

SAĞLIK REFORMLARI VE ESNEK ÜRETİM HEKİM ÖZERKLİĞİNİ NASIL ETKİLİYOR?

Onur HAMZAOĞLU*, Özlem ÖZKAN**

Öz: 1980'li yıllarda sermaye sınıfının kârını maksimize etmek amacıyla hemen hemen eş zamanlı olarak ortaya çıkan, esnek üretim ve sağlık reformları, sağlık emek gücünün emek sürecini yeniden yapılandırmıştır. Bu derleme makalede, kapitalist üretim tarzının 1980 sonrası mevcut sağlık reformlarıyla esnek üretimin hekim özerkliği nasıl etkilediği sorusuna yanıt verilmesi amaçlanmıştır. Literatürler ve araştırma sonuçları, 1980'li yıllardan itibaren esnek üretim ve sağlık reformlarının ikili etkisine bağlı olarak hekimlerin klinik, ekonomik, sosyal ve politik, özerkliğinin erozyona uğradığını göstermektedir. Hekimler bu erozyonun en fazla klinik özerklikte ve performansa dayalı ücretlendirmede olduğunu belirtmektedir. Hekimlerin özerkliğinin erozyona uğramasıyla, hekimlerin emek sürecinde özgür ve bağımsız karar vermesi, harekete geçmesi, kendi kendini yönetmesi, kontrolü elinde bulundurması ya da inisiyatif kullanması imkânsızlaşır.

Anahtar sözcükler: hekim özerkliği, hekim emeği, esnek üretim, sağlık reformu, sağlıkta dönüşüm programı

How do Health Reforms and Flexible Production Affect Physician Autonomy?

Abstract: Flexible production and reforms in health emerging almost as synchronized in the 1980s as ways of maximizing profit for the capitalist class restructured the process of reproduction of labour power in health. The present review article seeks to respond to the question how capitalist mode of production with its health reforms following 1980 affected physician's autonomy. The available literature and studies suggest that starting from the 80's clinic, economic, social and political autonomy of physicians is in erosion under the dual effect of flexible production and reforms in health. Physicians state that this erosion is most palpable in clinic autonomy and performance-based remuneration system. With this erosion in physician's autonomy it becomes almost impossible for physicians to make free and independent decisions in their profession, act independently, to manage the profession autonomously and to keep control of relevant processes.

Key words: physician autonomy, physician's labour, flexible production, health reform, health transformation program

I. Giriş

Hekim özerkliği, insanı merkeze alan hizmet anlayışını, hekimlerin sunduğu hizmetin niteliğini, hekimlerin yaratıcılığını ve hastalarla olan ilişkisiyle sağlık durumunu ve iyilik hâlini etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Hatta, hekimlerin mesleki özerkliğinin sağlanmasıyla, kâra odaklı sağlık sistemine karşı hastaları savunacağı ve onlara kalkan olacağı varsayılmaktadır. Yetersizliği ya da eksikliği "iyi hekimlik uygulamaları"nın önünde büyük bir engel kabul edilmektedir. Boyutları her ülkedeki tarihsel, ekonomik, sosyal, politik koşullar ve sağlık sistemiyle onların hekimler üzerindeki etkilerine bağlı olarak değişmekle birlikte, ne yazık ki 1980'li yıllardan günümüze, tüm kapitalist ülkelerde mikro düzeyden makro düzeye kadar farklı derecelerde de olsa giderek azalmakta, erozyona uğramaktadır (Randall ve Williams, 2009; Helena ve ark., 2014; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Harrison ve Ahmad, 2000; Watss, 2009). Araştırma sonuçları da bunu desteklemektedir. Örneğin, Almanya, İsviçre,

Singapur ve ABD'de yürütülen bir çalışmada, hekimlerin %99'u özerkliği mesleğin temel bileşeni, %70'i ise tıbbi uygulamalar için vazgeçilmez olduğunu ifade etmiştir. Buna karşın, Almanya'daki hekimlerin %62'si, ABD'dekilerin %47'si, İsviçre'dekilerin %17'si ve Singapur'dakilerin %9'u mesleki özerkliğin azalmasından memnun olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, mesleki özerkliğin düşmesine bağlı memnuniyetsizliğin, pratisyen hekimlerde uzmanlardan (%41, %31), kamuda çalışanlarda özelde çalışanlardan (%46, %36) daha fazla olduğu saptanmıştır (Consensus Research Group Inc, 2010). Bunların yanı sıra, kadın olma, kırsal bölgede görev yapma, iş yükü, hizmet verilen kişi sayısı etkili olan diğer faktörlerdir (Lin ve ark., 2011). ABD, Kanada ve Norveç'teki hekimler üzerinde yürütülen başka bir çalışmada, klinik kararlarda ABD'deki hekimlerin %14'ünün, Kanada'dakilerin %28'inin, Norveç'tekilerin ise %27'sinin özgür olmadığı belirlenmiştir (Tyssen ve ark., 2013). Böyle sonuçlar,

*Prof. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (ORCID No: 0000-0003-2259-5183)

**Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (ORCID No: 0000-0003-1063-7489)

Geliş Tarihi / Received : 08.02.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 15.02.2019

1970 yılı sonrasında kapitalizmin yaşadığı krizi aşmada sermaye sınıfı için yeni bir yatırım alanı olarak görülen sağlık alanının ve bunun da gereği olarak uygulanan sağlık reformu ve sağlık emek gücünün emek sürecini yeniden yapılandıran esnek üretimle mesleki özerklik arasındaki yakın ilişkinin varlığına dikkatimizi çekmektedir (Randall ve Williams, 2009; Harrison ve Ahmad, 2000). Çünkü, hekim özerkliği bir hekimin sadece bireysel ve mesleki özelliklerinden ya da ilişkilerinden ibaret olmadığından, mevcut emek süreci ve sağlık sistemi tarafından şekillenir. Bir başka ifadeyle, mesleki özerklik bu iki öğeden etkilenir ve onlar tarafından değiştirilir (Kälble, 2005). Nitekim, Dünya Tabipler Birliği (DTB) dâhil toplam yedi sağlık meslek örgütü, olumlu çalışma ortamı için gerekli koşullardan birisini "mesleki özerklik" olarak kabul etmiştir (ICN ve diğ., 2008). Bunlara karşın, ülkemizde hekim özerkliğiyle sağlık reformu ve esnek üretim arasındaki ilişkiyi ortaya koyan araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Diğer ülkelerde de 2000'li yıllardan itibaren artmaya başlayan bu araştırmaların sayısı sınırlıdır ve büyük oranda performans dayalı ücretlendirme ya da ücretler üzerindeki kontrol kaybıyla hekim özerkliği arasındaki ilişkiye odaklanmıştır (Marjoribanks ve Lewis, 2003; Randall ve Williams, 2009). Kanada, Almanya, Avustralya, Birleşik Krallık, İngiltere, İsveç, Çin, Tayvan ve Türkiye'de yürütülen araştırmalarda sağlık reformlarının ve esnek üretimin hekim özerkliği üzerine olumsuz etkilere sahip olduğu, bir başka deyişle, hekim özerliğini önemli düzeyde azalttığı açık olarak ortaya konmuştur (Randall ve Williams, 2009; Kälble, 2005; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve ark., 2003; Lewis ve Marjoribanks, 2003; Forsberg ve ark., 2001; Kart, 2013; Harrison ve Ahmad, 2000; Watss, 2009; Exworthy ve ark., 2003; Jin, 2017; Lin ve ark., 2011; Funck, 2012). Birinci basamakta çalışan hekimlerle, geçici istihdam gibi esnek istihdam içinde çalışanlar bu açıdan büyük bir risk grubudur (Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve ark., 2003; Lewis, Marjoribanks, 2003; Lin ve ark., 2011). Bu nedenle olsa gerek, İngiltere'de birinci basamak hekimleri uzun süre mesleki özerkliklerinin azalmasına ya da erozyona uğramasına karşı durmuştur (Harrison ve Ahmad, 2000).

II. Kavramsal çerçeve

Yunanca'da autos (kendi, öz) ve nomos (yasa, kanun) sözcüklerinden türetilen, İngilizce'deki karşılığı "autonomy" olan sözcük (Curtin, 1982); Türkçe'de özerklik, bağımsızlık ya da otonomi, İngilizce'de otonomi, bağımsızlık, özgürlük, kendi kendine karar verme, kendi kendini yönetme, egemenlik, Japonca'da

ise "jiritsu" ya da "öz disiplin" gibi farklı sözcüklerle eş anlamlı olarak kullanılabilir (Kipper, 1992; Tezuka, 2014). Dolayısıyla, Türkçe'de mesleki ya da profesyonel özgürlük, mesleki bağımsızlık, mesleki özerklik ve mesleki otonomi ile eş anlamlı sözcükler olarak kullanılabilir. Oysa bağımsızlık, özgürlük ve özerklik eş anlamlı sözcükler değildir (Göçmen-Baykara ve Şahinoğlu, 2013). Sadece otonomi ve özerklik, Dil Derneği (DD) ve Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) sözlüklerinde eş anlamlı sözcükler olarak kullanılmaktadır. Çocuk eğitimi, etik, felsefe, hukuk, tarih ve sosyal bilimlerinde farklı tanımlanmaktadır. Bu derleme makale, hekim özerkliğine odaklandığından, özerkliğin çocuk eğitimi, hukuk ve tarih alanlarındaki tanımları kapsam dışı bırakılarak, diğer tanımlar alınmıştır. Özerklik, bir kişinin, topluluğun ve kuruluşun kendi kendini yönetme hakkı (DD, 2005:1504); felsefi olarak, bir kişinin ya da topluluğun uyacağı yasayı kendisinin koymasını (DD, 2005:1504; TÜBA, 2011:934); etikte, eylem ilkesini usun kendisinin belirlemesi; sosyal bilimlerden, genellikle akılcı, kendi yolunu çizen, belirlenimcilikten uzak bir toplumsal aktör (TÜBA, 2011:934-935); sosyolojide, kendi yolunu çizen, determinizmin herhangi bir biçimine eğilim duymayan, kendi hedefleriyle ilgili çıkarlarını dile getiren bir toplumsal aktörü anlattığı bağlamlarda kullanılan bir sözcüktür (Marshall, 1994). Yanı sıra, herhangi bir engele takılmaksızın ya da baskı olmaksızın, özgürce ve bağımsızca düşünebilme, karar alma ve harekete geçme yetisidir (Keenan, 1999). Bir topluluğun ya da bireyin karar verme ve yaşam şekliyle ilgili seçim yapabilme özgürlüğüdür (Oğuz ve ark., 2005). Bağımsızlık, kişi, toplumsal küme ya da toplumun ekonomik, siyasal, mental ve kültürel bakımlardan başka kişi, toplumsal küme ya da toplumun yönetimi altına girmeden, başka bir gücün etkisinde kalmadan ya da başkalarına bağlı olmadan düzenleme yapabilmesi ve kendini yönetecek güçte olmasıdır (TÜBA, 2011:105; DD, 2005:180; TDK, 2019). Bağımsızlık, özerkliğe göre, bağlı olmama durumudur. Özgürlük, bağımsızlık ve özerklik birbirlerinin ön koşuldur. Ayrıca, özerklik kişiyi, grupları, topluluğu nitelerken, özgürlük bunlardan daha kapsamlıdır. Tüm bunlar sonucunda, özerklik, bağımsızlık ve özgürlük eş anlamlı değildir (Göçmen-Baykara ve Şahinoğlu, 2013). Bu derleme makalede "özerklik" kavramı kullanılacaktır.

Bir mesleği meslek yapan en önemli özelliklerden birisi olan mesleki özerklik, meslekler sosyolojisinin oldukça önemli bir konusudur (Kälble, 2005). Çok boyutlu kavram olması nedeniyle, birden fazla tanımı vardır. Kavram, yaygın olarak mesleğin üyelerine

Tablo 1. Hekim özerkliğinin kapsamıyla ilgili yaklaşımlar

1986 yılı	2000 yılı	2009 yılı
<p>* Hekimin uzmanlık seçimi ve uygulama yeriyle ilgili kontrolü: hekimin statüsü</p> <p>* Hekimin ücreti üzerindeki kontrolü (maaş, ek gelir, izin vb.)</p> <p>* Tıbbi görevlerin doğası ve kapsamı üzerindeki kontrol (iş yoğunluğu vb.)</p> <p>* Hastaların kabul edilmesi üzerine kontrol (hastanın tedavisine devam etme, randevu verme, reddetme vb.)</p> <p>* Tanı ve tedavi üzerine kontrol (tanı koyma, ilaç reçeteleme, ameliyat ve diğer tedaviler vb.)</p> <p>* Hizmetin değerlendirilmesi üzerine kontrol</p> <p>* Diğer sağlık çalışanları üzerine kontrol (diğer sağlık çalışanlarını yönetme vb.) (Shulz ve Harrison, 1986)</p>	<p>* Mikro düzey: klinik özerklik</p> <p>a) Tanı ve tedavi üzerine kontrol</p> <p>b) Hizmetin değerlendirilmesi üzerine kontrol</p> <p>* Mezo düzey</p> <p>a) Hekimlik mesleğiyle devlet arasındaki kurumsal ilişkiler: meslek birliğinin tanınması</p> <p>b) Hekimlerin birbiriyle ilişkileri</p> <p>* Makro düzey: biyomedikal model (Harrison ve Ahmad, 2000)</p>	<p>1. Boyut: Ekonomik özerklik (ücretlendirme üzerinde kontrol)</p> <p>a) Sunulan hizmetlerin fiyatı üzerinde kontrol</p> <p>b) Sunulan hizmetlerin yoğunluğu ve süresi üzerinde kontrol</p> <p>2. Boyut: Politik özerklik (çalışma ortamından daha geniş bir bağlam üzerinde kontrol)</p> <p>Randevu süresi, dinlenme süresi, günlük ve haftalık çalışma süresi, hizmetin verildiği yer, süresi, koşulları nasıl bir hizmet verileceğine karar verme</p> <p>a) İş planlaması üzerinde kontrol</p> <p>b) İş yeri dâhil iş koşullarının kontrolü</p> <p>3. Boyut: Klinik özerklik</p> <p>a) Hastanın ihtiyaçlarının değerlendirilmesi üzerinde kontrol (aynı zamanda hastaların hizmete erişimini gerektirir)</p> <p>b) Bakımın kalitesi de dâhil olmak üzere, uygulama kapsamındaki müşteri hizmetleri üzerindeki kontrolü. (Randall ve Williams, 2009)</p>

odaklı tanımlanmaktadır. Böyle bir yaklaşımla mesleki özerklik; meslek üyelerinin mesleki işlevlerini yerine getirirken, özellikle kararlarını verirken, bağımsız ve kendi fonksiyonları üzerinde kontrol kurabilmesi, karar alabilmesi ve kendini yönetme özgürlüğünün bulunması olarak tanımlanmaktadır (**Oğuz ve ark., 2005; Hall, 1968; Karagözoğlu, 2008**). Bir diğer tanıma göre mesleki özerklik, bir mesleğin örgütlenme ve çalışma şartları üzerinde uyguladığı meşru kontroldür (**Elston, 1991**). Bu ve benzeri tanımlarda ayrıca, tanımın mesleğe giriş standartları, meslek üyelerinin yürüttüğü çalışmaların standartları, devlet ile meslek arasındaki ilişki gibi kurumsal düzeyde ve mesleğin uygulaması ve değerlendirmesi olduğu kadar mesleğin bilimsel bilgi üretiminden paylaşımına kadar olan sürecin de birlikte ele alınarak tanımlanması gerektiği vurgulanmaktadır (**Randall ve Williams, 2009; Kälble, 2005**).

Hekim özerkliği ise hekimlerin kendilerine yüklenen sorumlulukları yerine getirebilmelerinin temel şartlarından birisi olup, aldıkları tıbbi kararları sahip oldukları mesleki bilgileri dışında herhangi bir etki ve baskı altında kalmadan bağımsız olabilmesidir (**TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2011**). Bu tanımla, hekimlerin bireysel özerkliğine vurgu yapılarak, hizmet verdiği hastalar ve onların ihtiyaçları merkeze alınarak, özgür ve bağımsız bir biçimde karar alma

ve bu kararların uygulanmasını kontrol etme özgürlüğü olarak nitelendirilmektedir. Bir başka ifadeyle, klinik özerklik, hekimlerin hangi hastalara hizmet vereceği, tanıya ulaşmak için hangi testleri tercih edeceği, hangi tedavileri seçeceği ve kullanılacağı, ilacı nasıl reçeteleyeceği, hizmetin nasıl değerlendirileceği vb. konularından ibarettir. Bu faktörler hekim özerkliğinin yapıtaşı ya da çekirdeği olarak kabul edilmiştir (**Kälble, 2005**). Buna karşın, bir kesim tarafından hekim özerkliğinin mikro düzey olarak da kabul edilen sadece klinik özerklik ile sınırlandırılması büyük bir yetersizlik olarak görülmektedir (**Ezekiel ve Pearson, 2012; Harrison ve Ahmad, 2000; Randall ve Williams, 2009; Kälble, 2005**). Bu nedenle, klinik özerkliğin yanında; hekimlerin sunduğu hizmetin nasıl sağlanacağını ve organize edileceğini belirleyen çalışma koşulları, işin içeriği, hasta özerkliği için gerekli koşulları, mesleğin bilimsel bilgisinin üretilmesinden paylaşılması sürecine kadar bağımsızlığını ve onun üzerindeki kontrolünü de kapsamı gibi özellikleri de içermesi gerektiği dile getirilmiştir (**Larriviere ve Bernat, 2008; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Harrison ve Ahmad, 2000; Randall ve Williams, 2009; Kälble, 2005**). Tablo 1’de de görüldüğü gibi, 1986 yılı, 2000 yılı ve 2009 yılı olmak üzere, üç farklı tarihte hekim özerkliğinin kapsamını genişleten, tanımlamasını ve ölçülmesini kolaylaştıran çalışmalar yürütülmüştür

(Shulz ve Harrison, 1986; Harrison ve Ahmad, 2000; Randal ve Williams, 2009). İlk olarak Shulz ve Harrison (1986), hekim özerkliğini yedi maddeyle büyük oranda klinik özerlik bağlamında ele almıştır. Daha sonra, Harrison ve Ahmad (2000), klinik özerkliğe ek olarak, meslek birliğinin tanınması, mesleğe giriş koşulları, mesleğin standartları vb. konuları içeren “mezo düzey” olarak da adlandırılan hekimlerin birbirleriyle ve devletle kurdukları ilişkileri dâhil etmiştir. Randall ve Williams (2009) ise hekim özerkliğiyle ilgili kendisinden önce yapılan iki gruptan kapsamını genişleterek, mesleki uygulamaların gerçekleşmesinde daha geniş bir bağlamı ifade eden politik özerkliği eklemiş, ekonomik özerkliğin kapsamını hekimlerin ücreti, izni, statüsü, görevlerinin niteliği, sunduğu hizmetlerin ücretlendirilmesi, çalışma koşulları, iş sözleşmesi vb. olarak genişletmiştir. Farklı boyut olarak görülseler de hekim özerkliğinin tüm boyutları birbiriyle yakından ilgilidir ve etkileşim içindedir **(Marjoribanks ve Lewis, 2003).**

Hekim özerkliği, DTB toplantılarında artık giderek daha fazla gündem olan bir konudur. Çünkü DTB, hekimlerin mesleki özerkliği ve klinik bağımsızlığı sadece nitelikli hekimlik hizmetleri dolayısıyla, hastanın yararının vazgeçilmez ve korunması gereken bir ögesi olduğu için değil, aynı zamanda, *tıp* mesleğinin temel bir ilkesi olarak *sürdürülmesi* gerektiği ve bunun da güvence altına alınmasının zorunluluk olduğu için ısrar etmektedir **(TTB, 2012)**. Hekim özerkliğiyle ilgili uluslararası düzeyde dört bildirme onun yapıtaşını oluşturmaktadır. Bunlar;

1. DTB tarafından Ekim 1987 yılında İspanya'nın Madrid kentinde düzenlenen 39. Dünya Tıp Genel Kurulu'nda 10 maddelik “Mesleki Özerklik ve Öz Düzenleme Bildirgesi”
2. Madrid'de 1987 yılında ilan edilen bildirme, 2005 yılında yeniden düzenlenmiş ve DTB'nin 2008 yılı Ekim ayında Seul'de yapılan 59'uncu Genel Kurulu'nda “Seul Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlık Bildirgesi” adıyla yeniden yayımlanmıştır.
3. New Delhi'de 2009 yılında DTB'nin 60. Genel Kurulu'nda yayımlanan “Profesyonelce Yönlendirilen Madrid Düzenleme Bildirgesi”. Bu bildirme, yayımlandıktan kısa bir süre sonra, Avrupa Hekimleri Daimi Komitesi de bu bildirgeyi kabul ettiğini beyan etmiştir **(Tezuka, 2014; TTB, 2012)**.
4. DTB'nin İzlanda'da yapılan 69. Genel Kurulu'nda “Mesleki Özerlik ve Klinik Bağımsızlık Bildirgesi”dir **(WMA, 2018)**. Dört bildirmede de hekim özerkliği

klinik özerklik olarak ele alınıp, ekonomik, sosyal ve politik özerklik dışarıda bırakılmıştır. İlk bildirme, sadece hekim özerkliğinden bahsederken, daha sonraki üç bildirme buna klinik bağımsızlığı da eklemiştir. İlk iki bildirmede, hekim özerkliği, karar alma, üçüncüsünde ise ek olarak nihai kontrol olarak ele alınmaktadır. İkinci ve üçüncü bildirmede, bağımsızlık ve özerklik dışarıdan herhangi bir taraf veya kişinin etkisi olmaması, dördüncü bildirmede ise ek olarak, mesleki yargıyla beraber tanımlanmaktadır. Hekim özerkliğinin ve bağımsızlığının temel ögesi ilk bildirmede sadece hasta yararı, ikinci bildirmede hasta yararı, nitelikli sağlık hizmetleri ve mesleğin temel ilkesi olması, dördüncü bildirme ise hasta yararı ve mesleğin temel ilkesinin olmasının yanı sıra, tüm hastalara ve toplumlara nitelikli sağlık hizmeti kriteri şeklinde yer almıştır. Bu nedenle, sonuncu bildirmede sadece hastanın yararından değil, aynı zamanda toplumun da yararından bahsedilmektedir. Birinci ve üçüncü bildirme, devlet veya idari düzenlemeler gibi hasta bakımında dış kontrolden uzak olmayı gerektiren hekimlerin eğitiminden, uygulamalarına kadar her süreçte öz düzenlemeye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu iki bildirme, bu konuda hekimlerin, DTB'nin ve ulusal düzeydeki tıp birliklerinin öneminden, sorumluluğundan, bu konuda dayanışma ve destek içinde olmalarından, hekimin kendi mesleğine yönelik düzenlemelere aktif bir biçimde katılmasından bahsetmektedir. Maliyet sınırlaması konusu, üçüncü bildiri dışındaki diğer bildirmelerde de vardır. Hatta dördüncü bildirmede bu konu, dört ayrı maddede ele alınmıştır. İlk bildirmede hekimlerin kendi düzenleme sistemlerinin mali önlemleri de içermesinin zorunlu olduğu, ikinci ve dördüncü bildirmede yine bu zorunluluğun olduğu; ancak hükümetlerin ve yöneticilerin bu konuda dayatmacı ve makul olmayan mali önlemleri bulunduğu, bunun da hasta yararına olmadığı belirtilmektedir. Son olarak, birinci ve üçüncü bildirme mesleki özerkliğin ve bağımsızlığın sınırını meslek etiği, dördüncü bildirme ise mesleki kurallar, standartlar ve kanıt ile çizmektedir.

III. Sağlık Reformu ve Esnek Üretim ile Hekim Özerkliği İlişkisi

III.a. Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaları, esnek üretim ve sağlık reformu

Kapitalizm ilk yapısal büyük ve uzun iki krizinden sonra, 1970'li yıllarda sermaye birikiminin yoğunlaşması ve kâr oranlarının hızla düşmesiyle, üçüncü yapısal kriz ortaya çıkmıştır. ABD Başkanı R. Reagan ve İngiltere Başbakanı M. Thatcher, bu krizi aşmanın ve yoksulluğu azaltmanın tek yolunun

neoliberal ekonomik politikalar olduğunu ilân etmiştir. Ardından, İspanya Başbakanı F. Gonzales ve Fransa Başbakanı F. Mitterrand gibi sosyal demokratlar ise 1983 yılından itibaren Keynesyen politikaları savunduklarını iddia ederek, sosyal demokrat ülkelerde de ya da sosyal eğilimli kapitalist ülkelerde neoliberal ekonomik politikaları yaşama geçirmişlerdir. İşte bu süreçte, sermaye sınıfının aktörlerinden Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi uluslararası kurum ve kuruluşların yanında, daha önceden teknik kurumlar olarak da bilinen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının yaşama geçirilmesinde çok önemli yapılar olmuştur. Örneğin, IMF, DB ve DTÖ bu ekonomik politikaları "yapısal uyum programları" paketi adı altında ABD ve G8 ülkelerinde "Washington Uzlaşısı", Avrupa Birliği'nde (AB) ise "Brüksel Uzlaşısı" ile tüm kapitalist ülkelere uygulamaya başlamıştır. Özünde her alanda devletin rolünü azaltıp, onun sorumluluklarını özel sektöre devreden yaşamın tüm alanlarını sermaye sınıfının gereksinimlerine göre yeniden organize eden, kamusal kaynakları sermaye sınıfına aktaran, sermaye hareketliliği önündeki her türlü engeli kaldırarak, serbestleştiren, eğitim, sosyal güvenlik gibi tüm kamusal alanları ticarete ve piyasaya terk eden bu ekonomik politikalara karşın, 1990'ların ve 2000'lerin başında konjonktürel krizlerle tekrar karşılaşmıştır. Bu durum halen devam etmektedir. Sermaye sınıfı ve aktörleri hızla küreselleşen krizleri aşmak için gelişmiş kapitalist ülkelerde bile "kemer sıkımayı" bir talimat olarak dayatmaya başlamıştır (Navarro, 2014; Özkan, 2017a; Özkan, 2016; Baum ve ark., 2006). Neoliberal ekonomi politikaların yaşama geçirilmesinde devletin, sermaye sınıfının ve siyasetçilerin baskın paradigmalarından birisi olan hesap verilebilirliğin gelinen noktada kamusal hizmetlerde gerçek olmadığı, Birleşik Krallık'da ve Kanada'da yürütülen bir çalışmada ortaya konmuştur (Church ve ark., 2018).

1980'li yıllarda sermayenin sınırsız sömürü ve tahakküm programını uygulamaya koyan bu neoliberal ekonomik politikalar, genelde işçi sınıfının, özelden sağlık emek gücünün emek sürecini "esnek üretim" uygulamalarına göre yeniden yapılandırmıştır. Bir başka ifadeyle, emek gücünün çalışma koşulları (istihdam, çalışma süresi, çalışma temposu vb.), çalışma ortamı (fiziksel, kimyasal, biyolojik, mekanik ergonomik tehlike ve riskler), çalışma ilişkileri (emek gücünün patronu/işvereni/devlet, sendika, taşeron şirketleri sahipleri, yöneticiler vb. ilişkileri), işin niteliği

(iş merkezli çalışma, hasta merkezli çalışma vb.), ücretleri, emek denetim-kontrol mekanizmaları, örgütlenmesi, kararlara katılımı, kullanılacak emek nesnelere ve araçları, olmak üzere, emek sürecinin bütün öğeleri sermayenin gereksinimine göre yapısal olarak değişmiştir. Örneğin, bugün ülkelere göre değişmekle birlikte; belirli süreli sözleşmeli çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, çağrıya dayalı çalışma, zorunlu çalışma sürelerinin uzatılması ve çalışma saatlerinin düzensizleştirilmesi, yoğun çalışma, aşırı çalışma, tele çalışma, intern ve stajyer çalıştırma sağlık alanında yaygın olarak kullanılan esnek istihdam biçimlerdir. Esnek üretim uygulamalarından sermaye sınıfının temel amacı, kârını maksimize etmek için üretimin kesintiye uğramaması, piyasanın gereksinimlerine yanıt vermesi, yeni teknoloji, yönetim ve denetim biçimlerine emek gücünün uyumlandırılması ve sermayenin olabilecek en kısa sürede dolaşıma girmesidir (Özkan, 2017a).

Kapitalizmin krizini aşmak için esnek üretim ile emek sürecini yeniden yapılandıran sermaye sınıfı, eş zamanlı olarak yine aynı amaç için bu defa sağlık alanını yeni bir birikim alanı olarak gördü. Bu nedenle de Sağlık Reformu, Türkiye'de ise 2002 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile isimleri farklı olsa da özü aynı olan uygulamalar 1980'lerin ikinci yarısından itibaren başlamış oldu. Sağlık Reformu uygulamalarıyla sağlık hizmetleri metalaştırılarak, yararlılık ve işlevsellik fonksiyonunu kaybetmiş, doğrudan piyasada değişim için üretilmeye başlamıştır. Bu dönemde sağlık alanı da sermaye sınıfı ve aktörleri tarafından belirlenen çeşitli rıza mekanizmalarıyla alıcıların ve satıcıların bir araya gelerek alış, satış, değiş, tokuş gibi mübadeleye dönüşmüş, bir başka ifadeyle piyasalaşmıştır. Beraberinde, küresel piyasalarda ve ülke düzeyinde birbiriyle rekabet edebilen sağlık işletmelerinin varlığı, çok uluslu şirket mülkiyetlerinin ve doğrudan yabancı yatırımların artması, gereksiz durumlarda bile, ileri tıbbi teknolojinin kullanılması, sağlık emek gücünün uluslararası göçü, sağlık turizmi ve tele sağlık hizmetleriyle uluslararası ve ulusal düzeyde ticarileşmiştir. Artık sermaye için diğer alanlar gibi sektöre dönüşmüş bir sağlık sistemi (kârın maksimize edilmesi hedeflenen üretim alanı), doğrudan sermaye denetiminde "yeni tıbbi endüstriyel kompleksler" olarak ticari bir faaliyet alanı olmuştur. Bu nedenle, 2017 yılında, dünyanın en zengin 60 ülkesindeki sağlık piyasası altı yıl öncesine göre %4'den %30'a yükselerek, en hızlı büyüyen sektör olmuştur. Küresel sağlık harcamalarının 2020 yılına kadar 8.7 trilyon dolara ulaşacağı, sadece tele tıp küresel pazarının

yine 2020 yılının sonunda 34 milyar doları aşacağı tahmin edilmektedir. Bu biçimde hızlı büyüyen sağlık sektöründe bugün toplam istihdam içinde insan sağlığı ve sosyal hizmet çalışanlarının payı en fazla olan ülkeler sırasıyla; Birleşik Krallık (%13.5), Kanada (%12.4), Avustralya (%12.1), ABD (%12) ve Almanya (%10.1) iken, en az olan ülkeler, Brezilya (%4.3), Türkiye (%3.7) ve Meksika'dır (% 3.1). Ülkelerin demografik, sosyal, kültürel, ekonomik hatta coğrafi özelliklerine göre değişmeksizin hatta neredeyse kopyası olan "Sağlık Reformu" adıyla hayata geçirilen uygulamaları şu temel başlıklarda gruplanabilir; a) Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanındaki varlık gerekçesi toplumun tümünü hedefleyen sağlık hizmeti sunmak yerine "kural" koymak işiyle sınırlandırılması b) sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin doğrudan ya da dolaylı katkısı yerine sigorta, cepten ödeme, katkı payı uygulamalarıyla hizmete ulaşımın ve hizmetin kullanımının kişilerin sorumluluğuna ve olanaklarına terk edilmesi c) sağlık sektörü hizmeti üreten ve finanse eden birimlerin birbirinden ayrılması d) sağlık hizmeti üreten kimi kamu sağlık kurumları özelleştirilirken, kimilerinin kamusal olarak görünse de işletmeleştirilmesi e) kamu kaynaklarıyla özel sağlık sektörünün teşvik edilmesi e) özel sağlık kurumlarının sayısının artırılması f) sağlık

kurumların 'yeni' yönetim modelleriyle yönetilmesi ve f) birinci basamakta aile hekimliği modelinin yaşama geçirilmesidir (Hamzaoğlu, 2009; Hamzaoğlu, 2013; Özkan, 2017a; Özkan, 2016; Baum ve ark., 2006; Church ve ark., 2018).

1980'li yılların ortalarında eşzamanlı olarak ortaya çıkan, sermaye sınıfının kârını maksimize etme amacıyla olan esnek üretim ve mevcut sağlık reformları, sağlık emek gücünü karşılıklı olarak etkileyerek, beklenen olumsuz sonuçlara yol açmıştır. Her ikisinin iki temel etkisi olmuştur. İlki, "yeni ortaya çıkan" etkilerdir. Uluslararası sağlık emek gücü göçü, fonksiyonel esnekliğe bağlı nitelikli emek ile niteliksiz emeğin birbiriyle ikâme edilmesi, esnek istihdam ve performans göre ücretlendirme bunlardan bazılarıdır. İkincisi ise daha önceden de var olup, 1980 yılı sonrasında "artış gösteren" etkilerdir. Hekim dışı sağlık çalışanları ve teknisyen sayısının, özel sağlık kurumlarında sağlık emek gücü istihdamının, angarya çalışmanın artması bazı uygulamalardandır (Tablo 2). Ülkemizde ise 2002 yılından bugüne AKP'nin sağlık politikalarına yer verdiği 21 temel belge incelendiğinde, sağlık reformuna ve esnek üretime bağlı sağlık emek gücünün emek sürecinde ortaya çıkan

Tablo 2. Esnek üretimin ve sağlık reformlarının sağlık emek gücüne etkileri

Yeni ortaya çıkan	Artış gösteren
Piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojilere uyum için sayısal esneklikle sağlık emek gücü sayısının artırılması	Emek gücünde katmanlaşma ya da tabakalaşma
Fonksiyonel esnekliğe bağlı nitelikli emek ile niteliksiz emeğin birbiri ile ikâme edilmesi	Sağlık emek gücünün feminizasyonu
Performansa göre ücretlendirme	Sağlık emek gücünün hastanelerde istihdamı
Uluslararası sağlık emek gücü göçü	Özel sağlık kurumlarında istihdamı
Emek denetim ve görelî sömürü mekanizma aracı olan Toplam Kalite Yönetimi	Yardımcı sağlık çalışanları ve teknisyen sayısı
Yönetişim ve insan kaynakları yönetimi gibi yeni hizmet ve sağlık emek gücü yönetim biçimleri	Erkek egemen mesleklerde kadınların, kadın egemen mesleklerde erkeklerin baskın olması
Taşeronlaşma	Angarya çalışma
İşsizlik	
Belirli süreli sözleşmeli çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, taşeron ve stajyer çalıştırma, çağrıya dayalı çalışma, teletıp, telepatoloji, telecerrahi, telepsikiyatri, teleradyoloji, telelaboratuvar tele çalışma, tele evde bakım çalışma gibi Esnek İstihdam	
Merkez kapitalist ülkeler için artan durum, çevre kapitalist ülkeler için yeni bir durum: Daha çok çok uluslu ve zincir hastaneler, zincir eczaneler, sağlık marketleri ev gibi sağlık hizmeti verilen mekânların değişmesinin artmasıyla sağlık emek gücünün de bu mekânlarda çalışmaya başlaması	

Kaynak: Özkan, 2017a

durumların şunlar olduğu görülmüştür; sayısal esneklik, sağlık hizmetlerini sağlık kurumları dışına taşıyan ve sağlık emek gücünün çalışma mekânını da değiştiren evde sağlık hizmetleri, performansa dayalı ücretlendirme, sözleşmeli ve tele çalışmaya dayalı esnek istihdam, emek denetim mekanizması ve görelî sömürü mekanizmasının aracı olan Toplam Kalite Yönetimi ve Hareket-Zaman Etüdü çalışma örneği olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi'dir. Aile sağlığı elemanı ve işyeri hemşireliğinde açık olarak uygulanan fonksiyonel esneklik, emek göçü, taşeronlaşma ülkemizde de uygulandığı halde, incelenen 21 belgede yer almamıştır (Özkan, 2017a).

Esnek üretimin sağlık emek gücüne etkilerini ortaya koyan araştırma sonuçları giderek artsa da sermaye sınıfı ve aktörleri, "esnek" kavramının belirsiz olduğu, mevcut araştırmalarda esnek istihdamın işçinin tercihinin mi (gönüllülük) yoksa patronun ya da emek piyasasının talebi sonucunda mı ("zor") gerçekleştirildiğinin araştırmalarda belirtilmediği, esnek üretimin ve emek gücüne etkisi arasındaki ilişkiyi ortaya koyan doğru araştırma tekniğinin seçilmediği, örnek büyüklüğünün yetersiz olduğu, araştırmaya katılımın düşük olduğu ve ters nedensellik (esnek istihdamın sağlıksızlığa yol açmasından ziyade, sağlıksız olanların ya da risk gruplarının esnek istihdamı tercih etmesi) gerekçeleriyle bunu reddetmektedir (Özkan ve Hamzaoğlu, 2014). Böyle olmadığına yönelik bazı örnekler verilecek olursa, esnek üretimin hekimler dâhil, bazı sağlık emek gücüne etkilerini inceleyen bir araştırmada; kalıcı iş sözleşmelerin tümüyle geçmişte kaldığı, artık istihdam sözleşmelerinin üç aya kadar düştüğü, mevcut sözleşmelerin yenilenmesinin geciktiği, emek sürecindeki hızlı değişimler nedeniyle belirsizlik, şaşkınlık, karmaşa yaşandığı ve

işte kalma sürelerinin kıaldığı saptanmıştır (Baum ve ark., 2006). Diğer araştırmada, geçici çalışan sağlık emek gücünün iş güvencesizliğinin ve iş yükünün fazla olduğu bunların da negatif sağlık sonuçlarına yol açtığı belirlenmiştir (Mauno ve ark., 2012). Yanı sıra, sağlık emek gücünün meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunları artarken, yenilerinin ortaya çıkması, çoklu görevlerde yer alma, işsizlik kaygısı ve korkusu, iş/gelir güvencesizliği, vb. sonuçları ortaya koyulmuştur. Dolayısıyla, 1980 sonrasındaki sağlık reformları, esnek üretim sağlık emek gücünü çalışma ortamı ve çalışma koşullarını nasıl etkiliyor ve onları inisiyatifsiz bırakıyorsa, hekimler de aynı politikaların benzer etkilerini yaşamaktadır (Özkan, 2017a; McKinlay ve Arches, 1985). Bu nedenle, esnek üretim ve sağlık reformlarının bir olumsuz etkisi de hekim özerkliği üzerinedir.

III.b. Esnek üretim ve sağlık reformu hekim özerkliğini nasıl etkiliyor?

Bu yazıda esnek üretimin ve sağlık reformlarının hekim özerkliği üzerine etkileri değerlendirilirken, Tablo 1'de de görüldüğü gibi, hekim özerkliği çok boyutlu olduğu için, tanımından, ölçümünde kullanılan kriterlerden ve bu konuda yapılan tartışmalardan yararlanılmıştır. Konuyla ilgili tartışmalardan çıkarılan sonuca göre, aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi, hekim özerkliği beş temel boyutta ele alınmıştır (Larriere ve Bernat, 2008; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Harrison ve Ahmad, 2000; Randall ve Williams, 2009; Kälble, 2005; Shulz ve Harrison, 1986). Dolayısıyla makalenin bu bölümünde, esnek üretimin ve sağlık reformlarının hekim özerkliği üzerine etkileri değerlendirilirken, bu beş boyutta yer alan konularda hekimlerin herhangi bir etki

Klinik özerklik <ul style="list-style-type: none"> • Hastaya randevu verme • Hastayı reddetme • Tanı • Tedavi • Reçeteleme • Hastanın tedavisinin sürdürülmesi • Hastanın ihtiyaçlarının değerlendirilmesi 	Ekonomik özerklik <ul style="list-style-type: none"> • Ücret • Sunulan hizmetlerin fiyatı üzerinde kontrol • Sunulan hizmetlerin yoğunluğu ve süresi • İş sözleşmesi • İstihdam
Politik özerklik <ul style="list-style-type: none"> • Hastanın randevu süresi • Hekimin dinlenme süresi • İşin planlanması • Çalışma ortamı dâhil çalışma koşulları • Günlük, haftalık çalışma saatleri • Hizmetin verildiği yer • Hizmetin sunulduğu koşullar • İş planlaması üzerinde kontrol • Nasıl bir hizmet verileceğine karar verme 	Devlet ve meslek üyelerinin birbirleriyle kurdukları ilişkiler <ul style="list-style-type: none"> • Meslek birliğinin tanınması • Mesleğe giriş koşulları • Mesleğin standartları Mesleğin bilimsel bilgisinin üretilmesinden paylaşılmasına kadar olan süreç

Şekil 1. Hekim özerkliğinin boyutları

ya da baskı altında kalmadan özgürce ve bağımsız olarak karar alma ve bu kararları uygulamaları değerlendirilecektir. Yanı sıra, hekim özerkliğinin göstergesi olarak da düşünülebilen proleterleşme ve mesleki tabakalaşma/katmanlaşma da (**Marjoribanks ve Lewis, 2003; Harrison ve Ahmad, 2000**) kısaca değerlendirilecektir.

Sağlık reformlarıyla, sağlık alanında “kârlılık, verimlilik, tasarruf, kalite, maliyet-etkililik, rekabet” anlayışı ve uygulaması egemen olmaya başlamıştır. Hangi sağlık kurumunda ve sağlık emek gücünde olursa olsun, adeta tüm emek sürecinde “rekabet modası” yaşanmaktadır. Sağlık işletmeleri, mümkün olan maliyeti en düşük sigorta kurumundan ve sağlık emek gücünden, en ucuz, en iyi hizmeti alabilmek için birbirleriyle rekabet etmektedir. Bunun için, sanki hastaların/bireylerin talebiymiş gibi, özellikle özel sağlık kurumlarında yedi gün, 24 saat hizmet veren “süpermarket sağlık işletmeleri” ortaya çıkmıştır. Hekimlerin daha fazla hesap verebilir olması, artan sağlık harcamalarını kontrol etmesi, maliyet-etkili davranması, hizmetin niteliğinden taviz vermeden sonuç odaklı çalışması, verimli ve ekonomik olarak daha kârlı işlemlere yönelmesi, hatta maliyetini azaltmak için zorunlu hizmetlerin kapsamını daraltması teşvik edilmektedir. Kurumunun ticari performansı, hekimin öncelikli hedefi haline gelmektedir. Artık hekimin ölçütü, en iyi tıbbi tedavi kriterini değil, ekonomik kârlılık ve verimlilik ölçütünü tercih etmekte ve buna yönlendirilmektedir. Sağlık yöneticileri bu noktada önemli bir işleve sahiptir (**Kälble, 2005; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Tyssen ve ark., 2013; Randall ve Williams, 2009; Harrison ve Ahmad, 2000**). Kamu dâhil tüm hastanelerin piyasada rekabet eden birer işletme olabilmeleri, gerektiğinde uluslararası ticaret zincirinin bir parçasına dönüşmesi ve hasta sirkülasyonunu artırması için “machismo” yönetim biçimi olarak da kabul edilen kesen, yakan, yıkan, “yönetişim” modelleri uygulanmaya başlamıştır. Tedavi sürecinin standardize edilmesi, Toplam Kalite Yöntemi, klinik rehberler ve performans dayalı ücretlendirme bu yönetim modelinin yaygın uygulamalarıdır (**Baum ve ark., 2006; Frunck, 2012; Ahmad ve Harrison, 2000; Church ve ark., 2018**). Bunlara ek olarak, Türkiye’deki Merkezi Hekim Randevu Sistemi uygulaması da başka bir araçtır. Bürokratik kuralların ve klinik yönetişimin yaşama geçirilmesinde özel bir işleve sahip olan klinik rehberler, teknik ve bilimsel özelliklerinin yanında, ideolojik ve politik işlevler de üstlendiği için sağlık emek gücü için “kara kutu” işlevi gördüğü tespiti edilmiştir. Rekabet,

sağlık kurum ve işletmelerinin akreditasyonu, Toplam Kalite Yöntemi,, bir yandan hekimlerin emek maliyetini düşürürken, devlet, Sağlık Bakanlığı ve sağlık yöneticilerinin hekimler üzerinde denetim ve kontrolünü artırmıştır. Bunun yanında, gereksiz işlemlerin dahi belgelenmesine bağlı kayıt, kırtasiye ve hizmetlerinin faturalandırılmasıyla ilgili yıldırıcı kurallar, meslek dışı işleri artırmıştır (**Marjoribanks ve Lewis, 2003; Watts, 2009**). Bunlarla beraber, giderek bürokratikleşme, “bilimsel-bürokratik tıp, yeni bürokratik model” artmaya başlamıştır. Özetle, hekimin emek süreci tümüyle kapitalizmin, esnek istihdamı, özelde piyasalaşan ve ticarileşen sağlık sisteminin gereksinimlerine tabi olmuştur ve olmaya devam etmektedir (**Harrison ve Ahmad, 2000; Randall ve Williams, 2009; McKinlay ve Arches, 1985**).

Tüm bunlar sonucunda, hekimlerin emek sürecinde özgür ve bağımsız karar vermesi, harekete geçmesi, kendi kendini yönetmesi, kontrolü elinde bulundurması ya da inisiyatif kullanması ve karar mekanizmalarında yer alması imkânsızlaşır. Bir başka ifadeyle, hekimlerin hastalara bireysel ve esnek bir temelde yanıt verme kapasiteleri ortadan kalkmıştır (**Randall ve Williams, 2009, Lewis ve Marjoribanks, 2003**). Hatta, çalışma yaşamında hızlı ve ani gelişen durumlar, emek maliyetini azaltmak için hekim sayısının azlığına bağlı artan iş yükü, Türkiye’de olduğu gibi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi hasta sayısının ne olabileceğine karar vermesinde etkili olamamaktadır. Verimlik ise mesleğin etik ilkelerini ve evrensel standartların yerine getirilmesi önünde büyük bir engeldir. Hekimin kontrolünün azaldığı, özgür olamadığı ve karar veremediği durumlardan kaynaklanan boşluklar; sağlık kurumlarının ve işletmelerinin yöneticileri, patronları, bazı ülkelerde olduğu gibi, vaka yöneticileri, ilaç şirketleri, sigorta şirketleri tarafından doldurulmuştur (**Harrison ve Ahmad, 2000; Lewis ve ark., 2003**). Esnek istihdam uygulamalarıyla, çalışma sürelerinde, iş temposunda sözleşmenin yenilenip yenilenmemesinde sadece kurum, yöneticiler ve taşeron şirketler söz sahibidir. Esnek üretimle beraber, hekimler tıbbi teknisyene dönüşmüştür. Fonksiyonel esnekliğe hekimlerin kimi mesleki işlevleri bazı ülkelerde hekim yardımcılarıyla, bazı ülkelerde ise hemşire ve ebelerin işlevleriyle yer değiştirmiştir. Örneğin, ABD’de 2003 yılında 43.500 olan hekim yardımcısı sayısı, on yıl sonra yüzde 119 artış göstererek, 95.583’e, 2014 yılında ise yüzde 36.4 artarak, 101.977’ye ulaşmıştır. Bu sayısal artış, beraberinde fonksiyonel esneklikle hekim yardımcılarının hekimlerin kimi mesleki

işlevlerini devralmasını hızlandırmıştır (Özkan, 2016). Yanı sıra, sağlık hizmetiyle ilgili harcamalarda hekim kararları oldukça etkili olduğundan, hekim özerkliğinin sınırlandırılması da maliyet düşürücü bir unsur olarak görülmüştür (Lewis ve ark., 2003; Hoogland ve Jochensen, 2000). Bunlarla beraber, hekim özerkliği büyük oranda erozyona uğramıştır ve uğratılmaya da devam etmektedir.

III.c Hekim özerkliği, proleterleşme ve tabakalaşma/katmanlaşma ilişkisi nasıldır?

Hekimlik mesleği özerkliğini kaybettiğiçe mesleğin değersizleşmesi, sistematik olarak niteliksizleşmesi ve rutinleşmesi artarken, mesleğin değersizleşmesi, niteliksizleşmesi ve rutinleşmesi artıkça mesleğin özerkliği de o ölçüde azalmaktadır. Dolayısıyla, aralarında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkiyi yönü ve şiddeti ise esnek üretim ve sağlık reformlarına bağlı uygulanan Yeni Yönetim Modeli-Yönetişim", sağlık reformlarıyla sağlık sisteminin metalaştırılması, piyasalaşması ve ticarileşmesiyle değişmektedir. Bunlara bağlı olarak daha önceden de belirtildiği gibi, teknoloji kullanımı, bürokratikleşme, sayısal esnekliğin gereği olarak piyasanın ihtiyacı ölçüsünde hekim sayısı artmış, rekabet keskinleşmiş, sermaye, devlet ve sigorta şirketleri, sağlık yöneticilerinin kontrolü ve denetimi sertleşmiş, artırılmıştır. Hekimler artık büyük oranda ücretli emeğe dönüşmüş, emek sürecindeki işlevleri, konumu, statüsü, eğitimlerinin müfredatını belirleme, ücretlendirilmeleri, üretim araçları üzerindeki kontrol, inisiyatif kullanma, özgür ve bağımsız karar alma süreçleri azalmaya ve kaybolmaya başlamıştır. Böyle olunca, hekimin emek sürecinin planlanması, yürütülmesi, izlenmesi ve değerlendirmesi sürecine dâhil olamamakta, bunun dışında kalmakta bir başka deyişle, proleterleşmektedir. Ya da hekimler mesleki işlevler, politik, ekonomik beraberinde sosyal olarak zayıflatılmış olur (McKinlay ve Arches, 1985; Özkan, 2017a; Barnett ve ark., 1998).

Kapitalizmin toplumsal iş bölümüyle şekillenen teknik iş bölümü, sınıf içi bölünmenin, katmanlaşmanın ya da tabakalaşmanın da temel nedenidir. Sağlık alanında; ileri teknoloji kullanımı, uzmanlaşma/üst uzmanlaşma, etnisite, ırk, göçmen işçilik, cinsiyet esnek istihdam biçimleri ve ona bağlı merkez/çevre işçiler vb. faktörler bu bölünmeyi yeniden üretmektedir. Bugün, AB ülkelerinde insan sağlığı ve sosyal hizmet çalışanlarının %78'i kadındır. Bu, Finlandiya, Norveç ve Portekiz'de %87'yi geçmektedir. Türkiye'de ise %67.1'dir. Japonya ve Kore'de sadece beş hekimden birisi kadındır. Almanya, Norveç, Fransa, Danimarka ve İsviçre'de 2010 yılı sonrasında

kadın hekimlerin payı %30-47.5 arasında değişmektedir (Özkan, 2016).

Hekimlikteki sınıf içi bölünme de (katmanlaşma ya da tabakalaşma) aynı faktörlerle gerçekleşmektedir. Hekimin sınıfsal konumu belirleyiciliğinde bu faktörler meslekler hiyerarşisinde sürekli ve farklı eğitim türleri, farklı yönetim yapıları, farklı kurumsal hiyerarşi ve davranışları ve resmi olmayan uzmanlıklar aracılığı ile sürekli yeniden üretildiğinden, sınıf içi bölünme dolayısıyla sınıf içinde katmanlaşma ya da tabakalaşma sonuna kadar devam eder. Göçmenlik, ırk, etnisite, cinsiyet, uzmanlık alanları ile oluşturulan bu tabakalaşma aracılığı ile hekim emeğiyle, emek maliyeti baskılanır, eşitsizlik ve ayrımcılık artar. Tabakalaşmada erkekler kadınlara, uzman hekimler pratisyene, yerliler göçmenlere baskın etnik gruplar diğerlerine göre mikro düzeyde kontrolü elinde bulunduruyor da olsa bu mekanizmalarla proleterleşmekten kaçınılamamaktadır (Özkan, 2014; Harrison ve Ahmad, 2000; Lewis ve Marjoribanks, 2003; Kälble, 2005; McKinlay ve Arches, 1985; Annandale, 1989).

III.d. Esnek üretim ve sağlık reformunun hekim özerkliği üzerine etkisiyle ilgili araştırma sonuçları nelerdir?

Sağlık reformlarının mesleki özerkliğe etkisine yönelik yürütülen araştırmalarda, hekimler, mesleki özerkliklerinin kendilerini ve uzmanlıklarını tehdit altında hissetmelerine yol açan değişikliklerle karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir (Lewis ve ark., 2003; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve Marjoribanks, 2003; Randall ve Williams, 2009; Harrison ve Ahmad, 2000; Forsberg ve ark., 2001; Kälble, 2005; Funck, 2012; TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2011). Avustralya'da pratisyen hekimler üzerine yürütülen iki araştırmada, hekimler sağlık reformlarının en büyük etkisinin klinik özerkliğe olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmaların birisinde, pratisyen hekimlerin %41.5'i, meslek örgütü temsilcilerinin %62.8'i sağlık reformlarının mesleki özerkliği olumsuz etkilediği, mesleki özerklik içinde ise en fazla klinik özerkliğin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Hekimler, klinik kararlarını özgür ve bağımsızca alamadıklarını, bu konuda kendilerinin dışında kontrol mekanizmalarının giderek arttığını ifade etmişlerdir. Bu konuda negatif algı sırasıyla; hastanın kabul edilmesi (%64.1), tanı koyma (%56.1) ve hekimlik hizmetlerinin değerlendirilmesidir (%52) (Marjoribanks ve Lewis, 2003). Diğer araştırmada, hekimler klinik özerkliğin mesleki nosyonun merkezi olduğunu, sağlık reformlarıyla en fazla hastaları için klinik karar

alma yeteneklerinin kısıtlandığını belirtmiştir (**Lewis ve Marjoribanks, 2003**). Birleşik Krallık'ta yürütülen başka bir çalışmada, yine hekimler klinik özerkliğin bir bileşeni olan ilaçların reçetelenmesinde ilaç şirketleri gibi mesleğin dışından gelen müdahaleler ve kontrol mekanizmaları nedeniyle bağımsız ve özgür olmadıklarını dile getirmiştir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003**). Kanada'da evde bakım hizmetlerinde çalışan hekimler, hastanın gereksinimlerinin değerlendirilmesini büyük oranda hemşire vaka yöneticilerinin yaptığından, hatta hastaya hizmet vermeden önce vaka yöneticisinden onayını almayı beklediklerinden, hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesi ve tedavisinin seyrinde özerk olmadıklarını bildirmiştir. Yanı sıra, bu hekimlerin sundukları hizmetin türünü ve süresini belirleme yetkinliklerinde de azalma olmuştur (**Randall ve Williams, 2009**). İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'nde hekimin sunduğu hizmetin onun dışındakiler tarafından değerlendirilmesiyle mesleki özerkliğin düştüğü saptanmıştır (**Randall ve Williams, 2009**). Çin'de yürütülen bir çalışmada, hekimlerin hemen hemen hepsi klinik özerkliğin meslek için gerekli olduğunu; ancak, klinik kararlarının kesinlikle uzmanlıklarına dayalı değil, mali hesaplamalara dayalı olduğunu ifade etmiştir (**Jin, 2017**). ABD'de genç hekimler üzerinde yürütülen çalışmada ise "managed care" uygulamalarının hastayı hastaneye yatırma, tanı ve tedavi süreçlerinde hekimlerin özgür ve bağımsız karar almalarını engellediği ortaya çıkmıştır (**Burdi ve Baker, 1998**).

Hekimlerin sosyal ve ekonomik özerkliklerine yönelik araştırmalarda, Avustralya'da, sağlık reformlarının gelir (%67.3), çalışma yeri (%66.3) ve iş yoğunluğu (%56.2) alanlarında hekimleri olumsuz etkilediği gösterilmiştir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003**). Avustralya'da diğer iki çalışmada ekonomik önlemlerin ve performansa bağlı teşviklerin hekimlerin ücretleri üzerinde ya çok az kontrol sahibi olmalarına ya da kontrolü kaybetmelerine yol açtığı, bunun da sosyal, ekonomik ve iş özgürlüklerinin diğer boyutları üzerinde büyük olumsuz etkiye sahip olduğu saptanmıştır (**Lewis ve Marjoribanks, 2003; Lewis ve ark., 2003**). Kanada'da yürütülen çalışmada ise rekabetçi evde bakım piyasasında çalışanların üçte ikisinin, ekonomik özerklikte erozyon yaşadığı belirlenmiştir. Yanı sıra, sözleşmeli ya da taşeron şirketlerde çalışanların statülerinin olumsuzlaştığı, bağımsız müteahhidin yanında çalışan konumunda olduğu, işten çıkarılırken aldıkları tazminatların önemli düzeyde düştüğü, çalışma saatlerinin giderek belirsizleştiği, gelirlerinin ise çalıştıkları saat yerine, hizmet verdikleri hasta sayısına

göre belirlendiği ortaya koyulmuştur. Ayrıca, hekimlerin reformlardan önce iş planlamasında kontrol sahibi iken, hem reformlarla hem de esnek istihdam ile beraber bunun olumsuzlaştığı ortaya koyulmuştur. Yanı sıra, yeni yönetim modeli ve rekabetçi özellikleriyle evde bakım kurumlarının önce akşamları, daha sonra hafta sonları da dâhil olmak üzere, daha geniş bir zaman aralığında hastalar için daha uygun olacağı varsayımıyla hizmet sunmaya zorlanmıştır (**Randall ve Williams, 2009**). Avustralya'daki bir çalışmada, hekimler, çok yoğun çalışmalarına rağmen, hükümetler tarafından, hak ettikleri değeri göremediğini düşünmektedir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003**). İsveç ve Kanada'daki hekimlerin karşılaştırmalı araştırmasında ise her iki ülkede de sağlık reformlarının uygulanmasına bağlı olarak, sağlık hizmetlerinin maliyeti arttıkça, devletin hekimlerin ücretlendirilmesine yönelik sert önlemler alındığı ve buna bağlı olarak, İsveçli hekimlerde mesleki özerklik kaybının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (**Funck, 2012**). Finlandiya'da geçici çalışan sağlık emek gücü araştırmasında, geçici çalışanların çalışma yaşamını kontrol edemedikleri, inisiyatifsiz oldukları, geçici istihdam süreleri arttıkça kurumlarındaki iletişimlerinde bozulmanın, yaptıkları işler üzerindeki kontrolün daha da azaldığı saptanmıştır (**Mauno ve ark., 2012**). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise hekimlerin zaten özerk olmadığı ama var olan özerkliğin de reformlarla beraber ortaya çıkan ticari aktörlerin, kamuda patron zihniyetli yöneticilerin ve özel hastanelerde hali hazırda bulunan patronların önemli düzeyde azalttığı ortaya konmuştur (**Kart, 2013**).

Mezo düzeyde ya da hekimlerin kurumsal özerkliğinde, Avustralya'da sağlık reformlarının uygulama sürecinde hekimler, devletin hekimlerin görüşünü almadan bu politikaları yaşama geçirdiğini, buna itiraz ettiklerinde ise reform savunucularının tehditleriyle karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve ark., 2003**). Kanada'da devlet ile hekimler arasındaki politik mücadelenin aslında tüm özerklik alanlarını etkilediğini, Çin'de hekimlerin mesleğe giriş, mesleğin izlenmesi ya da ücretlendirilmesi konularında oldukça sınırlı düzeyde kontrol sahibi olduğunu, Avustralya'daki pratisyen hekimler, devlet kontrolünün artırılmasının mesleki özerkliği azalttığını, mesleğin kontrolünün kendilerinden devlete ve şirketlere geçtiğini belirtmektedir (**Randall ve Williams, 2009; Jin, 2017; Lewis ve ark., 2003**). Hekimler böyle düşünürken, devletler, sigortacılar, şirketler, sağlık reformunu savunanlar, hekim özerkliğinin

hekimlerin algıladığının tersine düşmediğini iddia etmektedir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve ark., 2003**). İsveç ve Kanada'daki hekimlerin karşılaştırmalı çalışmasında ise İsveçli hekimlerin ücretli çalışana dönüşmesiyle, mesleki uygulamanın koşulları üzerindeki kontrolün azaldığı, Kanada'da meslek örgütünün politik özgürlüğü koruma konusunda İsveç'ten daha başarısız olduğu gösterilmiştir (**Funck, 2012**).

Daha öncede belirtildiği gibi, sağlık reformlarının hekim özerkliğine etkisi büyük oranda sermaye ve işverenin kârını maksimize etmek ve onun için de aynı zamanda emek denetim ve kontrolünün aracı olan performansa dayalı ücretlendirmeyle ilgili çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Çünkü hastaya/kişiye tanı konulmasından tedavisine, hekimlik hizmetlerinin değerlendirilmesine, hekimin ücretlendirilmesinden meslektaşlarıyla ve devletle kurumsal ilişkilerine hekimlerin özgür ve bağımsız karar verebilmesini, sürecinin kontrolü altında olup olmadığını doğrudan etkileyen bir faktör olarak görülmüştür. Yani sıra, hekimlerin birbiriyle olan rekabetini de artırdığından, "mesleğin iç erozyonu" olarak nitelendirilen meslektaşlar arasındaki ilişki de zedelemektedir. Bu konuyla ilgili çalışmaların ortak yönü, performansa dayalı ücretlendirmenin mesleki özerkliği azalttığı yönündedir (**Larriviere ve Bernat, 2008; Forsberg ve ark., 2001; Marjoribanks ve Lewis, 2003; Exworthy ve ark., 2003; Hoogland ve Jochemsen, 2000**). Örneğin, Birleşik Krallık'daki birinci basamak hekimlerinin performansa dayalı ücretlendirmeye itirazlarının temel noktası mesleki özerkliklerini kaybetmeleri olmuştur (**Exworthy ve ark., 2003**). İsveç'te yürütülen çalışmada, performansa dayalı geri ödeme, yalnızca mesleki özerkliği azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda daha düşük bir bakım kalitesine yol açmıştır (**Forsberg ve ark., 2001**). Performansa dayalı ücretlendirme için devletin, sağlık yöneticilerinin kontrol ve denetimleri arttıkça, bunun için yeni rehberler çıkarıldıkça, sağlık kurumlarının yönetiminde yönetim uygulamaları arttıkça, hekimlerin özerkliği daha da azalacaktır. Ülkemizde ise reformların giderek performans uygulamasını artırdığı, beraberinde hekimlerin çalışma saatlerinin esnek hâle getirilme-ye çalışılması, iş yoğunluğunun giderek artırılması ve iş güvencesinin giderek ortadan kaldırılmasına bağlı olarak ve onların karşılıklı etkileşimi, hekimlerin, teşhis ve tedavi konusunda sahip oldukları, "yetki, sorumluluk ve inisiyatif" kullanma yetisine ilişkin özerkliğini de zorlaştırmaktadır (**Kart, 2013**). Ne var ki gelinen noktada, hekimlerin sadece klinik uygulamalardaki teşviklerle değil, beraberinde

performansa dayalı ücretlendirme ve diğer ek ödeme biçimleriyle de etkilendiği gösterilmektedir (**Marjoribanks ve Lewis, 2003; Lewis ve Marjoribanks, 2003, Forsberg, ve ark., 2001; Exworthy ve ark., 2003**). Hekim özerkliğinde her düzeyinde yaşanan bu olumsuzluklar nedeniyle hekimlerin, rolleri, mesleki geleceği konusunda belirsizlik ve endişe yaşadığı, mesleki ideallerinin aşındığı saptanmıştır (**Marjoribanks ve Lewis 2003; Kälble, 2005; Watts, 2009; Lewis ve Marjoribanks, 2003**).

IV. Sonuç

Konuyla ilgili incelenen çalışmalarda, sağlık reformu ve esnek üretimin benzer biçimlerde ve düzeylerde hekim özerkliğini erozyona uğrattığı ve bütün alanlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu konu, pek çok ülkede farklı düzeylerdeki araştırmalarla incelenirken, ülkemizde araştırma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu nedenle, sağlık reformu ve esnek üretim ile hekim özerkliği ilişkisinin Türkiye'de sağlık politikaları alanında çalışan araştırmacılar, sendika ve hekim örgütü için öncelenmesi gereken araştırma konularından ve beraberinde mücadele alanlarından birisi olmalıdır.

Kaynaklar

- Annandale, E.** (1989) Proletarianization or restratification of the medical profession? The case of obstetrics. *International Journal of Health Services*, 19(4):611-634.
- Barnett, JR., Barnett, P., Kearns, RA.** (1998) Declining professional dominance?: Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 46(2):193-207.
- Baum, F., Freeman, T., Sanders, D., Labonte, R., Lawless, A., Javanparast, S.** (2006) Comprehensive primary health care under neo-liberalism in Australia. *Social Science & Medicine*, 168:43-52.
- Burdi, MD., Baker, LC.** (1998) Market level health maintenance organization activity and physician autonomy and satisfaction. *The American Journal of Managed Care*, 3(9):1357-1366.
- Consensus Research Group Inc.** (2010) REPORT OF FINDINGS A Cross-Country Comparative Study of Physician Autonomy Conducted for MedLibn October 14, 2010 New York Düsseldorf Beijing. Erişim adresi: www.medlib.ch/.../%20042011MedLibStudyDeck.pdf. Erişim adresi: 25.11.2018
- Church, J., Gerlock, A., Smith DL.** (2018) Neoliberalism and accountability failure in the delivery of services affecting the health of the public. *International Journal of Health Services*, 48(4):641-662.
- Curtin, L.** (1982) Autonomy, accountability and nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 4(2):7-14.
- Elston, MA.** (1991) The Politics of Professional Power. In J. Gabe, M. Calnan, & M. Bury (Eds.), *The Sociology of The Health Service* London: Routledge. pp. 58-88.
- Exworthy, M., Wilkinson, EK., McColl, A., Moore, M., Roderick, P., Smith, H.** (2003) The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK. *Social Science & Medicine*, 56(7):1493-1504.
- Ezekiel, JE., Pearson, SD.** (2012) Physician autonomy and health care reform. *JAMA*, 307(4):367-368.

- Forsberg, E., Axelsson, R., Arnetz, B.** (2001) Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *The International Journal of Health Planning & Management*, 16(4):297-310.
- Funck, E.** (2012) Professional archetype change: The effects of restricted professional autonomy. *Professions and Professionalism*, 2(2): 1-18. Erişim adresi: <https://journals.hioa.no/index.php/pp/article/download> Erişim adresi: 13.05.2018
- Göçmen-Baykara, Z., Şahinoğlu, S.** (2013) Hemşirelikte özerklik kavramının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3):176-181.
- Hall, R.** (1968) Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, 33(1):92-104.
- Hamzaoğlu, O.** (2009) Almanak 2008. İçinde: Kapitalizmde Sağlık Hizmetleri ve Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Reformu; İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı (SAV). s.459-472.
- Hamzaoğlu, O.** (2013) Dünyada sağlık reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve belgeleri. *Toplum ve Hekim*, 28(3):172-180.
- Harrison, S., Ahmad, WIU.** (2000) Medical autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*, 34(1):129-146.
- Helena, L., Sérgio, L., Teresa, C.** (2014) Work autonomy, work pressure, and job satisfaction: An analysis of European Union countries. *The Economic and Labour Relations Review*, 25(2):306-326.
- Hoogland, J., Jochimsen, H.** (2000) Professional autonomy and the normative structure of medical practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(5):457-475.
- ICN, FIP, FDI, WMA, Global Health Workforce Alliance, HFI, World Confederation for Physical Therapy.** (2008) Key Characteristics of Positive Practice Environments for Health Care Professionals. Erişim adresi: http://www.whpa.org/Key_Characteristics_of_PPE_for_Health_Care_Professionals.pdf. Erişim adresi: 06.02.2018
- Jin, L.** (2017) Physician autonomy and the paradox of rationalization clinical pathways in China's public hospitals. *Sociology of Development*, 3(3):295-322.
- Kälble, K.** (2005) Between professional autonomy and economic orientation—The medical profession in a changing health care system. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2:1-13.
- Karagözoğlu, Ş.** (2008) Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3:41-50.
- Kart, E.** (2013) Sağlıkta Dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3:103-140.
- Keenan, J.** (1999) A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3):556-562.
- Kipper, BA.** (1992) Roget's 21 st Century Thesaurus in Dictionary Form. Dell New York.
- Larriviere, DG., Bernat, JL.** (2008) Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. Invited article. *Neurology*, 70 (24):2338-2342.
- Lewis, JM., Marjoribanks, T.** (2003) The impact of financial constraints and incentives on professional autonomy. *The International Journal of Health Planning & Management*, 18(1):49-61.
- Lewis, JM., Marjoribanks, T., Pirotta, M.** (2003) Changing professions: General practitioners' perceptions of autonomy on the frontline. *Journal of Sociology*, 39(1):44-61.
- Lin, BY., Li, YK., Lin, CC., Lin, TT.** (2011) Job autonomy, its predispositions and its relation to work outcomes in community health centers in Taiwan. *Health Promotion International*, 28(2):166-177.
- McKinlay, JB., Arches, J.** (1985) Towards the proletarianization of physicians. *International Journal of Health Services*, 15(2):161-195.
- Marjoribanks, T., Lewis, JM.** (2003) Reform and autonomy: Perceptions of the Australian general practice community. *Social Science & Medicine*, 56(10):2229-2239.
- Marshall, G.** (1994) *A Dictionary of Sociology*. Oxford University press. Çev: Akinhay O, Kömürçü D. (1999) *Sosyoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.
- Mauno, S., Cuyper, ND., Kinnunen, U., Witte, HD.** (2012) Work characteristics in long-term temporary workers and temporary-to-permanent workers: A prospective study among Finnish health care personnel. *Economic & Industrial Democracy*, 33(3):357-377.
- Navarro, V.** (2014) Capital-labor struggle: The unspoken causes of the crises. *International Journal of Health Services*, 44(1):1-6.
- Oğuz, NY., Tepe, H., Büken, NÖ., Kucur, DK.** (2005) *Biyotetik Terimleri Sözlüğü*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu. Meteksan AŞ. s.196-200.
- Özkan, Ö., Hamzaoğlu, O.** (2014) Esnek İstihdamın İşçi Sağlığına Etkileri. İçinde: Kapitalist üretim ilişkilerinde 'yeniden' esneklik TÜRKİYE'DE ESNEK ÇALIŞMA. Haz. Müftüoğlu, Ö., Koşar, A., Evrensel Kültür Kitaplığı-5, s. 191-213.
- Özkan, Ö.** (2016) Ataerkil Kapitalizmin Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi. İçinde: Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emegi. Neoliberal ve Muhafazakâr Dönem Kadın Emegi. Der. Yaman, M., Dedeoğlu, S., SAV, İstanbul. s.130-170.
- Özkan, Ö.** (2017a) Sağlık emek gücünün AKP ile geçen 15 yılı. *Toplum ve Hekim*, 32(5):381-400.
- Özkan, Ö.** (2017b) Toplum için Toplum İçinde Eğitim: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Örneği. İçinde: Kocaeli Dayanışma Akademisi'nin İlk Uzun Yılı. Dipnot. s.375-396.
- Randall, GA., Williams, AP.** (2009) Health care reform and the dimensions of professional autonomy. *Canadian Public Administration/Administration Publique du Canada*, 52(1):51-69.
- Schulz, R., Harrison, S.** (1986) Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *The International Journal of Health Planning & Management*, 1(5):335-355.
- Tezuka, K.** (2014) Physicians and professional autonomy. *Japan Medical Association Journal*, 57(3):154-158.
- Türk Tabipleri Birliği-TTB.** (2012) Hekim Bağımsızlığı, Meslek Örgütü Özerkliği için Dünya Tabipleri Birliği Hekimlerle Buluşuyor. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=22decc0e-9474-11e7-914a-a458ccf77150&1534 Erişim adresi: 11.11.2018
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu.** (2011) Sağlık Sisteminde Performans Uygulamalarının Mesleki Değerlere Etkileri ve Etik Sorunlar. Çalıştay Raporu ve Sonuç Bildirgesi. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Çalışma Raporu. s 759-767.
- TÜBA.** (2011) *Türkçe Bilim Terimleri Sözlüğü Sosyal Bilimler.1. baskım*. s. 892.
- Türk Dil Kurumu-TDK.** (2019) Özerklik. Erişim adresi: <http://www.tdk.gov.tr/>
- Tyssen R., Karen, S., Palmer, SP., Solberg, IB., Voltmer, E., Frank, E.** (2013) Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States. *BMC Health Services Research*, 15;13:516-525.
- Watts, C.** (2009) Erosion of physician autonomy and public respect for the profession. *Editorial. Surgical Neurology*, 71:269-273.
- World Medical Association-WMA.** (2018) Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence. Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-> Erişim adresi: 24.01.2019