DOSYA

HEKİMLERİN TOPLUMSAL VE SINIFSAL KONUMU TARTIŞMALARINA ZORAKİ BİR GİRİZGAH DENEMESİ

*Ata SOYER**

1. GİRİŞ

Hekimliğin "altın çağı" çoktan bitti! Batı' da aristokrasinin ya da burjuvazinin dizinin dibinde, onlara dayanarak yaşanan altın çağ bitti. Hatta, yirminci yüzyılın ortalarında bu altın çağın bitişinin "cenaze namazı" kılındı da... "Güneşin oğul"ları, Batı' da büyük kapitalist şirketlerin denetimine geçen sağlık pazarının, başka bir deyişle tıbbi-endüstriyel kompleksin egemen olduğu dünyanın "ücretli" ya da "etkinlikleri sınırlandırılmış" çalışanları haline geldiler. Güçlerini yitirdiler. Sonra özerkliklerini. Daha sonra, gelirlerini...

Hekimler giderek "mutsuz" ve etkisi azalan bir çalışan konumuna girmekteler. Devletin ya da şirketlerin işlerine karıştıklarından-daha çok- yakınıyorlar. "Malpractice" davaları, başta ABD olmak üzere, tüm ülkeleri sarmaya başladı; hekimlerin uykularını kaçıran en önemli konuların başında. Hekim sohbetlerinin en temel konularından biri, "eski güzel günler" ve dolayısı ile artık "tıp fakültelerinin daha az tercih edildiği" ya da "çocuğunu hekim yapmama eğilimleri". Hekim işsizliği, sadece Mısır' da , Pakistan' da ya da Hindistan' da değil, İspanya ve İtalya 'dan başlayarak ABD' de ,İskandinavya'da, Almanya' da, her yerde...

Bir de, başka mesleklerden sağlıkçılar, hekimlik işine el atmasa...Tüm bunlara karşın mesleğini yapanlara da eskisi gibi "itibar" da gösterilmiyor. Hatta, hastalar hesap bile soruyorlar, memnun kalmayınca şikayet ediyorlar ya da başka hekime gidiyorlar. Yeni hasta, hekimden yeni teknoloji ya da yeni teknik talep ediyor, öyle her söylenene inanan hasta tipi de kalmadı gibi...

Hekimler de buna itiraz ettiler, hâlâ da ediyorlar. Ama, nafile; diğer çalışanların başına gelen kaçınılmaz son, hekimleri de buldu. Onlar artık, kendi başlarına herşeyi bilen ve herşeyi yapabilen değiller. Kendilerine tanımlanan sınırlı alanlarda, sınırlı etkinlikleri yapan, sağlık ekibinin önemli ama sadece bir üyesi durumundalar.

Biz de, Batı' da yüzyılın ortalarından sonra ortaya çıkan bu "hazin" öyküyü, yine Batı' daki tartışma odaklarının katkıları ile buraya yansıtmaya çalışacağız. Bu konudaki tartışma özellikle 1960-90 yılları arasında Batı' da bir yoğunluk kazanmıştır. Ulaşabildiğimiz ve önemli gördüğümüz tartışmalarla, biraz da kafanızı şişirmek pahasına bu soruna bir giriş yapmayı deneyeceğiz. Bu arada, hekimlerin yaşadığı bu sürecin ülkemizde nasıl cereyan ettiğine de görebildiğimiz ölçüde değinmeyi deneyeceğiz.

2. BAZI KAVRAMLARIN ANIMSATILMASI

Hekimliğin toplumsal konumunu, öncelikle sağlık ve hastalık olgularını tanımlayarak tartışmakta yarar var. Sağlık ve hastalık, bireysel olarak ortaya çıksa da, kolektif olgulardır. Hastalığın ve sağlığın, bir yanı ile biyolojik bir süreç olarak göreli bir özerkliği vardır, yani maddi zeminleri vardır. Diğer yanı ile de hastalık denilen süreç, bilimciler tarafından değil, toplumdaki egemen ideoloji tarafından da kabul edilen belli bir düşünce ve varsayım kümesine göre algılanır ve yorumlanır. İşte bugün tıbbi düşünceye egemen olan bireysel-biyolojik ve mekanik hastalık ve sağlık kavrayışı, toplumdaki egemen olan ve olmayı sürdüren belli bir sınıfın ideolojisine dayandırılır. Bu hastalık anlayışı, çoğunluğu hekim olmayan tıbbi bilgi üreticileri tarafından her gün yeniden üretilmektedir. Bu tıbbi bilgi, sadece saf tıbbi bilgi değildir; kimi sınıfların, ırkların ve cinsiyetin toplumsal düşüncelerinin diğerlerininkinden daha egemen olduğu bir dizi kolektif inanç, düşünce ve bilgiyi içerir. Bilimin görece özerkliğinin etkisindeki bilimsel bir yanı olmakla birlikte, değerler, inançlar ve sınıf,

* *Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi*

cinsiyet, ırk ve diğer tahakküm ilişkilerine tabii olan üniversiteler ve sosyal yapılarda çalışan bilimcilerin deneyimlerince yeniden üretilen ideolojik unsurları da içinde barındırır. Tıbbi bilginin bilimsel ve ideolojik bu iki parçası da, dışsal koşullara bağlı değildir, yani bilimsel bilgi ideolojik boyutun dışında yer almaz, biri diğerinin içindedir. Tıbbi bilginin bilimsel ve ideolojik iki unsurunun nasıl bir araya geleceği bilginin üretimini, yani tıbbi bilgide ne olacağını ve nasıl olacağını sürekli olarak tanımlayan, toplumdaki güç ilişkilerine bağlıdır **(Navarro 1988)**.

Tıbbi uygulama ise, toplumsal pratiğin bir parçasıdır ve hem teknik, hem toplumsal işbölümünü içerir. Teknik iş bölümünü, yani tıbbi pratikteki görevlerin teknik dağılımını, toplumsal iş bölümü belirler. Başka bir deyişle, tıbbi ekip hekimler, hemşireler, hastabakıcılar ve diğerleri tarafından icra edilen görevler, yani tıptaki teknik işbölümü, toplumdaki sınıf, cinsiyet ve ırk ilişkilerince belirlenir. Örneğin, hemşirelerin ailede kadının destekleyici rolüne benzer bir biçimde hekimi destekleyip, hastaya annelik eden, hastabakıcıları yöneten rolü, hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale' in şahsında "Victorian" ailenin yeniden üretilmesinin yansımasıdır. Günümüzde, feminist hareketin aileyi sorgulaması gibi, hemşirenin rolü de sorgulanmakta sağlık ekibinin ilişkileri yeniden düzenlenmektedir **(Navarro 1988, Ehrenreich ve Ehrenreich 1975)**.

Bu tıp yorumu, kapitalizmin toplumu merkantilist bir sistemden endüstriyel bir sisteme doğru değiştirerek kendini inşa etmesi sürecinde oluşmuştur. Bu süreçte aristokrasiyi deviren burjuvazinin devrimci unsurları ile işçi sınıfı tarafından geliştirilen tıp yorumu, hastalığı, toplumdaki mevcut ilişkilerin baskıcı doğasının bir sonucu olarak görüyordu. Virchow tarafından tarif edilen bu yorum, söz konusu iktidar ilişkilerini değiştirmeyi amaçlayan sosyopolitik ve ekonomik müdahalelerin gerekliliğini görüyordu **(Navarro 1980)**. İngiliz işçi sınıfının yaşam ve sağlık koşulları üzerine yaptığı önemli çalışma ile Virchow' un yorumunu etkileyen Engels, "tıp, sosyal bir bilimdir ve geniş ölçekli düşünüldüğünde, siyaset, tıptır" özetlenebilecek bir görüşü dile getirdi. Ancak, Engels' in önerdiği ve daha sonra Virchow ve işçi sınıfı hareketinin benimsediği, toplumsal güç ilişkilerinin kökten değiştirilmesi gerektiği şeklindeki çözüme vardırılan yorum, üstünlük sağlayamadı. Buna karşın, burjuvazinin, "Flexnerci Tıp" diye ifade edilen yorumu egemenlik elde etti. Ondokuzuncu yüzyıl Almanya'sında büyük sosyal patlamaları sırasında kurumsallaşan tıp, o günden bu yana egemendir ve hastalığı belli güç ilişkilerinin bir sonucu olarak değil, bir mikroorganizmanın ya da benzerinin neden olduğu biyolojik-kişisel bir olgu olarak değerlendirme anlamındadır. Bu bağlamda klinik tıp, tıbbın biyolojik-kişisel olguyu araştıran dalı, sosyal tıp ve halk sağlığı da, tıbbın kişisel olguların toplamı olarak hastalığın dağılımını inceleyen bir dalı haline gelmiştir. Tıbbın bu her iki dalı da, aynı hastalık kavrayışına sahiptir; bir makine olarak görülen insan vücudunda bir dış etkenin ya da etkenlerin neden olduğu patolojik bir başkalaşma ya da değişimdir, hastalık. Hastalık ve sağlığın bu mekanik yorumu, tıpta halen egemen olan bakış açısıdır **(Navarro 1988)**.

Sağlık, "vücudun ve aklın normal durumu, yani bütün kısımlarının normal işlemesi", hastalık da, "bir dizi karakteristik semptomu içeren vücudun tümünü ya da herhangi bir parçasını etkileyebilir ve nedeni, patolojisi ve prognozu bilinebilir veya bilinmeyebilir belirgin bir marazi süreç" şeklinde tanımlanırsa, bu kavrayış, tıbbi bilgi ve etkinlikte, vücut makinesinin belli bölümlerini baz olarak ortaya çıkan işbölümünü (kardiyoloji,nöroloji,vb uzmanlaşmayı) açıklamaktadır. Tıbbın bu mekanik versiyonu, Harvey' in kan dolaşımı sistemini bulması, Leeuwenhoek' un mikroskopu icadı gibi geçmişte üretilen bilgilerin üzerine inşa edilmiştir. Bu mekanik tıp anlayışı, tıbbı bilimsel gelişmelerin doğrusal bir sonucu gibi görmekte ve hekim ve sağlık çalışanlarını da bu sürecin şekillendiricileri olduğunu belirtmektedir **(Navarro 1988)**.

Yirminci yüzyılın başında, Flexner Raporu' nun önerileri uygulamaya konulmuş, tıbbın-bu önerilerdeki- mekanik yorumu, Amerikan burjuvazisince desteklenmiş ve yeniden üretilmiştir. Tıp profesyonelleri, özelde de hekimler, tıpkı diğer alanlardaki uzmanlar gibi, kapitalist sınıfın egemenliği altındaki toplumsal düzenin rasyonelleştirilmesini gerçekleştirmede görev almışlardır. Tıpkı diğer mesleklerde olduğu gibi, tıp alanında da uzmanlar, toplumsal huzursuzluğu engelleme,aşağıdan gelecek ayaklanma korkuları ile işçi sınıfından duyulan rahatsızlık arasında bir ilişki olduğunun gösterilmesine katkıda bulunmuşlardır. Dolayısı ile, uzmanların özelde tıp uzmanları ve hekimlerin gücü, tıbbi kurumların, pratiklerin ve bilginin üretimini şekillendiren sınıf, ırk, cinsiyet, vb. gibi diğer güç ilişkileri ile içiçe geçerek oluşmuştur. İşçi sınıfı ve ezilenlerin bu sürece etkileri olmakla birlikte, egemen olan burjuvazinin egemenliği ve onun ideolojisinin egemenliği, tıpkı tüm diğer alanlarda olduğu gibi, tıp alanında sınıfsal gücü ve mesleki gücün oluşumunu belirlemiştir **(Navarro 1980, Navarro 1983, Navarro 1986, Navarro 1988)**.

3. KAPİTALİST TIP

Küçük ev tıbbının, kapitalist ya da şirket tıbbına dönüşü, küçük meta üretiminin kapitalist manifaktür üretimine dönüşmesine yol açan aynı dinamiklerle olmuştur. Kapitalizmin tıbbi hizmet dahil tüm sosyal hizmetlere girişi, Batı' daki şirketlerin ekonomik ve toplumsal yaşamın tüm alanlarda giderek artan tahakkümünün mantıksal bir sonucu olarak yorumlanmaktadır. Tekelci kapitalist sınıfın gücünün, güçlü bir işçi sınıfı hareketi tarafından kısıtlanmadığı ABD, Güney Afrika gibi ülkelerde bu gelişme daha pervasız yaşanmıştır. Bu güç ilişkileri, hekimlerin ve profesyonellerin konumunu belirlemiştir. Güçlü bir işçi sınıfı hareketinin olduğu Kuzey Avrupa ve İngiltere benzeri ülkelerde ise, ulusal bir sağlık programı oluşturulmuştur; üstelik hekimler ve sağlık profesyonellerinin muhalefetine karşın. Bu noktada, tekelci şirketlerin gücünü dengeleyecek tek gücün işçi sınıfı hareketinin gücü olduğu, hekimlerin ya da profesyonellerin gücünün bu güçlerle karşılaştırıl-

dığında sınırlı bir güç olduğu söylenebilir. Kapitalist ülkelerde hekimlerin içinde bulunduğu konumu, bu güç ilişkileri içinde ele almakta yarar vardır **(Navarro 1988)**.

Tıbbın evrimi incelendiğinde, tıp alanının giderek kapitalist kurumlar için son derece önemli ve öncelikli bir alan haline geldiği görülebilir. Bu cazibe, ekonominin diğer sektörlerindeki cazibe özelliklerinden farklı değildir. Ancak tıp alanının farkı, piyasa belirsizliklerini azaltan ve istenen kâr düzeyini istikrarlı bir biçimde maksimize ederek bir araya getirmesidir. Bunun yanı sıra, tıp alanının büyük ve sürekli bir pazar oluşturması, halkın tıp hizmetlerine yönelik talebinin öteki tüketim malları karşısında öncelik taşıması, tıp alanında yer almanın neredeyse bütün tüketim üzerinde stratejik bir denetim kurmayı kolaylaştırması, bu alanın pahalı teknoloji üzerinde sağlam bir rekabet konumunu olanaklı kılan bir stratejik denetim sağlaması, devletin sürekli olarak kârın garantörü olarak davrandığı bir alan olması, sömürücü kurumlara da sahte bir "hayırseverlik" imajına sahip olmalarını sağlaması gibi özellikler, tıp alanının giderek sahip olduğu "cazibe"nin gerekçeleri olarak sıralanabilir **(Mc Kinlay 1977)**. Bir bölümü uzun süredir geçerli olan bu özellikler, devletin de teşvik etmesi ile kapitalist kurumlar için tıp alanını vazgeçilmez kılmıştır.

Bu cezbedici özellikler, temel olarak finans kuruluşları ve büyük ölçekli sanayi kuruluşlarının, "yağmacı" örgütlenmelerinin bir iş alanı olarak tıbbı işgal etmesi ve ona hakim olmasını getirmiştir. "Yağma", kâr edinme ve kâr düzeyini muhafaza etme amacıyla tıp alanını istila etme, sömürme ve nihai olarak soyma eylemi ve bunu yaparken de insani hiçbir kaygı taşımama anlamında bir yağmadır. Özellikle 1960 ve 1970'li yıllarda daha çok ABD'de çok sayıda farklı işlerle uğraşan şirket, tıp alanına girmiş ve büyük kârlar sağlamışlardır. Banka ve finans kuruluşları, sigorta şirketleri, uzay şirketleri, bilgisayar şirketleri, havacılık şirketleri, tütün şirketleri, ulaştırma şirketleri, vakıflar bu alana girmişler, devletlerin de desteği ile, tıp alanını ve dolayısı ile hekimlik faaliyetlerini önemli ölçüde belirlemeye başlamışlardır **(Bodenheimer ve ark. 1974)**.

Tıp alanı büyük ölçekli mali sermaye ile sanayi sermayesinin içiçe geçmesi ile, tıpkı diğer sektörlerde olduğu gibi büyük bir endüstriye dönüşmüştür. Örneğin,ABD'de tıp sektörü ülkenin en büyük iki-üç endüstrisinden biridir ve dünyadaki gelişmeleri de büyük ölçüde belirleyici bir güce erişmiştir. Özellikle ulusal sağlık hizmetlerinin olmadığı ve halkın kamusal kazanımlarının sınırlı olduğu ülkelerde, tıp alanı diğer sermaye grupları için cazip olmaya başlamıştır.

Bu değişiklikler, ekonominin diğer alanlarına olduğu gibi, tıp alanına da bazı değişiklikleri dayatmıştır. Bu değişiklikler kapitalistlerin gündeme getirdiği rekabet biçiminin, kapitalistleri üretim çıktısı ve satışları-üretilen emtiaların kullanımlarıyla ilgili sorunları dikkate almadan-genişletmeye zorlaması; bu türden çıktı ve satışların kârların çoğalması ve sermaye birikiminin artmasına yol açması; birikmiş sermayenin varlığı onun daha çok işletmeye yatırılmasını veya teknolojik bakımdan daha etkin işletmelerin geliştirilmesinde kullanılmasını gerektirmesi; kârların bu yeni yatırım alanlarında realize edildiği ve kâr oranının düşmesinden kaçınıldığı için daha fazla üretim çıktısı ve satışın gerekli hale gelmesi; yeni alıcıların bulunması için ortaya çıkan baskının iç pazara daha fazla girilmesine ve nihai olarak pazarlama yöntemleriyle bir meta fetişizmi kültürünün yaratılmasına yol açması; iç piyasa nihayet doyduğunda bu kez dikkatlerin dış pazarlara yönelmesi ve dış pazarlara girişin ya maliyetleri ve riskleri azaltmak için az gelişmiş ülke kaynaklarının sömürülmesi ya da doğrudan yatırım aracılığıyla dış pazarların ele geçirilmesi yoluyla gerçekleştirilmesi; bu genişleyen çıktı ve satışlardan sağlanan kârlarla oluşan sermayenin, bir kez daha yeniden yatırıma yönlendirilmesi ve bütün bu çevrimin daha geniş bir ölçekte tekrarlanması şeklinde gerçekleşir **(Mc Kinlay 1977)**.

Yukarıda özetlenen tıbbi-endüstriyel kompleksin mantığı, tüm kararların yukarıdan kârlılık ölçütü bağlamında dayatılmasıdır. Dolayısı ile, kârlı olmayan ya da sonucu kârlılık ölçütüne göre ölçülemeyen ürün ve faaliyetlere kapitalizm koşullarında öncelik verilmez. Toplumun kolektif ihtiyaçlarının gerçekleştirilmesi, bu ölçüte uygunluğa bağlıdır. Bazı ihtiyaçların karşılanması, kapitalist kurumların çıkarları ile çakışırsa, gerçekleşebilir.

4. HEKİMLİĞİN TARİHSEL SÜRECİ

Böyle bir zeminde hekimlik nasıl bir tarihsel süreç yaşadı?

Bilindiği gibi Batı'da rönesansa kadar, Kilise, insanların hasta olduklarında iyileştirilmeleri konusunda güçlü bir etkiye sahipti. Ancak, 1348-1381 yılları arasında veba salgınlarını denetim altına almada rahiplerin başarısız olması, 14.yüzyılda kilisenin etkisini azalttı. Kilisenin boşalttığı boşluğu, krallıklar doldurmaya başladı. Örneğin, İngiltere'de VIII. Henry tıbbın yeniden örgütlenmesine el attı. Henry' nin onayı ile, hekimler yani tıbbi elit, "resmi" olarak kraliyet şemsiyesi altında örgütlenmeye başladı. 1511 yılında, meslekten olmayan sağlıkçıların dışlanması ile, kral onaylı hekimlere bir tekel olanağı sağlanırken, 1518' de "Kraliyet Hekimler Koleji"nin kurulması ile süreç resmileşmiş oldu. "Kolej"in kurulması, pratisyenlere bir güç sağlarken, 1540 yılında ise berberler ve cerrahlar da, kralın onayına kavuştu. O zamana kadar, devletin bıraktığı boşluğu sağlık alanında dolduran geleneksel iyileştiriciler ya da halk hekimleri, yoksul halka hizmet eden, onlar gibi yoksul olan insanlardı. Tıbbın ve hekimliğin, kraliyet şemsiyesinde kurumsallaşması, yoksullara hizmet veren geleneksel hekimlerin özelde de büyücü/cadı denilen kadınların dışlanması ile birlikte seyretti. Sonuçta, Hristiyanlığın meşhur baba-oğul-kutsal ruh üçlemi, "hekimler-berberler ve cerrahlar-eczacılar ve genel pratisyenler" biçiminde tıpta kurumsallaş(tırıl)dı. Daha sonra, 1832 yılında İngiliz Tabipler Birliği' nin kurulması ile, hekimliğin ayrıcalığı özel bir anlam kazandı. Tüm bu süreç boyunca, hekimler önce kraliyete ve aristokrasiye, daha sonra da yeni zengin sınıfa dayanarak, tıp alanında bir güç/iktidar

oldular. Bu nedenledir ki, 1911 yılından başlayarak 1948 yılına kadar süren ve işçi sınıfının ulusal sağlık programı talebine, İngiliz Tabipler Birliği ve hekimlerin çoğunluğu, zengin sınıflar ile birlikte karşı durmuşlardır **(Doyal 1979, Navarro 1976, Pinchuck ve Clark 1984)**.

Onsekinci ve ondokuzuncu yüzyılda, devreye işçi sınıfı girer. Çalıştıkları ve yaşadıkları kötü koşullara karşı mücadele eden işçi sınıfı, bir de sosyalizm denen "garabet"le tanışır. Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında bir de "Paris Komünü" gibi vaka yaratan "komünizm hayaleti", yönetenleri bazı tavizleri vermeye zorlar. Sağlık alanındaki ilk taviz de Bismarck Almanya'sındaki "Hastalık Sigortası Yasası" dır. Yirminci yüzyılın başındaki savaşlar ise, devletleri savaşamayacak kadar sağlıksız ve sakat bir erkek nüfus gerçeği ile yüzleştirince, işçilerin sağlığını düzeltme girişimleri gündeme gelir. Hekimler ve lonca benzeri örgütleri, işçilerin ve yoksulların sağlığının düzeltilmesi girişimleri karşısında, kendi ayrıcalık ve çıkarlarını savunma çizgisinde tutarlı bir tavır izlerler! Sonunda başta İngiltere ' deki Ulusal Sağlık Hizmetleri olmak üzere, tüm sosyal düzenlemeler hekimlere verilen tavizler yüzünden eksikli çıkar **(Doyal 1979, Navarro 1978)**.

ABD'deki süreç ise,1847 yılında bir grup hekimin İngiliz meslektaşlarını izleyerek, Amerikan Tabipler Birliği' ni kurması ile yaşandı. Ondokuzuncu yüzyıl Amerikası, birbirleri ile rekabet eden çeşitli tıbbi yaklaşımların olduğu ve hiçbirinin bir diğerine üstünlük sağlayamadığı bir durumdaydı. Güçlü bir popüler sağlık hareketi söz konusuydu ve önderleri bir çiftçi olan bu hareketin amacı, halkın kendini iyileştirmesi için güç ve bilgi edinmesi yönünde çaba harcamaktı. Giderek bu hareketin önerdiği teknikler, tıbbın düzenli olmasını savunan elitlerce tekelleştirildi ve popüler sağlık hareketi sona er(diril)di. Yirminci yüzyılın başında, çok sayıda iyileştiricinin var olduğu bir toplum görüntüsündeki ABD' de, bilim ile dinin yer değiştirmesi sürecinde, hekimlerin ve Amerikan Tabipler Birliği' nin bilimi sahiplenmesi ile, tıbba bir düzen getirilmeye başlandı. 1893 yılında Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde kurulan pahalı laboratuvarlar, tıp fakülteleri için gerekli kılınınca, çoğu tıp fakültesi kapanmak durumunda kaldı. Bu durumda, sadece kapitalistlerin desteklediği tıp fakülteleri ayakta kalırken, oralarda okuyabilen zenginlerin doktor olabilmesinin önü açıldı. Amerikanın yeni zenginleri, kapitalistler, bu ortamda yeni bir endüstriyel ideoloji getirdiler. Tıbbi bilgiyi, mekanistik dünya görüşüne uydurdular. Yani, istihdam ettikleri mühendisler, "ayakta duran erişkin erkek" nüfusun % 95' ine uyan, onların iş sürecindeki mental ve manuel emeğini realize ettikleri bir model belirlediler. Bu modele oturtulan "bilimsel" tıbbın, tıp fakültelerinde yaygınlaştırılmasını bir petrol zengini olan Rockefeller ve çelik zengini Carnegie destekliediler. Bu gelişmelerden sonra Amerikan Tabipler Birliği' nin söz konusu zenginlerin vakıfları ile daha içiçe geçmesi ve onların görevlendirdiği Flexner' in "ABD' de çok fazla doktor var" şeklinde özetlenebilen raporu gündeme geldi. Bu raporla ABD' de kapitalist destekli hekim ve örgütlerinin egemenliği kurumsallaştı; siyahlar, kadınlar ve yoksulların dışlandığı "beyaz, orta sınıf, erkek" bir azınlığın hekimlik iktidarı kuruldu **(Doyal 1979, Pinchuck ve Clarck 1984)**.

O günden bugüne olan değişiklikleri ise şöyle kabaca özetleyebiliriz. Tıbbın kurumsallaşması sürecinde neredeyse dışlayıcı bir biçimde orta ve üst sınıf beyaz-erkek öğrenciler tıp fakültesine girip, hekim olabiliyorken, giderek toplumsal baskı ile-sınırlı da olsa-azınlıklar, kadınlar ve alt sınıflar hekim olabilmektedir. Tıp eğitiminin içeriğini, ABD koşullarında AMA belirlerken-diğer ülkelerde de ilgili ülke tabip birlikleri-, bu örgütlerin belirleyiciliği sınırlanmaya başlamıştır. Hekim, tıbbi pratiği önemli ölçüde kendi belirlediği şekillerde uygularken, bugün gerek kendi çalıştığı kurum içinde, gerekse dışarıda denetlenmekte, tıbbi pratik üzerindeki egemenliği sınırlanmaktadır. Yine hasta kavramı yerine, müşteri ya da tüketici veya daha anonim kavramlarla ifade edilen insanlar geçmiştir. Tıbbi pratikte kullanılan teknoloji oldukça basit ve sınırlıyken, giderek karmaşıklaşmış, mülkiyeti de hekimin bireysel mülkiyetinden çıkarak, büyük kurumlara geçmiştir. Bu hekimi, önemli ölçüde, bu tür kurumlara bağımlı kılmıştır. Yine, hekim kendi çalışma süresine ve alacağı ücrete de karar verebilirken, bugün bu belirleme kurumsal ya da ulusal düzeyde hekim dışı kurumlara geçmiştir.

Bugün tüm dünyada gerçekleşen tıp alanının ticarileşmesi sürecinin odağı ve yönlendiricisi başta ABD olmak üzere Batılı kapitalist dünyadır. Bu "dünya"da hekimlerin değişen statülerini ele alırken Mc Kinlay, her biri hekimliğe farklı açıdan yaklaşan dört farklı analiz düzeyi arasında ayrım yapmayı önermektedir:

1- Mali Sermaye ve Sanayi Sermayesi Düzeyi: Çok uluslu büyük kapitalist şirketlerin faaliyetleri ve bunların sağlıkla ilgili girişimlerin içindeki ve çevresindeki varlıkları, sağlık hizmetlerinin bütün alanlarını, özellikle tıp faaliyetinin yapısını derin bir biçimde değişikliğe uğratmıştır.

2- Kapitalist Devletin Faaliyetleri: Mali sermaye ve sanayi sermayesini oluşturan kurum ve çıkar gruplarının tabi olduğu geniş devlet kaynakları, bu kurumların önceliklerini korumak ve onların simsarlığını yapmak, bir yatırım alanı olarak sağlık hizmetlerinde kârın realize edilmesini temin etmek, sağlık faaliyetinin alanını ve kapsamını halkın sağlık hizmetleri konusunda tüketici olarak sergilediği davranışları yasama yoluyla ve siyasi partiler aracılığıyla biçimlendirmek için kullanılmaktadır.

3- Tıp Faaliyetleri: Tıp faaliyetleri,kapitalist devletteki siyasi partilerin, mali ve sanayi sermayesinin çıkarlarının öncelikleri adına yönlendirilmektedir.

4- Kamusal Düzey: Çok sayıda insan, sağlık hizmetlerinin potansiyel kullanıcısıdırlar ve giderek bu alanın nesneleri haline gelmişlerdir **(Mc Kinlay 1977)**.

Hekimler ve sağlık personeli, bu çerçevede nereye

Tablo 1: Hekimlerin Çalışma Koşullarında 1900 İle Bugün (1989) Arasındaki Bazı Farklılıklar (Mc Kinlay 1988)

Hekimlerin Temel Ayrıcalıkları	Bireysel Çalışan "Küçük Üretici" Hekimler(1900)	Bugünün Bürokratik Pratiği İçindeki Hekimi(1989)
Mesleğe Giriş Kriteri	Neredeyse dışlayıcı bir biçimde orta ve üst sınıf beyaz öğrenciler	Tıp okulları belli oranlarda azınlık ve kadın almaya zorlanmıştır
Eğitimin İçeriği	Yerel tıp çevreleri aracılığıyla Amerikan Tabipler Birliği tarafından dayatılmıştır	Federal hükümet ve diğer "dış" çıkar çevreleri eğitim programları öğrenci bursları aracılığıyla müfredatın kapsamını etkilemektedir
İşin içeriği ve pratiğinde özerklik	İş genel olarak tanımlanmıştır ve pratisyenin kendisi tarafından kontrol edilir	İş bölümlenmiştir ve örgütsel yaptırımlara uygun olarak yöneticiler tarafından kontrol edilir
Emeğin nesnesi	Hastalar genellikle hekimin "kendi hastası" olarak algılanır	Hastalar teknik olarak "müşteriler"dir ya da hekimlerin diğer uzmanlarla paylaştıkları üyelerdir
Emeğin araçları	Araçlar tipik olarak pratisyenindir ve pratisyen tarafından istihdam edilen işçiler tarafından kullanılırlar	Teknoloji istihdam edici örgüt tarafından sahiplenilir ve bürokratik işçiler tarafından işletilir
Üretim araçları	Binalar tipik olarak hekimindir onun tarafından kiralanır ve işletilir	Binalar tipik olarak örgütündür ve örgütün çıkarları ile(kâr amacı ile) işletilir
Emeğin ücretlendirilmesi	Çalışılan saatler, faydalanma düzeyi, ücretler çoğunlukla hekim tarafından belirlenir	Çalışma programı ve ücret düzeyi örgüt tarafından belirlenir, kimi zaman "dışarıdaki işe" sınırlılıklar konur

oturmaktadır? Kapitalist Batı' da hekimlerin, kapitalist kurumların ihtiyaçlarına uygun olan kendi çıkarlarına göre seçilmiş, yüksek düzeyde eğitilmiş insanlar olduğu; devletin ise uyulması gereken kuralları belirlediği ve dolayısı ile meşruluğunu temin ettiği, hizmeti alanlardan sağlanan kaynakları mali ve sanayi sermayesinin öncelik ve çıkarlarını korumayı güvenceye aldığı söylenebilir. Ancak, hekimlerin süreç içinde özellikle gündelik ilişkileri denetleme bağlamında sınırlı da olsa, belli bir egemenlik alanları oluşmuştur. Ama, öz olarak, kapitalist dünyada, hekimlerin gündelik tıbbı bu alana egemen olan sermayenin çıkarlarına paralel olduğu ölçüde denetleyebildikleri ve egemenlik alanlarının sınırını belirleyenin de bu çizgi olduğu ifade edilebilir. Mc Kinlay ve Fuchs' un benzetmesi ile söylenirse, hekimler, önceleri kuralları devlet tarafından belirlenen, ortalıkta pek görünmeyen birileri adına oynanan bir oyunun "takım kaptanları"yken, bugün artık sıradan birer "üyesi" olmaya başlamışlar, bu oyunda pek az denetleyebildikleri kurallarına daha fazla itaat etmeye başlamışlardır **(Mc Kinlay 1977, Fuchs 1974)**.

5- Son Yıllarda Hekimleri Etkileyen Bazı Eğilim ve Gelişmeler:

Hekim İşgücünün Niteliksizleşmesi:

Sadece hekimlerin değil, kapitalizm altında tüm emekçilerin yaşadığı bu sorun, işçi sınıfının sermayeye olan bağımlılığının bir sonucudur. Yalnızca sermayenin kârına yönelik bir işbölümü ve makineleşme olgusunun, emek süreci içindeki canlı emeği kaçınılmaz olarak değersizleştirdiği görüşü temelinde, sermayenin mantığının özünün, emeğin üretim süreci içinde oynadığı rolü azaltmak olduğu saptaması yapılmaktadır. Emeğin üretim süreci içindeki rolünün azalmasının, günümüzde, ileri derecede rasyonalize olmuş görevlerin uzmanlaşmasına bağlı olarak işbölümünün basit bir dişlisi durumuna gelen işçinin, emek sürecini bir bütün olarak tasarlamasının ve anlamasının olanaksız duruma gelmesiyle ve makinenin emeğin yerine geçmesiyle iki biçimde gerçekleştiği belirtilmiştir. Özellikle yüzyılın ikinci yarısından sonra, bir

yandan yarı nitelikli işgücü türleri ortadan kalkarken, öte yandan bazı sektörlerde ileri derecede nitelikli teknik emeğe duyulan gereksinimin arttığı, özellikle makineleşmenin yaygınlaşmasının, tasarım, yapım, bakım ve onarım için nitelikli kafa ve kol emeğini zorunlu kıldığı, buna karşın daha emek yoğun endüstrilerde işgücünün önemli bir kesimi açısından ciddi boyutlarda bir niteliksizleşme ortaya çıktığı saptanmıştır **(Öngen 1994)**. Emeğin sermayenin kesin denetimi altına girmesi ile gerçekleşen kârın maksimizasyonu olgusunun, ancak emek sürecinin parçalanması ile olanaklı olduğunu ileri süren Marx ve Braverman, kapitalist üretim biçiminin emek sürecini basitleştirilmiş işlemlere bölme eğiliminin, zaman içinde artarak kapitalist çalışmanın belirleyici özelliği durumuna geldiğini, zihinsel süreçlerden soyutlanmış basit bir el etkinliğine dönüşen emeğin, gittikçe hem beceriden ve nitelikten, hem de üretim için gereken bilgiden ve üretim sürecinin bir bütün olarak kavranması yeteneğinden soyutlandığını, sonuçta üretim sürecinin gelişmesine ve karmaşıklaşmasına bağlı olarak artan makineleşme ile teknolojik ilerlemeler ve uzmanlaşmanın, emeği, makinenin kölesi durumuna getirdiğini ifade etmişlerdir **(Aktaran Öngen 1994)**.

Bu bağlamda, hiçbir hekimin ve sağlıkçının giderek dev boyutlara ulaşan tıbbi bilginin tümünü kavraması ve edinmesi beklenemez. Hekimler, bu gerekçe ile, ama bu gerekçeden çok daha önce başlayan bir süreçte uzmanlaşmaya yönelmektedirler. Gelinen noktada, tıp alanı bir çok alt alana parçalanmış ve her bir alt parça için uzmanlaşma gündeme getirilmiştir. Hekimler, "her alanda yetkin bilgili kişi" olmak yerine, sınırlı bir etkinlik alanında uzman olmaya teşvik edilmektedirler. Ancak, bu durumda tıbbi bilginin parçalanması ile, bu bilgi daha anlaşılır ve daha az gizemli hale gelmiştir. Uzmanlaşmanın artması ile, tıp, bürokratik kurallara ve bilgisayara göre hazırlanan işlemlere göre daha kolay düzenlenir olmuş, formel tıp eğitiminden yoksun ya da hekimler gibi eğitim görmeyen diğer personelce daha kolay anlaşılabilir kılınmıştır **(Mc Kinlay and Arches 1985, Friedson 1970a)**. Tıp alanının böylece parçalanıp, yeniden düzenlenmesi, öyle hekimlerin sandığı gibi tıbbın karmaşıklaşması yönünde değil, hekimlerin tıbbi süreçlerden daha kolay dışlanması yönünde bir temel oluşturmuştur. Bu durumun bir sonucu da, tıbbi faaliyetin, şimdiye kadar hekimin yardımcısı olarak onun arkasında kalmış diğer sağlık personelinin, yani hemşirelerin, sağlık teknisyenlerinin, hastabakıcıların-eğitimleri hekimlerle kıyaslanmasa da-hekimlerin yaptığı işleri yapmaya başlamalarıdır.

Hekimlerle ilgili bir gelişme de, sağlık sektörünün bileşiminin değişmesi ve çeşitlenmesidir. Eskiden sadece hekim ve hemşirelerin ağırlıkta olduğu sağlık sektöründe işgücünün yaklaşık yarısından fazlası, bazı ülkelerde ¾' ünü hekim ve hemşire dışı sağlık personeli/çalışanları oluşturmaktadır. Diğer yandan da, hekimlerin ve yüksek öğrenim gören sağlık personelinin sayısı, giderek artmaktadır. Toplumda azınlıkta olan hekim ve sağlıkçı sayısının artması, o zamana kadar sahip oldukları ayrıcalıkların azalmasını da getirmiştir.

Hekimlerin bürokratik kurumlarda çalışmaya başlaması:

Hekimlerin, genelde de profesyonellerin bürokratik kurumlarda çalışması ile, iki farklı tür otoritenin birbiri ile çelişmesi gündeme gelmiştir. Teknik yeterliliğe dayalı (hekimlerin) otorite(si) ile, yasal olarak tanımlanan resmi otorite arasında gerilim yaşanmaktadır. Hekimin (ya da profesyonelin) bürokraside yer alması ile, özerkliğinin azalması, güçsüz bir tekno-bürokrata dönüşmesi, bürokratik organizasyonun yaptırımları ile sınırlanması ve sonunda bu organizasyonlara bağımlı hale gelmesi yaşanmaktadır. "Bürokratikleşme, profesyoneller ve profesyonelleşme üzerinde genel olarak yıpratıcı bir etkiye sahiptir" **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**.

Tıbbi Pratiğin Örgütlenmesindeki Değişiklikler:

Hekimler, tek başlarına ve hizmet başına para alma temelinde çalışırlarken, daha toplu biçimde, ekip olarak ve büyük örgütlenme ve kurumlar içinde çalışmaya doğru kaymışlardır, kaymaktadırlar. Hizmet başına ödeme yerine, önceden ödenen vergi ya da prim temelli hizmetler öne çıkmıştır. Daha merkezi ve büyük örgütlenmeler, sağlık hizmeti sunmakta, bu nedenle çok sayıda hekim ve sağlık çalışanını istihdam etmektedirler. Şu anda hekimlerin ve sağlık personelinin hizmet verdiği modern hastane, mantığı, işlevi, üretkenliği,vb kriterler açısından eskinin dini ağırlığı ön planda, koruyucu amaçlı, sevecen/babacan hastanelerden çok farklıdır. Eskiden daha çok yoksulların yattığı, ölümlerin çok olduğu hastanelerin yerini, halkın tümüne hizmet vermek için organize edilmiş "sağlık fabrikaları" almıştır. Modern hastane, kâr doğrultusunda amansız baskı, baş döndürücü bir rekabet, giderek daha karmaşıklaşan tıbbi teknoloji, sürekli genişleme, pazarlama, üretkenliğin artması vb. gibi etmenlerin baskısı ile sınırlanmaktadır. Toplumda yaşayan bir çok insan hastanelerle tanışmaktadır. Bu gelişme, hekimin etkinliğini etkilemiştir. Hekimin ve tıbbi bakımın gizemli niteliği yitmeye başlamıştır. Yine, eskiden sadece para ödeyebilenlerin görebildiği hekime, bugün parasını devlete vergi olarak, ya da bir sigorta kurumuna prim olarak ödemiş herkes rahatlıkla ulaşabilmektedir. Bu "talepkâr hasta" tipi de, hekimi ve hizmetini etkilemiştir. Hastaların hatalar karşısında ya da memnun olmadığında hekimi-hukusal süreç de dahil-zorlaması, bu durumun hekimi istihdam eden kurumların baskı ve denetimi ile birleşmesi de hekimi etkilemektedir **(Mc Kinlay ve Arches 1985, Freidson 1975)**.

Hekimlerin Toplumsal Konumlarındaki Değişiklikler:

Tıbbi pratiği tek başına yapan ve "önemli kişi" olan hekim, bir ekibin içinde çalışmak ve ona uyum sağlamak zorunda kalmıştır. Hekimlerin performansı ve başarısı, giderek daha fazla bir şekilde başka meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile etkileşimi ve uyumuna bağlı olmaya başlamıştır. Diğerlerinin bilgi ve performansına bağımlı hale gelen hekim/uzman hekim, önemli bir işlevi yitirirler, hatta "ekip başı" olma konumlarından "ekibin üyesi" olma konumuna değişirler **(Mc Kinlay ve Arches 1985,Fuchs 1974)**.

Ayrıca, özellikle hastane ve sağlık ile ilgili bakanlık benzeri yönetsel kurumlarda çalışan yöneticilerin de, hekimlerin mesleki konumlarını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir.

Hekimlerin Sendikalaşması:

Eskiden kendilerini tek ve ayrıksı gören hekimler ve profesyoneller, hatta meslek örgütlerine bile fazla prim vermezken, giderek sendikalaşmaya daha fazla eğilim göstermektedirler. Mavi yakalı işçilere özgü araçlar olarak görülen sendikalar karşısında, profesyoneller daha çok meslek örgütlerini tercih ederken, bu ayrım giderek ortadan kalkmaya başlamıştır. Doğal ki, profesyonellerin sendikalaşması, profesyonellerin sendikalarının, mavi yakalılarınki gibi davrandığı anlamına gelmemektedir. Henüz profesyonel sendikaları, meslek örgütleriyle işçi sendikaları arasında bir yerde gibidir. Grev ya da eylemci bir sendikacılık yerine, meslek örgütlerinin korumakta yetersiz kaldığını düşündüğü çıkarlarını ve ayrıcalıklarını korumak için sendikalaşmaya yöneliyor hekimler ve profesyoneller; üstelik daha çok da meslek sendikalarında **(Badgley ve Wolfe 1967)**. Oppenheimer, Amerikan Hekimler ve Dişhekimleri Sendikası Başkanı Marcus' un şu sözlerini alıntılayarak, hekim sendikalaşmasının nedenlerini de gözler önüne seriyor: "Biz sadece, daha fazla zengin olmaya çalışan bir avuç doktoruz. Tıptaki sosyo-ekonomik değişimden dolayı ortaya çıkan ulusallaştırma ve denetleme ilkelerini, bir doktoru bir postacının ya da bir öğretmenin işlevlerine düşürmemek için korumaya çalışıyoruz." **(Oppenheimer 1973)**.

Bu gelişmeyi etkileyen etmenler arasında beyaz yakalı çalışanların giderek, çalışanlar arasında önemli bir sayı ve orana kavuşması sayılabilir. Bu da beyaz yakalı işçilerin giderek, mavi yakalılar kadar sendikalaştıkları, yine giderek toplu sözleşme yapmaya başladıkları şeklinde sonuçlanmaktadır. Bilim adamları, mühendisler, sanatçılar, gazeteciler,vb meslek grupları Batı'da son yıllarda yoğun bir sendikalaşma sürecine girmişlerdir. Hekimler de, bu sürece dahil olmaya başlamışlardır. Bu dahil olma ABD' de hekim sendikaları kurma şeklinde yansırken, Avrupa' da meslek örgütlerinin yarı-sendikal özellik kazanması şeklinde yaşanmaktadır. Hekimler henüz Batı' da diğer sektör çalışanları ile birleşik sendika kurmaya yanaşmazken, bir yandan da örneğin ABD' de hekimler adına toplu sözleşmeye oturan 30 civarında sendika kurmuşlar ve örgütlenmişlerdir **(Soyer 1992, Wolfe 1975, Ehrenreich ve Ehrenreich 1975)**. Bu sendikalar, özellikle hekim sendikaları hekimlerin bürokratikleşme, yabancılaşma, idari yaptırımlar, dışarıdan devlet düzenlemeleri,vb. gelişmelerden mağduriyetlerini sorun edinmişlerdir **(Marcus 1975)**.

Özetle, Batı' da "hekimler arasında sendikalılaşmaya doğru yadsınamaz bir eğilimin var" olduğu, "bu eğilim"in "yalnızca hekimlere özgü" olmadığı söylenebilir **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**. Benzetmek gerekirse, hekimlerin yaşadığı değişiklikleri eski zanaatkarların yaşadığı değişime benzetmek daha makul gelmektedir. Dolayısı ile hekimler, denetleyemedikleri bir sürece müdahale etmek amacı ile, bir araya gelmek durumunda kalmışlar ve sendikalaşmaya başlamışlardır.

Hekimlerin "Sosyal Kontrol" Aracı Haline Gelmesi:

"Hekimlerin konumunda oluşan...aşınma, temelde gelişmiş kapitalizmin gerektirdikleri nedeniyle pek çok sosyal sisteme dayatılan bürokratikleşme sürecinin bir sonucudur" saptamasını yapan Mc Kinlay ve Arches, bu aşınmanın aynı zamanda hekimlerin kendi etkinliklerinin de sonucu olduğunu ileri sürmektedirler. Hekim etkinliklerinin genel bazı sosyal süreçlerin ihtiyacı olduğu noktasından yola çıkıp, "hekimler"in "istemeyerek de olsa giderek sosyal kontrol araçları haline gel"diği iddia edilmektedir. Hatta, Zola, giderek tıp kurumunun toptan sosyal kontrol işinde yer aldığını, din ve hukuk kurumlarını tedirgin ettiğini ileri sürmektedir **(Mc Kinlay ve Arches 1985,Zola 1975)**.

Uluslararası İşbölümü Yapısının Değişmesi:

Hekimler açısından iyi bilinen bir olgu olan, gelişmiş bir ülkede "hekimlik yapma özlemi" ve Batı' ya beyin göçü, başka deyişle, emek gücünün uluslararası düzeyde hareket etmesi, uluslararası sermaye hareketlerinin sonucudur. Çok sayıda emekçinin yanı sıra, hekimler de, kendilerine verilen eğitimin de etkisi ile, Batı'ya göç etmişlerdir. İşbölümünün bu çok bilinen etkisinin yanı sıra, Güney' in ucuz emek cenneti olarak Kuzey tarafından kullanılarak yatırımların kaydırılması, Güney'deki çalışma ve yaşam koşullarını önemli ölçüde belirlemiştir.

Günümüzde "Yeni Dünya Düzeni" olarak anılan uluslararası kapitalizmin, yeni küreselleşme politikaları ve yeni bağımlılık biçimleri ile karşımıza çıkması, tüm ülkelerdeki gelişmeleri etkileyen bir durum yaratmıştır. "YDD" diye sunulan bu uluslararası işbölümü ile; "bilgi üreten, bilimsel bilgiyi ve bilgiye dayalı teknolojiyi kullanan üretim türleri Kuzeyde yoğunlaşırken, eski teknolojilere dayanan, hizmet yerine daha çok mal üreten ve emek yoğun nitelikte üretim alanları Güney' de yığılacak", "kârlılık oranı yüksek, toplumsal ve ekolojik maliyeti düşük ürünler Kuzeyde üretilirken, Güney'de bunun tam tersi bir gelişme gerçekleşecek", "ürün ve teknoloji farklılıklarına dayanan iş bölümü, işgücü farklılıklarına dayanan eşitsiz bir gelişme ile beslenecek ve çok nitelikli işgücünün istihdamı Kuzeyde gerçekleşirken, niteliksiz ya da yarı nitelikli işgücü, Güney ülkelerinde birikecektir. Güney'in bu işbölümüne uymaları, bu ülkelerdeki istihdamın azalmasına, kazanılmış hakların kaybına yol açacaktır **(Öngen 1994)**.

6. HEKİM EMEĞİ ÜZERİNE BAZI NOTLAR

Burada tartışılması gereken bir konu da, hekimlerin emeğinin ne tür bir emek olduğudur. Hekimin emeğinin niteliğini değerlendirmek için, şu soruları yanıtlamak ile başlayabiliriz: "İnsani hizmet"in bir yönünü gerçekleştiren hekimler,herhangi bir imalatı gerçekleştiren işçiden, üretimin bir aşamasında yer alan işçiden ayırtedilebilir mi? He-

kimler, toplumsal olarak yararlı (ya da yarasız) emekçi midirler? Hekimler, hangi koşullarda üretken olabilecekler?

Bu soruları yanıtlarken, doğal ki emek konusunda ilk ve en derli toplu çalışmayı yapmış olan Marx' a referans yapmakla başlayalım. Marx, değer üretimi için harcanan emeği, yani yararlı emeğin varlığını insani varoluşun zorunlu bir koşulu olarak görmekteydi. Yararlı emeği, genelde, belirli bir kullanım değeri olan bir emtia(ya da hizmet) üretmek için teknik olarak gerekli emek miktarı olarak anlayan Marx, bütün emtialar ve hizmetlerin bir kullanım değerine sahip olmaları gerektiğini, aksi halde hiç kimsenin onları satın almayacağını, birileri için belirli bir kullanım değeri olmayan bir emtianın satılabilir bir emtia olmayacağını, dolayısı ile faydasız bir üretim olacağını, başka bir deyişle bir kullanım değerine sahip olmayacağı için bir değişim değerine de sahip olmayacağını, ürünlerin de içinde üretildikleri toplum değişimi temel aldığı ve değişimi genel bir uygulama olarak benimsemiş bir toplum olduğu ölçüde bir değişim değerine sahip olduğunu ifade etti **(Marx 1975)**.

Bir kullanım değerinin, bir insani ihtiyacı karşıladığını söyleyen Marx, bir kullanım değerinin üretilmesinde kullanılan emeğin bir bölümünün toplumsal olarak gerekli olmayabileceği, bu bakımdan zorunlu kullanım değerlerinin (toplumsal olarak yararlı emek de denilebilir) üretimi için teknik bakımdan vazgeçilmez olan, bu değerleri yaratan, değiştiren ve muhafaza eden emek ile yalnızca piyasada kâr sağlama amacıyla emtia ve hizmetler biçiminde zorunlu olmayan kullanım değerlerinin üretimine özgü faaliyetler(toplumsal olarak yararsız emek de denilebilir) arasında bir ayrım yapmanın önemine dikkat çekmiştir. Marx, ayrıca yararlı emek ile üretken emek arasında da özel bir ayrım yapmıştır. İnsan emeğinin üretkenlik kriterini, bu emeğin zorunluluğu ya da toplumsal yararı nosyonuna bağlamayan Marx, kapitalist üretim tarzına özgü üretken emeği, kâr ya da artık değer üretmek için sermaye ile birleştirilen emek olduğunu belirtmiştir. Emekçinin sadece kapitalist için artık değer üreten ve böylece sermayenin büyümesi için çalışan üretici olmadığını, dolayısı ile üretken emekçi nosyonunun, sadece yapılan iş ile bunun yararlı sonucu arasındaki ve emekçi ile emeğin ürünü arasındaki ilişkiyi ifade etmediğini, bir özgül toplumsal üretim ilişkisini ifade ettiğini vurgulayan Marx, doğrudan sermayeye dönüştürülen emeğin üretken olduğunu, kapitalist bakış açısından ancak bir artı değer yaratan emeğin üretken olduğunu belirterek, "üretken emek, kapitalist üretim tarzı için yaşadığı anlam bakımından, değişen sermaye karşılığında tedavül eden... sadece sermayenin bu kısmını yeniden üretmekle kalmayan, ancak ek olarak kapitalist için artı değer üreten ücretli emektir" saptamasını yapmıştır **(Marx 1975)**.

Üretken emeği, ürünün maddi karakteristikleriyle ya da emeğin muhtevasıyla ya da emek sürecine katılanların iyi niyetiyle değil, emekte cisimleşmiş toplumsal ilişkilerle ayırt edildiğini söyleyen Marx, bir öğretmenin öğrencilerini yetiştirmeye ek olarak, okul sahiplerini zenginleştirmek amacıyla eşek gibi çalışırsa, "üretken bir emekçi" olacağı örneğini vermiştir. Üretken emeği de, üretken olmayan emekten ayırt etmek için, "Üretken emek sadece, emek gücünün kapitalist üretim süreciyle ilgili bütün ilişkisini, biçimini ve anlamını belirten bir özlü terimdir. Ne var ki, öteki emek türlerinden bu farklılık çok büyük bir önem taşır, çünkü bu ayrım, bütün kapitalist üretim tarzını ve bizzat kapitalizmin üzerinde temellendiği özgül emek biçimini tam olarak ifade eder" açıklamasını yapmıştır. Üretken olmayan geliri sağlayanın emek olduğunu ifade eden Marx, bu kategori içinde "sanatçılar, hatipler, aktörler, öğretmenler, hekimler, rahipler, vb."nin yer aldığını, bunların çoğunun devlet ya da kilise tarafından istihdam edildiğini ve verdikleri hizmetin karşılığı olarak gelir aldıklarını ve bu nedenle üretken olmadıklarını belirtmiş ve "Örneğin, bir aktör ya da bir soytarı, tanımı gereği, ücret olarak aldığı miktardan daha fazla emek verdiği bir kapitalist hesabına çalışıyorsa üretken bir emekçidir; götürü iş yapan ve kapitalistin evine gelip ona pantolon diken bir terzi üretken olmayan bir emekçidir. Birincisinin emeği sermaye ile ikincisinin emeği gelirle karşılanır." diye bağlamıştır **(Marx 1975)**.

Marx' la emek türlerinin değerlendirmesine giriş yaptıktan sonra, hekim emeğinin emtia üreten işçinin emeğinden ayırt edilmesi noktasına gelelim. "Mal üretmek için işe alınan işçi kapitaliste bir hizmet sunar ve bu hizmetin bir sonucu olarak, elle tutulur, satılabilir bir nesne bir emtia olarak biçimlenir. Peki emeğin yararlı etkileri bir nesneyi biçimlendirmiyorsa ne olur? Bu türden emeğin doğrudan tüketiciye sunulması gerekir, çünkü [burada] üretim ve tüketim eş zamanlıdır." diyen Braverman, yanıta katkıda bulunmuştur. Marx da, üretken emeği maddi malların üretimiyle aynı görme, insani hizmetleri dışlama eğiliminde olmuştur. Bunun o dönem kapitalizmin gelişme düzeyi ile ilişkili olduğunu düşünen Braverman, "İşçi [bu] emeği doğrudan onun sonuçlarından yararlanana sunmadığı, ancak onu emtia piyasasında yeniden satan bir kapitaliste sattığı zaman, hizmetler alanında kapitalist üretim tarzıyla karşılaşırız" diyerek, ileri kapitalizmde hizmet mesleklerinin yakın zamanda "üretken" bir bölüm oluşturmaya başladıklarını belirtmiştir **(Braverman 1974)**.

Tıp ile değer arasındaki bağlantıyı anlatmak için, Mc Kinlay de otomobil örneğini vermekte, erken dönemlerde otomobil görece basit bir emtia olduğunu, bu üretimin insanlar için ulaşım ihtiyacını karşılıyor olduğunu, yıllar sonra ve özellikle kapitalizmin yapısal ihtiyaçlarını karşılamak için çok ve çeşitli biçimde zorunlu olmayan kullanım değerlerinin zorunlu kullanım değerine sahip olan özgün emtiaya birbiri ardı sıra eklendiğini, neredeyse zorunlu parçalardan ziyade gereksiz parçalardan (eklenmiş değer) kaynaklanan arabanın değerinin daha fazla yol açtığı bir durum ortaya çıktığını belirtmektedir. Giderek ilk otomobil ile bugünkü arasında çok az benzerlik kaldığı, zorunlu-gereksiz parçalar ayrılsa bile gereksiz parçalardan oluşan bir otomobil almanın mümkün olmadığı, hepsinden önemlisi de otomobil üretiminin gereksiz parçaları arttıkça, gerekli parçaların üretiminde kullanılandan daha çok işçi çalıştırmak gerekmiş olduğu ve bu işçiler daha fazla artı değer üretmiş olduğu saptaması yapılmıştır **(Mc Kinlay**

1977). Tıp işletmelerinin bu örnekle kıyaslanabilir olduğu ileri sürülerek, vazgeçilmez insani ihtiyaçları karşılamak için gerçekleştirilen görece basit ve mümkün olduğu kadar etkin işlemler setiyle başlayan sağlık hizmetinin, kapitalizm altında, gittikçe daha karmaşık, ancak etkisiz, gereksiz kullanım değerlerinden oluşan bir yapıya dönüşmüş olduğunun altı çizilmektedir. Tıbba gereksiz eklenen unsurlar olarak tıbbi teknolojinin müsrifçe kullanılması, gereksiz yardımcı testler, "ritüelistik" cerrahi, hastanelerin aşırı kullanılması, vb. nı gösteren Mc Kinlay, bu türden toplumsal olarak boşa harcanan faaliyetlerin, muhtemelen tıbbın etkin ve zorunlu kullanımını olumsuz yönde etkilediğini, ortalama insanın da bu iki şeyi ayırt etmesinin imkansız olduğunu, hatta günümüzde tıbbın görece basit ancak etkili bölümünü pahalı ancak gereksiz ve etkisiz bölümü olmaksızın elde etmenin mümkün olmadığını, ve maalesef ki daha yüksek düzeyde eğitim görmüş emekçilerin artık tıp alanında geçerli olan bu gereksiz ek değerlerin üretimi görevini üstlenmiş olduğunu, böylece emeklerinin toplumsal olarak ziyan edildiği, daha yüksek düzeyde eğitim görmüş emekçilerin tıp alanında bu türden gereksiz ek değerler üretimi için toplumsal olarak faydasız bir görevi üstlenmiş olduğunu ve toplumsal olarak yararlı, etkin ve düşük teknoloji gerektiren işlerle daha az meşgul olduğunu söylemektedir **(Mc Kinlay 1977)**.

Başta ABD ve gelişmiş kapitalist ülkelerde olmak üzere, tıp işletmesinin, kapitalizmin mantığına tabi olduğu için, başat olarak etkisiz ve gereksiz kullanım değerinin imalatıyla meşgul olduğu, sonuçta gittikçe artan sayıda sağlık emekçisinin, toplumsal olarak israf edilen emeğe katılmak durumunda kaldığı söylenebilir. "Üretilen kullanım değerinin kapsamına ve niteliğine bakılmaksızın, bu emek üretken olduğu sürece-yani sadece sermayenin değişen bölümünü yeniden üretmekle kalmayıp, ek olarak sağlık hizmeti üretiminin arkasındaki çıkarlar için artı değer ürettiği sürece-devam edecektir ve kolektif ihtiyaçlarla ilgisi olmayan gereksiz kullanım değerlerinin üretimi genişleyerek sürecektir" **(Mc Kinlay 1977)**.

Marx' ın bir yanda toplumsal olarak yararlı ve yararsız emek, diğer yanda üretken ve üretken olmayan emek ayrımları temelinde, sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır **(Mc Kinlay 1977' den türetilmiştir)**:

	Üretken Emek	Üretken Olmayan Emek
Toplumsal Yararlı Emek	Toplumsal olarak yararlı emek harcayan, aynı zamanda şimdiki sistem içinde üretken olan hekimler	Toplumsal olarak yararlı emek harcayan, ama şimdiki sistemde üretken olmayan hekimler: genel pratisyenler, temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler
Toplumsal Yararsız Emek	Toplumsal olarak israf edilmiş emek harcayan, ancak şimdiki sistem içinde üretken emekçiler olan hekimler: yüksek teknoloji kullanan hekimler	Toplumsal olarak israf edilmiş emek harcayan, aynı zamanda şimdiki sistem içinde üretken olmayan emekçiler durumundaki hekimler (yapısal olarak en duyarlı grup)

Kapitalizm koşullarında, tıp açısından önemli olan, etkinlik ve toplumsal yarar sorunlarına bakılmaksızın, hekimlerin üretken olmaya devam etmesidir. Ücret biçiminde aldıklarından daha fazlasını, toplumsal artık biçiminde dönüştürmeleridir. Yani, hekimlerin özel konumlarının açıklanması, onların etkinliğinde ya da toplumsal faydalarında değil, üretkenliğinde bulunmaktadır.

7. HEKİMLERİN TOPLUMSAL VE SINIFSAL KONUMLARI İLE İLGİLİ GELİŞTİRİLMİŞ BAZI TEZLER

Hekimlerin toplumsal konumları ile ilgili olarak, 1950'li yılların ikinci yarısından itibaren birçok tez ileri sürüldü. Bu tezlerden en tipik olanları aktarmaya çalışacağım.

Mesleksel(Profesyonel) Egemenlik/Hakimiyet Tezi:

Mesleki egemenlik tezini ilk gündeme getiren Freidson, bu tezinin ana noktalarını şu şekilde özetledi: Mesleksel egemenlik kurmanın bir biçimi, yapılan iş üzerinde özerklik elde etmektir. İkincisi, bu alanda çalışan diğer insanların işi üzerinde de bir kontrol kurmaktır. Bu tip kontrol, özerkliğin ötesinde bir güç sağlar. Mesleki egemenliğin son kaynağı, kurumsal güçtür. Weber' in toplumsal otorite tahlili temelinde yapılan bu belirlemeye göre, "bir meslek, değerli ve karmaşık bilgi istemini, kültürel ve hukuksal yetkiye ve bu yüzden kurumsal yetkiye dönüştürür. Yetki alımındaki her ilerleme, mesleksel egemenliğin daha ileri boyutlara taşınmasında yeni bir adım sayılır." **(Aktaran Light ve Levine 1988)**.

Freidson, hekimlerin tıbbi üstünlüğü ele geçirmesi ile, istedikleri yerlerde çalışmaya başladıklarını, bu yüzden çok sayıda kişinin hizmet alamadığını, dolayısı ile bireysel özerkliğe sığınarak hekimlerin, toplumsal görevlerini ihmal ettiklerini ifade etti. 1980'lerde Freidson kadın sağlığı örgütlerinden tüketici sağlığı örgütlerine kadar hekimlik mesleğine gelen saldırılara, kâr amaçlı şirketlerin belirmesine, maliyetin baskısına, tıp mesleğinin değişen kalıplarına, tedavi hizmeti veren organizasyonların artışına, hekim arzının artmasına ve rekabetin büyümesine rağmen, hekimlerin halen egemen konumlarını sürdürmelerini, hukuksal olarak karar vermelerine ve diğer tıbbi işleri gözden

geçirmeye yükümlü olmalarına bağlıyordu **(Light ve Levine 1988)**.

Aslında tıbbi sosyolojideki temel referanslardan biri olan Parsons' un formülasyonuna ilk meydan okuyan kişi olarak Freidson, "bir meslek dışı danışma sistemi kavramının oluşmasını sağlamak, hekim-hasta ilişkisindeki çatışma unsurlarını aydınlatmak, hastaların tıp örgütleri ile kurdukları ilişkiyi betimlemek"le de önemli bir yere sahiptir. Freidson, hekimlerin toplumdaki özel konumlarını elde ediş şekline ilişkin üç ayrı dönemde yazdığı üç ayrı yayınla yanıtlar vermiştir. Öncelikle, Freidson, hekimlere kamunun özel bir statü vermesini, daha çok siyasi faaliyet aracılığı ile kamunun ikna edilmesine bağlamaktadır. "Araştırmaya dayanan ya da bilimsel mesleklerin yalnızca siyasal, ekonomik, ya da toplumsal seçkinlerin desteğini kazanmak suretiyle oldukça güvenli bir statüyü kazanabildiklerini ve muhafaza ettiklerini, ancak tıp gibi danışmanlık niteliğindeki bir mesleğin güvenli bir statü kazanmak için genelde kamunun desteğini sağlamak için kendisini cazip hale getirmek durumunda olduğunu öne sürüyorum. Bu durumda kamunun tercihi tıbbın bir meslek olarak gelişmesi bakımından kritiktir" **(Freidson 1970a)**. Freidson, aynı zamanda hekimlik mesleğinin bu özel konumunun nihai olarak devletten türediğini de ifade eder. " Bir mesleğin analizinde temel alınması gereken şey, onun modern toplumdaki nihai iktidar ve otorite kaynağıyla, devletle, olan ilişkisidir. Tıp mesleği örneğinde, mesleğin her bakımdan sahip olduğu gücün büyük kısmı, pratikte yasal olarak desteklenen tekel üzerinde temellenir. Bu tekel, bir liyakat sistemiyle işler..." **(Freidson 1970 b)** Tıbbın yapılan iş üzerindeki denetiminin temelinin siyasal olduğunu belirten Freidson, mesleğin üstünlüğünün gerçekleştirilmesi ve korunmasında devletin yardımının gereğini vurgulayarak, bir mesleğin, özelde de hekimlik mesleğinin özerkliğinin-kendisinden nihai olarak özerk olmadığı-egemen devletle olan ilişkisine borçlu olduğunun altını çizer **(Mc Kinlay 1977)**.

Freidson, yine mesleğin özel konumunun, tanımlanmamış stratejik seçkinlerin kutsamasıyla güvence altına alındığını ifade eder. "Bir meslek toplumun seçkinlerinden oluşan belirli bir stratejik tabakasının koruma ve himayesi sayesinde kendi konumunu sağlar ve bu konumu muhafaza eder. Bu tabaka, söz konusu mesleğin özel bir değere sahip olduğu konusunda ikna edilmiştir. Böylece mesleğin konumu seçkinlerin siyasal ve ekonomik etkisiyle güvence altına alınır. Bu seçkinler mesleğe kefil olurlar. Buradaki siyasal ve ekonomik etki, rakip meslekleri aynı iş alanının dışına süren, seçilen mesleğe atfedilen rekabetçi avantajlar nedeniyle diğerlerinin cesaretini kıran ve hâlâ başkalarının bu mesleğe tabi kılınmasını gerektiren bir etkidir...

Mesleğe imtiyazlı konumu toplum tarafından verilir...

Egemen durumdaki seçkinlerin, mesleğin pozitif değerine ya da en azından zararsızlığına ikna edilmesi, böylelikle onu tecavüze uğramaktan korumaya devam etmesi, mesleğin sürebilmesi için esastır." **(Freidson 1970 a)**.

Hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin tıbba egemen olduğu tezini geliştirenlerden biri de, Ivan Illich' dir. Profesyonellerin "neyin yapılacağına, kimin için yapılacağına ve hangi derecelerde zorlatılacağına" karar verdiklerini, otoritelerini de bunun üzerine inşa ettiklerini ileri süren Illich, "...Bu tür mesleki bir gücün varolabilmesi, o toplumun seçkinlerinin meşruiyet kazanmış olması veya bizzat meslek erbabının seçkinlerden sayılması ile olasıdır. Profesyonel güç, nizam koyma hakkının özel bir tezahüründen başka bir şey değildir. İşte bu nizam koyma gücü, endüstri toplumlarında kontrolü elde bulundurma gücünü profesyonellere vermektedir." demektedir. Profesyoneli profesyonel yapanın, bir kimseyi müşteri olarak belirleme, müşterisinin ihtiyacının ne olduğuna karar verme ve eline derdine deva olduğunu ileri sürdüğü bir reçeteyi tutuşturma otoritesini elinde bulundurması olarak tanımlayan Illich, bu profesyonel otoritenin içinde şu üç rolün mevcut olduğunu belirtir: "herkesten akıllı olduğu için tavsiyede bulunma, eğitme ve yönetme rolü; sadece faydalı olduğunun değil ama aynı zamanda zorunlu olduğunun kabulünü talep eden moral otorite rolü; profesyonellere, müşterisinin çıkarları için gerektiğinde varlığını bile tehlikeye sokacak girişimlerde bulunabilme hakkını tanıyan karizmatik otorite rolü." Tıbbın insanlar için sağlıklı yaşamanın gereklerinin neler olduğunu belirleme hakkını ele geçirdiğini, böylece yaşamımızın her aşamasında hükümran olan ögelerden biri olma vasfını kazandığını söyleyen Illich, sağlık uzmanlarının toplum için hangi tıbbi tedbirlerin alınmasının gerekli olduğunu belirleme hakkını ele geçirdiğini, artık karşımızda duranın, "toplumun tamamına gereksinimlerinin ne olduğunu dikte eden, potansiyel hastaları tespit etme amacıyla bireylerin tamamını elden geçirme hakkını kendinde gören bir holdingin temsilcisi" olduğunu ileri sürmektedir. Halkın, mesleklerin hükümranlık alanının giderek genişlemesini kabul etmesi olgusunu politik bir olgu olarak niteleyen Illich, mesleklerin yasal sınırlarını genişletme yolunda attığı her adımın, siyasi otoritenin yasama, yürütme ve yargı alanındaki otoritesinin bir parça daha aşınması anlamına geldiğini belirlemektedir. "Halka ait işlerin yönetimi, halkın temsilcilerinin elinden bir sabun köpüğü misali kayıp, kerameti kendinden menkul otoritelerin eline geçmektedir. Son yıllarda...tıp, halkla ilgili normların bir kısmını oluşturma hakkını ele geçirerek yasal otoritenin hükümranlık alanına tecavüz etmiştir." Profesyonelleri, insanların varkılınmış ihtiyaçları üzerinde iktidar olmakla suçlayan Illich, insanların bazı illüzyonlarla cari düzenin kölesi haline getirdiklerini söylemektedir. Bu illüzyonlar insanların tüketici olarak doğdukları, amaçlarına, ihtiyaç duydukları hizmetleri ve servisleri satın alarak ulaşabilecekleri yolundaki fikir; teknolojik gelişmeyi profesyonel hükümranlığın nüfuz alanının genişleyip derinleşmesine imkan hazırlayan bir mühendislik ürünü olarak görmek; halk için yapılmış aletlerin işe yararlılığının profesyoneller tarafından test edilmesi yolundaki inanç; gelişmelerin sınırlarını belirleme hakkının uzmanlara ait olduğunu sanmak; profesyonellerin müşterilerini kendi kendilerine yardım yolunda profesyonelleştirmeyi amaçlayan kişiler olarak kahinlerin yerini almaları olarak sıralanmıştır **(Illich 1977)**.

"Deprofessionalization/Profesyonelleşmeme" Tezi:

Sanayi sonrası toplumların yakın bir süreçte profesyonelleşeceği tezine karşın, Haug, gelecekteki eğilimin "profesyonelleşmeme" yönünde doğrultusunda olacağını belirtti. Haug, profesyonelleşmeme kavramını, "profesyonellerin bilgi üzerindeki tekellerini, hizmet anlayışları hakkındaki kamu inancını , işteki özerklik beklentilerini ve müşterileri üzerindeki kaybettikleri biçiminde" tanımladı **(Aktaran Light ve Levine 1988)**.

Mesleklerin etkisini azaltan etmenleri bilgisayarın çıkması ile bilginin daha hızlı yayılması, okur yazarlığın artması ve meslek üyelerinin, müşterilerinin çıkarlarından çok kendi çıkarlarını korumaya eğilimli olmaya başlamaları ile halk arasında hoşnutsuzluğun artması olarak sıralayan Haug, mesleki kararların meslekten olmayan kişilerce sorgulanmaya tabi tutulmaları ve mesleklerin itibarının sönmeye başlaması ile, uzman bir otorite ve özerkliğe yönelik meydan okumaların daha sık ortaya çıkabileceği saptamasını yapmıştır. Mesleki pratiğin bürokratikleşmesi ile yok olma tohumlarını da kendi içinde taşıdığını belirten Haug, vatandaşın hekimlerin otoritesine karşı çıktığını ve karar verme sürecine katılmak istediğini de saptadı **(Light ve Levine 1988)**.

Haug 1973' de ilk kez ortaya attığı tezini zaman içinde geliştirmiş, özellikle hekimlerin tıbbi bilgi tekeli konusundaki ayrıcalıklarının azaldığı, hasta üzerindeki otoritelerinin giderek zayıfladığı,mesleki özerkliklerinin tehlike altında olduğunu vurgulamıştır. Tıbbi bilginin bir bölümünün popülarize olduğu, herkesin kendi doktoru olması yönünde yazılan kitapların tıbbi bilgi tekelini zayıflattığı, giderek vücudun belli bir organı ya da fonksiyonu üzerinde uzmanlaşan akademisyenlerin artmasının tıbbi bilgide bir çarpıklığa yol açtığı, tıp fakültesi ve diğer eğitim süreçlerinde öğrenen çok fazla bilginin sınavlara hazırlanırken ya da tıbbi pratik nedeniyle önemli bölümünün unutulduğunu ifade eden Haug, hekimlikte deneyimin bilgi kadar önemli olduğunu vurgulayarak, hastaların da deneyim kazandığını, örneğin "yedi çocuklu bir annenin,'kolik' tedavisi konusunda yeni uzman çocukçudan daha bilgili olabileceği"ni söylemektedir. Bilgisayarın hastalık tanıları için ve muhtemel tedavi şemaları geliştirmeye kadar işi vardırmasının, bir yanı ile tıbbi kararın yerini bilgisayar teknolojisinin alması olduğunu belirtiyor **(Haug 1988)**.

Daha önceleri hekim reçetesine uymamak şeklinde yansıyan hekime itaatsizliğin, halkın hasta hakları konusunda bilgilenmesi ve karar süreçlerine katılma isteği ile açık bir hal aldığı saptamasını yapan Haug, hekimlerin hastaları ile açık ve anlaşılır bir dille konuşmaları, gizemli anlaşılmaz sözcükler kullanmamaları yolunda uyarıldığı, genç ve eğitimli hastaların haklarını aramak konusunda daha ısrarlı olarak hekimleri zorladığını, artık hekim otoritesinin sorgulanmadan itaat edilen bir durumdan çıktığını ve "tıbbi otoriteye başkaldırı" başladığını ifade etti **(Haug 1988)**.

"Hekim otoritesi, hasta üzerindeki meşru güce karşılık gelirken, hekim özerkliği, meslektaşların ya da örgütsel kısıtlamaların ötesinde bulunmak anlamındadır" diye belirten Haug tarafından, hekimin gündelik kararlarının teknik olarak yerindeliğini inceleyen işlemlerin artması, bu incelemelerde hekim yetersizliklerinin saptanması bir yönü ile otoriteye kıyasla daha yavaş da olsa, özerkliğin azalması olarak yorumlanmaktadır. Bu bağlamdaki bir başka gelişmenin hekimlerin çalıştıkları ya da iş yaptıkları bürokratik kurumlarca daha fazla denetlenmesi ve kısıtlanması olduğunu söyleyen Haug, hekimlerin daha fazla denetime gideceği ve bu denetim süreçlerine giderek hastaların da katılacağının işaretleri olduğunu belirtmektedir. Sonuçta Haug, tezinin bir hipotez olduğunu, eldeki bulguların geçerliliğin kanıtlama yönünde % 95 yeterliliğe sahip olmamakla birlikte, reddedilmesi yönünde de bir kanıt olmadığını belirterek, "Hastasıyla yüz yüze ilişkisinde hekimin eski otorite-temelli rolünün eskiden olduğu gibi yaygın bir şekilde benimsenmediğini biliyoruz. Son olarak, yeni resmi düzenlemeler ve örgütlenme biçimleri, işinin birçok yönünde hekim özerkliğini engellemektedir" saptamasını yapmaktadır **(Haug 1988)**.

Proleterleşme Tezi:

Profesyonellerin, özelde de hekimlerin proleterleştiğine ilişkin tez, bir yanı ile ondokuzuncu yüzyıldaki zanaatçıların işlerinin rutinleşmesi ve hünerlerini yitirmeleri ile bugün hekimlerin yaşadıkları arasında bir paralellik kurma üzerine temellendirilmiştir. Özü itibariyle teknolojik gelişmelerin profesyonelleri sermayeye daha bağımlı kılması, bu bağımlılık büyürken, sermayedarların üretimi biçimlendirme gücünün büyümesi ve giderek belki de profesyonellerin bilgisine ihtiyaç duyulmayacak bir sanayi teknolojisi geliştirilmesi şeklinde sıralanabilecek bir tablo...**(Light ve Levine 1988)**.

Hekimlerin proleterleşmesi konusunda en yoğun çalışmayı ve en net sayılabilecek formülasyonu Mc Kinlay ve Arches yapmıştır. Proleterleşme kavramını "mesleki bir kategorinin...bazı ayrıcalıklar üzerindeki kontrolünün elinden alınması ve kapitalizmin elindeki üretimin giderek artan yoğun taleplerine bağımlı kılınması süreci" olarak tanımlayan MMc Kinlay ve Arches, proleterleşilerek kaybedilen ayrıcalıkların hepsi farklı şekillerde bir mesleğin görece gücüyle ilgili olduğunu ve genellikle en az aşağıdakiler üzerinde gücünü kaybetmeyi içerdiğini belirttiler: mesleğe giriş koşulları, eğitimin içeriği, işin zamanı ve kapsamı bakımından bağımsızlık diye tanımlanabilen özerklik, emeğin nesneleri (bir malın üretilmesi ve müşterilere hizmet verilmesi gibi), iş alet ve araçları, emeğe biçilen ücret miktarı. Aynı kavramı Oppenheimer, "a) sürecin bütünü içindeki tipik bir işçinin sadece bir ya da birkaç tane görevi yerine getirebildiği geniş çaplı iş bölümünün olduğu, b) işin yönünün, iş alanının özelliklerinin, üretimin doğasının, kullanıma sunulmasının ve pazar ilişkilerinin, işçilerin kendileri tarafından değil, daha yüksekteki yetkililerce saptandığı(özel ya da kamu bürokrasileri), c)işçinin biricik kaynağı olan ücretinin, bireysel olarak yapılan yüz yüze pazarlıklarla değil, ekonomik süreçler ve geniş ölçekli

pazar koşulları tarafından belirlendiği, d) işçinin gittikçe kötüleşen yaşama ve/veya çalışma koşullarından kendini kurtarabilmek için bir yolunu bulup kolektif pazarlığa kaydığı; durumları içeren bir iş' in 'ideal' tipi" olarak tanımlamaktadır **(Oppenheimer 1973)**. Mc Kinlay ve Arches, proleterleşme eğiliminin hekimler arasında eşit ve aynı hızda olmadığını, sadece hekimleri ilgilendiren bir süreç olmadığını, ayrıca sürecin tamamlanmamış bir süreç olduğunu belirleyerek girdikleri tezlerini temel olarak bürokratikleşme üzerine inşa etmişlerdir. Hekimler açısından proleterleşmenin, temelde tıbbi bakımın bürokratikleşmesinin bir sonucu olarak ortaya çıktığını ileri süren Mc Kinlay ve Arches, bürokrasinin gelişmesi ile hekimlerin kendi iş güçlerinin düzenlenmesindeki denetimlerinden vazgeçmeye zorlandıklarını, bunun da toplumdaki diğer işçilerin çoğu üzerinde kapitalizmin baskın olması gibi ücret ve maaşlara karşılık satılan ve gittikçe artan sömürüde diğer gruplar için bir artı-değer yaratılmasını içerdiğini, diğer işçilerin proleterleşmeye hızla ve kolaylıkla boyun eğmesine rağmen, hekimlerin kendi etkinlikleri için yapay bir kısıtlılık değeri(diğer taktiklerin yanı sıra, personel kabulünde makul olmayan niteliklerin aranması, uzun ve pahalı eğitim dönemleri, ileride işin bırakılmaması için getirilen denetleme sistemi, bu yapay kısıtlılık ve yetersizliğin korunmasını ve devamını yapısal olarak güvenceye almaktadır) yaratmayı başaran meslek örgütlerinin kurulması ile bu süreci geciktirdiklerini belirtmişlerdir **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**.

Tezlerinin temelini bürokratikleşemeye oturtmaları nedeni ile çok kapsamlı bir bürokratikleşme tahlili yapan Mc Kinlay ve Arches, bugünkü tıbbi uygulamanın önceki biçimlerden farklılaştıran, hatta değiştiren tek özelliğin tıbbi pratiğin bürokratikleşme derecesi olduğunu ileri sürmektedirler. Tıbbi bakımın bürokratikleşmesinin nedenleri olarak, rasyonalite, merkezileşme ihtiyacı, ölçeğin ekonomik durumu, tıbbi teknolojideki gelişmeler, tıbbi bakımın niteliği ve yeterliliğine dair iddialar gibi kriterleri sıralayan Mc Kinlay ve Arches, ekonominin tüm sektörlerinde olduğu gibi tıp/sağlık alanında da bürokratikleşmenin kapitalizmin rasyonalitesinin kaçınılmaz bir sonucu olduğunu belirtmektedirler. "...bürokratik organizasyonun; doğrudan kapitalizmin kendi ayrıcalıklarını geliştirmek ve korumak için temelde yaygın sosyal kontrol biçimlerinin uygulanması yoluyla kapitalizmin bu mantığına maruz kalan tüm kurumlara duyduğu ihtiyaçtan kaynaklandığı iddia edilmektedir. Tarihsel olarak, bürokratikleşme, kapitalizmin belli başlı taleplerinin sağlandığı ve onun ayrıcalıklarının korunduğu bir mekanizma olagelmiştir." Bu kontrol düzeylerini, kapitalizmin, bir organizasyonun nihai amacını (kâr etme) ve belli bir organizasyonel işin gereği gibi nasıl gerçekleştirileceğini belirleyen kültürel dokuyu yaratan yaygın kapitalist ideolojiyi belirlemesi; herhangi bir formel organizasyonda yer alan işçinin bireysel tutumunun, onun eğitim, beceri ve uzmanlık düzeyine rağmen, önceden varolan hiyerarşik yapılar ve bir dizi düzenleyici normlar tarafından kısıtlanması; hizmetlerin alıcısı kişilerin /müşterilerin davranışlarının, çoğunlukla onların farkında olmadığı, diğer iki düzeyde işleyen süreçlerle kısıtlanması şeklinde özetlenebilen üç farklı düzey olarak ifade etmektedir, Mc Kinlay ve Arches. Bürokratik bir organizasyonun işin yönü ve hızını kontrol etmek kadar, bağlılığı ve disiplini sağlamak gibi işlevi olduğunu belirterek, işçi performansının ölçümünde standardize edilmiş değerlendirmelerin kullanımının, itaati ve bireyselleşme ile donatılan eğilime dayalı kontrolü kolaylaştırdığını, bu bağlamda hekimlerin hastayı kaç gün hastanede tuttuğu, istedikleri tetkiklerin sayısı vb ölçütlere göre değerlendirmeye tabi tutulduklarını söylemektedirler **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**.

Peki, hekimlik etkinliklerinin bürokratikleşmesine nasıl ulaşıldı? Mc Kinlay ve Arches, bu soruya, devletin (ABD' de) 1970' li yıllardan itibaren tıbbi bakıma büyük ölçekte para ve sanayi sermayesi akımını kolaylaştırması şeklinde yanıt vermekte, özellikle vergilendirme sistemiyle küçük ölçekli işlerden ve özel girişimcilerden gelen sermayeyi kendine tahsis ederek onların rekabet temellerini sarstığını, hem tekelci sermayeye, hem de devlete giderek daha fazla bağımlı olmaya zorunlu kıldığını belirtmektedir. Tıbbi etkinliklerin çok fazla bürokratikleşmesi, bu bürokratik işlemlerin altından hekim ve küçük sağlık işletmelerinin yerlerini, daha büyüklere terketmesine yol açtığını da vurgulayan Mc Kinlay ve Arches, devletin de hekimlik etkinliklerini-özellikle parasal denetim amacı ile-standardize etmeye yöneldiğini ifade etmektedir **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**.

Malpractice nedeniyle hekimlerden alınan yüksek para cezaları ve primler, hekimleri ABD' de geleneksel hekimlik uygulamalarından kaçmaya yönlendirmesi, bu nedenle hekimlerin endüstriyel kuruluşlarda, araştırma kurumlarında, orduda çalışmaya kaymaları da bürokratikleşmeye giden yolun gerekçeleri arasında sayılmaktadır. Ayrıca, tıp eğitiminin giderek teknolojiye daha fazla bağımlı olmasının da, bürokratikleşen tıbbi pratiğin yaygınlaşmasını getirdiği belirtilmektedir. Tıpta aşırı uzmanlaşma sonucu, özellikle bazı uzmanlık alanlarının büyük bürokratik yapılar dışında varolmasının engellenmesi de, bürokratikleşme gerekçeleri arasında sıralanmaktadır. Hekimlerin iradi bir seçimle değil, bireysel kontrollerinin ötesinde, yukarıdaki gelişmelerin sonucu, bürokratik tıbbi pratiğin içinde yer aldığını belirten Mc Kinlay ve Arches, bu gelişmeler karşısında bir kısım hekimin de bir araya gelerek şirketleşme veya benzeri bir yolla, bürokratikleşmeyi mesleki açıdan uygun bulduklarını da ifade etmektedirler. Bu da, bürokratikleşme yolu ile proleterleşme sürecine bir direniş olarak da yorumlanmaktadır **(Mc Kinlay ve Arches 1985)**.

Özetle, kapitalizmin genişlemesinin, bir toplumsal kontrol biçimi olarak daha çok bürokrasiye neden olduğu; artan bir şekilde hekimlerin düzenleyici kurallar ve yönetsel hiyerarşinin tıp hizmetlerinin biçimlendirdiği bürokratik örgütlerde maaşla çalışmaya başladığı; hızlı bir şekilde büyüyen bir sayıda hekimin piyasadaki gücünün azaldığı ve bu durumun, kuralları oluşturmada bürokratik gücü artırdığı; teknoloji temelinde yapılan eğitimin öneminin artmasının mezunları daha büyük örgütlere bağımlı hale

getirdiği; profesyonellerin eğitimine "değerlerdeki nötrlük" ya da "tarafsız bir şekilde ilgi gösterme" gibi konuların vurgulanmasının, gayrı insani bürokratik tıp yaklaşımlarıyla çok iyi çakıştığı saptamalarını yapan Mc Kinlay ve Arches, uzmanlaşma ve alt uzmanlaşmanın, çalışanlara daha az ödeme yapılması, makamları çabukça değişir hale getirme ve emeklerinde daha çok artı değer çıkarabilmek için başat bir kapitalist teknik olarak hünersizleşmenin/ deskilling tohumlarını içerdiğini belirtmektedirler **(Light ve Levine 1988)**.

Bu tez, oldukça geniş tartışmalara yol açtı. Söz konusu teze yapılan itirazlardan bir bölümünün aktarılmasının yararlı olacağını düşünüyorum. Bu itirazlardan biri, Roemer' inkiydi. Bürokratikleşme kavramına itiraz ederek, yerine "toplumsal örgütlenme" kavramının kullanılmasını öneren Roemer,daha büyük ve etkili sağlık organizasyonlarının özel hekimlik, kötü yönetilme ve hatta hastaları dolandırmada aşırı özgürlükleri olan küçük işletme sahiplerinden daha sorumlu sağlık personeli yaratmada yararlı olacağını belirtmektedir. Hekimlerin ayrıcalıklarını kaybetmelerini sorun olarak görmeyen Roemer, sosyalist ülkeleri (makale,1986'da yazılmıştır) örnek göstererek, bu ülkelerde hekimlerin ABD' deki gibi kişisel yararlar sağlamadıklarını ifade etmektedir. Hekimlerin bir kurumda maaşlı çalışmasının proleterleşme olarak kabul edilmesinin bir yanlış ve yanılgı olduğunu ileri süren Roemer, "büyük şirketlerin çok yüksek maaş alan sağlık yöneticilerinin şirket yöneticilerinden daha çok sömürülme"diğini, özel hekimliğin yüksek kazançlarına karşın binlerce hekimin iş güvenliği, sosyal haklar, maaş karşılığı haftada 40 saat çalışmayı tercih etmesinin, "elbette...düzenli kazanç için bazı bireysel özgürlüklerinden vazgeç"mesi anlamına geleceğini söylemektedir. Tartışmada Marx' a referans vererek, sömürü kavramının "iş gücünden başka satacağı hiçbir şeyi olmayan işçiler için geçerli" olduğu saptaması ile Roemer, "zoraki de olsa, göreceli olarak eksik yetenekleriyle klinik ya da hastanelerde yüksek maaş karşılığı çalışan doktorların içinde yer aldığı sağlık hizmetlerinde de aynı ilişki"nin "kabul edilebil"eceğini belirtmektedir. Yine Roemer, tıp eğitiminin toplumsal maliyetinin çok yüksek olması ile nedeni ile, hekimlerin ortalama bir maaşla kamu sağlıklı programları ve kamu hastanelerinde, hatta zorunlu hizmete tabi olmalarının "mantıklı" olduğunu söylemektedir. Giderek dünyada ulusal sağlık hizmetlerinin artmasının, insanlar üzerine etkisini ihmal etmekle eleştirdiği Mc Kinlay ve Arches' e birçok ülkede bu tür örgütlenmelerin "seçkin özel hekimlerin" de aralarında bulunduğu birçok toplumsal güç tarafından engellendiğini yazan Roemer, ayrıca sendikalaşmanın hekimlerin proleterleşmesinin bir kanıtı olarak göstermenin de "kelime oyunu" olduğunu belirtmektedir. Buna bir örnek olarak da, ABD ve Avrupa' daki hekim sendikalarının toplumsal denetime karşı çıkma ve vizite ücretlerini belirleme özgürlüğü amacı ile oluşturulduğunu göstermektedir **(Roemer 1986)**.

Proleterleşme tezi konusunda Mc Kinlay ve Arches' le tartışan bir isim de Chernomas olmuştur. Mc Kinlay ve Arches' in hekimlerin kapitalizm koşullarında bürokratik organizasyonlar içinde özerkliklerini yitirdiği saptamasını yapmalarına karşın, bu gelişmenin sağlık kurumları üzerindeki sınırlamalarına değinmediğini, hekimlerin kapitalist girişimden bağımsız ele alınamayacağını ileri süren Chernomas, yazarların hekimlerin nasıl proleterleştiğini anlatmasına karşın, neden proleterleşmenin gerekli olduğunu anlatmadıklarını eklemektedir. Hekimlerin gücünün zayıflatılmasının doğru olduğunu ,ancak sağlık hizmetlerinin sermayesinin pazar gücünün zayıflatılmasının ön planda olduğunu belirten Chernomas, hekimlerin krizinin, kapitalizmi yeniden yapılanmaya zorlayan dünya ekonomik krizinin bir ürünü olarak sağlık hizmetleri için ortaya çıkan ve gelişen krizin sonucu olduğunu ileri süren bir karşı hipotez olduğu saptamasını yapmaktadır. Hekimlerin yaşadığı sıkıntıların, kapitalizmin birikim krizinden sağlık sektörünün etkilenmesinden kaynaklandığını söyleyen Chernomas, kapitalizm yeniden yapılandırılması sürecinde, maliyetlerin azaltılmasının temel olduğu saptamasını yapmakta, bunun da sağlık sektöründe çalışanlara yeni sınır ve gereksinimlerin dayatılması anlamına geldiğini belirtmektedir. "Sağlık hizmetlerinin küçük burjuva profesyonellerinin yanı sıra artan oranda kapitalistlerden satın alınması gerçeği, sadece hekimler için değil, bir bütün olarak sağlık hizmetleri sektöründeki krizin bir göstergesidir" şeklinde görüşleri özetlenebilen Chernomas, "...bağımlı hekimleri, sermayenin eşit olmayan tarafları arasındaki savaşta gerekli bir kayıp olarak görmek zorunda" olunduğunu, "başlangıçta, hekimlere göreceli özerklik veren aynı 'güçler'in, şimdi de bu özerkliği azaltmayı gerekli gördü"klerini ileri sürmektedir **(Chernomas 1986)**.

Bu konuda aktarmayı düşündüğüm bir tartışmacı da Navarro. Mc Kinlay ve Arches' te en iyi şekillendiğini düşündüğüm proleterleşme tezine en iyi eleştirilerden birini yönelten Navarro, "tıbbi profesyonellerin tıpta hiçbir zaman egemen güç olmadıkları gibi, ne yazık ki önemli bir güç bile olamamışlardır" dedikten sonra, bir süredir hekimlerin güçlerinin azaldığını, ama bu güç kaybının hiçbir zaman tıbbi profesyonellerin proleterleşmesi ile aynı şey olmadığını vurgulamaktadır. Navarro, proleterleşme tezini eleştirirken, Marx ve Engels' in "yanlışlığı kanıtlanan" öngörülerden birinin toplumlarımızın giderek artan proleterleşme süreci iki ana sınıfa ayrılacağı ifadesi ile toplumlarda giderek gelişen bir profesyonel teknisyen katman oluştuğuna işaret etmektedir. Proleterleşme sürecinin mesleki etkinliğin içeriği ve özü ile ilgili hakları üzerindeki denetiminden yoksun bırakılma ve gelişmiş kapitalizm altında gerçekleşen üretimin gerekliliklerine tabi olma sürecini içerdiği, fakat entelektüel etkinliğin el etkinliğine dönüştürülmesi de dahil pek çok başka süreci de içerdiği, ama proleterlerin başkasını sömüremeyeceği, denetleyemeyeceği gerçeği bağlamında hekimlerin profesyonel iktidarlarını yitiriyor olsalar da, "hekimler bu üretim birimleri üzerinde, proleterlerin kendi üretim birimleri üzerindeki etkilerinden çok daha fazla bir etkiye sahiptirler. Dahası, profesyoneller vasıfsız işçilere asla dönüşmeyeceklerdir" saptamasını yapmıştır, Navarro **(Navarro 1988)**.

Şirketleşme/Corporatization Tezi:

Önemli ölçüde proleterleşme tezini de kapsayan "şirketleşme" tezi, bu kavramı kullanım ve kalite kontrolü, fazla mesai ödeme şekilleri, uygulama kalıpları ve uygulamadaki düzenlemeler üzerindeki sınırlamaları, piyasayı bireysel ya da küçük grup girişimciliğinden çok kurumlu kompleksler halinde yeniden dönüştürmeyi ifade eden şirketlerin kontrol etme biçimlerine ilişkin deneyimleri dile getirilmesinde kullanmaktadır. Sadece işçi sınıfının değil, yönetici sınıfınkileri de kapsayan bu deneyimlere ek olarak, "şirketleşme ayrıntılı işlerini yerine getirebilmek için karışık örgütsel ve finansal düzenlemelere güvenen fakat diğer yanda bu örgütlerin işlerine karıştıklarını, hastalarla ilişkilerinde aracı gibi davrandıklarını ve toplumsal aracı düzeyde sahip oldukları itibarlarını zedelemelerinin mümkün olduğunun farkına varan hekimlerin paradoksunu da dile getirir." **(Light ve Levine 1988)**. Bu arada şirketleşme kavramı, "ideolojik proleterleşme" ile birlikte kullanılmakta, bu kavramla, meslek üyelerinin işlerinin nihai amaçları ya da ürünleri üzerindeki kontrolü kaybederken, teknikleri ya da araçları üzerindeki kontrolü ellerinde tuttukları anlatılmakta, bu çerçevede çoğu profesyonelin ideolojik proleterleşme içine girdiği ileri sürülmektedir. Bu şekilde, "profesyonellerin, kurumun amaçlarından kendilerini ayrı tutarak ve/veya işlerinin ürün üzerindeki kontrolünün önemini yadsıyarak kendilerini duyarsızlaştırdı"klarını belirten tez sahipleri **(Derber'den aktaran Light ve Levine 1988)**, şirketleşme kavramının bir yanıyla da, bir meslek içinde birlik eğilimini de geliştirdiğini ileri sürmektedirler.

8. TÜRKİYE' DE HEKİMLER?

(Soyer 1993, DİE 1996, Sağlık Bakanlığı 1997, Soyer-Belek 1998, Soyer 1995, Sayek-Kılıç 1997, Kasapoğlu-Bakır 1992)

Türkiye' de Batı'daki kadar olmasa da, hekim sayısı, daha doğrusu nüfus başına düşen hekim sayısında önemli bir ilerleme olmuştur. Cumhuriyetin ilk başlarında 344, 1928 yılında 1078 olan hekim sayısı, 1960' da 8024, 1980' de 27241, 1995' de ise 67798 olmuştur. Görüldüğü gibi, son 15 yıl içinde artan hekim sayısı, 1923-80 yılları arasındaki hekim sayısının neredeyse iki mislidir.

Bu süreç içinde bir gelişme de, hekimlerin toplam sağlık personeli içindeki oranının azalmasıdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında neredeyse, toplam sağlık personelinin yarısı hekimken, bugün hekimler, sağlık personeli içinde 1/3 'den az bir orandadır. Bir yandan hekim dışı sağlık personeli sayısı artarken, diğer yandan da yeni sağlık meslekleri ortaya çıkmıştır. Özellikle sağlık teknisyenliği alanında çok sayıda yeni personel yetişmiş, ayrıca sağlık eğitimcisi, diyetisyen, psikolog, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık mühendisi, tıp fizikçisi, vb. çalışanlar sağlık alanına girmiştir. Hekim, giderek sağlık ekibinin bu yeni üyeleri ile daha fazla içiçe geçmeye başlamıştır.

Hekimler, ülkemizde özel hekimliğin kamuda ve koruyucu hekimlik alanında çalışmaya kıyasla özendirilmesi ve piyasanın ağırlık kazanması ile, uzmanlaşmaya aşırı bir yönelme içine girmişlerdir. 1950' li yıllarda yaklaşık yarı yarıya olan uzman-pratisyen dengesi, 1960' lı yılların ortalarından itibaren uzmanlık lehine değişmiş, 1990' a kadar devam etmiştir. 1990 yılından itibaren pratisyenlerin ağırlık kazanması ise, bir tercihten ziyade bir zorunluluğun sonucu olmuştur. Çok sayıda hekim mezun olmasına karşın, onların uzmanlaşmasına yetecek kadar kadro olmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmanın seçenek olmaktan çıkarıldığı bir ortamda, TUS nedenli "bunalım"ın, yani uzman olamama bunalımının nedeni olmuştur. Diğer taraftan, "sıradan" uzmanlar, belli bir doygunluğa ulaşınca, Batı' dakine benzer "alt-uzmanlaşmalar", Türkiye' deki adıyla "süper ihtisaslar" gündeme gelmiştir.

Hekimlik alanında yaşanan bir diğer gelişme, hekimlerin bağımsız çalışma olanaklarının daralmasıdır. Türkiye' de bağımsız çalışma, geleneksel olarak son yıllara kadar özel muayenehanede çalışmak şeklindeydi. 1975 yılında yaklaşık 22 bin hekimin yüzde 38.5' u sadece muayenehanesinde çalışırken, 1995 yılında 70 bine yakın hekimin yaklaşık yüzde 15' i sadece özel çalışmaktadır. Bunun anlamı, bir yanı ile hekimlerin daha çok hastane ve diğer sağlık kurumlarında çalışmak durumunda kalmaları, bir yanı ile de sadece özel çalışma olanaklarının-pazarı aldığı nitelik itibarı ile- daralmasıdır.

Hekimleri istihdam eden en büyük kurum, devlettir. Türkiye' de hekimlerin yüzde 85' i Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler vb. şemsiye altında, devletle ilişkilidir. Zorunlu hizmetin kalkması ve kamunun daraltılması/çökertilmesi politikasının bir sonucu olarak, devletle ilişkisi olan hekim sayısı artmaya başlamıştır ve yakın dönemde de tıp fakültesi mezunu/kamusal istihdam olanağı dengesizliğinin sonucu olarak bu sayı daha artacağa benzemektedir. Böylece hekimler için yeni-çoğu özel- iş alanları görünmektedir.

Bu gelişmelere paralel bir gelişme ise, sağlık pazarının giderek büyümesi sonucu, hekimlerin daha fazla sağlık pazarı ya da özel işle temas etmesidir. Yılda neredeyse 2 milyar doları aşan sağlık pazarı, kamuda sıkışan ve geliri gerileyen hekimleri(ve diğer sağlık çalışanlarını) kendine çekmektedir. Bugün yüzde 85 olarak ifade edilen, devletle ilişkili hekimin yaklaşık yarısı, aynı zamanda özel bir iş yapmaktadır. Mesai sonrası muayenehane ya da özel poliklinik/hastane, iş yeri hekimliği, kurum hekimliği, vb. şeklindeki bu ek iş yapma eğilimi giderek artmaktadır.

Hekimlerin özel sağlık pazarına yönelmesindeki en önemli etmen, 1980 sonrası uygulanan kamu ücret politikasıdır. Bugün kamuda çalışan hekim, 1980' e kıyasla yüzde 50' den fazla bir reel gelir kaybına uğramıştır. Bu kayba, kamuda istihdam yaratıcı yatırımların azalması ve yoğun idari baskılar eklenirse, devlet eliyle yaratılan özel sektöre hekim kaymasına kimse şaşırmayacaktır.

1990 sonrası uç veren, giderek yayılan, gelecekte tüm

kamu sağlık sektörünü saracak olan bir başka gelişme de, hekimlerin konumunu değiştirmede ön sıraya oturmaktadır. Üniversite hastanelerinde başlayan ve kamu hastanelerinin birer ticari işletmeye dönüşmesi diye özetlenebilecek bu gelişme, hekimleri (ve diğer sağlık çalışanlarını) performans temelli bir ücret rejiminin içine sürükleyecek, iş güvencesinin yok olacağı, yöneticilerin ve onların temsil ettiği çıkarların yönlendirdiği istikamette iş yapmaya zorlanan sözleşmeli personeli yaygınlaştıracaktır. Bunun bir yanı da, bugün devlet hastanelerinde egemen olan klasik "feodal" angarya tarzı yerine, otoriter-baskıcı yönelimli kapitalist işletme tipine geçiştir. Artık, hekimler mesai sonrası, muayenehanelerine kaçmayacaklardır; çünkü "muayenehane" bizzat hastanenin içindedir, mesai sonrası/ya da giderek içi özel hasta bakarak hekim, performansına ve "işletmesine" kazandırdığı ölçüde kendi de kazanacaktır.

Türkiye sağlık sektöründe görülen önemli gelişme de, özel sağlık sektörünün kamu aleyhine gelişme göstermesi ile, uluslararası ve ulusal sermaye gruplarının sektöre yönelmeye başlamasıdır. Daha çok inşaat, turizm, vb alanlardaki küçük-orta büyüklükteki sermaye gruplarının yöneldiği sağlık pazarı, özellikle ithalata dayalı tıbbi teknolojinin payının artması ve devlet teşviklerinin artması üzerine daha büyük sermaye gruplarını da cezbetmeye başlamıştır. Küçük ve orta büyüklükteki sermaye gruplarının egemen olduğu sağlık kuruluşları, çalışan sağlık personelini ucuz emek olarak kullanma eğilimindeyken, büyük merkezler hekimlere ve sağlık personeline yeni bir çalışma rejimi dayatan kurumlar haline gelmişlerdir. Bu merkezlerde çalışan "star" hekimler, yaptıkları işin toplumsal yararı ne olursa olsun, bu hizmete ulaşabilme sorunu ile ilgilenmeksizin, kuruma kazandırdıkları para ölçüsünde para almakta ve buna uygun bir çalışma rejimi ile çalışmaktadırlar. Daha yüksek teknoloji kullanmak, daha çok para getiren teknikleri kullanmak, hekimlere daha çok kazandırmaktadır.

Bu anlamda ifade edilmesi gereken son bir gelişme, yakın dönemde yaşanacağı ileri sürülen hekim işsizliğidir. TTB, 40 aşkın tıp fakültesinden her yıl 4000 civarında hekim mezun olmasına karşın, buna denk düşen bir istihdam politikası uygulanmamasının sonucunun 2000 yılındaki anlamının yaklaşık 15 bin işsiz hekim olacağını açıklamıştı. Bu da bir yanda binlerce işsiz hekim ve sadece devletin verdiği maaşla geçinmeye çalışan idari baskılar altında, başka sağlık çalışanlarından maddi ve beceri olarak farkı kalmayan, hatta bazı durumlarda onlardan daha az kalifiye bir hekim grubu ile, özel sağlık pazarına kazandırdığı ölçüde kazanan "star"lar ve özel sağlık şirketi sahibi ve ortakları: Diplomalarından başka hiçbir ortak yanları kalmamış iki grup hekim arasında giderek artan bir uçurum...

Toparlayacak olursak, sadece kamuda çalışmak durumunda kalan- bugün-30 bin civarındaki hekim, artı, kamuda çalışıp geliri az olduğu için ek iş yapmak zorunda kalan bir o kadar daha hekim,artı ya da eksi, özel hastane ya da polikliniklerde ücreti ile çalışan hekimler, gelecekte mezun olacak ve "ne iş olsa yapmaya mecbur edilebilecek" hekimler ve bu durumun bile "lüks" karşılayacak işsiz hekimler; profesyonellik ideolojisinden ne kadar etkilenirlerse etkilensinler, sendikaların ya da sendika gibi davranmak zorunda kalan/kalacak olan meslek örgütlerinin hedef kitlesidirler. Yani, başkalarından farkı, sadece altı yıllık(bazıları 3-6 yıl ilave ile)bir yüksek öğrenimleri olan, eskisi gibi herşeyi bilmeyen, ücretliler topluluğu...

Batı' daki lüksü bile yaşayamamışlardır, ülkemiz hekimleri. Pazar olanaklarını kullanan ve insanların acılarından para kazanmaya çalışanlar dışında, hekimlik, Batı benzeri bir "altın dönem" yaşamamıştır. Tek tek bazıları hariç. Ne İngiltere' deki gibi kraliyet destekli , ne de ABD' deki gibi burjuvazi kayırmalı bir hekimlik iktidarı da olmamıştır. Hekimlik ve tıp kurumu, başından beri, yönetenlere yakın olsa da, Batı' daki gibi bir özerk iktidar sahibi olamamıştır. 1953 yılındaki TTB Yasası da, hekimleri devlet adına denetleme yetkisi verdi gibi görünse de, aslında bir yetki de vermemiştir, hekim meslek örgütlerine. 1970' li yıllardaki toplumsal gelişmeler sonucu, hekimler üzerinde önemli bir yetkisi olmayan hekim meslek örgütleri,tabip odaları, daha çok demokrasi ve özlük hakları ile ilgilenen birer muhalefet örgütleri olmaya yönelmişlerdir. 1980 sonrası ise, kötüleşen çalışma ve yaşam koşullarına karşı bir ses olduğu için, daha çok da bir pro-sendikal örgüt gibi olmuşlardır. Sınırlı sayıdaki yetkilerini ise, daha çok hekimlerin özlük hakları yönünde yaşama geçirmeye çalışmışlardır. Bu bağlamda, Türkiye' de bir hekimlik ve dolayısı ile hekim meslek örgütü iktidarından-Batı' daki düzeyde-bahsetmek olanaklı görünmemektedir. ABD ya da İngiltere' deki gibi bir sınıf ağırlığı da yoktur, hekimlik mesleğinde. Üst-orta sınıf, beyaz, erkek bir hekim profiline sahip Batı karşısında, Türkiye' de orta-alt gelir grubunun ağırlıkta olduğu kadın oranının Batı' dakine kıyasla yüksek olduğu bir hekim tipi vardır. Akademik yükselme ve özel iş yapmada, sınıfsal farklılığın etkisi artsa da, Batı benzeri bir sınırlamadan söz etmek zordur. Türkiye ' de hekimlerin önemli bölümünün, yaklaşık 2/3' ünün babası memur ya da bürokrat kökenlidir.

Yukarıdaki tabloyu belirleyen özet şudur: "1980 sonrası uygulanan çok sayıda hekim yetiştirme politikasının, devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin niteliksel gerilemesinin, uluslararası platformda emeğin kutuplaşmasının bilinçli bir sonucu olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi süreci de, yukarıda belirtilen durum çerçevesinde, ' nitelikli işgücünün kolayca iş bulabileceği, seçkin azınlığa hizmet verebilecek özel sağlık kuruluşları; görece niteliksiz işgücünün çok zor iş bulup, kolayca işsiz kalabileceği iş güvencesi asgari olan ve statüsünün altında iş yapmaya mecbur olacağı özel veya kamu kuruluşları; ve çok sayıda işsiz meslektaşı nedeniyle her koşulda çalışmayı kabul edebilecek sağlık personeli' tablosunun çok uzak olmadığını düşünüyoruz" **(Soyer 1986)**.

KAYNAKLAR

Badgley, R.F. ve Wolfe, S. (1967), Doctors Strike, New York, Atherton Press.

Bodenheimer T. ve ark. (1974), "Sağlık Sigortası Endüstrisi", Ankara ve İzmir Tabip Odası Bülteni, Yıl 1, Sayı 6.

Braverman, H., (1974), Labor and Monopoly Capital, New York, Monthly Review Press.

Chernomas, R. (1986), "An Economic Basis for the Proletarianization of Physicians", Int. J. Health Serv. 16 (4).

DİE (1996), İstatistik Göstergeler 1923-1995, Ankara, Yayın No: 1883.

Doyal, L. ve Pennel, I. (1979), The Political Economy of Health, London, Pluto.

Ehrenreich, B. ve Ehrenreich, J.H. (1975), "Hastane Çalışanları: Sınıf Çelişkileri gelişiyor", Toplum ve Hekim 31-32, Temmuz-Ağustos 1980.

Freidson, E. (1970 a), Profession of Medicine, New York, Dodd Mead and Company.

Freidson, E. (1970 b), Professional Dominance, New York, Atherton Press.

Freidson, E. (1975), Doctoring Together, New York, Elsevier.

Fuchs, V. (1974), Who shall live? , New York, 1974.

Haug, M.R. (1988), "A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization, The Milbank Quarterly, Suppl. 2.

Illich, I. (1977), "Körelten meslekler" (Profesyoneller İktidarı içinde), İstanbul, Pınar Yayınları, 1994.

Kasapoğlu, M. A. ve Bakır B., (1992), Hekimlerin Sosyal Değerleri İşdoyumları ve Sorunları, Ankara, Basılmamış Çalışma.

Light, D. ve Levine, S., (1988), "Tıp Mesleğinin Değişen Yanı: Kuramsal Bir İnceleme", Meslekler ve Sosyoloji içinde(Derleyen: Cirhinlioğlu, Z.), Ankara, Gündoğan Yayınları, 1996.

Marcus, S. A. (1975), "The purposes of unionization in the medical profession", Int. J. Health Serv. 5 (1).

Marx, K. (1975), Kapital(Birinci Cilt), Ankara, Sol Yayınları.

Mc Kinlay, J.B. (1977), "The Business of Good Doctoring or Doctoring as Good Business", Int. J. Health Serv. 7 (3).

Mc Kinlay, J.B. (1988), "Introduction", The Milbank Quarterly, Suppl.2.

Mc Kinlay, J. B. ve Arches J. (1985), "Toward the Proletarianization of Physicians", Int. J. Health Serv., 15 (2).

Navarro, V. (1976), Medicine under Capitalism, New York, N. Watson.

Navarro, V. (1978), Class Struggle, the State and Medicine, Oxford, Martin Robertson.

Navarro, V. (1980), "İş, İdeoloji ve Bilim: Tıp Olgusu", Toplum ve Hekim 52, Aralık 1992.

Navarro, V. (1983), "Radicalism, Marxism, and medicine", Int. J. Health Serv. 13 (2).

Navarro, V. (1986), Crisis, Health and Medicine, New York, Routledge and Kegan Paul.

Navarro, V. (1988), "Professional Dominance or Proletariaization ? : Neither", The Milbank Quarterly, Suppl.2.

Oppenheimer, M., (1973), "Profesyonelin Proleterleşmesi", Melekler ve Sosyoloji içinde(Derleyen: Cirhinlioğlu, Z.), Ankara, Gündoğan Yayınları, 1996.

Öngen, T. (1994), Prometheus' un Sönmeyen Ateşi, İstanbul, Alan Yayıncılık.

Pinchuck, T. ve Clark, R. (1984), Medicine for Beginners, Writers and Readers Publishing Inc.

Roemer, M. (1986), "Proletarianization of Physicians or Organization of Health Services ?", Int. J. Health Serv. 16 (3).

Sağlık Bakanlığı (1997),web sayfası.

Sayek İ. ve Kılıç B., (1997), TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Ankara, TTB Yayınları.

Soyer, A. (1986), "Uluslararası İşbölümü, Niteliksiz Emek ve Sağlık", Sağlıkta Özelleştirme İçinde(İlker Belek, Ata Soyer), İstanbul, Sorun Yayınları, 1995.

Soyer, A. (1992), "Çeşitli Ülkelerde Tabip Örgütlenmesi Deneyimleri", Dünyada ve Türkiye' de Hekim Örgütlenmesi içinde, Ankara, TTB Yayınları.

Soyer A., (1993), Dünyada ve Türkiye' de Sağlık Personelinin Temel Sorunları, Ankara, TTB Yayınları.

Soyer, A., (1995), "Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri", Sağlıkta Özelleştirme içinde, (İlker Belek, Ata Soyer), İstanbul, Sorun Yayınları.

Soyer, A. ve Belek, İ. (1998),

Zola, I. K. (1977) "Sağlık ve köreltici tıp", Profesyonellerin İktidarı içinde, İstanbul, Pınar Yayınları 1994.