

SAĞLIKTA TOPLUM SÖZLEŞMESİ TEMELLERİNİ KAYBEDİYOR

M. Murat CİVANER*

Öz: Bu yazıda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile son yirmi yıldır uygulanmakta olan sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi politikalarının neden olduğu değersel etkiler ele alınmaktadır. Bu çerçevede öncelikle söz konusu politikaların kısa bir tarihçesine yer verilmekte, sonrasında ticarileşme politikalarının hizmet alanlar, hizmet sunanlar ve tıp mesleği üzerindeki değersel etkilerinden söz edilmektedir. Yazının son bölümünde ise ticarileştirme politikalarının olumsuz etkilerine karşı çıkmanın yanı sıra, başka bir tıp anlayışını bugünden kurgulayarak yaşama geçirme gerekliliği vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi, tıp etiği, mesleki değerler, hasta hakları

Societal Contract in Health is Losings Its Foundations

Abstract: In this article, the effects on moral values of the Health Transformation Program and the commercialization policies of health services that have been implemented for the last two decades are discussed. In this framework, first of all, a brief history of these policies is given, and then the moral value effects of commercialization policies on healthcare service users, service providers and the medical profession are mentioned. In the last part of the article, besides opposing the detrimental effects of commercialization policies, the necessity of putting another medical understanding into practice by constructing it today is emphasized.

Key words: Commercialization of healthcare services, medical ethics, professional values, patient rights

Günümüzde sağlık alanında büyük bir değersel dönüşüm yaşanmakta, gerek sağlıkla ilgili haklar gerekse de meslek ahlakı değerleri ekonomik değerlerle ikame edilmektedir. Bu dönüşümü -bildiklerimiz bildik kavramlarla tekrarlamak pahasına- 1970'lerden başlayarak okumak daha bütünlüklü bir değerlendirme yapmayı sağlayabilir. Ayrıca, bu sürecin içine doğmuş ve sonrasında ideolojik aygıtların egemen kıldığı belli bir söylemle çevrelenmiş kuşaklar için kısa bir tarihçe ile başlamanın yararı olabilir.

1.Paradigma Değişimi

Kapitalizmin doğasındaki akla ve insana karşı üretim biçimi nedeniyle yirminci yüzyılın son çeyreğinde oluşan dünya çapındaki ekonomik krizi, "küreselleşme" adıyla pazarlanan yeni bir politikalar serisinin yine dünya çapında uygulanması izledi. Merkez kapitalist ülkelerin egemenliğindeki finans kurumlarınca uygulatılan bu politikalar, "küreselleşen köyümüzde" temel olarak sermayenin krizi aşmak için perifer kapitalist devletlerin korumacı düzenlemelerini ortadan kaldırarak yeni bir sömürü aracı geliştirmeyi ve emekçilerin elde ettiği sosyal hakların geri alınmasını hedefliyordu. Bildik liberal anlayışın daha saldırgan biçimini içermesi anlamında 'yeni' olan bu politikalar, 80'lerde pek çok

ülkede -hatta Türkiye gibi bazı ülkelerde askeri darbe ile- uygulamaya sokuldu. Burjuva devrimleriyle büyüyen olgunlaşan, bu anlamda tarihin belli bir ilerleme dönemine karşılık gelen ve adına 'devlet' denilen aparat, her ne kadar İkinci Dünya Savaşı sonrası emekçilerin kazanımlarıyla sağlık, eğitim, enerji, iletişim, ulaşım gibi temel gereksinimleri karşılama ödevini üstlense de, "yeni" liberal politikalarla bu 'yük'lerinden silkinerek özüne, "sermayenin bekçisi" rolüne geri dönmeye başladı. Bu süreçte 'verimlilik', 'kârlılık', 'rekabet', 'performans', 'kalite' gibi iş dünyası ölçütlerinin tüm işlevlerine uygulanması ve özelleştirme politikaları ile devlet "sosyal" sıfatını yitirdi, devlete ödev yükleyen ikinci kuşak / pozitif insan hakları önemli ölçüde yerle bir oldu, devletin ceberrut gücünün kötüye kullanımından vatandaşları korumayı amaçlayan birinci kuşak / negatif insan hakları ise kayıtsızca ihlal edilmeye başlandı.

Sözü edilen politikaların sağlık alanına yansımaları ise, kamu harcamalarının sağlık hizmetleri için de kısılması, devletin hizmet sunumundan hizmet "denetleyicisi" (olduğu ileri sürülen) bir konuma geri çekilmesi biçiminde görüldü. Türkiye'de 1982 Anayasası ile vücut bulan bu anlayış "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak,

*Prof.Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD (ORCID No:0000-0001-5376-3499)

Geliş Tarihi / Received : 26.03.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 28.03.2023

işbirliğini gerçekleştirmek 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. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” biçiminde ifade edildi. Yaklaşık 20 yıl boyunca çeşitli denemelerle uygulanmaya çalışılsa da, tam anlamıyla 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yaşama geçirilen bu anlayış, kaynakların daha verimli kullanılacağı, rekabetin niteliği artıracağı ve böylelikle sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir kılınacağı iddiasına dayandırılıyordu. Bu çerçevede maliyet-etkililik politikaları ile “geri dönüşü” olmayan (=kârlı olmayan) hizmetlerin devletçe karşılanmasına son verildi. Hastaların Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile karşılanan temel bir paketin dışında kalan tıbbi işlemleri -ödeyebilirlerse- cepten ödemeleleri, sağlık çalışanlarının da tıbbi işlemlerin sayısına göre gelir elde etmeleri öngörüldü. Diğer yandan, hizmetler ve hatta kurumlar özelleştirildi, kaynaklar teşviklerle, hizmet alımlarıyla, geri ödeme sistemine dahil edilmeleriyle doğrudan ve dolaylı olarak Anayasa’da da açıkça yer verilen özel sektöre aktıldı. Bir Dünya Bankası projesi olan Sağlıkta Dönüşüm sağlık çalışanlarını bir yandan hizmet satışının aracısına dönüştürürken öte yandan hizmet kaynaklı zararları otomatik olarak çalışanların üzerine yıkan bir anlayışla zorunlu malpraktis sigortasını yürürlüğe koydu. Hizmeti alanlar ise birer tüketici olarak konumlandırıldı ve hasta hakları birer tüketici hakkına dönüştürüldü. İnsanların alacağı hizmeti gereksinimleri değil ödeme güçleri belirledi, piyasa anlayışıyla ödeme gücü olanlara seçme hakkı tanındı, hizmetin niteliği tıbbi ölçütlerden çok “müşteri” memnuniyetiyle ölçülmeye başlandı. Kuramsal olarak insanların kendi yaşam ve sağlıkları hakkındaki kararlara katılım haklarını yaşama geçirmeyi hedefleyen aydınlatılmış onam bu sistemde bir tür satış sözleşmesine dönüştü. Böylesi bir alım-satım ilişkisinin doğasına uygun olarak, satın aldığı hizmetten zarar gördüğünü düşünen ya da daha genel ifadeyle memnun kalmayan tüketicinin şikayetini iletceği yer ise Yargıtay’ın 2014/30305 sayılı kararıyla “Tüketici Mahkemesi” olarak tanımlandı. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının yaklaşık 20 yıllık süreci ana hatlarıyla bu biçimde özetlenebilir.

2. “Yeni” Politikaların Sağlık Alanına Etkileri

Sağlık hizmetlerini ticaretin nesnesi haline getiren politikaların hizmeti alanlar, sunanlar ve meslek üzerinde çeşitli boyut ve derinlikte etkileri oldu. Toplum / hizmet alanlar açısından söz konusu etkileri kavramak için öncelikle günümüz insanının;

- a. “Modernizmin/aydınlanma düşüncesinin çöktüğü” söyleminin doğa yasası gibi kabul ettirildiği,
- b. Yerine büyük bir anlatı koymayıp bireylerin atomize edildiği “hakikat-ötesi” çağda,
- c. İrrasyonelite ve gericilik yükselirken, hatta bir tür ‘Tersine-Rönesans’ yaşanırken,
- d. Liberalizmin egemenliğiyle artık nimetlerde ve külfetlerde ortak olunmayan,
- e. Bireyselleşmenin övüldüğü, keyfiyetin toplumsal alana taşıdığı,
- f. Özgecilik, dayanışma gibi değerlerin liberal normlarla ikame edildiği,
- g. Toplumun tüketicilerin toplamından oluştuğu varsayılan,
- h. Başka türlü bir dünyanın mümkün olduğu hülyasından ve tarihinden uzaklaşmış,
- ı. Tüketim kültürüne alıştırılmış bireylerin satın aldıkları ölçüde diğerlerinden farklı hissettikleri, bireyin toplum içindeki varoluş halinin buradan tarif edildiği ve eşitsizliklerin kaçınılmaz görüldüğü,
- j. Sahip olmak için bireysel bedel ödemiş olmanın acısı ve hazzı ile toplumsal borçluluk hissiyatının silindiği, bir dünyada yaşamakta olduğunu saptamak gerekir (Civaner, 2022). Böylesi bir dünyada/toplumda yaşayan insan, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ile gereksinime göre hizmete erişim hakkını yitirdi, hastane başvurularının artmasına karşın benzer programların uygulandığı ülkelerde de deneyimlendiği üzere uygun nitelikteki hizmete erişim olanağı azaldı. Ödeme gücünün erişim için temel ölçüt olması sınıflar ve bölgeler arası eşitsizlikleri daha da artırdı. Aynı hizmet için vergilerin dışında GSS ile ikinci bir zorunlu prim alınması, GSS ile geri ödenecek hizmetlerin ne olduğunu ve geri ödeme miktarını belirleyen SUT’un maliyet-etkili olduğu düşünülen belli hizmetlerle sınırlı tutulması ve yıllarca güncellenmemesi yeni adaletsizlikler yarattı.

Gereksinilen hizmete erişememenin yanı sıra, bu yeni pazarda ‘tüketici’ biçiminde konumlandırılan bireyin sağlığa, sağlık hizmetlerine ve tıbbı bakışı da değişti. Sağlık hizmetlerine tüketici aklıyla bakan birey;

- sağlığın bireysel seçimlerle belirlendiği, dolayısıyla ‘doğru’ kişisel yaşam biçimiyle sağlıklı olabileceği,
- türlü medyadan edinebildiği yahut kendisine ulaşan bilgi ve reklamlara eleştirel yaklaşabileceği / okuryazarlıkla sağlık okuryazarlığının aynı şey olduğu,

- satın alabileceği her sağlık hizmetinin kendisine sunulması gerektiği,
 - satın alabileceği en pahalı hizmetin genellikle en iyi hizmet olduğu / kamu sağlık hizmetlerinin niteliğinin özel sektörden genellikle daha kötü olduğu,
 - hastalıktan korunma yöntemlerini, aşıları, ilaçları, tıbbi girişimleri kendi beğenisine uymadığı gerekçesiyle reddebileceği, bu durumda televizyon alırken başka satıcılardan başka teklif ve fiyat alması gibi başka sağlık hizmetine yönelebileceği,özetle;
- I. sağlık sorununun ne olduğuna karar verebileceği,
 - II. gereksinimi olan hizmetin ne olduğu,
 - III. bu hizmetin kimin tarafından, nerede ve nasıl sunulacağını türlü medya ve deneyimli tanıdıklarından alacağı bilgilerle seçim yapabileceği bir alan olduğu,

sanısına sahip oldu. Bu noktada, bireyin sağlık hizmetleri alanında sıradan tüketici aklına teslim edilmesi ile sağlık çalışanlarına yönelen şiddetteki artış, alternatif tıp uygulamalarına yöneliş, aşı kararsızlığı ve reddi, komplo teorilerine yatkınlığın artışı gibi olgular arasında bağlantı olabileceği kuvvetli bir olasılık olarak akla gelmektedir (Elbette bu sorunların gelişiminde tıp kurumunda özelleştirme ile artan yozlaşmanın yarattığı güven kaybının da etkili olduğu vurgulanmalıdır).

Hizmet alanlar açısından önemli bir dönüşüm de kişilik hakkının sağlık hizmetleri alanına temel yansımalarında yaşandı. Hastanın tanısı ile önerilen tıbbi girişimin niteliğini diğer seçeneklerle birlikte anlaması, kendi dünyasında değerlendirmesi ve hekimiyle birlikte karar vermesi süreci anlamındaki "aydınlatma", performans sisteminin de etkisiyle temel olarak matbu bir formun imzalatılmasından ibaret kaldı. Aydınlatılmış onam'ın bir tür sözleşme, hatta bir tür feragatname biçiminde uygulanması, onu kişilik hakkının yaşama geçiren bir pratikten çok tüketicinin haklarını devrettiği bürokratik bir formaliteye dönüştürmüştü. Kişiye ait sağlık verileri ise kamu ve özel sağlık hizmeti sunan kurumların mülküne ve pazarın nesnesine dönüştü, kişinin bütünüyle ve sadece kendisine ait bilgiler üzerindeki denetimi ortadan kaldırıldı.

Sağlık hizmetlerini piyasanın nesnesi haline getiren politikalar hizmeti sunanları ve mesleği de önemli derecede etkiledi, doğasını değiştirdi. İşletmeleştirilen kamu kurumlarının yöneticileri özel şirketlerle rekabet etmek durumunda kaldılar; dolayısıyla da işletmenin ayakta kalabilmesi için kârlılık hasta

yararının önüne geçti. Kârlılığı sağlayacak olan tedavi edici hizmetler olduğundan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri önemsizleşti, kelimenin anlamıyla değersizleşti. Bu anlamda mesleğin tarihsel olarak ilk formuna geri dönmekte olduğunu, hekimlik uğraş alanının hastayı tedavi etmek olan tekil bir pratiğe, hekimin de dolayısıyla hastalanınca başvurulmuş meslek erbabına dönüştüğünü saptamak mümkündür. Aşırı-uzmanlaşma ve tüm teknolojik gelişmelerin de etkisiyle hekim kendi uzmanlık alanının sınırları içinde kalan organ ve hastalıklarla sınırlanmıştır. Bu süreç, hastaya bütüncül yaklaşımı savunan Hippokrates'in Kos Okulu karşısında hastalıklar ve semptomlara odaklanan Knidos Okulu'nun tarihsel geri dönüşü biçiminde adlandırılabilir.

Maliyet-etkililik, rekabet, performans, verimlilik, kârlılık gibi iş dünyası kavramlarının tıbbi yerleştirilmesiyle birlikte hekimler, bir işletmenin sözleşmeli çalışanı gibi çalışmaya zorlandılar. Kendilerinden öncelikle kârlılığı gözetmeleri beklendi, yaptıkları işin niteliği gereksinime karşılık gelip gelmediği ile değil kârlılık ve müşteri memnuniyeti ile değerlendirilmeye başlandı. Performansa dayalı ödeme sistemi ile kazançları sundukları hizmetin sayısına bağlandı. Sağlıkla ilgili hakları ve mesleki değerleri korumak ekonomik değerlerin öncelenmesiyle güçleşti, mesleği hakkıyla yapabilmek kimi zaman uğruna bedel ödemeyi de içeren özel bir tavır gerektirir oldu. Öyle ki, hastasına gerektiği kadar zaman ayırmak, daha genel ifadeyle 'iyi hekimlik' yapmak isteyen hekimin performans sistemi nedeniyle üç dakikada bir randevu verilmesine karşı çıkması, bunu yaparken de gelir kaybından öte idari soruşturmaya uğrama, şiddet görme ve dava edilme risklerini göze alması gerekti.

'Yeni' sistemde sağlık çalışanı hizmet kaynaklı zararlardan doğrudan sorumlu tutuldu ve "zorunlu mali sorumluluk sigortası" yaptırma koşulu getirildi.

"En gelişmiş, en zengin, en mükemmel olan, insan kaynakları sayıca ve nitelik olarak en ileri ülkelerinde bile sağlık hizmeti verilirken eksikler yanlışlar ve hatalar olabiliyor. Bunun da bir prosedürü var. Tazminatı var. Cezai durumlar oluşabiliyor. Türkiye'de de böyle olacaktır. Yanlış yapan, eksik yapan varsa bedelini ödeyecektir. Elbette sıfır tolerans ya da sıfır hatayla çalışmaya gayret edeceksiniz. Sistemi böyle çözeceksiniz. Türkiye bu konuda çok büyük mesafeler aldı. Ama yanlış yapan, eksik yapan varsa bedelini ödeyecektir. Burada önemli olan sağlık çalışanlarının sigortalanmasıdır. Mesleki sigortalanma önemli. Bunu da tam gün yasasının içine koymaya çalışacağız." (Cumhuriyet, 2009).

Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından yukarıdaki ifadelerle dile getirilen ve bireye-odaklı yaklaşımın neredeyse kitabi tanımı olan bu anlayış hataları ve zararları azaltmadığı gibi, tazminat kaygısı ile hekimlerin pozitif ve negatif korunmacı tıbbıya yönelmelerine, bunun sonucunda da hastaların daha fazla zarar görmesine ve harcamaların gereksiz artışına yol açtı. Korunmacı tıbbın gereksiz tetkik isteme ve riskli görülen hastayı üstlenmemenin yanı sıra, uygulamada bir başka etkisi de dava edilme riskinin yüksek görüldüğü Beyin Cerrahisi, Kadın Hastalıkları Doğum, Ortopedi gibi dallarda uzmanlık eğitimi almak isteyenlerin önemli derecede azalması oldu. Türkiye çapında 2.194 hekimin katılımıyla yapılan bir araştırmada hekimlerin ifadeleri bu sorunu vurgulamaları açısından çarpıcıdır (**Civaner ve ark., 2011**):

- "Tazminatlar sunulan sağlık hizmetini olumsuz etkiler. Çünkü hekimlerin dava açılmasını engellemek için korunmacı tıp uygulayarak gereksiz tanı yöntemleri uygulama ve riskli hastalara hizmet sunmama olasılıkları artar."
- "Düşünün; cerrah total tiroidektomi yaparken, diyelim ki hastanın anaplastik karsinomu var, tümör sinire invaze. 'Aman sinire zarar gelmesin, hastanın sesi kısılmasın, yoksa tazminat öderim' diye geride tümör dokusu bırakmakta, bu durum hastanın sağlığını ve ameliyat verimini etkilemektedir."
- "Hekimlerin malpraktis yüzünden işlerini doğru yapmaları olumsuz etkilenmekte ve hasta için yapılması gereken işlem ve tedaviler malpraktis uygulamaları yüzünden sektöre uğramakta, hekimler uygulamalarında çekinceler yüzünden ürkek kalmaktadır."
- "Hekimleri ağır cezalarla korkutmakla bir yere varılmaz. Bu sadece hastaların daha fazla eziyet çekmesine, yetenekli ve bilgili birçok hekimin pasifize olmasına neden olur."
- "Kendi adıma bulduğum çözüm çok gerekli olmadı taktirde hastaya bulaşmıyorum ve en ufak bir risk gördüğümde hastayı başka bir yere refere ediyorum. Ha bunları tedavi edemem mi, ederim ama aldığım para, girdiğim risk, olası tazminat!!! beni bu işten soğuttu. Peki kim kaybediyor..."
- "Bir günde 100'den fazla hastaya teşhis ve tedavi yapan hekim hata yapmazsa incelenmelidir!"

Hekimlerin politikalar ve politikacılarca hizmetlerdeki yapısal sorunların sorumlusu olarak gösteril-

mesi, kamuoyu nezdinde yaşatılan bilinçli itibarsızlaştırma ile de birleşince mesleğe ve hastalara dair tutumları da dönüşüme uğradı. Eğitildikleri ve alışkın oldukları koşullardan farklı bir durumda, daha güvencesiz ve hatta giderek artan şiddet karşısında tehdit altında hisseden hekimler birikimlerini, işlerini, saygınlıklarını, en başta da can güvenliklerini koruma refleksi geliştirdiler. Uğradıkları adaletsizliğin yarattığı korunmacı tepkiyi yanlış adrese / hastalara yansıtarak «*Madem hasta hakları var, o zaman bizim de hekim haklarımız var!*» diyerek «*Biz de hasta seçebilmeliyiz!*», «*Onlar da bize nazik, gülyüzlü, saygılı yaklaşmalı!*», «*Biz de onları şikayet edebilmeliyiz!*» gibi mesleki değerlerle örtüşmeyen ancak anlaşılabilir taleplerde bulunmaya başladılar. Bu tepkiler ticarileşme politikalarının hizmet sunanlarla hizmet alanların birbiriyle çatışmalarına neden olmasının çarpıcı bir örneğidir. Söz konusu korunmacı tepki, hekimlerin ve özellikle de hekim adaylarının yurtdışına gitme isteklerindeki büyük artış biçiminde de kendisini gösterdi. Türkiye'deki tıp fakültelerinden 2022 yılında mezun olan hekim sayısı 12.839 iken; Türk Tabipleri Birliği 2022 yılında yurt dışına gitmek için "İyi Hal Belgesi" alanların sayısının 2.685 olduğunu, bu sayının bir yıl öncesine göre iki kat, 10 yıl öncesine göre ise 40 kat daha fazla olduğunu açıkladı (**TTB, 2022; Cumhuriyet, 2023**).

3. Özetle

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bütünsel olarak ticarileştirilmesi 20 yıllık bir süreci kapsıyor. Süreç içinde pazarın talepleri karşısında mesleki değerler pazarın değerleri ile ikame edilmeye zorlandı, hasta yararını önlemek ve mesleki bağımsızlığı korumak güçleşti. Hekimler hizmet sundukları topluma ve mesleğe yabancılaşmaya başladı, toplumsal bir kurum olarak tıp geleneksel erdemlerini koruyamaz hale geldi, köklerinden uzaklaştı. Hizmet alanlar ise birer tüketiciye dönüştürüldü, sağlık-hastalık algıları bozuldu, kışkırtılan taleplerle tepkilerini parmakla işaret edilen sağlık çalışanlarına yöneltmeye başladılar. Her zaman her koşulda yardım etme, özgecilik, daima hastayı önceleme gibi mesleği var eden / varlığını ve toplumsal konumunu haklı çıkaran erdemler yerini ekonomik değerlere bıraktıkça hizmet alanların tıp kurumuna ve onun temsilcilerine güveni azalmaya başladı. Mesleğin temelini oluşturan 'güven'in yıpranması hasta-hekim / toplum-tıp kurumu arasındaki toplum sözleşmesinin çözülmesine yol açtı. Hizmet sunanlar tarafında hizmet sunma yükümlüğünün temelini, hizmet alanlar tarafında ise mesleğe, temsilcilerine ve bilimsel bilgiye saygıyı sarsan bu gelişme, gereken sağlık hizmetlerine erişim hakkı açısından son derece kaygı vericidir.

4. Ne Yapmalı, Nasıl Yapmalı?

Sağlık politikalarındaki paradigma değişiminin hizmet alanları, sunanları ve mesleği son derecede olumsuz etkileyeceğini yıllardır dile getirilen yorumlar, kimi çevrelerce abartılı, yanlı, "ideolojik" bulunmuş olsa da geline aşamada ticarileşmenin etkileri herkesçe yaşanan bir gerçekliğe dönüştü. Deyim yerindeyse "anlatılan bizim hikayemiz" olduğundan, günümüz itibarıyla sağlıkta ticarileştirmenin olumlu olduğu savunusu artık sadece Dünya Bankası'nın maaşlı çalışanlarınca dile getirilebiliyor. Yazının bir amacı bu gerçekliğin yarattığı değersel dönüşümü bütünlüklü ifade etmektir. Bir diğer amacı ise, hep birlikte ortaklaşılan bu sorun kümesi karşısında "ne yapmalı" ve nasıl yapmalı" sorularının tartışılmasına katkı sunmak. Uygulamakta olan politikaların ahlaki değil ekonomik değerlere yaslandığı ve insanı önlemediği açık; öyleyse yapılması gereken de bu politikalarından uzaklaşmak, herkesin gereksindiği sağlık hizmetine erişimini sağlamak için neyi nasıl yapmak gerektiğini sorgulamak olmalı. Başka deyişle, sadece "Sağlıkta Dönüşüm Geri Dönüşümü!" demek yeterli değil; tepkinin bu noktada kalması tıpkı gericiliğin politik egemenliğinden kurtulmanın tarihsel olarak yeterli olacağı yanılığısına düşmeye benzetilebilir. Oysa bugün pozitif taleplerle vücuda getirilecek hayallerin hep birlikte yaratıcısı olunmalı.

Toplum sözleşmesinin yeniden sağlamaştırılması için tıp kurumunun toplum önüne yeni ve ikircikli olmayan bir deklarasyonla çıkması gerektiği açık. Bunun için Hekimlik Andı'nın ticarileşmeye karşı aşıktan konum alması bir yöntem sağlayabilir. Ancak güvenin yeniden tesisi için daha önemlisi -devrimsel sıçramaların bir evrim sürecinin sonucu olduğunu anımsayarak- And ile verilen sözleri hemen şimdi yaşama geçirmeye başlamak olacaktır. Güven ilişkisi sağlamaştıkça, toplumun yüzünü geleneksel ve alternatif uygulamalara çevirmesinden şiddete, şirketlerin ve medyanın manipülasyonlarına karşı son derece savunmasız olmaktan aşı kararsızlığına pek çok sorunun yakıtı azalacaktır.

Kamucu sağlık politikalarına geçince her şeyin birden düzelmeyeceğini hatırd tutmak da önemli görünüyor. Hayallerimizin, kurgularımızın tüm kuşakları kucaklayabilmesi için örneğin yeni teknolojilerin insandan yana nasıl uygulanabileceğini tartışmak gerekiyor. Tele-tıp, yapay zekâ, yeni tür organ aktarımları, insan-varlığa genetik ve elektronik müdahaleler gibi pek çok yeni teknoloji yeni değersel sorunlara gebe, mesleğin doğasını değiştirmeye aday. Örneğin tıpta yapay zekâ uygulamaları şimdiden büyük çaplı sorgulamalara yol açıyor. Yeni yayımlanan bir araştırma herkesin erişimine açık olan ChatGPT'nin herhangi bir özel "eğitim" verilmeden

ABD'deki uzmanlık sınavını (USMLE) geçebildiğini gösterdi (**Kung ve ark., 2023**). Bu tür sınavların "hekimlik" becerilerini ölçmekten uzak olduğunu dikkate alarak robotların hekimlik yapamayacağını savunmak hâlâ mümkünse de tıpta yapay zekâ uygulamalarının sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için nasıl kullanılması gerektiği artık görmezden gelinemeyecek bir soru. Bu soru şu açıdan da önemli: Sağlıkta ticarileşme tam da robotik / bant üretimi tarzı bir tıbbi dayatıyor, 'hasta yok hastalık var' diyerek hekim değil çok nitelikli bir teknisyen talep ediyor. Duyguları olmayan, empati kuramayan, dokunup hissedemeyen, insani değerleri olmayan bir varlık hekimlik yapamaz ama Mycin ya da ChatGPT gibi örneklerin de gösterdiği gibi bu tür bir teknisyenliği insandan daha iyi yapabilir. Benzer cümleleri diğer teknolojiler için de kurmak mümkün. Dolayısıyla ticarileşmeye karşı argümanlar temel ilkelere bugüne uygulandığı başka bir tıbbi yeniden düşünüp kurgulamak ve savunmak durumunda. Aksi durumda oluşagiden tarihsel senteze müdahil olma şansı azalıyor, ona bir taraftan itiraz ederken diğer taraftan onu yeniden üreten parçalardan biri olmaya devam ediyor.

Dipnotlar

Bir yerde bir 'hak'tan söz ediliyorsa orada asimetrik bir güç ilişkisinden kaynaklanan eşitsizlik vardır ve 'hak' dezavantajlı tarafın pozisyonunu biraz olsun tahkim etmek için tanımlanır; işçi hakları, çocuk hakları, kadın hakları, hayvan hakları, hasta hakları gibi. İnsan hakları da devletle insan ilişkisi içinde, insanın devletle olan eşitsiz ilişkisine dairdir. Dolayısıyla, önceki cümlede insanlara türlü toplumsal güvenceler sağlayan hakların yok edilmesinin bir olumsuzluk olarak dile getirilmesi ve bağlantılı olarak verilen tüm hak mücadeleleri, nihai hedefin hakların geri alınması değil eşitsizliğin ortadan kaldırılması olduğunun gözden kaçmasına neden olmamalı.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin "özgün bir proje" olduğunu ileri sürenler olduysa da, projenin Dünya Bankası'na ait olduğu yoruma yer bırakmayacak netliktedir. Dünya Bankası'nın projeye sadece maddi destek değil teknik kılavuzluk da sağladığı "World Bank" ve "Health Transition Project" sözcükleriyle yapılacak aramalarla kolayca erişilen sayfalarda görülebilir (Örneğin: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/657501468764374311/turkey-health-transition-project>)

"Teknik kılavuzluk" ilk planda akla gelebilecek teknik düzeylerde değil, apaçık hangi politikanın ne zaman, nasıl ve ne amaçla uygulanacağını da içermektedir. Öyle ki, örneğin 16 Ocak 2012 tarihli İlerleme Raporu'nda (Rapor no: ISR5686); "SGK'nın ilaç harcamalarını ve ayaktan sağlık hizmeti harcamalarını azaltmak", "GSS kapsamındaki yüksek maliyetli girişimleri SGK'nın maliyet-etkililik ölçütlerini ve geliştireceği kılavuzları kullanarak azaltmak" ve "Müşteri memnuniyetini artırmak" birer hedef olarak gösterilmektedir.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/326991468759611799/pdf/P1021720ISR0Di016201201326721208303.pdf>

Aynı raporda Dünya Bankası'nın proje "takım lideri" Rekha Menon, Sağlık Bakanlığı'nı işlevsiz kılan 663 sayılı KHK'ya dair "Geçen Kasım'da Kanun Hükmünde Kararname biçiminde yasalaşan anahtar düzenlemeler ile anlamlı bir ilerleme kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nı yeniden yapılandıran düzenleme ile; Bakanlık'ın rolü hizmet sunucu konumundan uzaklaşmış, politika geliştirme, düzenleme, izleme ve değerlendirmeye odaklanan bir sektör görevlisi biçiminde yeniden tanımlanmıştır." ifadelerini kullanmıştır.

Bu iki çarpıcı bilgi dahi projenin Dünya Bankası tarafından, yeni-liberal politikalar çerçevesinde Türkiye ve benzeri ülkelere dayattığı bir özelleştirme projesi olduğunu açıkça göstermektedir.

"6502 sayılı yasanın 3/L maddesine göre vekalet akdinden kaynaklanan uyuşmazlıklarda Tüketici Yasasının uygulanması gerekmekte olup, bu nedenle vekalet ilişkisinden doğan uyuşmazlığın Tüketici Mahkemesinde görülmesi zorunludur" (Yargıtay'ın 2014/30305 sayılı kararı)

Burada bir olumsuzluk olarak sözü edilen aydınlatılmış onam ve tedaviyi ret hakkı değil; sağlık ve hastalık algısı bozulmuş bireyin tüketici aklıyla hareket ederken, manipüle edildiğinin farkında olmadan bilgi sahibi olmadığı bir alanda özgür seçimde bulunabileceğini düşünmesidir.

Her ne kadar, 15 Haziran 2022'de yayımlanan "Sağlık Meslek

Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile sağlık çalışanlarının soruşturulması ve idarenin ödediği tazminatların rücu edilmesi sadece kasti eylemlerle sınırlı tutulduysa da, çalışanların kaygılarının ne derece azaldığı bilinmemektedir. Ancak kesin olan, yeni düzenlemenin hizmet kaynaklı hata ve zararı azaltmaya çalışmak yerine çalışanların haklı tepkilerini yatıştırmayı hedefleyen bir tür yama politikası olduğudur.

Kaynaklar

- Civaner, M.M.** (2011) Yürür. K., Pala, K. Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor? Ankara: TTB
- Civaner, M.M.** (2023) Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi Olgusu Karşısında Zorunlu Bağışıklama Nasıl Savunulmalı? Etik Açısından Bir Değerlendirme, Mikrobiyoloji Bülteni, 57(1):156-170
- Cumhuriyet gazetesi** (2009) Yanlış yapan varsa bedelini ödeyecek. 27 Şubat 2009. Erişim tarihi: 26/3/2023 <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/yanlis-yapan-varsa-bedelini-odeyecek-44882>
- Cumhuriyet gazetesi** (2023) Rekor sayıda doktor yurtdışına gitti. 27 Şubat 2009. Erişim tarihi: 26/3/2023 <https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/rekor-sayida-doktor-yurtdisina-gitti-20-tip-fakultesinin-mezun-sayisini-kaybet-tik-2017866>
- Kung, T.H., Cheatham, M., Medenilla, A., Sillos, C., De Leon, L., Elepaño, C. et al.** (2023) Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models. PLOS Digit Health 2(2): e0000198
- Türk Tabipleri Birliği** (2022) Prof. Dr. Nusret Fişek, "Sağlık Emek Göçü Sorunu" Etkinliği ile Anıldı. Erişim tarihi: 26/3/2023 https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=bec59938-5c27-11ed-8ad5-c0e3314cebb4