paradigma gibi nedenlerle mesleki özerkliğe ve hekim bağımsızlığına yönelik çeşitli tehditler olagelmıştır. Küresel ve bölgesel savaşlar, silahlı çatışmalar, baskıcı rejimler ve yürürlükteki sağlık politikaları, mesleki özerkliğe ve hekim bağımsızlığına yönelik müdahalelerin yoğunlaştığı durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu durumlarda mesleki karar alma süreçlerinden uygulama olanaklarına, tıbbi araştırmalardan toplumsal olaylarda acil tıbbi yardıma kadar geniş bir yelpazede hekim bağımsızlığının sınırlandırıldığı ya da baskı altına alındığı gözlemlenmektedir. Mesleki özerkliğin korunması ve hekim bağımsızlığının güvence altına alınması, başta Dünya Tabipler Birliği olmak üzere ulusal ve bölgesel düzeyde çalışmalarını yürüten hekim birliklerinin öncelikli gündemleri arasında yer almaktadır. Bu makalede, mesleki özerkliğe ve hekim bağımsızlığına yönelik tehditler, dünyanın farklı coğrafyalarından seçilen tarihsel ve güncel örneklerle birlikte ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: mesleki özerklik, hekim bağımsızlığı, tehdit

Threats To Professional Autonomy And Physician's Independence: World Experiences

Abstract: *Physician-patient relationship depends upon confidence. The major support of patient's confidence to the physician is that, physician's performance according to medical knowledge skill and professional ethics is under the assurance of the professional oath. First of all, professional autonomy and physician's independence are required in order to establish a relation that respects human life and honor and professional values. But threatenings to professional autonomy and physician's independence existed in history, due to the sovereign production system, main political system, political atmosphere, health politics, social dynamics and valid medical paradigm. Global and regional wars, armed conflicts, repressive regimes and health politics in force are the situations that intervention to professional autonomy and physician's independence is intense. It has been observed that under these circumstances, all of the procedures from professional decision making to practical possibilities, from medical research to emergency aid in social events have either limited or suppressed the physician's independence. To assure the professional autonomy and physician's independence is the first goal of the World Medical Association and national and regional medical associations. Threats to professional autonomy and physician's independence in different countries with historical and recent examples is discussed in this article.*

Key words: *professional autonomy, physician's independence, threatening*

Hekimliğin doğası ve etik ilkeler

"Tarih öncesi çağlarda vahşi ormanlarda yankılanan ilk ağırlı çığlığı, hekime yollanan ilk çağrışı oluşturur."

Tıp tarihçisi Victor Robinson'un *"The Story of Medicine"* adlı kitabında yer alan bu sözler, hem hekimliğin ne zaman başladığı sorusuna açıklık getirmekte, hem de insanın ve uğraşın doğasında yer alan başkasının acısına kayıtsız kalamama, merhamet, dayanışma gibi etik öğelere ilişkin ipuçlarını vermektedir.

*"Talihli Bir Adam, Bir Köy Doktorunun Hikâyesi"*nde ise, hekimin insanlar arasında özelleşen ilk insan

olduğu dile getirilmektedir. Anlatılanlara göre, eski zamanlardan beri hekimin ayrı bir yeri olmuştur insanların gözünde; acıyı azaltma ve ölümü geciktirebilme gücü, onu bir tür yarı tanrı konumuna yerleştirmiştir. Avcı-toplayıcı küçük gruplar hâlinde yaşarken o bir büyücüdür; ava gidip gündelik yaşam zorluklarına katlanmayan, ama ava gidenler için tanrılardan güç dileyen, onların sağlıklı olarak geri gelmelerini ateş ve dumanın içinden talep edendir. Zaman ilerledikçe her şeyi bilmesinde sakınca olmayan, çok zaman bildikleri üzerinden yaşama ilişkin felsefeler üreten özel bir insan olmuştur hekim. Aristokrat değildir ama elitler arasındadır, halktan

*Yrd. Doç. Dr., Tıp Tarihi ve Etik (ORCID No: 0000-0002-6672-2597)

Geliş Tarihi / Received : 21.02.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 28.02.2019

ayrıdır ama halkın içindedir. Köyde yaşayanların dertlerini paylaşan, onları iyileştiren, yerel otoriteden sağlıklı içme suyu isteyen hekimdir. Doğum ve ölümün tanığıdır; her doğum ve ölümden yaşamın değerini en iyi bilen olmakla özdeşir. Sahip olduğu bu bilgiler nedeniyle çoğu zaman insanların sicil kâtibidir adeta ve bu sicillerini aleyhlerine kullanmayacağı güvenini vermiştir insanlara (**Yetener ve ark., 2011**).

Temel amacı insanın sağlığını korumak, hastalığını tedavi etmek, esenlik içinde yaşamasına katkıda bulunmak ve ömrünü olabildiğince uzatmak olan hekimliğin tarihi incelendiğinde, tıp düşüncesinin insanın düşüncesinden ve ahlaki bilincinden bağımsız ele alınamayacağı görülecektir. Bir başka deyişle; hekimlik, başlangıcından günümüze, tıbbi bilgi ve beceri yanı sıra moral değerlerin yaşama geçirildiği bir meslek olagelmıştır. Çünkü hekim-hasta ilişkisi, hastanın kendi bedeni üzerindeki egemenliğini hekimiyle paylaştığı, dolayısıyla temelinde güven ögesinin yer aldığı, kendine özgü nitelikleri olan bir mesleki ilişkidir. Tarihsel süreç içinde hekimliğin, meslek etik ilkeleri ışığında uygulanması gereken bir uğraş olarak sürdürülmüş olmasının temel gerekçesi de, bu kendine özgü karakteridir.

Geleneksel hekim andı metinlerinde şekillenen, süreç içinde toplumsal dinamiklerle içeriği geliştirilen meslek etik ilkeleri, hekim-hasta ilişkisinde olmaz önem taşıyan güveni sağlamaya dönük bir işlev görmektedir. Bu bağlamda, mesleğin doğasında içerilen ve "salus aegroti suprema lex esto (hastanın iyiliği en üstün kanundur) önermesinden kaynaklanan *yarar sağlama ilkesi*, "primum non nocere!" (öncelikle zarar verme!) olarak bilinen ve hastanın daha kötü duruma getirilmemesini dile getiren *zarar vermeme ilkesi*, hastalar arasında kişisel özelliklerine göre ayrımcılık yapılmaması ve fırsat eşitliği temelinde sağlık hizmetlerinden adil yararlanması gerektiğini vurgulayan *adalet ilkesi*, insan hakları kavramının tıptaki yansıması olarak geliştirilen ve hastaların kendisiyle ilgili karar mekanizmalarına aktif katılımını savunan *özerkliğe saygı ilkesi*, özel hayatın gizliliğine ve mahremiyete saygı kapsamında hekim-hasta ilişkisinde elde edilen hastaya ilişkin sınırların saklanması gereğini dile getiren *sır saklama ilkesi* önde gelen meslek etik ilkeleri olarak kabul edilmektedir. Evrensel düzeyde geçerliliği olan hekimlik etiğinin temel ilkeleri, insan yaşamına ve onuruna saygıyı gözetilen bir sağlık hizmetinin uygulamaya geçirilmesi için ulusal yasal düzenlemeler ve uluslararası sözleşmelerle de

güvence altına alınmıştır. Pek çok ülkede yürürlükte olan hasta hakları yönetmelikleri, klinik araştırma yönetmelikleri ve Biyotıp Sözleşmesi bu kapsamda değerlendirilebilecek örnekler arasında sayılabilir.

Tıbbi uygulamanın; bilimsel bilgiye ve mesleki deneyimle kazanılmış beceriye dayandırılması, hasta haklarını ve hekimlik değerlerini koruyan bir etik çerçeve içinde gerçekleştirilmesi günümüz hekimlik pratiğinin temel paradigmasıdır. Bu paradigmanın yaşama geçirilmesi ise, hekimin bağımsızlığı ile olanaklıdır. Hekim, neyin hastalık olduğuna, hastalığın nasıl tedavi edileceğine karar verme ve bu tedaviyi uygulama yetkisine sahip olan kişidir. Ancak bu, yalnızca bir yetki değil aynı zamanda bir sorumluluktur. Söz konusu yetkinin kullanılabilmesi ve sorumluluğun yerine getirilebilmesi ise hekimin bağımsız olmasını gerektirmektedir. Hekim bağımsızlığı ya da mesleki özerklik, meslek etik ilkelerinin rehberliğinde güvene dayalı bir hekim-hasta ilişkisinin kurulmasında ve sürdürülmesinde bu açıdan kilit önem taşımaktadır.

Mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığı

Biyotetik Terimleri Sözlüğü'nde mesleki özerklik, "uğraş kişilerinin mesleki ödevlerini yerine getirme ve özellikle kararlarını verme süreçlerinde, yargılarını yaşama geçirebilmelerini olanaklı kılan bağımsızlık ve kendini yönetebilme niteliği ve durumu" olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda kişi olarak hekimin özerkliği, mesleki uygulamalarında ve bu uygulamaların temelinde yatan seçimlerinde belirlenimin dışarıdan değil, hekimin kendisinden geliyor olmasıdır. Mesleğin özerkliği ise; mesleğin kendi alanında ana karar verici olması, meslekle ya da meslekte sık karşılaşılan sorunlarla ilgili olarak uğraşın içinden gelen, dolayısıyla konuya ilişkin doğru bilgiye sahip olan kişiler ya da kurullar tarafından çözüm aranması anlamına gelmektedir (**Oğuz ve ark., 2005**). Mesleki özerklik, "gönüllülük ya da özdüzenleme" anlamına gelmektedir; bu bağlamda mesleğin doğası gereği hekimlik uygulamaları mesleki özerklik teriminin kavramsal çerçevesine tam anlamıyla uygunluk göstermektedir (**Hashimoto, 2006**).

Dünya Tabipler Birliği (DTB)'nin Ekim 2008'de Seul-Kore'de yapılan 59. Genel Kurulu'nda kabul edilen "Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlıkla İlgili Seul Bildirgesi"nde hekim bağımsızlığı bütün yönleriyle ele alınmakta ve konuya ilişkin aşağıdaki ilkelerin benimsendiği dile getirilmektedir.

"1. Mesleki özerklik ve klinik bağımsızlığın merkezi ögesi, hekimlerin, hastalarının bakım ve tedavisinde

dışarıdan herhangi bir taraf veya kişinin etkisi olmaksızın kendi mesleki kararlarını verebilme özgürlüklerinin güvence altında olmasıdır.

2. Tıp hayli karmaşık bir sanat ve bilimdir. Hekimler, uzun bir eğitim ve deneyim sürecinden geçerek tıp uzmanı ve sağaltıcı konumuna gelirler. Hastalar kendilerine ilişkin hangi tıbbi müdahalelerde bulunulacağı konusunda karar verme hakkına büyük ölçüde sahip olsalar bile, hekimlerinden klinik açıdan uygun tavsiyelerde bulunma serbestliğine sahip olmalarını beklerler.

3. Hekimler, sağlık sisteminin yapısını ve eldeki kaynakları dikkate alma zorunluluğunun bilincindedirler; ne var ki, klinik bağımsızlığa hükümetler ve yönetimlerde dayatılan ve makul olmayan kısıtlamalar, hastaların yararına değildir. Bu tür kısıtlamalar, en azından, hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez bir ögesi olan güven duygusuna zarar verebilecektir.

4. Hastane yöneticileri ve ödeme yapan üçüncü taraflar, hekimlerin mesleki özerkliklerini, sağlık hizmetleri giderlerinin basiretli yönetimiyle bağdaşmaz buluyor olabilirler. Ancak, yöneticilerin ve ödeme yapan üçüncü tarafların klinik bağımsızlığa getirmek istedikleri kısıtlamalar hastaların yararına olmayabilir. Dahası, hekimlerin, hastalardan veya ailelerinden gelen ve uygun olmayan tıp ve tedavi hizmetlerini reddedebilme imkânlarının kısıtlanması ne hastaların ne de toplumun yararına olacaktır.

5. Dünya Tabipler Birliği, mesleki özerklik ve klinik bağımsızlığın önemini, yalnızca kaliteli tıbbi bakımın, dolayısıyla hastanın yararının vazgeçilmez ve korunması gereken bir ögesi olduğu için değil, aynı zamanda tıp mesleğinin temel bir ilkesi olarak da bir kez daha vurgular. Dolayısıyla Dünya Tabipler Birliği, hasta bakımında mesleki özerkliğin ve klinik bağımsızlığın sürdürülmesi ve güvence altına alınması konusundaki ısrarını sürdürecektir." (TTB, 2012).

Hekim bağımsızlığına yönelik tehditlere ilişkin tarihsel örnekler

Mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığı, yukarıda özetlenen dayanaklara, gerekçelere ve belirlenen ilkesel yaklaşımlara karşın tarihin her döneminde çeşitli şekillerde tehdit altına alınmaktan kurtulamamıştır. Bir uygulamalı bilim ve sosyal kurum olarak tıbbın, nitelikli emeğe dayalı bir meslek olarak hekimliğin devlet, din gibi güç ve iktidar odaklarıyla ilişkisi tarih boyunca hep sancılı olmuş; kurulu düzenin bir parçası olmak ya da karşısında konumlanmak durumunda kalmıştır. Kimi tıbbi uygulamaların (kürtaj, doğum kontrolü vb) ya da uzmanlık alanlarının (psikiyatri, adli tıp vb) tarihini incelemek, olağandışı

durumların (doğal afetler, salgın hastalıklar, savaş ve çatışma dönemleri gibi) ya da siyasal rejimlerin (totaliter vb) geçmişine bakmak bu salınımlı konumu göstermek için yeterlidir. Hekimlik tarihine kara sayfalar olarak geçen ve "deney" adı altında gerçekleştirilen uygulamalara ilişkin aşağıdaki birkaç örnek, tıpta araştırma etiğinin de ana başlıkları arasında yer almaktadır.

Mañçurya'nın 1931'de Japonya tarafından işgali sonrası İmparator Hirohito'nun kurdurduğu Birim 731'in temel işlevi, aralarında şarbon, dizanteri, ve banın bulunduğu birçok enfeksiyon etkeninin biyolojik silah olarak üretilmesi çalışmalarını yürütmektir. Kayıtlara göre, bir "ölüm fabrikası" olan Birim 731'de 1936-1945 yılları arasında yürütülen bu çalışmada, dönemin dünya nüfusunu birkaç kez öldürecek miktarda üretim yapıldığı belgelenmiştir. Birim komutanı Shiro Ishii'nin sorumluluğunda; çoğunluğu yörenin yerli halkı Marutaslar ve rejim karşıtları üzerinde yapılan denemelerde kişiler kasıtlı olarak enfeksiyon etkenleriyle karşılaştırılmış, ordu cerrahlarının eğitimi için canlı kesimler yapılmış, insan bedeninin zehirli gaz, farklı basınç düzeyleri, susuzluk gibi etkenlere karşı dayanıklılıkları test edilmiştir. Binlerce Japon hekimin katıldığı, birçok üniversitenin destek verdiği bu çalışmalarda 10-12.000 kişinin laboratuvarlarda, 250.000 kişinin saha testlerinde öldüğü tahmin edilmektedir. Bugün Ping Fan'da bu çalışmada ölenler anısına yapılmış bir anıt bulunmaktadır. (Arda, 2004; Civaner, 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1932'de başlatılıp 1972'ye kadar kırk yıl boyunca sürdürülen ve literatürde "Amerika'nın Kirli Küçük Sırrı" ya da barındırdığı ırkçı yapı nedeniyle "Amerika'nın Nuremberg'i" olarak anılan Tuskegee çalışmasında, tedavi edilmeyen sifilizin seyri izlemek amaçlanmıştır. Çalışma Alabama Eyaleti'nde 399 zenci erkek hasta ve 200 zenci erkek kontrol grubunun katılımıyla yürütülmüş, 1947 yılında sifiliz tedavisinde penicillin kullanımı başlamasına karşın, çalışma grubu bu tedaviden yoksun bırakılarak araştırma başlangıç protokolleriyle sürdürülmüştür. Çalışmaya katılan siyah ve yoksul kişilerden onam alınmamış, hastalıkları saklanmış, katılımları için son derece teşvik edici öneriler sunulmuştur. Çalışma süresince katılımcılardan çoğu ölmüş, bir kısmı kalıcı hasarlara uğramış, bir kısmının sifilizli çocukları doğmuştur (Arda, 2004).

Almanya'da Naziler Döneminde, iktidarın programı doğrultusunda hekimlerin katılımı ve akademisyenlerin ırkçı söylemleri eşliğinde sürdürülen

çalışmalar tarihe geçmiştir. Toplama kamplarında çoğunluğu Yahudiler ve Çingeneler olmak üzere binlerce tutsak üzerinde yürütülen Ari ırk yaratma amaçlı çalışmalarda, kişilerden onay alınmaksızın, insanın açlığa, susuzluğa, yüksek basınca ve farklı ısı değişimlerine dayanma düzeyleri test edilmiş, sterilizasyon, ötanazi, ikiz deneyleri ve antropolojik çalışmalar da içinde olmak üzere çeşitli ölümcül programlar uygulanmıştır. Savaş sonrası kurulan Nuremberg Askeri Mahkemelerinde Nazilere hizmet etmiş hekimler ve üst düzey sağlık yetkilileri de yargılanmış, sanıklardan yedisi idam cezasına, yedisi ömür boyu, ikisi de 10-20 yıl arasında hapse mahkum edilmiştir (**Namal, 1997**).

New York'ta mental retarde çocukların yerleştirildiği Willowbrook Devlet Okulu'nda çocuklarda görülen viral hepatit hastalığının kliniğine ilişkin bilginin arttırılması amacıyla 1956'da başlayıp 14 yıl süren bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada, okula yeni kabul edilen ve önceden hepatit hastalığı geçirmemiş olan çocuklar, okuldaki öteki çocuklardan ayrı bir üniteye yerleştirilmiş, hasta çocuklardan elde edilen ve virüs içeren materyalle kasıtlı olarak enfekte edilmişlerdir. Çocukların bu çalışmaya katılması için izin vermeleri konusunda ana-babalara baskı yapıldığı, çalışma süresince okula girişlerin sınırlandırıldığı, yalnızca bu çalışmaya katılmaya izin veren ailelerin çocuklarının kuruma kaydedildiği saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda hastalığın klinik gidişi hakkında bazı bilgiler elde edildiğini dile getiren bir rapor yayımlanmış ve çok ciddi tartışmalara yol açmıştır (**Miller, 1993**).

Sovyetler Birliği'nin, Stalin Döneminde "Gulag" çalışma kamplarında tutulan rejim karşıtları üzerinde yürüttüğü, hardal gazı ve risin gibi kimyasalların test edildiği kimyasal silah geliştirme deneyleri (**Diken, 2014**)... ABD'de, 1950'li yıllarda başlayıp 1970'lere kadar süren ünlü MKULTRA projesi başta olmak üzere CIA tarafından planlanan, üniversitelerde, hapishanelerde, akıl hastanelerinde, yetimhanelerde ve madde bağımlılığı rehabilitasyon merkezlerinde yürütülen zihin kontrol deneyleri (**Haber 7, 2005**) ... Romanlara ve filmlere konu olan bu sistematik deneylerin devlet kontrolünde gerçekleştirildiği ortaya çıktığında ise; ilgili devletler, dünya kamuoyuna yaptıkları çeşitli açıklamalarla, uygulamaları, bilime katkı ya da savunma stratejisi kapsamında gerekçelendirmeye ve meşrulaştırmaya çalışmışlardır.

Yukarıdaki örneklerde de vurgulandığı gibi hekim katılımı olmaksızın planlanamayacak ve yürütülmeyecek olan, meslek etiğinin açıkça ihlal edildiği

insanlık dışı bu uygulamalarda "hekimler neden yer almıştı?" sorusu, konumuz bağlamında önem taşımaktadır. İşlemlere hekim katılımının onaylanması ya da meşrulaştırılması anlamına gelmemek kaydıyla, yapılan yorumlar kısaca şöyle sıralanabilir; savaş, çatışma durumu, siyasal rejimin yapısı gibi nedenlerle oluşan otoriter iklimin hekimleri iktidarla ve orduyla işbirliğine zorlaması, düşmanlaştırma yönündeki iktidar söyleminin, amacın aracı haklı kılacağı algısı yaratması, emredilen görevi yerine getirmeyenlerin "vatan haini" ilan edileceği yönündeki baskıcı politikalar, işlemlere katılımın meslekte yükselme, yöneticilik, yüksek maaş vb yöntemlerle ödüllendirilmesi, merak, keşif duygusu, hırs gibi kişisel motivasyonların olumlanması, mesleki kurum yöneticilerinin bu tür ortamlarda artan gücü ve yönlendirici etkisi, üniversiteler ve araştırma merkezlerinde tıbbi uygulamalar için gereken araç gereç eksikliğinin bu tür çalışmalara katılımı karşılanacağı yönündeki vaatler ve alınan kararlar, uygulamalara katılımın çoğunlukla cezasızlıkla sonuçlanması. Dile getirilen tüm bu etkenler, hekim bağımsızlığına yönelik tehditleri açıkça işaret etmektedir (**Civaner, 2006**).

Mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığına yönelik tehditlere ilişkin güncel örnekler

Hekimlik mesleği, bütün ülkelerde kamusal ve toplumsal niteliği olan eğitim, hukuk vb başka meslekler gibi, sınırları ve kapsamı yasalarla belirlenmiş bir çerçevede yürütülmektedir. Bu çerçevede temel olarak yürürlükte olan sağlık politikaları, sağlığa ayrılan devlet bütçesi ve öteki parasal kaynaklar, toplumun sağlık bilinci ve hastalık algısı, ülkenin sağlık altyapısı, kurumsal işleyiş ve teknik gelişmişlik düzeyi, sağlık insan gücü kapasitesi gibi belirleyiciler yer almaktadır. Hekimlik uygulamalarını olanaklı kılan bu çerçeve, olumlu ve olumsuz yönleriyle belirli ölçülerde mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığını da etkilemektedir. Olağan dönemlerde ve demokrasinin egemen olduğu ortamlarda, toplumun sağlık gereksinimlerinin planlamaya uygun olarak karşılanması ve bu süreçte mesleki özerkliği koruyan bir yaklaşımın sergilenmesi elbette büyük ölçüde olanaklıdır. Ancak, doğal afetler, kitlesel olarak etkileyen ve ani gelişen salgın hastalıklar, savaş ve ülke içi silahlı çatışma dönemleri, küresel finansal krizler ve bunlara eşlik eden baskıcı rejimler yol açtıkları kötü sonuçlarla yalnızca toplumların sağlığını değil, mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığını da tehdit etmektedir.

Günümüzde sayıları giderek artan totaliter ve baskıcı rejimler, neredeyse sürekli hâle gelen bölgesel savaşlar ya da silahlı çatışmalara bağlı olarak ortaya

çıkan sorunlar ve uygulanmakta olan neoliberal sağlık politikaları gerek toplum sağlığı gerekse mesleki özerklik açısından can yakıcı bir tabloyu gözler önüne sermektedir. Öyle ki, halk sağlığını ve hekimlik mesleğini temel görev edinen ulusal, bölgesel ve uluslar arası hekim birlikleri bu olayları yakından izlemeyi, raporlaştırmayı, önleme, yıkıcı etkileri en aza indirme ve tutum oluşturmaya ilişkin öneriler geliştirmeyi vazgeçilmez sorumlulukları olarak belirlemek durumunda kalmışlardır. Bu süreçte ulusal hekim birlikleriyle eşgüdüm içinde çalışmalarını sürdüren Dünya Tabipler Birliği (DTB), en başta gelen uluslar arası yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. DTB, kurucu üye olarak aralarında Türkiye'nin de yer aldığı 27 ülkenin hekim meslek örgütü tarafından 1947'de kurulan bağımsız /hükümetler dışı konfederasyondur. Tüm dünyadaki hekim meslek örgütlerinin üye olduğu bir üst örgüt niteliğindeki DTB'nin kuruluş amaçları, "hekimlerin bağımsızlığını güvence altına almak, meslek etik ilkelerinin yaşama geçirilmesi ve sağlık hizmet sunumunda olanaklı en yüksek standartları sağlamak için çaba göstermek" biçiminde dile getirilmiştir. Temel olarak tıp eğitimi, sosyal tıp, sağlık bilimleri, tıp etiği, toplum sağlığı, insan hakları ve hekimlik mesleği gibi alanlarda çalışmalarını yoğunlaştıran DTB, ilgili konularda hekim birlikleriyle yaptığı toplantılarda geliştirdiği bildirgeleri, hekimlere yönelik yol gösterici tutum önerileri ve etik ilkeler olarak dünya kamuoyuyla paylaşmaktadır.

DTB, hekim bağımsızlığını, mesleki özerkliği, hekim meslek örgütlerinin bağımsızlığını ve özdenetimini çalışmalarının merkezine yerleştirmiş bir organizasyon olarak, bu konularda tüm dünyada karşılaşılan sorunların da yakın takipçisi olma sorumluluğunu yerine getirmektedir. Aşağıda yer alan örnekler çoğunlukla DTB'nin mesleki özerkliğe tehditle sonuçlanan çeşitli olaylarla ilgili çalışmaları arasından seçilmiştir. Örneklerin seçiminde, mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığının en çok tehdit altında olduğu durumlar göz önünde bulundurulmuştur. Söz konusu durumlar üç başlıkta gruplandırılmış ve mesleki özerkliğin ihlal edilme biçimleri örnekler eşliğinde kısaca değerlendirilmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

1. Totaliter ve baskıcı rejimlerde mesleki özerkliğe yönelik tehditler.
2. Savaşlar ve silahlı çatışmalarda mesleki özerkliğe yönelik tehditler.
3. Sağlık politikalarından kaynaklanan tehditler.

Totaliter ve baskıcı rejimlerde mesleki özerkliğe yönelik tehditler

Siyasal iktidarın tek elde toplandığı, toplumsal yaşamın tüm alanlarının merkezi iktidarın belirlediği anti demokratik yasalarla kontrol edildiği, her tür muhalif söylem ya da eylemin şiddetle bastırıldığı totaliter ve baskıcı rejimler, mesleki özerkliğin ve hekim bağımsızlığının da en çok tehdit altına alındığı ortamlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Mesleki uygulamanın, toplumun sağlık gereksinimleri ve hakları, uzmanlık dernekleri ve hekim örgütlerinin sağlık politikalarına ilişkin önerileri dikkate alınmaksızın, yalnızca rejimin yapısı ve çıkarları doğrultusunda şekillenen yasal düzenlemelerce kontrol altına alınıyor olması, mesleki özerklik üzerinde başlı başına bir tehdit ögesi olarak nitelendirilebilir. Mesleki uygulamalar üzerindeki bu merkezi kontrol, koruyucu sağlık hizmetleri, klinik uygulama, bilimsel araştırma ve tıp eğitimi süreçlerinde belirleyici olmakta; tıbbi ya da klinik karar alma ve uygulama aşamalarında hekim bağımsızlığı zedelenmektedir. Bu kapsamda söz konusu belirleyici düzenlemeler adli tıp raporunun nasıl ve hangi içerikle düzenleneceğinden hangi konuda epidemiyolojik araştırma yapılacağına, kimlerin hangi kadroya alınacağından nerede ve kaç tıp fakültesi açılacağına kadar farklı şekillerde uygulamaya geçirilmektedir. Mesleki özerkliğe yönelik sık karşılaşılan bir başka tehdit biçimi, yaratılan korku ikliminde, örneğin sağlık göstergeleri, sağlık hakkı ihlalleri, halk sağlığını riske atan uygulamalar gibi konularda üstü örtülen gerçekleri dile getirmeye çalışan muhalif seslerin susturulması ve cezalandırılması girişimleridir. Bu tür rejimlerde çıkarılan yasalarla doğum kontrolü, kürtaj gibi bazı mesleki uygulamaların yasaklanması hem hasta haklarının hem mesleki özerklik ihlalinin bir başka örneğidir.

Her tür hak arama girişiminin baskılandığı totaliter rejimler, insan hakları ihlallerinin de en çok yaşandığı durumlar olarak bilinmektedir. Çoğunluğu bu hak ihlallerini protesto etmek amacıyla düzenlenen sivil protesto eylemleri ve rejim muhaliflerine yönelik gözaltı ve tutukluluk durumları, aynı zamanda mesleki özerkliğin ve hekim bağımsızlığının tehdit edildiği durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Sivil protesto eylemlerinde yaralılara ya da hastalara meslek etiğinin bir gereği olarak acil tıbbi yardım yapan hekimler ve sağlık görevlilerinin çalışmalarının engellenmesi, ambulans, tıbbi malzeme ve teknik yardım isteklerinin reddedilmesi ya da geciktirilmesi, olaylarda tıbbi bakım veren sağlık çalışanlarının "vatan haini", "terörist", "terör eylemine yardım" suçlamalarıyla yargılanması ve cezalandırılması

mesleki özerkliğe tehdit kapsamında başta gelen uygulamalar arasında sayılabilir. Gözaltı ve tutukluluk süreçlerinde kişilere yönelik her türlü aşağılayıcı davranış, kötü muamele, zalimane tutum ve işkencenin ortaya çıkarılmasında hekimlerin belirleyici bir işlevi ve sorumluluğu bulunmaktadır. Totaliter rejimlerde iktidarın bilgisi ve kontrolünde yapılan ve uluslararası sözleşmelerle yasaklanan bu tür uygulamaların ortaya çıkarılması, rejimi güç duruma düşürmekte ve cezalandırılmasına yol açmaktadır. Gerçeğin ortaya çıkarılmasını istemeyen iktidar aygıtı; hekimlerin işkence gördüğü bildirilen kişileri muayene etmesini açıkça engelleyerek, güvenlik güçleri denetiminde ve kelepçeli muayene gibi yöntemlerle baskı altında muayene etmeye ya da hazırladığı raporu gerçeğe aykırı şekilde değiştirmeye zorlayarak, işkence sonrası ölümlerde otopsi yapılmasına ve ulusal ya da uluslararası gözlemcilerin olayı incelemesine izin vermeyerek mesleki özerkliği tehdit altına almaktadır. Benzer şekilde açlık grevleri ve ölüm oruçları süreçlerinde de hekimlerin hastaları izlemesi, süreci konuyla ilgili tutum belgelerine, protokollere ve etik ilkelere uygun olarak gözlemlenmesi engellenmekte, açlık grevcilerini zorla beslemeye yönlendirilerek mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığı ihlal edilmektedir.

Yukarıda dile getirilenlere ek olarak totaliter ve baskıcı rejimlerde karşılaşılan en uç uygulama ise, haksız, hukuksuz, dayanaksız suçlamalarla iktidarın uygulamaları eleştirdiği için ya da iktidarın temel ideolojisine uygun gerekçelerle kimi hekim ve sağlık çalışanlarına mesleki uygulama yasağı getirilmesidir. Bu tür yasaklar, mesleki özerkliğe ve hekim bağımsızlığına tehdit sınırını aşan, meslekten men edilme bağlamında doğrudan çalışma, mesleki yönden kendini geliştirme ve yaşama hakkına müdahaleler olarak nitelendirilebilir. Muhalif hekimlerin gece yarısı kararlarıyla kamu görevlerinden ihraç edilmesi ya da cinsiyet ayrımcılığına dayalı ideoloji doğrultusunda kadın hekimlerin mesleki uygulamalarına yasak getirilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir.

Totaliter ve baskıcı rejimlerde mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığının nasıl tehdit edildiğine ilişkin yapılan bu kısa değerlendirmeden sonra aşağıdaki örnekler verilebilir.

Taliban rejiminin, Afganistan'da iktidara gelişinin hemen ardından kadınların eğitim almasını, çalışmasını, sokağa çıkmasını yasaklayan kararı, temel insan hakları ihlali olarak nitelendirilmiş ve tüm dünyada tepkiyle karşılanmıştır. Şubat 1996'da

alınan, 40.000'den fazla kadını etkileyen ve kadınlar tarafından gerçekleştirilen uygulamalara yasak getiren bu karar, yalnızca kadınları kamusal yaşamdan dışlamakla kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimi ve sunumu engellemektedir. Kadın hekimlerin ve hemşirelerin mesleklerini uygulamalarını başlangıçta tümüyle yasaklayan iktidar, tepkiler ve çökme noktasına gelen sağlık hizmetleri nedeniyle bazı kadın hekimlerin denetim altında çalışmasına izin vermiştir. Bu yasağı ve denetimli çalışmayı kabul edilemez bulan DTB, Kasım 1997'de Hamburg'da toplanan 49. Genel Kurulu'nda alınan bir kararla ulusal hekim birliklerine ve hükûmetlere sorunun çözümlenmesi konusunda çağrıda bulunmuş; Afganistan'daki kadınlara yönelik insan hakları ihlallerini toplu olarak kınamak, mesleki uygulama yasağının kaldırılması konusunda dünya çapında ısrarcı davranmak önerilerini getirmiştir (Sayek, 1998).

Sivil protesto eylemlerine katılanlara karşı kötü muamele bakımından gündemden düşmeyen Bahreyn'de Mart 2011'de sivil protesto sırasında çıkan çatışma sonrasında çok sayıda hekim, hemşire ve sağlık çalışanı gözaltına alınmış; herhangi bir sivil yargılama yapılmaksızın askeri hâkim kararıyla tutuklanmıştır. Tutuklulardan yirmisi, mahkemece birkaç farklı gerekçeyle suçlu bulunmuş; Eylül 2011'de yapılan duruşmada ise her biri beş, 10, 15'er yıl hapis cezasıyla cezalandırılmıştır. Uluslar arası hukuk standartlarına uygun olmadan yürütülen bu duruşmalarda, suçlanan kişilere savunma hakkı tanınmadığı, avukatlarıyla görüşmelerine izin verilmediği, tutuklulara kötü muamele yapılarak insan haklarının ihlal edildiği dile getirilmiştir. Ancak bu iddialar mahkeme heyetince dikkate alınmamış ve araştırılmamıştır. Üstelik, çatışma sırasında yaralananlara tıbbi yardım yapan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu "vatan haini" ilan edilmiş, diğerleri sivil protesto ve çatışmaya destek olmakla suçlanmışlardır. Konuya ilişkin tepkilerin artması üzerine Bahreyn Hükûmeti, 6 Ekim 2011 tarihinde yirmi kişinin sivil bir mahkeme tarafından yeniden yargılanacağı kararını almıştır. Dünyadaki insan hakları kuruluşlarıyla birlikte süreci başlangıcından itibaren izleyen DTB, hükûmetin aldığı yeniden yargılama kararını olumlu bulmakla birlikte, mesleğin doğasına uygun olarak, bu tür olaylarda yaralı ya da hastalara yardımcı olan hekim ya da sağlık çalışanlarının hiçbirinin gözaltına alınmaması, tutuklanmaması ve suçlanmaması gerektiğini bildirmiştir. DTB'nin Ekim 2011'de Montevideo'da yapılan 189. Konsey toplantısı ve 62. Genel Kurulu'nda kabul edilen öneride, devletlerin tıbbi tarafsızlık ilkesine

saygı göstermesi gerektiği çağrısında bulunulmuş; askeri ve sivil çatışmalar da içinde olmak üzere bu tür durumlarda devletlerin sağlık çalışanlarının güvenle çalışmalarını sağlamakta yükümlü olduğu dile getirilmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının tutukluluk, sorgulama ve yargılama süreçlerinin en yüksek uluslar arası hukuk standartlarına uygun olarak yürütülmesi beklentisi vurgulanmıştır. DTB, açıklamasında, devletlerden tutuklu ve hükümlülere karşı her tür insanlık dışı kötü muamele, zalimane davranış ve işkence iddiasının acilen soruşturulması ve bu tür uygulamaların acilen durdurulması isteğinde bulunmuştur. Bahreyn Hükümetine ise, sanıkların uluslar arası gözlemcilerle görüşmeler yapmasına izin verilerek dünya kamuoyuna adil yargılama sürecinin işletildiği güvencesinin verilmesi önerilmiştir (WMA, 2011).

Bahreyn'de yaşanmış bir başka olay, gözaltı ve tutukluluk süreçlerindeki hak ihlallerinin ve mesleki bağımsızlığı tehdit eden uygulamaların çarpıcı örnekleri arasında yer almaktadır. Ülkede bir gencin cesedinin denizde bulunması üzerine başlayan süreçte; gencin ailesi, çocuklarının gözaltında işkenceyle öldürülüp denize atıldığını öne sürmüş, polislin olayı örtbas etmeye dönük tüm çabalarına ve dayatmalarına karşın gerçek ölüm nedeninin ortaya çıkarılması kararlılığından vazgeçmemiş ve otopsi yapılmasını istemiştir. Konuyu merkezi Danimarka'da bulunan Uluslararası İşkence Rehabilitasyon Merkezi'ne (IRTC) taşıyan aile, otopsi yapılması aşamasında ise, otopsiyi yapacak adli tıp uzmanı bulamama sorunuyla karşı karşıya kalmıştır. Çünkü devlet, IRTC'nin ülkeye resmi yollarla girişine izin vermemiştir. Sorun, merkezde görevli uzmanlardan biri olan ve Türkiye vatandaşı olması nedeniyle Bahreyn'e girişi vize gerektirmeyen Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı'nın turist olarak ülkeye girip gencin defnedilmesi öncesinde gizlice otopsi yapmasıyla çözülmüş ve gence gözaltında işkence yapıldığı açıklığa kavuşturulmuştur (Başlangıç, 2012).

Savaşlar ve silahlı çatışmalarda mesleki özerkliğe yönelik tehditler

Yaşlı gezegenimizde giderek artan barış gereksinimine ve özelemlerine karşın dünyanın dört bir tarafında bölgesel savaşlar, silahlı çatışmalar, zorla yerinden edilmeler, göçler hız kesmeden sürdürülmektedir. Doğada geri dönülmez yıkımlara yol açan bu savaş ve çatışmalar, kitleler hâlinde insan ölümlerine, yaralanmalara, bedensel organ yitimlerine, yakınların kaybindan kaynaklı ruhsal travmalara, sağlığı

doğrudan etkileyen açlık, susuzluk, işsizlik, evsizlik, salgın hastalıklar gibi toplumsal sorunlara ve genel olarak sağlık sisteminin çökmesine neden olmaktadır. Silahlı çatışmalar ve bölgesel savaşlar, yalnızca insan sağlığı açısından yaşamsal riskler taşımakla kalmamakta, aynı zamanda hekim bağımsızlığına ve mesleki özerkliğe de büyük tehdit oluşturmaktadır. Savaşlarda sağlık kuruluşlarının ve sağlık görevlilerinin zarar görmemesi, her tür saldırıdan korunması gerektiğine ilişkin uluslar arası sözleşmelere karşın sağlık kuruluşlarının hedef seçilmesi sıklıkla karşılaşılan durumlar arasındadır. Sağlık kuruluşlarının bombalanması, tedavi gören hastalarla birlikte çok sayıda hekim ve sağlık çalışanın ölmesine, yaralanmasına ya da sakat kalmasına yol açmakta; yaşama ve sağlık hakları ihlal edilmektedir. Bombalara hedef olan sağlık kuruluşlarında başta sağlık işgücü kaybı olmak üzere fiziksel mekân, elektrik-su şebekesi, tıbbi cihaz, teknolojik donanım, laboratuvar, tanı-tedavi ünitelerinin zarar görmesi, ilaç ve tıbbi malzeme kaybı, sağlık hizmeti üretimini yer yer olanaksız hâle getirmektedir. Ortaya çıkan bu kaos ve güvenliksiz çalışma ortamında, her bakımdan sınırlandırılmış koşullarda görev yapan hekimler ve sağlık çalışanları, tıbbi karar alma ve uygulama süreçlerinde mesleki özerklik ve bağımsızlıklarını yaşama geçirmekten yoksun kalmaktadır. Bölgeye ulaşımı gereken tıbbi yardım ekiplerinin (uzman hekimler ve sağlık çalışanları) ve ambulans hizmetlerinin kasıtlı olarak engellenmesi ya da yol güzergâhlarının gördüğü zarar nedeniyle ulaşımın sağlanamaması, yaralıların sağlığa erişim hakkını olduğu kadar teknik donanım gerektiren bir ekip hizmeti olan hekimliğin mesleki özerkliğini de tehdit altına almaktadır. Hekimlerin ve sağlık görevlilerinin kaçırılması, rehin alınması, mesleki bilgi ve becerilerini meslek etiğine aykırı olarak kullanmaya zorlanması, baskılara karşı geldikleri zaman kötü muamele ve işkence uygulanması hem mesleki kimliğin hem de mesleki özerkliğin doğrudan hedef alındığı uygulamalardır. Savaş ve silahlı çatışma dönemleri her aşamasında sağlık hizmetine gereksinimin arttığı ancak tıbbi bakım olanaklarının sınırlı olduğu olağandışı durumlardır. Bu koşullar, hekimleri hizmetlerin sunumunda önceliklendirme yapmaya (traj) zorlamakta, kuralları belirlenmiş ve uygulamaya geçirilmiş de olsa, bu tür bir zorunluluk hekimlerde mesleki etik ikilemlere ve gerilimlere neden olmaktadır.

İçinde yaşadığımız coğrafyada yıllardır sürdürülen ve yakından tanıklık ettiğimiz savaşlar, yukarıda sözü edilen mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığına yönelik tehditleri gözler önüne sermektedir.

Irak savaşı sırasında ABD birlikleri, direnişçilerin elinde olduğu ve Nisan 2004'deki saldırıyla yaralanan siviller konusunda bir propaganda merkezi olarak kullanıldığı gerekçesiyle 7 Kasım 2004'te Felluce Genel Hastanesi'ne girerek hasta ve çalışanları odalarından çıkartıp, yere yatırmış ve ellerini arkadan bağlamışlardır. ABD birlikleri saldırı başlamadan önce kentlinin su kaynaklarını kesmişlerdir. 9 Kasım tarihinde, ABD savaş uçakları kliniğe üç bomba atmış ve ikisi çocuk olmak üzere 35 hasta ve 15 sağlık çalışanının ölümüne neden olmuştur. Merkezin tek ambulansı hedef alınarak vurulmuş, sürücü ve beş hasta ölmüştür. ABD birlikleri cerrah, anestezi uzmanı, dahiliye uzmanı ve pratisyenlerden oluşan hastane ekibinin Felluce'ye girişini engellemiş ve tüm hekim, ambulans, tıbbi gereç ve malzeme gönderme isteklerini reddetmiştir **(Kaynak, 2005)**.

Koalisyon güçleri ile Taliban güçleri arasında yıllardır süren savaşta, Afganistan'ın kuzeyindeki Kunduz kentinde travma merkezi olarak faaliyet gösteren Sınır Tanımayan Doktorlar (Médecins Sans Frontières-MSF) örgütüne ait hastane, 3 Ekim 2015 tarihinde hava saldırısıyla bombalanmıştır. Saldırıda 14'ü MSF çalışanı olmak üzere toplam 42 kişi ölmüş, 19'u MSF çalışanı olmak üzere 65 kişi yaralanmıştır **(MSF, 2016)**. DTB, Ekim 2015'te Moskova'da yapılan 66. Genel Kurulu'nda aldığı bir kararla, Kunduz'da yaşanan hastane bombalama olayının sağlık hizmetlerini tehlikeye atan ağır bir insan hakları ihlali olduğunu vurgulayarak, ilgili tüm devletlere olayın sorumlularının bağımsız kurullar tarafından acilen ortaya çıkarılması çağırısı yapmış ve çatışma ortamlarında görev yapan sağlık çalışanlarının korunması gereğini dile getirmiştir **(WMA, 2015)**.

Suriye'de süren savaş ve silahlı çatışmalar sırasında sivil yerleşim birimlerine yönelik saldırılar yanı sıra hastaneler ve sağlık kuruluşlarının da hedef alındığı bilinmektedir. Ülkenin değişik yerlerinde hastaneler, sağlık kuruluşları ve ambulans merkezlerine yapılan bombalı saldırılar, hastaların ve sağlık çalışanlarının ölümüne ya da yaralanmasına yol açmakta, saldırılarda zarar gören sağlık merkezlerinde hizmetlerin yürütülmesini engellemektedir. Çoğunlukla saldırıların kim tarafından, nereye ve nasıl yapıldığı, sonuçlarının ne olduğu konusunda yapılan çelişkili açıklamalar bilgi kirliliğine yol açmakta, kimi durumlarda olayı açıklığa kavuşturmaya çalışan uluslar arası gözlemcilerin çalışmaları da engellenebilmektedir. Sağlık kuruluşlarına yönelik saldırıların tümü güvenilir kaynaklarca henüz doğrulanamamış olsa da, yalnızca Nisan 2017'de yapılan

saldırılarına ilişkin medyada yer alan aşağıdaki haberler durumun boyutlarını göstermektedir.

*"İdlib'in Maaret el-Numan ilçesinin merkezindeki Ulusal Hastane 2 Nisan'da vuruldu, hastane kullanılamaz hâle gelirken, 10 sivil yaralandı... 4 Nisan'da Han Şeyhun'a yapılan kimyasal saldırıda Rahmet Hastanesi ve sivil savunma merkezi hedef alındı. 100'den fazla kişi yaşamını yitirdi... 17 Nisan'da İdlib'in Şenan köyündeki İhlas Hastanesi hedef alındı. Aynı gün Şam'ın Doğu Guta bölgesinde Erbin hastanesine de hava saldırısı düzenlendi... İdlib'e bağlı Abdin köyündeki yer altı hastanesi 22 Nisan'da bombalandı. Hastanenin hizmet dışı kaldığı saldırıda dört sivil yaşamını yitirdi... 25 Nisan'da İdlib'in kuzeybatısında bulunan Kefer Teharim ilçesindeki bir hastane sabah erken saatlerde hava saldırısına uğradı. Hastanenin önündeki iki ambulans aracı kullanılmaz hâle geldi. Hastane binası ağır hasar görerek, hizmet dışı kaldı... 27 Nisan'da İdlib'te Maaret el-Numan ilçesine bağlı Deyr Şarki beldesinde Üniversite Hastanesi hedef alındı. Bombardımanda hastane tamamen enkaz hâline gelirken, saldırıda en az üç sivil hayatını kaybetti, sekiz sivil yaralandı. Aynı gün Maaret el-Numan'a bağlı Maar Zeyta beldesinde de ambulansların bulunduğu nokta hedef alındı. Bombardımanda dört sağlık görevlisi yaşamını yitirdi... **(TimeTürk, 2017)**.*

Askeri ve sivil çatışmalarda sağlık çalışanları ve kuruluşlarına yönelik saldırılar konusunda aktif tutum alan DTB, savaşın başlangıcından itibaren konuyla ilgili bildirimleri değerlendirmiş ve Suriye'deki saldırıların DTB politikalarına da aykırı olduğunu zaman içinde yaptığı çeşitli açıklamalarla dile getirmiştir. Örneğin, Ekim 2013'te Fortalezza'da yapılan 64. Genel Kurul kararında savaş ortamında Suriye'deki sağlık sorunları ele alınmış; hastalara, sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına yönelik saldırıların DTB'nin Silahlı Çatışma ve Diğer Şiddet Olaylarında Sağlık Çalışanlarının Korunmasına İlişkin Kararına (WMA, 2011) ve Silahlı Çatışma ve Şiddet Olaylarına İlişkin Bangkok Düzenlemesine (WMA, 2012) aykırı olduğu dile getirilmiştir. Bu tür durumlarda çatışmanın her iki tarafının yasal ve ahlaki yükümlülüklerinin olduğu; yaralı ya da hasta olan asker ya da sivillere tıbbi yardımın engellenmemesi, tıbbi bakım konusunda herhangi bir tehdit ya da baskı uygulanmaması ve hekimlerin tarafsızlıklarının korunması gerektiği vurgulanmıştır. DTB, Suriye'de savaşın tüm taraflara çağrıda bulunarak hastalar, sağlık çalışanları ve kuruluşlarının saldırılardan korunması ve tıbbi yardımın ulaştırılması konusunda güvenliğin sağlanmasını istemiştir. Ayrıca bölgedeki devletlere, yerel yönetimlere, BM ve AB gibi uluslar arası kuruluşlara yaptığı çağrıyla Suriye

halkının gereksindiği sağlık hizmetinin güvenliği konusunda duyarlılık ve destek önerisinde bulunmuştur (WMA, 2013).

Sağlık politikalarından kaynaklanan tehditler

Mesleki özerklik ve hekim bağımsızlığının, günümüzde önceki dönemlerden daha fazla baskı altına alındığı, hatta hızla yitirilmekte olduğuna ilişkin söylemler giderek daha sık dile getirilmektedir. 1990'lardan bu yana etkileri görünür hâle gelen modernite ve bilim karşıtlığı, sosyal devlet paradigmasının ve kamusal politikaların çökertilmesi, hekimlik uygulamalarının tıbbi endüstrinin egemenliğine girmesi, çokuluslu şirketlerin çıkarları doğrultusunda planlanan ve sağlıkta dönüşüm adı altında uygulamaya geçirilen neoliberal sağlık politikalarının küresel ölçekte yaygınlaşması mesleki özerkliği ve hekim bağımsızlığını tehdit eden bir iklimi yaratmıştır. Söz konusu iklim, tıbbi uygulamalarda hekimin hangi ilacı yazacağından günde kaç hasta bakacağına, klinik araştırmada hangi konuyu ele alacağından araştırma sonuçlarını nasıl açıklayacağına ya da açıklayıp açıklayamayacağına kadar geniş bir yelpazede kendini göstermektedir. Neoliberal sağlık politikalarının geçerli olduğu ülkelerde hekimler, önem ve öncelik sırası değişmekle birlikte benzer çalışma koşullarında mesleki uygulamalarını sürdürmektedirler. Örneğin, Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu tarafından 2011 yılında yapılan "Hekim Bağımsızlığı" adlı çalışmada mesleki bağımsızlığı sınırlandıran etkenler şöyle sıralanmıştır:

- Performansa dayalı prim ödemesi,
- Siyasi ve idari baskılar,
- Kısırlanmış hasta istekleri,
- Reçete kısıtlaması: Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) uygulamalarına bağlı ve bransa yönelik,
- SUT ve BUT'ta yer alan SGK ödeme paketleri nedeniyle tanı için gerekli tetkik ve uygun tedaviyi yaptıramama,
- Konulan her bir tanının ve uygulanan her tedavinin belli bir tanı kodu listesine uygun hâle getirilmesi zorunluluğu,
- Giderek artan sağlık çalışanına yönelik şiddet,
- Hatalı/kötü/yanlış tıbbi uygulamalardaki ceza sorumluluğu,
- Özel sektörde çalışan hekimlerde iş güvencesi sorunu,
- Özel sektör çalışanı hekimlerde ciro baskısı,
- Özel sektörde birçok hastanede iyileştirilmiş otelcilik hizmetlerine karşın standart altı tıbbi ortam,

- Hekimin sosyal/ekonomik yaşam standardı ve statüsüne yönelik kaygısı,
- Hekim-tıbbi teknoloji sektörü/pazarlayanları ilişkisi,
- Hekim-ilaç sektörü ilişkisi (Yetener ve ark., 2011).

Türkiye'deki özelleştirme süreci, uygulamaya geçirilen Kamu-Özel Ortaklığı ve Şehir Hastaneleri projeleriyle sağlık ve hekimlik gündemindeki yerini korumakta, yukarıda dile getirilen mesleki özerkliği sınırlandırıcı etkenlerin katmerlenmesine yol açmaktadır. Hekimin, bu kuşatılmışlık ortamında mesleki uygulamalarını etik ilkelere uygun olarak yürütebilmesi ve mesleki özerkliğini koruyabilmesi önemli ölçüde sınırlandırılmakta, hatta neredeyse olanaksız hâle getirilmektedir. İşsizlik kaygısı, düşük ücretler, fazla mesai ya da birden fazla işyerinde çalışma zorunluluğu, emek sömürsü ve emeğin değersizleştirilmesi, hızla artan bilimsel ve teknolojik gelişmeleri izleme ve klinik uygulama süreçlerine yansıtma kaygısı mesleki özerklik üzerinde birer baskılayıcı öğeye dönüşmekte, bu baskı özgür klinik karar alma ve uygulama süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Söz konusu sorunların çözülmesi için başvuru adresi ise hekim örgütleridir. Ancak pek çok ülkede siyasal iktidarlar, meslek örgütlerini sağlık ortamının düzenlenmesine ilişkin karar alma mekanizmalarından giderek daha fazla dışlamakta, meslek örgütlerine ilişkin yasal düzenlemelerde değişiklik yaparak onları işlevsizleştirme ve güçsüzleştirme girişimlerinde bulunmakta, yer yer kendilerine yandaş örgütlenmeler oluşturarak ya da sık denetlemeler ve hedef göstermeler yoluyla hekimler ve meslek örgütleri arasındaki bağı zayıflatmaya çalışmaktadırlar.

Sistemden ve sağlık politikalarından kaynaklanan mesleki özerkliğe ve meslek örgütlerine yönelik tehditler, Avrupa ve Afrika'dan iki örnekle gösterilebilir.

Polonya'da 1 Ocak 2012 tarihinde, genel sağlık sigortası kapsamındaki hastalar için hekimler tarafından düzenlenecek reçetelere ilişkin bir dizi kural ve mali sorumluluk getiren yasal düzenleme yürürlüğe konulmuş; hastaların sosyal sigorta primleri, ek sigortaları gibi sigortacılık işlemlerine ilişkin bilgilerinin hekimlerce kontrol etmesine yönelik bir uygulama başlatılmıştır. Uygulama gereği hekimlerin, Polonya Ulusal Sağlık Fonunun belirlediği ve sık sık değiştirdiği geri ödeme kurallarına göre bedeli karşılanan ilaç, tıbbi ürün ve cihazları, ödeme oranlarını reçetede göstermeleri gerekmektedir. Olası hatalardan hekimlerin sorumlu tutulacağı, kurallara aykırı ödemelerin hekimden tazmin edileceği, hekimlerin

sigortalı hastalara bakmalarına olanak sağlayan sözleşmelerinin feshine yönelik yaptırımların işle-tileceği dile getirilmiştir. Polonya Hekimleri ve Dış Hekimleri Odası Yüksek Tıp Konseyi Başkanı, ulusal hekim birliklerine bir mektup yazarak ilgili yasal düzenlemeyi bildirmiş, Polonya hükümetinin meslek üzerinde baskı oluşturmaya ve her tür olumsuz sonuçtan meslek mensuplarını sorumlu tutmaya yönelik çaba harcadığını dile getirerek diğer ülkelerdeki meslektaşlarından yasaya karşı girişimleri konusunda destek ve dayanışma istemiştir (**Aksu Tanık, 2012**).

Batı Afrika Ekonomik ve Finansal Birliği (UNEMOA), sekiz Batı Afrika ülkesi (Burkina Faso, Fildişi Sahili, Mali, Togo, Senegal, Benin, Nijer, Gine Bissau) tarafından oluşturulmuş, ortak para birimi kullanan bir birliktir. Bu yapı, birliğe üye ülkelerdeki hekimlerin serbest dolaşımı ve yerleşimi konusunda taraf konumundadır. Ortak bir kolejlere olan üye ülkelerdeki hekim kuruluşları, ülkelerin sağlık bakanlıkları tarafından sıklıkla denetlenmektedir. Söz konusu sık denetimlerin halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve gereksinimlere göre bölgesel olarak planlanmış hizmetlerin yürütülmesini sınırlandırdığı, hekimlerin yönetsel ve mesleki özerkliğini azalttığı yönündeki bildirimler üzerine DTB, konuyu gündemine almıştır. DTB'nin Nisan 2012'de Prag'da yapılan 191. Konsey toplantısında alınan karar doğrultusunda Birliğe, Mesleki Özerklik ve Öz-düzenleme ile İlgili Madrid Bildirgesi ilkelerinin UNEMOA üyesi ülkelerde güvence altına alınması önerisinde bulunmuştur (**WMA, 2012**).

Sonuç

Tarihin başlangıcından beri varlığını sürdüren bir mesleğin üyeleri olarak hekimlerin çoğunluğu günümüzde mesleki uygulamalara ilişkin isteksizlik, yetersiz iş doyum ve tükenmişlik sendromu yaşamaktadır. Bunun temel nedenleri olumsuz çalışma koşulları yanı sıra mesleki kimliğe ve mesleki özerkliğe yönelik baskılar olsa gerektir. Bu bağlamda çalışma koşullarının iyileştirilmesi, insancıl bir sağlık ortamının yaratılması, mesleki özerkliğin ve özlük haklarının korunması için hekim meslek örgütlerinin yürüttüğü mücadele; hekimler, toplum ve meslek örgütleri açısından belirleyici önem taşımaktadır. Unutulmamalıdır ki, hekimlik yalnızca tıbbi bilgi ve beceri birikimi değil, aynı zamanda kökleri eski çağlara uzanan bir mesleki değerler bütünüdür. Bir başka deyişle; hekimlik bir zanaattır aynı zamanda, hekimler de birer zanaatkâr. Richard Sennett'e göre; zanaatkâr için temel içgüdü, bir işi başka bir amaçla değil yalnızca o iş için yapmaktır ve bu kaçınılmaz olarak zanaatkârı

"kendi imalatçısı olan insan" hâline getirmektedir (**Sennett, 2009**). Kısacası hekimler, mesleki dayanışma içinde varoluş ve varkalış mücadelesini yüzyıllardır olduğu gibi bugün de sürdürmektedirler; hem kendilerini hem sağlık hizmetini birlikte üreterek.

Kaynaklar

- Aksu Tanık, F.** (2012) *Hekimlik Mesleğinin Bağımsızlığı ve Meslek Örgütünün Özerkliği, Dünya Tabipler Birliği Hekimlerle Buluşuyor*, TTB Yayınları:13-17.
- Arda, B.** (2004) *Etik Kurul-Kurallar ve Hasta Onamı: Hipokrat Yemininden Helsinki Deklarasyonuna. İçinde (Ed.N.Sarıfakıoğlu), Tıpta Araştırma Tipleri, Etik Kurallar ve Eser Oluşturma İlkeleri Sempozyum Kitabı*, Ankara, Baskı Matbaacılık.
- Başlangıç C** (2012) *Canı Pahasına İşkenceyi Kanıtladı. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2019. <http://www.milliyet.com.tr/cani-pahasina-iskenceyi-kanitladi-gundem-1638245/>*
- Civaner, M.** (2006) *Ölüm Fabrikaları; Japon Hekimlerin İnsan Deneyleri ve ABD'nin Suç Ortaklığı. İçinde (Eds.N.Sarı, A.D. Erdemir), VIII. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiriler Kitabı, İstanbul: Türk Tıp Tarih Kurumu Yayını.*
- Diken** (2014) *Diken web sayfası. Erişim Tarihi: 3 Şubat 2019 <http://www.diken.com.tr/tarihin-en-acimasiz-insan-deneyleri/>*
- Haber 7** (2005) *Haber 7web sayfası. Erişim Tarihi: 3 Şubat 2019 <http://www.haber7.com/teknoloji/haber/86479-abdnin-insanlik-disi-deneyleri>*
- Hashimoto N** (2006) *Professional Autonomy, JMAJ, 49(3):125-127.*
- Kaynak, C.** (2005) *Irak Saldırısı ve Sağlık Sistemi. İçinde (Ed. F. Saçaklıoğlu ve ark). Irak'ta Savaş ve Sağlık, Ankara: TTB Yayınları.*
- Miller, J.** (1993) *Reflection on Research Involving Children. Canada: National Council on Bioethics in Human Research Publications.*
- MSF** (2016) *MSF web sayfası. Erişim Tarihi: 10 Şubat 2019 <http://sinirtanimayandoktorlar.org/guncel/kunduz-hastane-saldirisi-abdnin-askeri-arastirma-raporu-sonuclarina-dair/>*
- Namal, A.** (1997) *Etikten soyutlanmış bilim insanlığa hizmet edemez. Nurnberg Mahkemelerinin 50.Yılında Tıpta ve Biyoteknolojide Etik Kodlar Birinci Dünya Konferansı (Ekim 1997- Freiburg/Almanya) İzlenimlerden Özetler: 7.*
- Oğuz, Y.N. ve ark.** (2005) *Biyoetik Terimleri Sözlüğü (1.Basım). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.*
- Sayek, F.** (1998) *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler (1. Baskı). Ankara: TTB Yayını.*
- Sennett, R.** (2009) *Zanaatkâr (Çev: M. Pekdemir). İstanbul: Ayrintı Yayınları.*
- Time Türk** (2017) *Time Türk web sayfası. Erişim Tarihi 2 Şubat 2019, <https://www.timeturk.com/grafikli-suriye-de-hastaneler-hedefte/haber-605639>*
- TTB** (2012) *Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlıkla İlgili Seul Bildirgesi. Dünya Tabipler Birliği Hekimlerle Buluşuyor, Ankara: TTB Yayınları.*
- WMA** (2011) *WMA Resolution on Bahrain. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2019 <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-bahrain/>*
- WMA** (2012) *WMA Council Resolution on the Autonomy of Professional Orders in West Africa. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2019 <https://www.wma.net/policies-post/wma-council-resolution-on-the-autonomy-of-professional-orders-in-west-africa/>*
- WMA** (2013) *WMA Resolution on the Healthcare Situation in Syria. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2019 <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-healthcare-situation-in-syria/>*
- WMA** (2015) *WMA Resolution About the Bombing on the Hospital of MSF in Kunduz. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2019 <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-about-the-bombing-on-the-hospital-of-msf-in-kunduz/>*
- Yetener, M. ve ark.** (2011) *Hekim Bağımsızlığı. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları.*