

DOSYA/DERLEME**PROFESYONELDEN PROLETERE, HEKİMLER;
DEĞİŞEN NE?**

Ata SOYER*

I. GİRİŞ

2003 yılında başlayan "sağlıkta dönüşüm" süreci hızla ilerliyor. Sağlıkta ciddi dönüşümleri yaşıyoruz. Bu dönüşümlerin bir başlığı da, hekimlerle ilgili, daha doğrusu hekimliğin uygulanması ile ilgili. Özellikle "tam gün" tartışmaları, neredeyse tüm hekimleri sağlıkta dönüşüm sürecinin ortasına çekmiş görünüyor. Sürecin örgütleyicileri/uygulayıcıları, bir bakıma süreçte karşılaştıkları sorunları hekimleri hedefe koyarak çözmeye çalışıyorlar. Yani "günah keçisi" hekim sendromu! "Aslında sağlığı dönüştürenler iyi işler yapmaya çalışıyorlar, ama şu gözünü kar bürümüş hekimler buna engel oluyorlar!" Üstelik bu söylem de, çeşitli gerekçelerle, toplumda karşılık buluyor.

Biz de, sağlık çalışanı/hekim emeği dosyası hazırlarken hekimlerin günah keçisi haline getirilme sürecinin dinamiklerini ele almaya karar vermiştik. Bu çerçevede de, hekimlerin son dönemlerde, hangi değişiklikleri yaşadığına bakmanın daha nesnel bir sonuç sunacağı kanaatine vardık. Aksi takdirde, oluşturulan sağlık piyasasının ve piyasanın parçası olmuş aktörlerin bireysel ve sistemik günahlarına takılan yorumlardan kurtulamayız. Hekimleri etkileyen dinamikleri nasıl irdeleyecektik? 1960-70'li yıllarda ağırlık kazanan ve halen devam eden, çoğunluğu Batıda kaleme alınmış kaynaklardan... Her ne kadar, Yavuz (Üçkuyu) arkadaşım, söz konusu literatürün Türkiye dinamiklerini aktarmada yetersiz kalacağını-haklı olarak-vurgulasa da, bu riski göze alarak başlamayı uygun gördük. Batının zengin literatürünün ilk isimlerinden biri, Talcott Parsons. Ama, burada daha çok onun ardıllarından Eliot Freidson'u anlamaya çalıştık. Her ne kadar, ilk elden kaynaklarına sınırlı ulaşsak da, ikinci el kaynaklarla Freidson'u okumaya çalıştık. Özellikle "profesyonelleşme" konusunda ise daha eleştirel yaklaşımı nedeniyle Magali Sarfatti Larson'a başvurduk. Ama, bu makalenin en temel kaynağı, John B. McKinlay. Tek ve birlikte yazdığı çalışmalar, bizim de yaklaşımımızı yönlendirdi. Bir başka, önemli kaynak kişimiz, daha fazla bilinen Vicente Navarro. Aşağıda, bu temeldeki bir toparlamayı bulacaksınız.

Bu makalenin oluşturulmasında en fazla katkısını aldığımız McKinlay'in Marceau ile yaptığı çalışma. Söz konusu çalışma, hekimlik mesleğinin "altın çağı"nın sonu saptaması yaparken, "Ortaçağ manastır sisteminin yükselişi ve önemini kaybetmesi ile 21.yüzyılın dönemecinde profesyonelliğin yükselişi ve giderek değer kaybetmesi arasında ciddi benzerlikler bulunmaktadır." ifadesi kullanılıyor (McKinlay, 2002). Bu noktada, hekimlerin toplumsal konumunu değiştiren dinamikleri tartışmaya girmeden önce, ortaçağ manastır sistemi ve profesyonelliğin değişimi sürecini ele alarak başlayalım.

II. ORTAÇAĞ MANASTIR SİSTEMİ:

Doğan, manastır sisteminin ortaya çıkışının, Roma İmparatorluğu'nda Hristiyanlığın güçlenmesi ile ilişkili olduğunu söylüyor. "Dünyadan ele etek çekip, toplumdan uzakta inzivaya çekilerek dua ve ibadet yoluyla Tanrıyı arama, Hristiyanlığın ilk yıllarında ortaya çıkmıştır. İnziva yolunu seçen kişi, münzevi ya da erenos olarak tanımlanmıştır. ...4.yüzyılda Aziz Pachomios kapalı duvarlar arkasında ortak bir yaşama biçimiyle, Doğu Manastır sözcüğünün, "monakos" (=tek başına yaşamak) fiilinden türediği ileri sürülüyor. İlk kez 3.yüzyılda ortaya çıkan keşişler/rahipler, manastırlar etrafında toplanarak kümelenmişler, İncil, Hz. İsa ve havarilerin yaşamını münzevilik biçiminde yaşamaya başlamışlardır. Bir arada yaşayan, ayrı odalarda yatıp kalkan, birlikte dua eden münzevilerin kurduğu manastır sistemine, "larva" adı verilmiştir. Manastırda yaşayanlar, dince belirlenen belirli kurallara uyarlar, ilahi bilgiye mutlak itaat ederler, gizlilik ve ayrıntılı törenlere önem verirler, özel kostümlere sahip ve "tarikattaki" kardeşlerine bağlılık taşırlardı. Tüm bunlar, onları yozlaşmadan uzak tutardı. İyi ile kötünün belirlenmesinde söz sahibi kişiler olarak, toplumda özel bir yere ve dolayısı ile ayrıcalığa sahiptiler. Dönemin muktedirleri, kendi iktidarlarını sürdürmek için manastırları ve manastırdaki rahipleri kullanıyor ve karşılığında onlara dokunmuyor ve ayrıcalık tanıyorlardı. Bir yandan da Roma İmparatorluğu'nda yaşanan savaşlar, yoksulluk, vergi sömürsü, yasal bozukluklar, yolsuzluklar, vb toplumda manastır yaşamının benimsenmesine yol açmıştır. Giderek manastırlar, üretici yaşamla bütünleşmiş, devletin de desteklemesiyle, manastır mülkleri ve gücü sürekli büyümüştür.

*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

Daha sonra, iktisadi dönüşüm süreci ve laik-dinsel dünya görüşlerinin rekabeti, manastırların gittikçe yozlaşan ekonomik birimler haline gelmesine neden olmuştur. Ekonomik yozlaşma, manastırların güçlerinin kaybını getirmiştir. Sonuçta çoğu kapanmak durumunda kalmış, bir kısmı yeni sistemle uzlaşarak yaşamlarını sürdürmüşlerdir (Doğan, 2003). Hekimlerin de, ayrıcalıklarını muktedirlerin desteği ile kazandığı, bu desteğin azalması ile ayrıcalıklarının yitirmeye başladığı saptaması ile başlıyoruz.

III. PROFESYONEL, PROFESYONELLİK ÖZELLİKLER

Bir mesele de, profesyonellik. Hekimlerin de dahil olduğu mesleklere, sosyolojide "profesyonel" deniyor. Kimdir, "profesyonel?" Nedir, özellikleri?

III. 1. Tanım:

Toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile yapan kişiye "profesyonel" deniyor. Wikipedia ansiklopedisi, "mesleki bir alanda, yüksek bir eğitim derecesi elde etmiş kişi"nin profesyonel olduğunu belirtiyor. Genellikle de "beyaz yakalı çalışanlar" için kullanılan bir terim. Özellikle Batının refah toplumlarında yaygın olan bu kavram, "yüksek eğitim, yüksek gelir, belirli bir çalışma özerkliği, ekonomik güvence, yaratıcı ve entelektüel iş" özelliklerine sahip çalışan için kullanılıyor. Wikipedia Ansiklopedisi, profesyonelin sahip olması gereken kriterleri şöyle sıralıyor: "1. akademik kalifikasyon, 2. belirli bir mesleki alanda uzmanlık bilgisi, 3. bir meslekle ilgili mükemmel pratik beceriler, 4. yüksek nitelikte çalışma/iş, 5. yüksek nitelikte bir mesleki etik sahibi olmak, 6. akla uygun çalışma, ahlak ve motivasyon (Wikipedia Ansiklopedisi).

Hughes ise, "profes" sözcüğünün ilk anlamının dinsel bir kökten geldiğini ve "dinsel düzen adına yemin etmeyi" dile getirdiğini aktarıyor. Ancak, 1675 yılından itibaren, dinsel anlamını yitiren sözcük, "yeteri kadar nitelikli olma" anlamına gelmeye başlıyor (Hughes, 1963).

Goode, 1960'larda profesyonelliğin özelliklerini üç başlıkta toplamıştı: Birincisi, özerklik (otonomi) ile ilgili olanlar: profesyonel, kendi eğitim ve öğrenimi ile ilgili standartları belirler; profesyonel uygulamalar, yasal olarak bazı lisans formları tarafından onaylanır; izin verme ve mesleğe kabul, profesyonellerce yapılır; birçok profesyonel, kendi alanlarının bazı düzenlemelerini yapar. İkincisi, standartlarla ilgili olanlar (eğitim ve uygulama normları ki oldukça katıdır). Üçüncüsü de, saygınlık ve kimlikle ilgili olanlar: Profesyonel kimlik, diğer çalışanlarınkinden güçlüdür; gelir, güç, saygınlık yetenekle ilgilidir (Goode, 1973).

Profesyonelin özellikleri şöyle tanımlanıyor. Özerklik (otonomi): Freidson'a göre, özerklik, kişinin çalıştığı işyerinde işin kontrolünü sağlamak için baskıcı konumda olmasıdır. Profesyonel özerklikte anahtar öge, kendi kendine olmak, kendini değerlendirmek, kendini kontrol etmektir. Profesyonelin yüksek eğitim almış olması tercih

edilir. İyi eğitimin yanı sıra, profesyonelin formel bilgi ve çalışma ile ilgili kontrol yeteneklerinin gelişmiş olması kritiktir. Profesyonellikte güven sistemi de önemseniyor. Tekelci bir kontrol olması, güvenin bir şartıdır. Bir de profesyoneller arası rekabet olması, güven şartı olarak sunulur. Freidson, güven sisteminin, kişisel yeteneklerin sergilenmesi ile ilgili olduğunu yazar (Freidson, 1970).

III.2. Profesyonelliğin Tarihsel Gelişimi (Larson, 1977; Larson, 1979; Larson, 1980)

Profesyonellik üzerine çok yazılıp çizildi. Özellikle Batıda. Çünkü, profesyoneller, bu konuyu ilk ve en çok tartışanlardan Parsons tarafından, "yirminci yüzyılın önemli bir yapısal gelişmesi" olarak tarif edildi. Parsons profesyonelliğin iş özerkliği, tarafsız hizmete bağlılık gibi özelliklerinin altını çizdi. Profesyonellerin, bilimsel akılcılığın gittikçe daha fazla egemen olduğu işbölümünün sonucu olduğu ve çağdaş toplumların sınıfsal yapısından görece bağımsız biçimde varolduğunu belirtiyor. Profesyonellik ve onun ideolojisi profesyonelizmin, iş dünyasına etik ve akılcılık getirdiği saptaması da, Parsons'a aittir.

Profesyonellik konusunda kabaca üç dönemden söz etmek mümkün olabilir: Birinci dönem, 18.yüzyıl sonu ve 19.yüzyıl başı, ilk kez Anglo-Sakson dünyada profesyonelliğin olduğu dönem. İkinci dönem, geçtiğimiz yüzyılın başından son çeyreğine kadar olan dönem. Üçüncüsü de, daha çok makalenin ikinci bölümünde ele alınacak sorunların olduğu küresel kapitalizm dönemi.

Larson'a göre, profesyonelleşme hareketleri, 18.yüzyıl sonu ve 19.yüzyıl başında, daha çok da Anglo-Sakson dünyada gerçekleşmiş olan örgütsel projelerdir. Bu projeler, doğrudan üreticilerden oluşan bazı grupların hem piyasa fırsatlarının yaygınlaşmasına hem de ya aristokratik ya da profesyonel dürüstlüğü zayıflamasına gösterdikleri bir tepkidir. Daha sonra görülen modern profesyonelleşme ise, endüstri öncesi ya da burjuva öncesi yapı ve öze kopuşmalara delalet eder. Bir anlamda, modern profesyonellik modeli, bir piyasa denetim projesinin sonucudur. Projenin esas işlevi, profesyonel üreticilerin gerçekleştirdikleri üretim faaliyetinde, görece standartlaştırılmış bir süreç oluşturmak ve bunu denetlemektir. Yani, piyasa denetimi, standartlaşmış ve birörnek bir profesyonel eğitim sisteminin oluşturulmasını zorunlu kılar. Modern profesyonelleşmenin hedefi, sadece böyle bir sistemi kurmak değil, bu sistemi bütün profesyoneller için bir başlangıç noktası haline getirmektir. Bu durum, nesnel ve evrensel kazanım kriterleriyle uygulayanların toplumsal statülerinden bağımsız- haklı çıkarılır. İki önemli kavramı, profesyonel kavramı ile birlikte kullanıyoruz: piyasa denetimi ve standartlaştırılmış eğitim. Bunun altını çizelim.

Larson, ayrıca modern profesyonelleşme hareketlerinin, aynı zamanda kolektif mesleki ve toplumsal yükseliş projeleri olduğunu ifade ediyor. Geleneksel loncaların kapalılığına ve patronajdan

kaynaklanan istismara açıkça karşı çıkan bu hareketler, iş sayesinde toplumsal statü kazanma girişimleri olarak kabul edilmektedir. Profesyonellerin yaptıkları iş, toplumsal olarak yararlı, bilgiyle aydınlanmış ve saygın olarak sunulmuştur, topluma. Bu haliyle, aristokratik patronaj modelinden de, klasik burjuva modelinden de bir kopuş olarak değerlendirilmektedir.

Yine Larson'a göre, modern profesyonelleşme hareketleri ikili karaktere sahiptir: hem piyasa denetimini, hem de kolektif toplumsal hareketliliği hedefler. Bunlar, kıt kaynakların belirlediği bir düzeni, yani standartlaşmış eğitim aracılığı ile sağlanan uzmanlık düzenini, bir başka düzene, yani piyasa fırsatları, iş ayrıcalıkları ve toplumsal statüler düzenine dönüştürme girişimleridir. Başlangıçta profesyonellik, antikapitalist ve piyasa karşıtı bir görünüş sergiledi. Kutsal bir hizmet ideali, soyut olarak öne çıkarıldı. Bu hizmet ideali, çok az sayıda insanın edindiği eğitim imkanlarını ve bu eğitim sonucu sahip oldukları kişisel becerileri haklı çıkarmak için kullanılmıştır.

Bir başka yanıla, profesyonelleşme, tekelleşmeyi de amaçlamaktadır. Bir hizmetler veya işgücü piyasasındaki fırsatların tekelleşmesi, buna bağlı olarak bir profesyonel hiyerarşide statü ve iş ayrıcalıklarının tekelleşmesi. Her iki tekelleşme biçiminden de özel bir rant veya çıkar sağlanabilir. Eğitimin ve sertifikasyonun tekelleştirilmesi yoluyla meslekler arzının denetlenmesi, profesyonel kişilere kendilerine nitelik kazandıran özgün eğitim maliyetlerinin üzerinde parasal gelir sağlayan profesyonelleştirme hareketlerine olanak verir. Özel imtiyazlar/ayrıcalıklar da, arzın denetlenmesi ve uzmanlığın tekelleştirilmesi ile güvence altına alınmaktadır. Larson, bu noktada çok çarpıcı bir saptama yapıyor: "Profesyonel hizmetler, ister bir 'özgür' profesyonel girişimci tarafından, ister bir ücretli profesyonel işçi tarafından sağlansın, 'sıradan' işgücünün kapitalist toplumlarda tipik bir biçimde maruz kaldığı disiplin ve denetim biçimlerine nadiren maruz kalır." Arzın denetiminin, göreceli kıtlığın etkilerinin uzmanlık adına talep edilen ayrıcalıklarla birleştirildiği ve bu uzmanlığın formal eğitimle değerlendirildiği ve öğretim derecesi ve okulda geçirilen süre ile ölçüldüğü belirtilmektedir.

Profesyonellerin sağlamaya çalıştıkları özel tekel biçimi, karmaşık bir piyasa örgütlenme ve denetleme modeli olarak tezahür etti. Bu modelde, teknik ve teorik bilgi kurulları ile kalifiye hizmetler ya da işgücü için güncel ya da potansiyel piyasalar, iki farklı ama birbirleriyle bağlı olan iki unsur olarak mevcuttur. Bu iki faktör arasındaki bağlantı, ancak modern üniversite içinde etkili olmuştur. Zira, üniversite kurumu, eğitilmiş emekçilerin standart üretimiyle, bilgi üretiminde birikim sağlayan, yani araştırma işlevini yerine getiren, tipik bir eğitim kurumu durumundaydı. Dereceli kamu eğitimi sistemlerinin oluşturulması ile birlikte, üniversite Batılı kapitalist toplumların eşitsiz yapısına hem aracılık eden, hem de bu yapıya meşruluk kazandıran bir hiyerarşinin tepesinde yer alır. Eğitim ile bu eğitimin getirileri arasında yapısal bir bağlantı kurmaya çalışan modern profesyonellerin, özel

becerilerin tekelleşmesiyle, sağlanan yeni bir mülkiyet biçimine öncülük ettiği ileri sürülmüştür.

Profesyonelleşme ile birlikte, piyasa standardizasyonu ve eğitimde birörneklik ilkesi zorunlu kılınmıştır. Profesyonellik, toplum içinde yükselme ve ayrıcalıklı statü kaygısıyla ortaya çıkmış ve profesyonel ideolojinin tipik bireyciliği ile pekişmiştir. Eğitim ve ehliyetin standartlaştırılması, profesyonellerin oluşturdukları topluluklardaki birörneklik illüzyonunu ve statü eşitliğini desteklemiştir. Oysa, diğer yandan da profesyoneller arasındaki tabakalaşma, profesyonel topluluk kavramının içinde ne kadar boş olduğunu gösterir. Sınıflı toplumlardaki gerçek, profesyonellerin karmaşık ve çelişkili niteliği söz konusudur. Çünkü profesyonellik modeli eğitimi mesleğe bağlamaktadır, statü ayrıcalığını kendi konumlarının meşruiyetine bağlamaktadır, evrenselciliği tekelleşme için kullanmaktadır. Sonuçta, modern profesyonellik modeli, özünde istikrarlı ve birörnek olmayan, kendi içinde tabakalı bir grup niteliğindedir.

III. 3. Profesyonelizm İdeolojisi (Larson, 1977; Larson, 1979; Larson, 1980)

a) Kapitalizm, piyasa ilişkilerinin tüm toplumsal faaliyet alanlarına nüfuz etmesini muazzam biçimde hızlandırır ve genişletir. Fakat kapitalizm, piyasa ilişkilerine ya da değişim için üretime indirgenemez. Modern anlamda profesyonelleşmenin ilk aşaması, İngiltere'de kapitalist üretim modelinin yerleşmesiyle ve kapitalist sanayileşmeyle çakışmıştır. Burada, profesyonel hizmetler, meta halini almış, piyasada satılmış, parası olanlarca ulaşılabilir olmuştur. Ancak, profesyonelleşme, profesyonelin piyasada bir meta haline gelen bir malı satan kişi olmasından ibaret değildir. Asıl önemli olan, profesyonel üreticilerin üretimi, yani eğitimidir. Standartlaşmış eğitim, profesyonel hizmetlerin nesnelleşmesine yönelir. Eğitimin standardize edilmesinin getirdiği birörneklik "ölçüsü", profesyonel metayı diğerlerinden ayıran en önemli farktır. Ayrıca, standartlaştırılmış eğitim, profesyonel hizmetlerin fiyatını belirler. "Eşit" ve "ölçülebilir" eğitim birimleri, performansların ölçülmesini sağlar. Ancak bu ölçülebilir olmanın, yani nesnelleştirme çabasının bir sınırı vardır. Daha doğrusu, bu nesnellik, görüntüdür. Çünkü, standartlaştırılmış eğitim, diğer yandan eğitsel prestij hiyerarşisi ile "de-standardize" edilmiştir. Yani, bazı okullar, bazı öğretmenler, bazı dereceler, diğerlerinden "daha iyi" olarak belirlenir. Dolayısı ile eğitimin standartlaştırılması, bir bakıma bir yanılsama yaratır. Eğitimin sözde "eşit" birimleri, bu yanılsamaya göre sıralanır, böylece "eşitlik" fiilen ortadan kalkar.

b) Standartlaştırma sürecine rağmen, eğitim sonunda kazanılan profesyonel beceriler, bireyseldir, bireylerde bulunur. Bu beceriler, piyasada alınır satılır becerilerdir. Ve bu beceriler, profesyonelin kişisel ve toplumsal özelliklerinden ayrılamaz. Dolayısı ile becerilerin nesnel ve ayrı olarak değerlendirilebileceği iddiası, çok geçerli görünmemektedir. Tıp gibi (hukuk gibi) piyasa temelinde örgütlenen ilk profesyoneller, doğrudan doğruya alıcı/

müşteri tarafından kullanılan ya da tüketilen kişisel hizmetleri sağlıyorlardı. Bir metayı/malı tüketici/müşteri için kullanışlı hale getiren ya da tüketicinin ona ihtiyaç duymasını ve onu istemesini sağlayan, bu türden piyasa işleminde hizmet verilirken gerçekleştirilebilir veya elde edilebilir. Buna "kullanım değeri" de deniliyor. İşte kullanım değerinin doğrudan gerçekleştirilmesi, klasik profesyonel metanın ayırt edici özelliğidir. Çünkü bu meta/mal, doğrudan üretici tarafından piyasada satılır, tüketici tarafından da ihtiyaç olduğunda satın alınır ve kullanılır. Aslında bağımsız profesyonel üretici de, tıpkı zanaatkar veya küçük meta üreticisi gibi, verdiği hizmetler bir alıcı tarafından doğrudan kullanabildiği için, ya doğrudan kapitalist üretim ilişkilerine tabidir veya doğrudan sermaye birikimine katkıda bulunur.

c) İşte bu profesyonellerin ideolojisi, söz konusu yapısal durumu yansıtır. Profesyonel ideolojinin en önemli özelliği olan "hizmet ideali", özünde piyasanın "eşitleyici ve demokratikleştirici" etkilerini yansıtır. Bu eşitleyicilik ve demokratiklik, profesyonel hizmetlerin/işgücünün yalnızca bir seçkinler zümresi tarafından kullanılmasını sağlayan aristokratik patronaja kıyasladır.

d) Piyasa ilişkilerinin yayılması ve giderek daha egemen bir hal alması, genel olarak istihdam yapısını, özelde de profesyonel istihdamını değiştirmeye başladı. Bağımsız çalışan profesyonelin yerini, işgücünü maaş ya da ücret karşılığı satanlar almaya başladı. Profesyonel ya özel bir şirkette, ya da devlet kurumunda, bürokratik bir organizasyonun bir parçası olarak çalışmaya başladı. Bu noktada, profesyonel kimliğin de değişimi gözlemlendi. Özellikle kamuda çalışan profesyoneller için bu durum, bulunduğu kurumu/konumu savunma olarak şekillendi.

e) Profesyonellik ideolojisi, profesyonizm, ileri kapitalist toplumlardaki egemen ideolojinin bir parçası olmuştur. Bu ideoloji, çağdaş kapitalist toplumların eşitsizlikçi yapısını sıradan insanların gözlerinden gizleme işlevine sahiptir. Profesyonellere tanınan ayrıcalıklar, bu işlevin karşılığıdır. Profesyonellik ideolojisi, mevcut toplumsal düzenlemelerin devamlılığına katkıda bulunur. Bunu yaparken de, insanlara bir yanılsamayla birlikte sunulur. Görüntüde profesyonel, insanların ihtiyaçları konusunda, bir "hizmet etme" ve değerli "yüksek nitelikli" hedefler ve hizmetler üretme arzusuyla birlikte, özerk çalışma ve öz-denetim iddiası ile karşımızdadır.

f) Profesyonellik ve profesyonizmin bir tamamlayıcı ya da güçlendirici unsuru, modern bürokratik kurumlardır/örgütlerdir. Bu yapılar, profesyonellerin kendi personelleri üzerinde otorite ve denetim sağlama olanağı verir. Devlet, şirketler, modern üniversite, vb bu yapılara örneklerdir. Profesyoneller ve bu yapılar arasındaki ilişkinin niteliği, profesyonelin toplumsal yerini belirleyici etkiye sahiptir.

III. 4. Profesyonellerin Bazı Özellikleri (Larson, 1977; Larson, 1979; Larson, 1980)

a) Profesyoneller, başlangıç döneminde zanaatkar ya da küçük esnaf gibi bir konumda hizmet sunmuştur. Daha

sonra, özel ya da devlet kurumlarında toplu olarak hizmet sunmaya başlamışlardır. Refah devletinin ve piyasanın şekillenmesi ile birlikte, profesyoneller, ya özel bir şirket/kurum içinde hizmetlerini sürdürür ve mesleklerini uygularlar, ya da refah devletinin topluma genellikle ücretsiz olarak sunduğu hizmetleri verirler. Burada, özel bir şirkette çalışan profesyonel ile kamu hizmeti veren profesyonel arasında, bir takım farklar (ve benzerlikler) vardır. Özel şirkette profesyonel, işgücünü doğrudan doğruya kapitalist şirketin sağladığı artı değer payı karşılığında satar. Bu anlamda, Marx bu emeğe "üretken emek" adını vermiştir. Devlet sektöründe çalışan profesyonel ise, parasal gelirin bir bölümü karşılığında işgücünü mübadele eder. Marx, bu emeğin "üretken olmayan emek" olduğunu belirtmiştir. Bir başka önemli nokta da, devletin gölgesinde gelişen profesyonellerde, profesyonel kimliğin oluşması bir kamu hizmetinin savunulması şeklinde yaşanmıştır. Yani, bir devlet işlevinin-devletin baskıcı olmayan-pekiştirilmesi anlamındadır. Refah toplumlarında, özellikle eğitim ve sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmesi, işçi sınıfının ve emek hareketinin etkisiyle oluşmuştur. Kamu hizmeti veren profesyonellerin, kendi konumlarını savunurken, ücretsiz kamu hizmetlerini savunması bu bağlamda değerlendirilmelidir. Kolektif profesyonel konumun savunulması, soyut biçimde "genel kamu"nun çıkarları ile ilişkilendirilir ki, toplum tarafından daha meşru görülsün. Profesyonel burada kullanım değeri üretmekte, toplumun geniş kesimlerince kullanım değerleri olarak tüketilmektedir. Refah devletindeki bu durum, Marshall tarafından, "meslekler toplumsallaştırılıyor, toplumsal hizmetler ve kamu hizmetleri profesyonelleştiriliyor" diye tarif edilmiştir.

b) Larson'a göre, "...profesyonelliği veya profesyonelleştirici nitelikleri, kamu düzeyinde savunmak ile kapitalist girişimin genel düzeyinde savunmak arasında fark yoktur". Bu durumu da, bürokratik örgütlenmenin yarattığı sonuçlar üzerinden açıklıyor. Kapitalizmin geldiği aşama, karmaşık işlerin organize edilebilmesi için bürokratik yapıları zorunlu kılmış, bürokratik örgütlenmeler de uzmanlaşma ve uzmanlık alanında tekelleşme ile birlikte seyrirmiştir. Kamu ya da özel olsun, herhangi bir bürokratik kurumda çalışmak, bir profesyonel için formel üniversite eğitimi ve sertifikalar gerektirir. Kapitalizm geliştikçe, diplomalar ve sertifikaların çoğalması ile profesyonelin piyasadaki konumu değişir, güçlenir. Üniversitelerin müfredatı, piyasanın ihtiyacına göre şekillenir.

c) Profesyoneller ve profesyonellik için çok önemli bir araç, diplomadır. Diploma, profesyonel için uzmanlığının dışarıdan onaylanmasıdır. Bürokratik hiyerarşilerin keyfi uygulamalarını azaltma amaçlıdır. Diploma devleti ve işvereni, işe alınacak kişiler konusunda bazı kriterleri göz önüne almaya zorlayıcıdır. Kamu ya da özel işveren, diplomayı birilerini işe almak için gerekli gördükleri sürece, akademik bir temelin uzmanlaşmış bir fonksiyonun çevresinde bir koruma sağladığı görülür. Bu durum, diploma sahiplerine, işgücü piyasası ya da toplumsal

zorluklar konusunda kendilerine doğrudan rakip olan öteki emekçiler üzerinde bir avantaj sağlar. Ne var ki, bu avantajın etkinliği istikrarlı değildir. Çünkü, işverenler düşük maliyet/ücret amacıyla, ehliyetli olmayan emekçileri ehliyetli olanların yerine geçirip geçirmeme yönündeki eğilimleri, diplomanın getirilerini etkiler. Bürokratik akılcılık, tıpkı profesyonellikte olduğu gibi, kalifikasyona ve kalifikasyonu belirleyen sınav ve ehliyetlere bağlıdır. Bürokratin konumu, girdiği sınavlar ve sertifikaları ile çok yakından ilgilidir. Gelişmiş ve bürokratikleşmiş kurumlarda, diploma, işe kabul edilme konusunda önceliklidir ve en hızlı işe alma yoludur.

d) Dışsal olarak sağlanmış diploma ve sertifikasyonun bürokratik yönetim için avantajları nelerdir? i) her şeyden önce, diploma işveren için masrafsızdır. ii) işveren, hem dışsal eğitimden, hem de kısmen iç eğitimden yararlanır. iii) eğitim sistemi, pek çok düzeyde zorunlu bir eleme yapmayı sağlar. Bu eleme, işverenlere, görünüşte ölçülebilir karşılıkları olan standartlaştırılmış ölçülere göre hiyerarşik olarak sınıflandırılmış bir işgücü sağlar. Ancak, akademik kurumların prestij sıralaması, "master"ların, doktoraların, vb" nesnelleştirilmiş "değer"ini de destandardize eder. Böylece, akademik tabakalaşma, işverenlere yüksek düzeyli görev yerleri için kültürel nitelikler veya ideolojik bağlılıklara göre daha rafine bir "ikinci derece" eleme sağlar. iv) derecelerin kombine standardizasyon/de-standardizasyonu ile sağlanan eleme, farklı işler için farklı "giriş hakları" oluşturur ve yönetime bazı garantiler sağlar. Bu garantiler sayesinde, icra düzeyindeki kaçınılmaz ayırım (örgütsel hiyerarşi söz konusu olduğunda, bu ayırım kaçınılmazdır) kabaca kötüye kullanılmayacak ya da bozulmayacaktır.

e) Bir de diplomanın, bir referans gruba girme ve böyle bir grup içinde toplumsallaşma sürecini de temsil etmesi söz konusudur. Bürokratikleşme sürecinin sonucu, profesyonel ile bürokrasinin arasında bir gerilim çıkmasıdır. Profesyonelin en temel özelliklerinden birinin özerklik olması, bu özelliğin bürokratik yönetimin en temel özelliği olan hiyerarşiyle çatışması, gerilimin gerekçesi olarak ifade edilir. Profesyoneller, bu gerilimde genellikle yönetime boyun eğenler. Yönetimler de, profesyonelleri, pahalı çalışanlar olarak, profesyonel bir kademedeki, özel ayrıcalıklar sağlayarak hoşnut tutma eğilimindedir. Profesyonel çalışanların mesleki kimlikleri, yönetimin onları tekil olarak çalıştırmasına izin verir. Profesyonel çalışanlar, bu durumda birbirinden görece tecrit edilmiş olurlar ve yönetimin tutumlarına ve etkinliklerine karşı, bir birleşik profesyonel cephe oluşturamazlar. Ne var ki, dış bağlantılar oluşturmaya ve profesyonel mesleklerle mensup kişilerle dışarıdan bağlantılar kurmaya teşvik, aynı zamanda, çalışma tecriti içinde düşük bir moral tehlikesini telafi edebilir. Yönetimin, profesyonel faaliyetleri, onların hoşnutsuzluğunu yatıştırmak için teşvik ettiği ifade edilmektedir.

f) Hem bürokratik yapıların, hem de profesyonellerin kendi iç denetim mekanizma ve kuralları mevcuttur. Profesyoneller, kendi meslekleri çerçevesinde kolektif

olarak korunurlar. Ancak, bürokrasi de, bireysel başarısızlıkların etkisini azaltmak için, bürokratik denetim yapar. Goode, bürokratik denetimin, tekil çalışanın muhtemel hata payını azaltıcı olduğunu söylüyor. Ancak, bürokrasinin yetersiz kaldığı yerde, profesyonel denetimin devreye girmesi söz konusu. Buradan, bürokratik ve profesyonel denetimlerin iç içe olduğu sonucuna varılıyor. Bürokratik yapılar, profesyonellerin istihdamından yanadırlar ve bu istihdam şekli, bürokratik yapının işine geldiği ölçüde sürdürülür. Ancak, giderek ekonominin üretkenliği önem kazandıkça, profesyonel statüler sıkıntı yaratmaya başlıyor.

g) Bourdieu'nün "sembolik sermaye" kavramı, bilimsel ya da entelektüel otoriteyi oluşturan teknik-teorik beceri ve toplumsal gücü bir araya getirmek için kullanılır. Profesyonellerin bu sembolik sermayeye sahip olduğu, aralarında rekabet olduğu da bir gerçektir. Profesyonellerin konumlarının, önceden biriktirmiş oldukları sembolik sermaye ile ilintili olduğu, meslek hiyerarşisindeki yeri bu kavramın belirlediği de belirtiliyor. Bu noktada, bilgi özerkliğinin, profesyoneller arasında içsel eşitsizlik ve hiyerarşiler oluşturduğu söylenebilir.

h) Profesyonellerin sınıfsal konumu, öteden beri çok tartışılmaktadır. Burada, bu konuya ayrıntılı girilmeyecektir. Profesyoneller, tek bir sınıftan ibaret değildir. Üç ana sınıfa mensup profesyonel olabilir. Üretim araçlarının mülkiyetine sahip olup olmama üzerinden değerlendirildiğinde, büyük burjuvazi, küçük burjuvazi ya da proleterya dahil profesyoneller olacaktır. Ancak, yenelleme yapılsa, profesyonellerin başlıca gelir kaynağı yaptıkları iştir. Muayenehane veya hastane sahibi olanlar dışında, hekimlerin çoğu, kamu ya da özel bir kurumda ücretli çalışırlar. Yani mülk sahibi değildirler. Ancak, diğer emekçilerden farklı olarak bazı ayrıcalıklara sahiptirler. Bu ayrıcalığın kaynağı da, "az bulunan uzmanlıklara sahip olan 'kültürel mülk sahipleri' olarak gerçekleştirdikleri denetim"dir. Bütün profesyoneller, kendi çalışmalarında ihtiyari bir denetim ölçüsü uygularlar. Profesyonelin tekelleştirilmiş becerisi ne kadar uygun ve kıtsa, uygulama düzeyinde denetimi o kadar garanti eder. Profesyonelin yükselmesi, hatta karar verici konuma gelmesi, bununla ilgilidir.

i) Profesyonelin biriktirmiş olduğu sembolik sermaye ve sahip olduğu kültürel mülkiyet, profesyonele yapılan farklı ödeme, farklı muamele ve farklı ayrıcalık durumunu belirler. Emek sürecinde özel durum, bu bağlamda ortaya çıkar. Daha güvenli bir profesyonel tekel, bunun egemen ideoloji ile daha iyi uyumu, kapitalist üretim ilişkilerinin doğrudan etkilerinden sağladığı yararların daha iyi korunması. Profesyonellerin sisteme daha iyi eklemlenmesi, bu noktada önemlidir. Politik ilişkiler ve profesyonizm ideolojisi, bu ilişkinin harcı niteliğindedir.

j) Profesyonizm ideolojisinin özellikleri şöyle sıralanabilir: i) sosyal olarak üretilen becerilerin özel mülkiyet altına alınması temelinde değişken bir burjuva bireyciliği; ii) bilimin, teknolojinin ve genelde rasyonel

bilimin sınıfsal bakımdan tarafsız olduğuna duyulan inanç; iii) bilimsel ya da genelde rasyonel bilginin, yetki hiyerarşileri ve hiyerarşik konumların getirdiği farklı ayrıcalıklar için ilkesel ve neredeyse yegane meşrulaştırıcı olarak görülmesi; iv) bu meşrulaştırıcı ilkenin doğal bir sonucu olarak beyanatların ya da sözcülerin bilimsel ya da rasyonel geçerliliğinin geleneksel ya da "ekstra-cognitif" otorite temelinde reddedilmesi; v) kavram ile icra ayrılığının üstü kapalı biçimde vurgulanması ve bununla birlikte birincisinin üstünlüğünün üstü kapalı biçimde kabul edilmesi (kafa emeğinin kol emeği üzerindeki üstünlüğü); vi) alternatif ya da eş zamanlı olarak kodifiye edilmiş ya da formel olarak aktarılabılır soyut bilginin üstünlüğüne ve ancak tecrübeyle ("karizma") iletilebilecek kodifiye edilmemiş, aracı durumundaki bilginin üstünlüğüne başvurmak; vii) "özgürleştirici" unsurlar olarak meslek ideolojisi kendi içinde hem bütün bir geleneksel otoriteye potansiyel bir meydan okuma içeren epistemolojik iddialar, hem de zanaatkarlık idealleriyle paylaştığı zımnın ya da alenen kar güdüsünü ve üretimin kapitalist örgütlenmesini paylaşan moral iddiaları taşır. Bu ayrıcalıklı kesimin, ayrıcalıklılık süresi sonsuz değildir. Hemen çoğu profesyonel, sayıları arttıkça, iş üzerindeki denetimlerini kaybetmeye ve becerilerinin değeri düşmeye başlar.

k) Becerinin varlığı, profesyonellik için önemli bir kriter. Ancak, bu becerinin toplumsal olarak meşrulaştırılması da gerekir. Bu konuda şu örnek verilmektedir: bir cerrahın elinin uzun olması, becerisinin şartlarından biridir, ancak bu özelliğin değerli olduğu toplumsal olarak kabul görmelidir.

l) Başlangıçta ciddi bir ayrıcalık sahibi olan profesyoneller, kapitalizmin gelişimi ile birlikte, sıradan proleterlere dönüşüyorlar. "Kapitalist toplumların tarihinde, profesyonelleşme, proleterleşmenin öteki yüzü olarak görülür. Çünkü, ayrıcalık onu tanımlayan eşitsizlik yapısının dışında kavranamayan ilişkisel bir kavramdır". Marx da, kapitalist işbölümü çerçevesinde, zekanın üretimde bir yönde geliştiğini, tek tek emekçilerin kaybettikleri şeyin onları istihdam eden sermayede yoğunlaştığını yazmıştır. Buradan, sermayenin değişmez bölümünün (makine, teknoloji, organizasyon, vb) cisimleştirilmesi ve rafine edilmesi için yapılan planlarda zekanın giderek daha fazla yoğunlaştığı saptaması yapılıyor. Kapitalist endüstride bir üretici azınlığın sahip olduğu yüksek beceri ya da bilgi, çoğunluğun beceri ya da bilgisinin sömürülmesine dayanır. Yoğunlaşma sürecinde, bilginin niteliği üretim değişiklikleriyle ilgilidir. Bu bilginin çevresinde toplumsal engeller oluşur. İktisap edilme biçimlerine eşitlenen yeni bilgi formları, diplomasızlığın becerisizliğe dönüştürülmesini sağlar. Diploma köprüsü, ancak bir azınlık tarafından geçilir. Bunların bile sayısı, mevcut "zeka gerektiren" işleri aşar.

m) Bilim ve teknoloji, rasyonellik ve verimlilik kavramları, "tarafsız" kabul edilir. Dolayısı ile kapitalist üretime girmezler. Daha ziyade, sınıf mücadelesinde yönetsel silahlar, işçi sınıfının direnişini yatıştıran araçlar olarak kullanılırlar. Mücadele de, direniş de sürer, ancak

yönetim ile çalışanlar arasında ve düşünce ile yürütme arasındaki kopukluk derinleştikçe, bu da sürekli hale gelir. O zaman, denetim, gözetim ve planlamanın olağanüstü işlevleri giderek diploma sahiplerine havale edilir.

n) Kapitalist üretim ilişkilerinden görece bağımsız olarak örgütlenen daha eski meslekler için uzmanlık tekeli, "artık-ayrıcalık"a (surplus privilege) giden yoldu. Yani bu kişiler kendi emeklerinin yeniden üretimi için gerekli maliyetlerin üzerinde gelir sağlıyorlardı. Ya kapitalist üretim sürecinin ürettiği ya da onun içinde özümmlenen daha genç uzmanlar için, profesyonel ayrıcalıklara sahip olmak, işçilerin çoğunluğunu etkileyen beceri ve denetim kaybının öteki yüzü olarak görülür. Akademik eğitim ve sertifikasyonun önemli olduğu bir çerçevede, buna sahip olanlar, başka insanların sahip oldukları beceri ve bilgi değerini düşürür, onların yerini almayı başarır.

o) Profesyonellik, onun getirdiği ayrıcalıklar, patronlar bu iş için gereken diplomaya değer verdiği ve bedelini ödemeye hazır olduğu sürece önemlidir. Profesyonelin diploması, bu diplomaya sahip azınlığın, işgücünün geride kalan bölümüyle bir bölünmeyi temel alır. Ama, diplomalı sayısının artması, üretimin artması ve bu kimliklerin giderek piyasada değer kaybetmesi anlamına gelir. Yine, profesyoneller, bu farklılıklarını, örgütlenme alanına da taşıma eğilimindedir. Farklılıklarını, ayrı örgütlenmelerle dile getirme eğilimi belirgindir. Eğer, aynı örgüt içinde kalınması söz konusuysa da, örgüt içi gerilim odağı olma potansiyeline sahiptirler. Ya da ayrıcalıklı konumlarını, hiyerarşik pozisyonlarını örgüt içine taşımak isteyebilirler, bu da örgütün işlevini olumsuz etkiler. Örgütler, profesyonellerin ayrıcalık beklentilerine olumlu yaklaşırsa, meslekçi tutumu da beslemiş olur. Özellikle kriz dönemlerinde, mesleksi reflekslerin daha da belirginleşmesi söz konusudur.

IV) Hekimlik mesleğini etkileyen hangi dinamikler, nasıl değişiyor?

Hekim kimdir? Freidson, bu soruya "bir kişinin hastalığını yasal hale getiren kişidir" diye yanıt verir. Kişi, kendini ne kadar kötü hissederse hissetsin, bu durum hekim tarafından onaylanmadıkça, hiçbir anlamı yoktur. Bu nedenle, hekimliğin ahlaki yönü önem kazanmıştır. Hekimin, hastayı hastalığı konusunda ne kadar etkileyeceği meselesi, salt bilimsel bir değil, öncelikle bir değerler meselesidir.

Hekimin profesyonel rolü, Parsons tarafından şöyle özetlenir: Hastalarını iyileştirmek için yüksek düzeydeki bilgi ve becerilerini kullanacaklardır. Kendi çıkarları ya da para için değil, kamunun çıkarı ve hastanın iyiliği için hareket edeceklerdir. Tarafsız olacaklar ve duygusal davranmayacaklardır. Hastanın davranışlarını kendi değerleri ile değerlendirmeyeceklerdir. Meslek kurallarına göre hareket edeceklerdir. Hastanın fiziksel ve kişisel hayatının en ücra köşelerini bilmeye hakları vardır. Çok ciddi bir şekilde, profesyonel bir özerkliğe sahiptirler. Hasta ile ilişkilerinde egemenlik ellerindedir (Cirinlioğlu, 2001).

Freidson, hekimlerin, modern toplumda tedavi tekeline sahip oldukları için, bir güce sahip olduklarını belirtir. Tedavi tekeline sahip olmak, sağlık ve hastalık konusunda resmi uzman sayılmalarını sağlar. Yine bu tekel, devlet tarafından hekimlere ayrıcalık tanınmasının da gerekçesidir. Hekimlere tanınan özerklik de, mesleki gücün temel unsuru sayılmaktadır (Hart, 1997).

Bugünkü hekimlik mesleğinin ortaya çıkışı, kapitalist sistemin egemen hale geldiği dönemde gerçekleşmiştir. Bu hekimlerin özel bir gelirleri yoktu, kendilerine gelen halktan aldıkları ücretlerle geçinirlerdi. Hekimler, ayrıcalık ve statülerini korumak amacıyla birleşmek durumunda kaldılar. Başlangıçta, İngiltere'de Yoksullar Yasası çerçevesinde hizmet sunan hekimler, 1832'de İngiliz Tabipler Birliği'ni (BMA) kurdular. 1858'de çıkan Yasa ile birlikte, hekimlik ile ilgili eğitim ve lisans yetkisi BMA ve devlet yetkililerinin birlikte yer aldığı Genel Tıp Konseyi'ne (GMC) verildi. Hekimlik, böylece devletin kanatları altında bir ayrıcalık elde etmiş oldu. BMA ve GMC, hekimlik uygulama ilkeleri oluşturarak, mesleğe zararlı olabilecek etkinliklere karşı yaptırımlar gündeme getirdi. Bu arada, "Genel Pratisyenler" (GP), işçi sınıfına ve yoksullara hizmet etmeye devam ettiği için, yoksul kaldılar. Buna karşın uzmanlar ve cerrahlar, üst sınıflarla kurdukları ilişkiler ve edindikleri bilgileri kendi refah ve güçlerini arttırmada kullandılar. Bu yaklaşım, hemen tüm Avrupa'da yaygınlaştı ve güçlendi. Kapitalizmin eşitsizlikçi ortamında, hekimler, bir taraftan da, hekim olmayan, okullu olmayan iyileştiricilerin tasfiyesi amacıyla, egemen sınıflara yanaşarak, güçlerini onlarla birleştirmeyi tercih ettiler. Ayrıcalıklı bir konumun sahibi haline geldiler (Sanders, 1985). Şimdi ise, bu yapı değişiyor. Nasıl?

IV.1. Nüfusun yapısı değişiyor, hastalıkların doğası değişiyor. Beden algısı değişiyor. İletişim imkanları genişliyor. Hasta-hekim ilişkisi değişiyor.

a) Hastalıkların Yapısı Değişiyor: Sağlık sosyolojisi ile ilgilenenler, profesyonellerin toplumdaki saygınlığının, toplumun değer verdiği bir konuda yapılan katkıyla ilişkili olduğunu belirtiyorlar. Bu noktada bakıldığında, yıllar içinde hastalıkların doğası değişiyor. Paralel olarak da, hastalara tıbbi hizmet sunanların hastalığın seyrini değiştirme kapasiteleri de dönüşüyor.

Orman, hastalık ve ölüm biçimlerinin farklı dönemlerde farklı biçimler aldığını ileri sürerek üçlü bir sınıflandırma yapmıştır (McKinlay, 2002). Sanayi öncesi tarım ağırlıklı üretim biçimine "salgın ve kıtlık çağı" adını veren Orman, bu çağın en temel özelliğinin ölüm oranlarının yüksekliği olduğunu söylüyor. Ölüm nedenleri arasında çevre sorunları, salgınlar, kazalar, savaşlar ön sırada. Bu çağda, doğumda yaşam beklentisi 20 ile 40 yaş arasında değişiyor. Bu çağda doktor, ne yapar? Doğal ki, ölümlerin bu denli çok olduğu durumda, sağlıkçıya/doktora çok az ihtiyaç olduğu söyleniyor.

Orman'ın sınıflandırmasındaki ikinci aşamanın adı, "yaygın salgınların gerilediği çağ". Sanayi devrimi

dönemine denk düşen bu çağda, daha çok çevre sağlığı önlemleri sonucu, örneğin konutların iyileştirilmesi, temiz su ve kanalizasyon sağlanması, beslenmenin düzenlenmesi ile, bulaşıcı hastalıklar geriletiliyor. İnsanların ortalama yaşam süresi 50'lere yükseliyor ve daha çok bulaşıcı hastalık dışı nedenlerden ölüyorlar. Bu çağda, sağlıkçıdan ziyade çevresel önlemleri alanlar, mühendisler, belediyeciler öne çıkıyor. Sağlıkçıya/hekime düşen ise, bulaşıcı hastalıkların tedavisi ile uğraşmaktır. Dönemin bulaşıcı hastalıkları ya öldürür-ki o zaman iş Allah'a kalırdı veya din adamlarının ilgi alanına girerdi- veya iyileşirdi-ki o zaman sağlıkçı devreye girerdi.

Söz konusu sınıflandırmanın üçüncü aşamasına, "dejeneratif ve insan-yapımı hastalıklar çağı" deniyor. Çağın özelliği, ölüm oranlarının düşmeye devam etmesi, doğumda yaşam beklentisinin 70 yıla çıkması, kronik sağlık sorunlarının temel ölüm nedeni olmasıdır. Bu çağda, kronik hastalıklardan ölümlerin azalmaya başladığı ve bu durumun da yaşam biçimindeki değişikliklerle ve sağlık sistemindeki gelişmelerle ilgili olduğu belirtiliyor. McKinlay ve Marceau, bu çağa doktorluğun "doruk noktası" diyorlar. (McKinlay, 2002) Çünkü, hastalıklara karşı ilaç ve ameliyatın en etkili yöntemler olarak kullanılması söz konusu. Sağlık sorunları karşısında, bu yöntemlerin etkili olması, giderek hekimlerin toplum içindeki saygınlığını artırıcı bir etki de yapıyor.

McKinlay ve Marceau, bu üçlü sınıflandırmaya Olshansky ve Ault'un bir dördüncü çağ eklediklerini ve bu çağa "geciktirilmiş dejeneratif hastalıklar çağı" adını verdiklerini belirtiyorlar. (McKinlay, 2002) Bu aşamanın özelliği olarak esas ölüm nedenlerinin değişmemesi, buna karşın bu ölümlerin ileri yaşlarda yoğunlaşması ve insanların uzun hastalık süreleri nedeniyle, yetersizlikle geçirdikleri sürenin de uzaması sıralanıyor. Bu değişimin, konumuzla çok yakın ilgisi var; insanlar daha uzun yaşıyor ve hastalar, dolayısı ile bu hastalıkları süresince acılarının dindirilmesi, bakımlarının yapılması önem kazanıyor. Yani, acıyı dindirme, bakım yapma iyileştirme kadar ağırlık kazanıyor, hatta zaman zaman öne geçiyor. Dolayısı ile burada iki önemli gelişme var; hekimlik şekil değiştiriyor, yani tedavisi mümkün olmayan hastalıkların izlenmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ile daha fazla ilgileniyor. İkincisi, artık hekimin yaptığı işi paylaşan, hatta ondan daha iyi yapan başka sağlıkçılar devreye giriyor. Örneğin kronik hasta bakımında, hemşirenin bakımı, diyetisyen, fizyoterapist vb meslekler süreçte hekim kadar etkili olmaya başlıyor.

Bir de, artık yeni bir çağdan söz ediliyor; "küresel sağlık tehditleri çağı". Yaşadığımız çağ. Yeni bulaşıcı hastalıkların çıkması ve eskilerin yeni dirençli biçimlerde (tüberküloz, sıtma, vb) tekrar görülmesi; dünya çapında çevresel tehditler (ozon tabakasının tahribi, biyolojik yıkım, kirlilik, vb) bu çağın özellikleri olarak belirtiliyor (McKinlay, 2002). Söz konusu problemler, dünya çapında olunca, önlemlerin de aynı mantıkla ele alınması zorunlu oluyor. Bu noktada, tek tek bireylerin sorunlarını çözmek anlamına gelen hekimliğin de yetmeyeceği aşkar. Ayrıca, bu sorunlar, salt

sağlık alanında sınırlı kalarak çözülebilecek sorunlar olarak görülüyor, daha çok sosyo-politik müdahaleleri gerektiren durumlar olarak algılanıyor. Haliyle hekimin pozisyonu da, bu yaklaşıma paralel olarak değişiyor.

Dünya Sağlık Örgütü'nün hastalık projeksiyonları incelendiğinde, 1990-2020 yılları arasında bulaşıcı hastalıklardan olan ölümlerin azalacağı (17.2 milyondan, 10.3 milyona), kaza (4.9 milyondan, 8.4 milyona) ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümlerin (28.1 milyondan 49.6 milyona) artacağı saptaması ile karşılaşıyor. Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar ve kanser öne çıkıyor. 1990-2020 arasında kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin 14.3 milyondan 24.8 milyona çıkacağı, kanser ölümlerinin ise 6 milyondan 12.3 milyona çıkacağı öngörülüyor. (WHO, 2009) Bu sınırlı projeksiyon bilgileri de, önümüzdeki dönemde uzun süren hastalıkların ağırlıkta olacağı bir süreç yaşanacağını gösteriyor. Yani, bakımın tedavi kadar önem kazandığı bir süreç beklenmesi.

Buradan özetle şu sonucu çıkarabiliriz; Ölüm, hastalık ve sakatlık biçimleri zamanla aşikar biçimde değişiyor. Her bir tarihsel dönem, kendi hakim üretim biçimine-tarım, sanayi, enformasyon, vb- ve egemen bir hastalık türüne/tarzına sahip görünüyor. Hastalık ve ölüm biçimlerindeki değişim, bu sürece müdahale eden sağlıkçıların, özel olarak da hekimlerin işlev ve rollerini, dolayısı ile toplumdaki pozisyonlarını dönüştürüyor.

b) Beden algısı değişiyor: Beden ile ilgili algıyı ilk değiştiren Descartes'in felsefesinin tıbbı yansıması olmuştu. Descartes'in ruh-beden ayrımı, bedenın üzerinde çalışmayı mümkün kılarak, tıbbın önünü açmıştı. Günümüzde de, beden algısındaki değişimle tıptaki değişimin ilişkisi söz konusudur. İnsan bedenini salt biyolojik-mekanik bir yapı olarak algılayanların tıp anlayışı ile, bedene toplumsal-kültürel çevresinde bakan anlayışın farklı sonuçlar doğurması kaçınılmazdır.

Tıpta egemen olan biyo-mekanik yaklaşım sonucu, beden algısı, akıl-vücut ikilemi üzerinden değerlendiriliyor. Tıp, sadece fiziksel nedenlerle ilgilenip, maddi vücutla kendini sınırıyor. Hastalık da, tek bir kişinin vücudu ile ilgilidir. Hastalığa neden olan, tek bir mikropdur. Tüm bunların sonucu, vücudun bir makine olarak görülmesidir. Hastalıklar, bu makinenin parçalarının bozulması demektir! (Cırhinlioğlu, 2001).

Toplunun beden algısını değiştiren bazı faktörler söz konusudur. Her şeyden önce, halkın tıp bilgisine eskiye göre daha kolay ulaşabilmesi, insan bedeni üzerindeki gizlilik perdesini kaldırıyor. Hastalık ve sağlık sorunlarının nedenleri hakkındaki bilinmezlik perdesi kalktıkça, bunların fiziksel ve biyolojik fonksiyonlar olarak algılanması öne çıkıyor. Bu algılama ile bağlantılı bir başka gelişme ise, bedenın bir makine olarak algılanmasıdır. Düzenli diyet, düzenli kilo kontrolü ve yıllık "check-up"larla ayarlama ve bakımı yapılan bir makine! Giderek bir araba/makine gibi algılanan bedenın bakımı, tıpkı araba/makine

bakımı gibi yapılmakta, eskiyen parçaların değiştirilmesi, sağlığın koşulu olarak görülmektedir. Bu algılamaların doğal sonucu ise, insanın kendi sağlığından kendisinin sorumlu olduğu anlayışının oturmaya başlamasıdır. "Benim sağlığımdan hekim sorumlu"dan, "sağlığımdan ben sorumluyum"a geçiş, hasta-hekim ilişkisinin "paternalistik" yönünü yontuyor, haliyle. İnsanlar, sağlıkları için beslenmelerine dikkat ederek, egzersiz yaparak, stresten uzak durarak, ara ara bakım yaptırarak sorumluluklarını yerine getirmeye çalışıyorlar. Üstelik, kendi sağlığından sorumlu olmak, bir ahlaki sorumluluk haline getiriliyor.

İnternetteki bilgiler, bazı basit teknikler de, insanların kendi sağlıklarını kendilerinin izlemelerini kolaylaştıran olanaklar sunuyor. Gebelik teşhisi ile başlayan süreç, kendi tansiyonunu ölçme, kan-ıdrar şeker düzeyine bakma, vb durumları tespitle sürüyor. Daha az/seyrekle hekime ihtiyaç duyma, bir yandan kendi sağlığını kendi izleyen insanlar yaratırken, diğer yandan maliyetleri azaltıyor. Öte yandan da, bu tür süreçlerin bir sanayisi belirmeye başlıyor.

Beden algısını değiştiren bir önemli faktör ise, yaşamın tıplaştırılmasıdır. Yaşamdaki değişiklikleri tıpla izah etme yaklaşımı, bedenın farklı biçimde algılanmasına yol açıyor. Hangi işlemi yaparsan hangi sistemin/organın etkilendirilirden yeni bir yaşam biçimi inşa ediliyor. Özünde, bu yaklaşım sağlığı bir tüketim maddesi olarak gören anlayışın uzantısıdır. Sağlığın ve bedenın tüketim maddesi olarak görülmesinin en tipik örneklerinden biri de, "modern beden anlayışı"dır. Erkekler için atletik, kadınlar için zayıf-manken gibi bir beden "ideali", topluma egemen kılınarak, o "ideale" benzemenin sağlıklı olmanın şartı olarak sunulması, insanların bu konuda tüketici davranışlarını teşvik ediyor (Turner, 1992).

Bu noktada, küreselleşmiş dünyada bedenın "post-modern" algılanışı gündeme geliyor. Sağlığa/bedene bir tüketim maddesi olarak bakmanın post-modernizm ile ilişkisi olduğu ileri sürülüyor. Sonuçta, tıp bilgilerinin popülerleşerek, medyada prim yapan bir konu haline gelmesi, buna örnektir. Sağlık piyasası geliştikçe, hekimler, rasyonel ve geleneksel tıbbın temsilcileri olarak, piyasanın sadece bir aktörü haline geliyor, tüketilen yeni alternatif yöntemler ortaya çıkıyor. Onların alıcıları, tüketicileri olarak, yeni yöntemler konusunda insanlar bilgilendiriliyorlar. (Cırhinlioğlu, 2001) Tüketimciliğin hekimlik tarafı ise, hekimlerin giderek hastaları bilgilerini pazarlayacakları tüketiciler olarak görmeye başlamalarıdır.

c) İletişim "devrimi": İletişim teknolojisindeki benzeri görülmemiş ilerlemelerin de, hekimlik mesleğini etkilediğinden söz ediliyor. Geçtiğimiz yüzyılda hekimlik mesleği ve diğer profesyoneller için geçerli slogan, "bilgi güçtür" dü. İnsan bedeni üzerindeki bilimsel bilginin ve yaşamı uzatan, ölümü geciktiren, acıları dindiren çeşitli yöntemlerin uzmanı gibi görünmek, toplumsal düzende hekimlerin ayrıcalıklı konumlarını pekiştirmişti. Teknik uzmanlığın sürekli eğitimle kazanılması, herhangi bir

mesleğin ayırt edici özelliği sayılmaktaydı. Halkın, sadece eğitilmiş bir hekimle yüzyüze geldiğinde, güvenilir tıp bilgisine ulaşabildiği kabul edilmekteydi. Bunun dışındaki tüm bilgiler, şüpheli ve bilimsellikten uzak görülürdü. Sonuçta hekim-hasta ilişkisi "paternalistik" bir tarzda yaşanmaktaydı. Hekim, hasta için doğruları söyler, önerir, hasta ve yakınları da, bunlara saygıyla uyar ve uygulardı.

Böyle "güvenilen" hekimin çok hata yapmayacağı, hastanın çıkarını da düşünen bir "vasi" olduğu varsayıldı. Devletin ve toplumun bu kabulü, hekimlere yasal bir ayrıcalık sağlamıştı. Mesleki yetkilerini çok da kötüye kullanmadıkları düşünülüyordu, mesleki gerekçelerle denetlenmeleri ya da yargılanmaları da ayrıcalıklı kılınmıştı. Her şey "kapalı kapılar arkasında halledilirdi".

Ama şimdi her şey değişiyor. Çünkü insanların artık internet aracılığı ile o "kutsal ve gizli" tıp bilgisine ulaşması kolaylaşıyor. Tıp bilgisine kolay ulaşma da, hasta-hekim ilişkisini değiştirmeye başlıyor. Özellikle eğitimi yüksek hastalar, hekime giderken sağlık sorunları ile ilgili güncel ve daha fazla bilgiyle gidiyorlar. Olası tedavi yöntemleri hakkında da daha fazla bilgilili olabiliyorlar. Hekimin görüşme ve muayene sırasında ne yapacağına ilişkin, eski döneme kıyasla daha çok malumat sahibi oluyorlar. Bazen bu süreçler, hekimle görüşmeden sonra ve tedavi sürecinde yaşanabiliyor. Haliyle, bu durum, edilgen hasta tipini sorgulayan hasta tipiyle değiştirmeye başlıyor. Daha yukarıdan konuşan, emreden hekim tipi de aşınmaya başlıyor (McKinlay, 2002).

Bu olayın psikolojik dinamiği. Bu değişimin bir de yasal yönü var. Bilgisayarlardaki bilgi sistemleri, hasta bilgilerinin bilgisayarlarda depolanmasını kolaylaştırıyor. Artık yetkililer hastaya ayrılan muayene süresini, uygulanan tetkikleri, yapılan sevkleri ve bunların ne kadar gerekli olduğunu, yazılan reçeteleri, klinik sonuçları, hastaların memnuniyetini, yapılan harcamaları vb kolayca bilgisayardan izleyebiliyorlar. Özellikle sağlık sektöründe piyasalaşma ve özelleşme ile birlikte, bu tür denetimler artıyor ve yaygınlaşıyor. İstihdamın ve ücretlendirmenin performansla göre ayarlandığı durumlar, özünde hekim ve sağlık çalışanının denetiminin kolaylaştırılmasını sağlıyor. Sağlık kurumlarını yönetenler, hekimlerin performanslarını, standardize tedavi kılavuzları üzerinden ve kıyaslama yaparak değerlendirebiliyorlar. Daha önce, "dokunulmaz" olan hekimler, yanlış tedavi uyguladıklarına dair şikayet edildiklerinde, nesnel olarak soruşturulabiliyorlar. Önceden, hekimlerin soruşturmalarında, başka hekimlerin tanıklığı ve bilirkişiliği gerekirken, şimdi bilgisayar kayıtları çoğu şeyi açıklığı ile ortaya koyabiliyorlar. Yine hastalar, olası hekimlerinin ayrıntılı bilgilerine bilgisayar ortamından ulaşabilip, bazı değerlendirmeler yapabiliyorlar. Günümüzde bazı hastaların, web aracılığı ile tedavi şartları hakkında elde ettikleri güncel bilgiyle, uygun tedavinin kapsamı hakkında beklentilerden haberdar ve hizmet sağlayıcılarının kişisel biyografileri hakkında önemli ölçüde bilgi sahibi olarak hekimlere görüşmeye gittikleri belirtiliyor.

d) Hekim-hasta ilişkisinin değişmesi ya da hastanın hekime duyduğu güvende azalma: Hekimlerin toplumsal konumu ve itibarındaki gerileme, hasta-hekim ilişkisinde değişime yol açıyor. Sermayenin/şirketlerin egemenliğine geçmeye başlayan tıp, hekimlerin iktisadi, idari ve klinik özerkliklerini tehdit ediyor. Hekimlerin profesyonel egemenliği geriliyor. Yerine, sermaye tıbbının çıkarlarının uygulayıcısı bürokrasinin egemenliği alıyor. Bu egemenlik sürecini, aşağıda ayrıntılı tartışacağız.

Bu dönüşümün hasta-hekim ilişkisine yansıması nasıl oluyor? Hekimlik etiğinin oluşum aşamasında bir ilke vardı; hasta-hekim ilişkisinin mahremiyeti. Hastaya ilişkin bilgiler, hastadan bu bilgileri öğrenen ve hastanın mahrem yerlerini gören hekimde gizli kalırdı. Gizli kalması, bir kuraldı. Ancak, bu ilke şimdilerde çiğneniyor. Özellikle devletlerin hukuksal, daha doğrusu adli olgulardaki yasal düzenlemeleri, hekimlerin gizliliği saklama kuralının uygulanmasını oldukça daraltıyor. Yine, hekimi istihdam eden kurumların nitelik değiştirmesi, ikili sorumluluk sahibi hekimlik kavramını doğuruyor. Yani cezaevi hekimi, işyeri hekimi, askeri hekimi, vb. Hekimi istihdam eden kurum, hekimin, hasta kadar, hatta hastadan daha fazla kendisine de sorumlu olmasını bekliyor. Bu beklenti yerine getirilmezse, hekimin konumu zora giriyor.

Bu değişim, hasta-hekim ilişkisi kavramlarına da yansıyor. Çok gösterilen örnekler olarak hekim yerine hizmet sağlayıcı, hasta yerine müşteri, ilişki yerine görüşme veriliyor. Bu konuda McKinlay ve Marceau'nun sunduğu bütünlüklü bir tablo söz konusu: (Tablo1).

Sürecin en önemli noktası, giderek şirket(in)e/kurum(una) bağımlı hale gelen hekimlerin sergilemeye başladıkları tutumlar, hastaların hekimlere daha önceden duydukları güvenin azalmasına yol açıyor. Bu değişim, iki Latince deyişle ifade ediliyor: Eskiden geçerli olan hasta hekime güvensin kavramı (Credat emptor=alıcı güvensin), "aman dikkat edin, bu hekimlere" kavramı (Caveat emptor=alıcı dikkat etsin) ile yer değiştiriyor. Buradan şunu çıkarıp, bağlayalım: Hekimin istihdam ve ücretlendirme biçimleri, hekime olan güveni sarsıyor. Hekimliğin piyasa etkisi altına girmesi sonucu, hekimliğin giderek diğer piyasa işleriyle uğraşanlara, yani araba tamirciliği, sigortacılık, konut alım-satımı işi yapanlar vb gibi mesleklerle benzediği iddia ediliyor.

IV. 2. Hekim sayısı artıyor, hekimlerin etkinliği azalıyor. Hekim olmayan sağlık çalışanlarının sayısı ve etkinliği artıyor. Hekim meslek örgütlerinin gücü zayıflıyor.

a) Hekim sayısı artıyor: Hekimlerin toplumdaki konumlarını etkileyen bir dizi faktör de, hekim ve hekim olmayan sağlık çalışanlarının sayıları ile ilgili olan değişikliklerdir. Bunlar arasında, hekim sayısının giderek artması ve tıp fakülteleri ile hükümetlerin tıp eğitimi görenlerin sayısını azaltmadaki isteksizlikleri en başta geliyor. Bu durumun yarattığı "fazlalığın", hekimlerin işgücü "piyasasındaki" etkinliğini azalttığı ileri sürülüyor.

Tablo 1. Hasta-hekim ilişkisindeki değişim (McKinlay, 2002)

Değişim	Geçtiğimiz yüzyılın başı- ortaları	Geçtiğimiz yüzyılın sonu ve bu yüzyıl
Terminoloji	Hekim-hasta ilişkisi	Hizmet sağlayıcı-müşteri görüşmesi
Devlet ve sigorta şirketleri	"İlişki"nin kutsal olduğu kabul edilir	Yüzleşmeye müdahale edilir
İyelik	Hasta, hekim tarafından sahiplenilir	Müşteri, hizmet sağlayıcının patronu tarafından sahiplenilir
Referans grup	Bağımsız hekim, hasta için çalışır (tek pratisyen)	Ücretli hizmet sağlayıcı, patron için çalışır
İlişki süresi	Tedavinin sürekliliği (genellikle yıllarca)	Tedavinin kesintili olması (patron ve tıbbi personelle değişir)
Görüşme uzunluğu	15-20 dakika	6-7 dakika
Güven	Credat emptor (alıcı güvensin)	Caveat emptor (alıcı dikkat etsin)
Tedavi seçenekleri	Hekimler, hasta için ne gerekiyorsa/ neye ihtiyaç duyuluyorsa onu yaparlar	Hizmet sağlayıcılar, kurumlarının politikası neye izin veriyorsa onu yaparlar
Geri ödeme	Daha fazla iş yapan hekimler ödüllendirilir (hizmet başına ücret)	Daha az iş yapan hizmet sağlayıcılar ödüllendirilir (ücretli işçi)
Gizlilik	Gizlilik hakkı saklı tutulur	Bilgisayar ortamında tutulan kayıtlar, gizlilik için tehliktir

Bugün dünyanın hemen her ülkesinde, hekim sayısında bir "fazlalık" olduğu tespiti yapılıyor. Hekim sayısındaki artışlar, nüfustaki artışlardan önde gidiyor. Dünyada yaklaşık 8.5 milyon hekim olduğu, her 10 bin nüfusa 13 civarında hekim düştüğü hesaplanmış. Hekimlerin 2.8 milyonu (32/10 binde) Avrupa'da bulunurken, Afrika'daki hekim sayısı sadece 150 bindir (2/10 binde). Gelir düzeylerine göre bir değerlendirme yapılırsa, yüksek gelirli ülkelerde hekim sayısı 2.7 milyon (27/10 binde), düşük gelirli ülkelerde ise 500 bindir (4/10 binde). En çok hekimin bulunduğu ülke 1.9 milyon hekimle Çin'dir. Çin'i sırasıyla ABD (730 bin), Hindistan (644 bin), Rusya (614 bin), Almanya (284 bin), Japonya (270 bin), İtalya (215 bin), Fransa (207 bin) izlemektedir. 10 bin kişiye düşen hekim sayısı olarak bir sıralama yapıldığında, hekimlerin "daha fazla" olduğu ülkeler ortaya çıkmış oluyor: Küba (59), Yunanistan (50), Belarus (48), Gürcistan (47), Rusya (43), Belçika (42), İsviçre-Litvanya (40), Kazakistan-Malta (39), Norveç (38) (WHO, 2009).

1970'li yılların ortalarında ABD'de Sağlık Bakanlığı'nca yapılan projeksiyonlarda, hekim "fazlalığının" yüzyılın sonunda % 22'ye ulaşacağı (neredeyse, her dört hekimden biri) ileri sürülmüştü. 2000'e gelindiğinde, hekim "fazlalığının", bu oranı çoktan geçtiği (%28 ile %39 arasında) görüldü. Yani sıra, hekim dağılımındaki ciddi eşitsizlik, en az "fazlalık" kadar bir problemidir. Bu noktada, önlem olarak "bölgesel standartlar getirilmesi ve bunun için sınırlamalara gidilmesi" tartışılıyor. Bu arada, hekim yetersizliği olan bölgeler, hiç de azımsanmayacak düzeydedir (McKinlay, 2002).

Hekim sayısının fazlalığında tıp eğitimi veren kurumların, kendi varlık nedenlerini zora sokmama

anlayışlarının, dolayısı ile tıp öğrencisi sayısını azaltmama eğilimlerinin sorumlu olduğunu savunular var. Ama, diğer yandan bu sayı azaltmama tutumunun, hekimlik mesleğine zarar vermesinin altı çiziliyor. Uzmanlar, açıkça toplumların ihtiyacından daha fazla hekim yetiştirildiğini söylüyorlar. ABD'de bu konuda uzmanlığın teşvik edilmesi, coğrafi dağılımın yeniden düzenlenmesi, yurt dışından gelen hekim göçlerine bazı sınırlamalar getirilmesi gibi öneriler tartışılıyor, ama bunların da yetersiz olduğu görülüyor.

ABD örneğinde, tıp fakültesinden mezun olmak, tam istihdam için bir güvence olarak görülmekteydi. Henüz, işsiz hekim sayısının çok olmadığı ABD'de eksik istihdamın yaygınlığı öne çıkıyor. Burada kastedilen, hekimlerin giderek daha fazla oranda gelirlerini hastalara hizmet verme dışından elde etmeleridir. Miller ve arkadaşları, ABD'de her dört yeni mezun hekimden birinin uygun iş bulma zorluğu çektiğini ve yine her üç hekimden birinin kendi uzmanlıklarına uygun iş bulamadıklarını saptamış. Ancak, birçok ülkede hekimlerin açık işsizliğinden söz etmek mümkün. Özellikle "sağlık reformu" adı altında sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı ülkelerde, ciddi bir hekim işsizliği yaşanıyor. Bu "reformlar", daha çok eski sosyalist ülkelerde, daha çok da kadın sağlık çalışanlarını, daha "vasıfsız" sağlık çalışanlarını vuruyor. Yine, "reform" uygulanan bazı üçüncü dünya ülkelerinde durum benzerdir (Soyer, 2006). Türkiye'de hekim sayısının 2002 sonrası bilinçli bir şekilde artırılması politikasını izliyoruz. Bu politikanın, sağlığı piyasalaştıran "reformlar"ın bir bileşeni olduğunu düşünüyoruz. 2008 tarihli OECD-WB Raporu bile, bu gerçekliği saptıyor, bir süre hekim sayısının artırılmasından sonra, tekrar sayının azaltılmasını öneriyor.

Bu sıkıcı durum, hekimler için bir açmaz dönüşüyor ve hekim dışı diğer sağlık çalışanlarının sayısının artışı ile hekimlerin toplumsal konumunu zayıflatan bir faktöre dönüşüyor.

b) Hekim olmayan sağlık çalışanlarının sayısının ve etkinliğinin artması: McKinlay ve Marceau, ABD'de sağlık sektöründe bir "hekim tekeli" olduğundan ve bunun devlet tarafından oluşturulan düzenlemelerden kaynaklandığını ileri sürüyorlar. Hekimlerin bir "tekel" olarak güç sahibi olmaları; devlet tarafından hekimlere verilen ruhsat ve düzenlemelere (bu yetkilerin/hakların hekimlere verilmesi ile, diğer sağlık çalışanlarının belirli işleri yapmaları engellenmiş oluyor), yirminci yüzyılın ortalarında getirilen -devlet dışı- geri ödeme sistemine (hekim, her yaptığı işi faturalandırarak, hangi hastaya hangi tedavinin uygulanacağına kendi karar vererek, hem kamu hem de özel sigortalardan paralarını alarak ekonomik durumunu düzeltmişti), devletin özel olarak ve diğer sağlık meslekleri aleyhine tıp eğitimini desteklemesine (hekimliğe bir üstünlük sağlamış oluyor) bağlanıyor (McKinlay, 2002).

Geçen yüzyılın önemli bölümünde, hekimler, sağlık alanında neredeyse tek güç olarak at koşturmuş, dilediklerini yapmışlardı. Ama son yıllarda, hekimlerin böyle davranmasının önünde, bizzat aynı alandan gelen, ancak hekim olmayan yeni aktörlerin "engeller"i söz konusu. Artık hekimlerin yanı sıra hemşire ve ebeler gibi eskiden beri var olan sağlık çalışanları, masör, akapunkturcu, bitkisel ve doğal tedavi uygulayıcıları gibi alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları, optikçiler, ayak bakımı ile uğraşanlar, tıbbi teknisyenler gibi yeni uzmanlık sahipleri sağlık alanında yer alıyorlar. Bir de, ABD'de yaygın yeni bir meslek grubundan söz ediliyor; hekim yardımcıları. Bunların hepsine, ABD'de verilen özel bir ad var: hekim olmayan klinikçiler (nonphysician clinicians)! Özellikleri şu; daha önce hekimlerin yaptığı bazı işleri yapıyorlar, sayıları giderek artıyor, doğal ki etkinlikleri de.

Daha önce sadece hekimlerde olan uygulama yetkisi, devlet tarafından yasal düzenlemelerle bu kesime de verilmeye başlandı. Bu yetkilerin en önemlisi, özerklik gerektirmeyen ama bu disiplinleri uygulama hakkı tanıyan ruhsat belgesidir. Yani, devlet, hekim olmayan sağlık çalışanlarının, çeşitli tıbbi uygulamaları yapabilmelerine izin verdi. Farklı devletler, farklı sağlık çalışanı gruplarına, farklı yetkiler verdiler.

Hekim olmayan sağlık çalışanlarına neden ve ne zaman tıbbi uygulama yetkisi verildi? Geçen yüzyılın sonuna doğru, sermayenin/şirketlerin sağlık alanına egemen olmaya başlaması ile, hekim olmayan klinikçilere uygulama izni verilmeye başlandı. Bunda en temel gerekçe, bu çalışanların işgücü "piyasası"ndaki maliyetlerinin, hekimlerinkinden ucuz olmasıdır. Üstelik bu alanda yapılan çalışmalarda, hekim uygulamaları ile hekim olmayan klinikçilerin uygulamaları arasında sonuçlar açısından ciddi bir fark olmadığı saptanmış. Piyasalaşan sağlık sektörü, daha az ücret vererek, daha

düşük maliyetle, benzer sonuçlar elde etmenin karlılığı ile ilgilidir. Sağlık piyasasının en temel özelliği, daha düşük maliyetler/girdiler ve "müşteri" memnuniyetidir. Bunlar sağlandığı ölçüde, işler iyi gidiyor demektir. Hekim olmayan klinikçilerin artışı ve yaygınlaşması, bu anlamda değerlendirilmelidir.

Özellikle ABD'de 1990 yılı sonrası hekim olmayan sağlık çalışanı sayısında ciddi bir artış olduğu belirtiliyor. 1995'de 228 bin olan bu sayı, günümüzde 400 bin civarındadır. Hekim sayısının artışı ile birlikte hekim olmayan sağlıkçıların sayısının artışı, maliyete "takmış" bir sağlık sistemi ortamında, hekimlerin toplumsal konumunu gerileteceği aşikar bir olgudur. Uzmanlar, giderek bu sürecin daha da sertleşmiş bir rekabetle seyredeceğini öngörüyorlar. Bu rekabet, toplam sağlık harcamaları payının paylaşım rekabetidir. Aşağıda ayrıntılı tartışmaya çalışılacak olan sermayenin/şirketlerin sağlık sektöründeki egemenliğinin artışı süreci, sermayenin bu alandaki payının, çalışanlar aleyhine genişletilmesi anlamına gelmektedir. İşte bu noktada, hekim dışı klinisyenlerin daha fazla devreye sokulması, uzun süre aslan payını götüren hekimlerin payının azaltılması kavgasının bir parçasıdır. McKinlay ve Marceau'nun Coffman'dan aktardığı şu alıntı, olayı çok güzel özetliyor: "...profesyonel sağlık hizmetlerinde toplam harcamalar, tanım gereği her bir hizmetin fiyatı ile çarpıldığından toplam sağlanan hizmet sayısına eşittir, nihayetinde her bir kişinin geliriyle çarpıldığında sağlık hizmetinden gelir elde eden toplam kişi sayısına eşittir. Sağlık çalışanları arzi yükselir ve her bir çalışanın geliri sabit kalırsa, sağlık harcamaları da artacaktır. Çalışan arzını genel giderleri artırmadan yükseltmek için, ya her bir çalışanın geliri düşürülmeli ya da yeni kişiler çalışanların yerini almalıdır... Bu söz konusu pratisyenlere verilen ücret giderlerinde ya sağlam bir artış ya da mali açıdan sınırlı bir sistemde işlerini ve maaşlarını korumak için hekimler ile hekim olmayan klinikçilerin rekabet etmeleri anlamına gelmektedir." Yine bir başka araştırmacıdan (Cooper) yapılan alıntıda, hekim olmayan klinikçilerin, 1990'ların ortasında hasta bakan hekimlerin %25'i kadar olduğu, 2010'da bu oranın %34 olacağı belirtilmekte ve şu öngörü yapılmakta: "...işgücü piyasası, hem hekim sayısında öngörülen artışı hem de aynı doğrultuda hekim olmayan klinikçi işgücünün büyüklüğünü karşılayabilecek düzeyde değildir." Hem hekim sayısındaki, hem de hekim olmayan klinikçilerin sayısındaki artış, iki yönlü bir rekabete yol açıyor: hekimlerin birbirleriyle, hekimlerin diğerleriyle. Sonuç, hekimliğin mesleki özelliklerinin, mesleki dayanışmanın, deontoloji ve nezaketin azalmasıdır. Hekimlerin bir kısmı, başka iş yapamadıkları için, istemese de bu mesleği sürdürürken, diğer bir kısmı mesleği bırakıyor. Bu sıkıntılı değişimler göz önünde bulundurulmadan yapılan, hekim azlığı-fazlalığı tartışmaları, mesleki tahribatı görmezden geldiği için anlamsız da kaçıyor. Giderek toplumsal itibarı zedelenmiş ve mesleğine (ve belki de kendine) eski saygısı kalmamış bir hekim topluluğu ile sağlık hizmetlerini iyileştirmenin rasyonalitesi kalmıyor doğal olarak (McKinlay, 2002).

Türkiye'de durum biraz farklı. Hekim dışı sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinde hekimlere seçenек olması, henüz yaşanmıyor. Bunun bir nedeni, hekim emeğinin zaten "ucuz" olması. Ancak, özellikle acil sağlık hizmetlerinde yaşanan yeni değişiklikler, hekim dışı sağlık çalışanlarının maliyet gerekçesi ile hekimlerin yerine devreye sokulmaya başlamasının bir örneği. Ama, daha alınacak çok yol var!

c) Hekim meslek örgütlerinin gücünün zayıflaması

İlk hekim meslek örgütleri Batılı ülkelerde, örneğin İngiltere'de 1832'de (British Medical Association), ABD'de 1847'de (American Medical Association) kuruldu. Amerikan Tabipler Birliği'nin kuruluş amacı, "tıp bilim ve sanatının teşviki; halk sağlığının iyileştirilmesi; tıpta standardizasyon; içsel bir lisans ve düzenleme sisteminin geliştirilmesi; tıbbi etik kodunun geliştirilmesi" olarak belirlenmiş, tıbbi uygulamada bir standart geliştirerek, toplumun güveni kazanılmak istenmişti. 1847'de başlayan bu süreç, zamanla AMA'nın güçlenmesini sağladı. Bir meslek örgütü olarak AMA'nın güçlenmesi kendiliğinden olmadı. Her şeyden önce, germ teorisi, hekimlik mesleğinin ancak büyük laboratuvarlarla yapılacak bir iş olduğunu, bu nedenle ancak "formel" eğitim almış hekimlerin bu işi yapabileceği yaklaşımını doğurdu. İyi laboratuvarlı okullarda eğitilmiş hekimlere ve onların örgütüne halkın güveni sağlandı. AMA, bu yaklaşımla bağlantılı olarak, devletten lisans verme yetkisi aldı ve bu yetkiyi, sadece kendi tarif ettiği eğitimi alan hekimlere vererek, elini güçlendirdi. Başlangıçta, 1900'lerde, ABD'deki 110 bin kadar hekimin, sadece 8 bini AMA'ya üyeydi. Daha sonra, hekim sayısı artarken, güçlenen AMA, hekimlerin çoğunluğunu üye yapmayı başardı. AMA, bu zeminde elde etmeye başladığı gücü, şirketlerin, özel sağlık sektörünün, hükümetin çıkarlarına hizmet ederek pekiştirdi. Toplumda ayrıcalıklı bir hekim iktidarının-sermaye destekli-en önemli temsilcisi haline geldi (Starr, 1982).

Batının refah toplumlarında hekimlerin toplumsal konumu, hekim meslek örgütlerinin gücü ile yakından ilgilidir. Hekimlere devlet destekli sunulan ayrıcalıklar, yine devletin desteği ile gelişmiş hekim meslek örgütlerinin gücü ile kurumsallaşmıştır. Meslek örgütleri sahip oldukları gücü, mesleğin gelişimi amacıyla kullanmışlardır. Bu amaçla yasal düzenlemeler hazırlamışlar, hazırlananlara destek olmuşlardır. Yine yasama organlarının temsilcileri, hekimlik ve sağlıkla ilgili düzenlemelerde, hekim meslek örgütünün desteğini almak kritik öneme sahipti.

Böyle önemli bir gücü temsil eden meslek örgütleri, genellikle üyelik zorunlu olmamasına karşın, ülkelerdeki hekimlerin çoğunluğunu üye etmiş ve desteklerini almıştı. Ancak, geçtiğimiz yüzyılın sonuna doğru Batının hekim meslek örgütlerinin üye oranı önemli ölçüde düştü. Örneğin, 2000 yılına doğru, Amerikan Tabipler Birliği (AMA), ülkede faaliyet gösteren 800 bin kadar hekimin sadece %40'ının üye olduğu bir örgüte dönüşmüştü. Bunun en temel nedenlerinden biri, hekimlikte uzmanlaşmanın artmasıyla birlikte oluşturulan uzmanlık

derneklerinin güçlenmesi ve alternatif haline gelmesidir. Başlangıçta hem meslek örgütüne, hem de uzmanlık derneğine üye olan hekimler giderek meslek örgütü yerine uzmanlık derneğini tercih eder oluyorlar. Artık tek bir meslek örgütü gücünden değil, gücü paylaşan farklı meslek örgütlerinden söz ediliyor (McKinlay, 2002).

Sonuçta, hekim birliklerinin üye sayısı azalıyor, üye yaş ortalaması yükseliyor, gücü azalıyor. Özellikle genç hekimlerde bu eğilimin daha belirgin olduğu ifade ediliyor. Gücün azalması, sistemin bir parçası olan hekim meslek örgütünde bölünmelere yol açıyor.

Meslek örgütlerinin gücünün azalmasına bir örnek olarak, AMA gösteriliyor. Daha doğrusu, 1994 yılında ABD'de Clinton tarafından gündeme getirilen sağlık reformu sürecinde, AMA'nın etkisizliği gösteriliyor. Ayrıca Amerikan tıbbının ticarileşmesinin hekimlik alanındaki bozucu etkisi konusunda hiçbir şey yap(a)maması da, bir başka etkisizlik kriteri olarak kabul ediliyor. Bir zamanların her söylediğini hayata geçiren örgütü, AMA, sıradan bir örgüte dönüşüyor. Bir başka örnek BMA (İngiliz Tabipler Birliği). 1945'de İngiltere'de radikal değişimleri hayata geçiren İngiliz İşçi Partisi iktidarı, çoğunluk desteğine karşın, BMA'nın muhalefeti karşısında, kendi istediği Ulusal Sağlık Hizmetleri reformunu geçirememiştir. Sonuçta, BMA'ya taviz vermek durumunda kalmış, onların istediği doğrultuda reformu revize etmiştir. Buna karşın, 1979'dan itibaren Thatcher ile başlayan karşı-reformlar, BMA'nın direnişine rağmen, aşama aşama uygulamaya sokulmuştur.

Hekimlerin giderek sendikalara yönelmesi (bazen işkolu, ama genellikle hekim sendikası), AMA'ya olan güvensizlikle ve yeni "araç" arayışı ile ilgili. Hekim sendikasına yönelenler AMA'yı sadece mesleki konularla ilgilenmekle, parasal sorunlara karışmamakla, lobicilik yapmakla, doktorların örgütlenmesi konusunda bir şey yapmamakla, hekimlere sahip çıkmamakla, özel sigortaların hekim ücretlerini kısan uygulamalarına karşı çıkmamakla eleştiriyorlar. Hepsinden önemlisi, AMA yöneticilerinin çoğunun devlet ya da özel kuruluşlarda önemli pozisyonlarda olduklarını, yine de daha önemli yerler kapmaya çalıştıkları, özel sigorta ve özel sağlık şirketlerinin çıkarlarını hekimlerin çıkarlarından daha fazla savundukları saptaması kritik bir uzaklaşma gerekçesi olarak öne çıkıyor (Soyer, 2005).

Hekimlerin farklı örgütlere bölünerek, daha güçsüz örgütlere sahip olmaları, sağlık alanının sermayenin/şirketlerin egemenline geçmeye başlamasıyla paralellik arz etmiştir. Sağlık alanındaki kapışmada, daha parçalı ve güçsüz olan hekim örgütlerinin etkisi azalıyor. Süreç de, bu azalan gücün, kendi iç çarpışmalarla daha da derinleşme biçiminde seyredecek gibi öngörülüyor.

IV.3. Devlet yeniden yapılıyor ve hekimlere-sağlık hizmetlerine olan desteği azalıyor, desteğinin yönü değişiyor. Küreselleşen sermayenin, sağlık alanındaki etkisi artıyor. Hekimlik, bürokratikleşiyor, şirketleşiyor, sermayeleşiyor.

a) Devlet yeniden yapılıyor: Devlet-profesyonelleşme ilişkisine geçmeden önce, devlet-sağlık ilişkisine kısaca değinmekte yarar var. Kapitalist bir toplumda, devletin sağlık alanındaki müdahalesi, kural olarak kapitalist ekonomik formasyonun sürdürülmesine yöneliktir. Devlet, toplumun ihtiyaçlarına göre, çeşitli planlama ve düzenlemeler yapar. Ancak, kesinlikle kapitalist bir toplumun daha az hastalık üretecek şekilde organize edilmesi olanaklı değildir.

Kapitalist sistemlerde devlet, yasal sorun çözümleyicidir. Bu işlevini iki amaçla yerine getirir: Birincisi, kapitalist birikimin devamını sağlamak. İkincisi, bu birikimin getireceği toplumsal sonuçları meşrulaştırmak. Bu yaklaşımı sağlığa uyarlayacak olursak, devlet, sağlık sektörünün iktisadi ihtiyaçlarına yanıt vermek zorundadır. Aynı zamanda, toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının karşılanmasından da sorumludur. Bu durumda, devlet ya iktisadi ihtiyaçları ya da halkın ihtiyaçlarını daha öncelikle karşılayacak, ya da bunda bir denge tutturacaktır.

Sağlık sektörünün iktisadi ihtiyaçları denilince, "bu alanda egemen olan?" sorusunun yanıtı öne çıkıyor. Günümüzde, sermayenin tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında bir egemenliği söz konusudur. Bu da, pratiğe sağlıkta özelleşme ve piyasalaşma olarak yansıyor. Eğer, devlet sektörün iktisadi ihtiyacını önceleyecekse, özel sektörün önünü açacak adımları atacaktır. Günümüz gerçekliği de, özel sigorta şirketleri, ilaç-teknoloji şirketleri, hastane ve özel sağlık hizmeti sunan şirketlerin, giderek sağlık sisteminin kalbi haline geldiğini gösteriyor. Sonuç, onların çıkarı demek, bu alanda daha çok tüketim demektir. Giderek, parası olanların dışındakilerin, sağlık piyasasının dışına itilmeye başlamasıdır.

Bir diğer problem, tüketici yaklaşımın sağlık alanında egemen olmaya başlaması ile devletin, sağlığa zarar verici faktörlerin ortadan kaldırılması işlevlerini yerine getirmemesi paralellik arz eder. Bu konuda trafik kazalarının azaltılması gereği ile otomotiv sektörünün sürekli araba satma gereğinin çelişmesi örnek verilebilir. Yine, sağlıksız üretim koşulları nedeniyle bir işyerini kapatmaktan ziyade, işçileri eğitime tercihi bu bağlamda ele alınabilir.

Sonuçta, devlet, hastalığa yol açan yaşam ve çalışma biçimlerini çözümleyemez. Sadece, kapitalist sistemin yol açtığı sağlık sorunlarının telafi edilmesi ile ilgilidir. Bu konuda devletin üç yöntemi söz konusu olabilir: İlki, en kolayı "suçlu sensin" yöntemidir. Yani, sağlık sorunundan birey sorumludur. İş kazası varsa, sorumlusu "dikkatsiz ve cahil işçi" dir! İkincisi, üretim süreçlerinde hastalık üreten işlemlerin tasfiyesidir. Bu konuda patronları, teknoloji değiştirmeye ikna etmek zordur. Genellikle de uygulanmaz. Üçüncüsü ise, başka bir sağlık, başka bir toplum, başka bir devlet anlayışı ile ilgilidir. Toplum, hastalıkların sosyal nedenleri konusunda eğitilir/bilinçlendirilir. Sağlıkçılara ait olan hastalıklarla ilgili tekel, örgütlü biçimde kırılmaya çalışılır. İnsanların acılarından para kazanma yolları yasaklanır. Hastalık ve tedaviye ayrılan

bütçe, korunma ve sosyal politikalara yönlendirilir (Navarro, 1977).

Devlet, Batılı refah toplumlarında daha belirgin olmak üzere, profesyonelleşmeyi, özel olarak da hekimlik kurumunu desteklemiştir. Bu destek, hem mali, hem de sosyal bir destektir. Kapitalizmin kurumsallaştırılması sürecinde, bir toplumsal uyum işlevi üslenmesi karşılığı, profesyonel gruplar ayrıcalıklı konumlara ve özel statülere kavuşturulmuş, bu grupların etkinlikleri meşrulaştırılmış, yine bu grupların hukuksal-toplumsal çıkarları savunulmuştur. Hekimlik kurumu ise, bu profesyonel gruplar arasında en çok kayırılanlardan. Hekimlik kurumunun politik ve yasal araçlarla geliştirilmesi, karşılaştığı engellerin ortadan kaldırılması, geçtiğimiz yüzyılda Batılı refah devletlerinin yaklaşımı olmuştur. Bunun sonucunda, hekimlik mesleği, bu toplumlarda ayrıcalıklı ve güçlü bir konum elde etmiştir. Devletin desteğinin yanı sıra, sermayenin, üst yapı kurumlarının, toplumun desteği de hekimlerin yanında olmuştur.

Ayrıca, refah devletleri, topluma geniş kapsamlı kamusal sağlık programları sunarak da, bu genişletilmiş-büyütülmüş sektörde daha çok ve etkin çalışma olanağı bulan hekimleri desteklemiştir.

Ancak, geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinde başlamak üzere, devlet artık hekimlik kurumunu eskisi gibi desteklememekte, yine kamusal sağlık hizmetlerinde daralma, daha doğrusu piyasalaşma öne çıkmaktadır. Bu çerçevede, devlet, hekimlik ve kamu sağlık hizmetleri yerine, piyasalaşmış sağlık hizmetlerini ve onun arkasındaki temel aktörleri, yani sermayeyi, destekler olmuştur.

Değişimin bir sınıfsal dengeyi yansıtan refah devletinden, piyasa devletine doğru olması, McKinlay ve Marceau tarafından, yeni sağ yaklaşımın egemenliği ile izah ediliyor. Yeni-sağ'ın devlet teorisi, ekonomik ve toplumsal yaşama devletin müdahale etmemesi ve bu alanı piyasaya terk etmesini önermesi olarak özetlenebilir. Bunun sonucunda, hekimlik ve sağlık hizmeti alanına da aynı yaklaşım söz konusudur. Küreselleşmeyle birlikte, Batılı refah devletlerinin, sağlık alanındaki sorumluluklarını terk etmeye başlayarak, piyasa güçlerine alanı bırakma süreci, değişik ülkelerde, değişik değerlendirmelere yol açıyor. McKinlay ve Marceau, ABD'deki süreci, çoğulcu bir devletten, yeni-sağ bir devlete geçiş olarak yorumluyorlar (McKinlay, 2002) Clinton döneminde gündeme gelen sağlık reformu çabaları, "özgürlüklerin azaltılması" diye eleştirilmiş ve başarısızlığa uğratılmıştır. Bunda egemen olmaya başlayan yeni-sağ anlayışın etkili olduğu ifade ediliyor.

Piyanın sağlık dahil, ekonomik ve toplumsal alanda daha çok söz sahibi olması, sermayenin bu alanlardaki payının ve egemenliğinin artması anlamına geliyor. Dolayısı ile sermaye, diğer aktörlerin gücünü azaltıcı manipülasyonları da, bu bağlamda yürürlüğe sokuyor. Örneğin, giderek artan hekimlerin "ağgözlü, gözü doymaz,

sahtekarlığa eğilimli" insanlar olduğuna ilişkin söylemler ve propaganda, özü itibarıyla sağlık alanında hekimlerin payının ve etkisinin azaltılması ile ilgili görünüyor.

Hekimlik mesleği, geçtiğimiz yüzyılın başlangıcından itibaren devletin desteği ile refah toplumlarının önemli bir kamusal çıkar grubu haline geliyor. Devletin sağladığı desteğin azalması, daha doğrusu yön değiştirmesiyle, yeni bir tablo ortaya çıkıyor: Hekimlik mesleğinin çıkarları yerine, sağlık alanındaki şirketleri destekleyen devlet, refah toplumlarındaki sağlık sistemlerinin finansman ve sunum yapısını dönüştürüyor. Bu değişim, bazı kesimlerce, "Fordist devletten, Post-Fordist devlete geçiş" olarak değerlendiriliyor. Hekimlerin profesyonel ayrıcalığının korunması, çokuluslu şirketlerin çıkarlarının korunması ile yer değiştirmeye başlıyor. Daha önceleri hekimleri(n ayrıcalıklarını) koruyan yasalar çıkaran devlet, artık sağlık şirketlerini korumayı tercih ediyor. Devletin desteğindeki bu değişim, hekimlerin toplumsal ve mesleki konumunun aşınmasını artırıyor. Çok net olarak şunu söyleyerek bağlayabiliriz; devletin bir zamanlar hekimlik mesleğinin değer kazanmasında oynadığı kritik rolün, son zamanlarda şirket çıkarlarının korunmasına kayması, hekimlik mesleğini önemli bir destekten yoksun bırakarak, bu mesleğin ayrıcalıklı konumunu ve statüsünü tehlikeye sokuyor. Hekimler, bir zamanlar toplumsal kontrolün özneleri olarak görülüyor ve destekleniyorlardı. Bugünse yeni küresel patronların emrine girmeye başlayan devletle birlikte, bu konumları değişiyor. Küresel sermayenin egemenliğine paralel olarak, hekimlik mesleğinin değer yitirmesi süreci, hemen tüm toplumlar, farklı düzeylerde de olsa yaşıyor.

b) Küreselleşme ve Sermayenin Egemen Hale Gelmesi

Mc Kinlay, 1977'de tıbbın cazip bazı özellikleri nedeniyle, sermayenin (finans kuruluşları ve büyük ölçekli sanayi kuruluşları) işgaline uğradığını ve giderek sermayenin tıba egemen olmaya başladığını yazmıştı. 1960 ve 1970'li yıllarda, tıp dışı alanda faaliyet gösteren çok sayıdaki şirket, tıp alanına girerek, yatırım yapmaya başladı. Gelişmiş kapitalist ülkelerde başlayan bu süreç, devletlerin de ciddi desteğini aldı. Bu bağlamda, hekimlik faaliyetleri geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden itibaren sermayenin güdümüne girmeye başlamıştır (McKinlay, 1977; Soyer, 2005). Küreselleşme diye ifade edilen olgu, sermayenin tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık/tıp alanında da egemen hale gelmesidir. Tıp alanının mali ve sanayi sermayenin işgaline uğrayıp, karlı bir hale gelmesi sonucu, 1995 yılında 2.5 trilyon dolardan biraz fazla olan bu alanda dolaşan para, günümüzde 5 trilyon doları aşmıştır. Bunca büyük bir meblağın olduğu sektörün biçimlendirilmesi, yönlendirilmesi, belirlenmesi sermaye tarafından yapılıyor, artık. Hekimlerin etkinliği, daha önce iktidarların izin verdiği ölçüde belirli bir düzeyde mevcutken, giderek sermayenin gücünün artmasına paralel olarak geriliyor.

Küreselleşme de, gerek hekimlik alanını, gerekse sağlık hizmetlerini kökten değiştiren dinamiklerden biri olarak kabul ediliyor. Küreselleşme kavramı, "giderek dünyanın tek bir yer olarak algılanması ve buna eşlik eden süreçte

coğrafi olarak birbirinden ayrı olan sosyal sistemlerin dünya ölçeğinde varlık gösterebilmek için birbirleriyle ilişkili hale gelmesi" olarak tanımlanıyor. Küreselleşme, çokuluslu şirketlerin faaliyetleri ve Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası yapılar aracılığı ile kurumsal hale geliyor. AB gibi, NAFTA gibi ülkeler arası bölgesel bağlılıklar, "ara küreselleşme" olarak tanımlanıyor ve dünya çapında yapıların oluşturulmasına yol açabiliyor. Bu birleşmeler sonucu gerçekleşen faaliyetler, hekimlik mesleğinin gündelik değerini ve hekimlerin toplumsal yerlerini etkiliyor (McKinlay, 2002).

Hekimlik mesleğinin gücünün bir bölümü, meslek örgütlerinin yani tabip birliklerinin gücü ile ilişkilidir. Refah toplumlarındaki tabip birlikleri, yetkilerini belirleyen yasaların oluşturulmasında devlet üzerinde önemli ölçüde baskı oluşturmuşlardır. Örneğin Amerikan Tabipler Birliği'nin 1900'lerin başında tıp eğitiminin standardize edilmesi sürecinde, İngiliz Tabipler Birliği'nin 1945'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri tartışmalarındaki baskısı ve ağırlığı, böyle örneklerdir. Ancak, küreselleşme ile birlikte uluslararası örgütler tarafından yürürlüğe sokulan politikalar ve hükümetler arası anlaşmalar, bir zamanlar güçlü olan meslek örgütlerini marjinal konuma itiyor. Bu örgütlerin izin belgesi, eğitim yetkileri ve yasaların oluşturulmasındaki etkin rollerine sınırlamalar getiriliyor. Örneğin, Avrupa Birliği üyesi ülkelerde, Brüksel'de çıkarılan ve Avrupa sermayesinin ve bürokrasisinin izlerini taşıyan yeni yasal düzenlemeler, ulusal/yerel meslek örgütlerinin çıkarlarının önüne geçiyor. Az gelişmiş dünyadan refah toplumlarına doğru sağlık çalışanları ve hekimlerin işgücü hareketliliği, meslek örgütlerinin belirlediği koşullara rağmen yaygınlaşıyor. Burada küresel sermayenin ihtiyaçları, ulusal ve yerel çıkarlara baskın geliyor.

Küreselleşmenin iktisadi yönünün dışında da, hekimlik mesleğini etkileyen bir yüzünden de söz edilebilir. Küreselleşme, aynı zamanda dünya çapında ortak kültürel değerler, imgeler ve varsayımlar geliştiren. Bunlar neyin doğru, neyin modern, neyin ideal olduğunu belirten değer ve varsayımlardır. Örneğin, yukarıda beden algısının değişimi ile ilgili olarak belirttiğimiz, belirlenen ideal beden imgesinin (kim güzeldir, güzel nasıl olunur) ardında, Batıdaki diyet sanayinin olduğu bir gerçektir. Diyet hapları, diyet ürünleri, bir yanı sıra ideal güzelliğe ulaşmak isteyenlerin hizmetine medyanın da aracılığı sunuluyor. Küreselleşme, doğal olarak tıbbın da, hekimliğin de küreselleşmesini birlikte getiriyor. Sağlığın/tıbbın küreselleşmesi, ulusal sınırlar ya da yerel toplumlar düzeyindeki mütevazı çabaları da altüst ediyor. Sağlığın/tıbbın küreselleşmesinde çıkarı olan en temel dinamik, bu alandaki şirketlerdir ve bu şirketler (özel sağlık sigortası, ilaç, tıbbi teknoloji, sağlık hizmetleri sunumu, vb alanındaki çokuluslu şirketler) ülkelerdeki ulusal ve yerel yapıları kendi çıkarları doğrultusunda tahrip ediyor. O ülkedeki sağlık sorunlarına ve toplumsal yapıya göre şekillendirilmiş olan ulusal sağlık sistemleri, küreselleşen tıp karşısında günden güne aşınıyor. Sağlık alanındaki eşitsizlikler derinleşiyor. Parasını karşılayana, her ülkede

dünyanın en modern tıp olanağına ulaşmak mümkünken, geniş çoğunlukların hizmetlerden yararlanmaları daha da zorlaşıyor.

Sağlık alanında değerler de değişiyor. Gerek hekimler arasında, gerekse toplumda, sağlık sorunlarını çözmekten ziyade, "en modern teknoloji"yi kullanmak, "en son yeniliği" uygulamak prim yapar hale geliyor. Bu durumun pratikteki karşılığı, Batılı metropollerde çok uluslu şirketlerin yarattığı tıbbi gereç ve uygulamaları daha yoğun kullanmak anlamına geliyor. Özellikle Batılı metropollerin dışındaki ülkelerde zaten sınırlı olan sosyal ve sağlık kaynakları, o ülkenin asıl ihtiyacı olan sorunlara değil, bu "modern" "son gelişmeler" e gidiyor. Hekimler ve sağlık kuruluşları, ne kadar çok "en son teknoloji"ye sahip olmaları ile övünüyor. Tıp eğitimi, hekimlik kültürü, bu sürecin en temel bileşeni oluyor. Geliyoruz, o çok "eskidiği" için daha az kullanılmaya başlayan kavrama; emperyalizm. Emperyalizmin, sağlık/tıp üzerindeki etkisi!

Değerler değişiyor dedik ya, bir "moda" geliyor. Gerçi eskiden de vardı, ama şimdi yaygınlaştı. Bir sağlık kurumu ya da hekimin değeri, ne kadar yurt dışında bulunmuş olduğu ile yurt dışında ne kadar çok tanındığı olduğu ile, yurt dışı yayınlarda ne kadar çok isminin geçtiği ile ölçülüyor. Tıp fakültelerinde zaten vardı, giderek devlet hastaneleri, özel hastaneler Batılı akademik merkezlerle işbirliğine giriyor, bununla övünüyor, oradan uzman getiriyor, uzaktan eğitim ve eğitici/öğrenci değişimi programları düzenliyor. Ülkenin ihtiyacı olan sorunlardan çok, çokuluslu şirketleri destekledikleri konularda projeler daha çok prestij getiriyor. Ülkenin bir yerindeki, ülkenin sorunları ile ilgili toplantı ya da sempozyumlara gitmek yerine, Batıdaki akademik merkezlerin düzenledikleri tercih ediliyor. Bu tercih, haliyle bazı "istenmeyen" ilişkileri de beraberinde getirebiliyor ki tıp uygulamalarında bir başka tahribat gerekçesi oluyor. Sonuçta hekimlerin toplumsal konumu, Batı tıp kültürünün küreselleşmesi ile ve şirketlerin/sermayenin egemenliğine giren tıbbın küreselleşmesi ile dünya ölçeğinde aşıyor.

c) Hekimliğin Bürokratikleşmesi/Şirketleşmesi

Aslında, hekimliği etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmesine karşın, makalede en son aldığımız bir faktör, hekimliğin şirketlerin/sermayenin (ve bürokrasinin) egemenliğine girmesidir. Buradaki en temel kriter de, kendi başına bağımsız çalışan hekim oranının giderek azalması, maaşlı ya da ücretli çalışma hekim oranının yaygınlaşmasıdır. Bu eğilim, hemen tüm ülkelerde yaşanıyor.

Hekimliğin şirketleşmesi denilen süreç, sadece sağlık alanındaki şirketlerin yaygınlaşması ve güçlenmesi ile sınırlı değildir. Kastedilen, sağlık alanındaki şirketlerin, sağlık alanında faaliyet gösteren mali ve sanayi şirketlerinin birleşerek, bu alandaki egemenliklerini arttırmasıdır. Burada salt yaygınlaşmadan değil, daha çok da tekelleşmeden söz ediyoruz. Büyüyen ve güçlenen bu şirketler, bir yandan yeni yatırımlar yaparken, diğer yandan

eski kamu ya da özel yatırımları ele geçirme eğilimindedirler.

Hekimliğin bürokratikleşmesi derken de, hekimlerin (ve sağlık çalışanlarının) giderek büyük hastanelerde çalışmaları anlaşılmalıdır. Kendi inisiyatifi ile yönettiği küçük muayenehaneden, büyük ve merkezi sağlık kurumlarına geçen hekimlerin, eskisi gibi inisiyatifli davranma durumu kalmıyor. Karmaşıklaşan ilişkiler, hekimliğin icrasını da değiştiriyor. Başlangıçta bu yapıların yönetiminde bulunan hekimler, süreç içinde devre dışı bırakılmaya başlanıyor. Gerekçe de, "rasyonalizasyon"! Hekimlerin "iyi yönetici olamayacağı" savı ile, yerlerine daha çok işletme kökenli ve işi "yöneticilik" olan yeni bir yöneticiler kesimi getiriliyor. Doğal olarak, bu gelişme, işin "rasyonalinin" tıp/sağlık üzerinden değil, işletmenin çıkarları temeline oturtulması ile birlikte seyrediyor. Hekim ve sağlık çalışanlarının çıkarı, işletmenin/şirketin çıkarları ile yer değiştiriyor (McKinlay, 1988).

Bir zamanların küçük siyah çantalı hekimi yerine, günümüzde büyük sağlık kurumlarında çalışan hekimler almıştır. Büyük kent merkezlerinde, büyük organizasyonlar şeklinde örgütlenmiş, yeni sağlık merkezleri, hastaneler, hekimlerin yeni işyerleridir. Ekonominin diğer sektörlerinde olduğu gibi, bürokratik yapılanmalardır. Kapitalist rasyonalitenin bir sonucu olarak ifade edilen bürokratikleşme, sağlık hizmetleri alanında giderek karmaşıklaşan teknolojinin yönetilmesini mümkün kılmaktadır. Ve kapitalist ayrıcalıkların güçlenmesinden kaynaklanmaktadır (McKinlay, 1985).

Sağlık hizmetlerinin bürokratikleşmesi ile ilgili gerekçeler rasyonalite, merkezileşme ihtiyacı, ölçeğin ekonomik durumu, tıbbi teknolojiye gelişmeler, vb olarak sıralanabilir. Tüm sektörlerdeki süreç, sağlık alanını da etkilemiş, sağlık hizmetlerinin tek başına bir muayenehanede yapılan bir iş olmaktan çıkıp, büyük merkezlere taşınması şeklinde seyretnmiştir. Bürokrasi, işgücünün kontrol edilmesi işlevine çok iyi hizmet ederek, sermayenin hizmetinde birikimi arttırmak için en akla yakın ve yeterli hale gelmiştir. Bürokrasi, çeşitli yöntemlerle işçinin kontrol edilmesini sağlar. Bu kontrol, yasaların uyumlulaştırılması, yatırımcının amaç ve değerlerinin içselleştirilmesi, bağımlı ve tahmin edilebilir olma alışkanlığı ile karakterize olan davranışın ödüllendirilmesi ve pekiştirilmesi yoluyla sağlanır (McKinlay, 1985).

19. ve 20. yüzyılın başlarında hekimlik, parası olana hizmet veren, zanaatçı/küçük işletmeciler şeklinde icra ediliyordu. Özellikle sigorta sistemlerinin kurulması ve refah devletinin sağlık hizmetlerini bir kamu hizmeti olarak sunmaya başlamasından sonra, büyüyen sağlık sektörü ve özellikle büyüyen hastaneler, seri halinde hizmet verecek hekimlere ihtiyaç duymaya başladı. Eski formu "dükkan" diye adlandıırırsak, bu gelişmeyi "sağlık fabrikasında" çalışmak olarak niteleyebiliriz.

Tüm ülkelerde hekim sayısı artarken, tek başına-bağımsız çalışan hekim oranı azalıyor. Tıbbi teknolojinin

gelişip, pahalılaşması, muayenehane giderlerinin artması, bazı ülkelerde "malpractice" sigortası masraflarının artması gibi nedenler, hekimlerin yalnız çalışmalarını zorlaştırırken, toplu olarak çalışma yaygınlaşıyor. Hekim sayısının artışı da, bu konuda önemli bir faktör olarak belirtmek gerek. Tek başına-bağımsız çalışmanın azalması, ücretli çalışmanın artması ile paralellik gösteriyor. Hem muayenehanede, hem bir kurumda çalışma, bazı ülkelerde bir "ara form" olarak görülsede, giderek bu tür çalışmanın da azalması söz konusu. ABD'de hekimlerin yaklaşık %41'i "solo/tek başına" çalışırken (1996), bu oran %32.5'a gerilemiştir (2004). Benzer oranlar, Avrupa ülkeleri için de geçerlidir (**Salaries, 2005**). Burada bir başka gelişme ise, sadece ücretli hekim oranının değil, sözleşmeli ücretli hekim oranının artışıdır. Öncelikle hekim dışı sağlık çalışanlarında başlayan sözleşmelilik süreci, hekimleri de dahil etmeye başlamıştır. ABD'de 1970'lerde sağlık işgücünün 2/3'ü sözleşmeliyken, bu oran 1990'lardan sonra 3/4'ü geçmiştir (**McKinlay, 2002**).

Hekimlerin işyerlerinde ve faaliyetlerinde önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Tek başına/solo çalışma azalırken, sağlık "fabrikalarında" çalışma yaygınlaşmıştır. Bu değişim, hekimlerin kendi emeklerinin nesnesi, emeklerinin aletleri, emeklerinin araçları, emeklerinin nemalanma düzeyleri üzerinde sahip oldukları denetimleri azaltmaktadır.

Hekimlerin "dükkandan, fabrikaya" geçiş sürecinde değişen bir başka özellikleri, insanlara/hastalara nesne olarak bakmalarının belirginleşmesidir. Hekim, çalıştığı kurumda, özgün görüşlerini daha az dikkate alarak, hastalarla ilgili hedeflerini yerine getirmeye kilitlenirler. Hekimler ve sağlık çalışanları için, gelen hasta sadece "patlamış bir apandisit"tir veya "ikinci kattaki safra kesesi" ile ilgilidir. Çok sulugöz olmak, hassas bir yaklaşım, hekimlik için çok tercih edilen bir durum değildir, ama giderek daha nesnelleşmiş bir tarz, sadece hekimlik dışı değil, insanlık dışı olma riski ile de yüklüdür.

Bu yaklaşımın en temel sorumlusu, tıp eğitimi (ideolojisi)dir. Tıp fakültelerinde, hekim adaylarına hastalara "tarafsız" bir bakışla bakmanın, yüksek bir üretkenlik düzeyi için gerekli olduğu aşılır. Her insan/hasta, özgündür, halbuki. Bunu ihmal eden bir tıp eğitiminin üzerine, sağlık hizmetleri için, hekim üretkenliği baskısı yapan bir kapitalizm ortamı, pekiştirici etki yapar. Ve hekim üretkenliği, birim zamanda hekimin muayene ettiği hasta ya da yaptığı işlem sayısı ile ölçülür hale gelir. Giderek, "iyi tıp uygulaması", sağlık hizmetinin, belirli bir kurumun/şirketin çıkarları için, belirli bir karı elde edecek şekilde icra edilmesi eş anlamlı hale gelir.

Hekimler, bilimsel bilginin çoğalması kaçınılmaz olunca, uzmanlaşmaları gerektiğine inanmışlardır. Bu konuyu rasyonel gerekçeleri olsa da, uzmanlaşma, hekimin fiilen gittikçe daha fazla içine girdiği şeyin son derece parçalı hale gelmiş bir faaliyet olduğu, emek nesnesinin kısa bir zaman aralığı içinde sağlık hizmeti hattı üzerinde önünden geçip gittiği olgusunu makbul ve

karartılmış hale getiren sahte bir bilinçlilik tipi olarak yaşanır.

McKinlay, uzmanlaşmanın açık ve kapalı fonksiyonlarından söz eder. Açık fonksiyonun, biyo-teknik gelişmeleri vb dikkate alarak hizmetin kalitesinde gerçekleştirildiği düşünülen iyileştirmelerle ilgili olduğunu belirten McKinlay, sürecin kapalı fonksiyonunun şimdiki yaygın ve genel olarak mistik tıp alanının ayrı ve yönetilebilir bileşenler halinde parçalanması olduğunu ifade ediyor. Bu çerçevede, hekim genelde bilgili kişi olmak yerine, uzmanlaşmanın pekiştirilmiş "sahte bilinçliliği" ile çok sınırlı bir faaliyet alanında uzman haline gelir. Tıp faaliyetleri/uygulamaları, bir kez bölümlere ayrıldığında, daha fazla anlaşılabilir ve mistisizme daha az batmış hale gelir. Bu nedenle, yüksek düzeyde uzmanlaşma yoluyla, tıbbın teknik temelini sürekli olarak daraltıldığını ve "demistifiye" edildiğini, bir bürokratik kurallar ve prosedürler seti içinde kodifiye edilmeye uygun hale getirildiğini, kompüterize edildiğini, formel tıp eğitimi almayanlar tarafından da kolayca kavranabildiğini öne sürmek mümkündür. Diğer yandan, hekimler gittikçe bürokratik maaşlı istihdam biçimlerinde çalışmaktadırlar. Böyle bir durumda, uzmanlaşmayla birlikte gelen ideoloji ve etkinlikler- teknolojik aygıtların hızla yaygınlaşmasıyla birlikte- bir tür "sakinleştirici" süreç olarak görülebilir. Bu süreç, hekimlerin maaşlı bürokratik uygulamanın daha küçük olan idealine, kesinti olmaksızın alışmalarını sağlar (**McKinlay, 1977**).

Çalışılan yer "fabrika" olunca, iş temposu da ona göre ayarlanıyor. Hasta başına ayrılan süreler hesaplanıyor, "verimlilik" bahanesi ile tempo hızlandırılmaya çalışılıyor. Artık, hekimlerin öyle düşünmeye, hastalığı anlamaya ayıracak çok zamanları yok. Şimdi "klinik kılavuzlarımız" var. "Akış şemalarımız" var. Her şeye, bunlara göre karar veriyoruz. Çünkü, hekimler, çalıştıkları kurumların (devlet veya özel) bürokrasisi tarafından, bu kurallara göre denetlenmeye başlandı. Kılavuzda ne yazıyorsa, o! "Uygun olmayan" işlemler, "verimsiz" bulunan uygulamalar, "gereksiz masraflar" ayıklanıyor. En "hatasız" ve "verimli" üretim -tabii ki en karlı- sağlanmaya çabalıyor. Hekimler, böylece performansla tanışmış oldu. Yani, ücretlerini artık kaç hasta baktıklarına, kaç reçete yazdıklarına, kaç operasyon yaptıklarına, kaç sevk yaptıklarına, vb göre almaktalar. Geçtiğimiz yüzyılın başlangıcında fabrikalarda uygulanmaya başlayan bilimsel yönetim, yani Taylorizm, artık sağlık sektörüne de girmeye başladı.

"Taylorizm ya da Bilimsel İş Yönetimi, kapitalizmin emperyalist aşamaya ulaşmasıyla, yani dev ölçekli tekellerin üretim sürecinde belirleyici sermaye biçimi olarak ortaya çıkmasıyla birlikte, sermayenin benimsediği yeni iş yönetimi ve emeğin kontrolü yöntemidir... Taylor'un bütün amacı, ...işçinin hangi tempoda çalışacağı konusundaki kontrolün, yani üretim faaliyeti üzerindeki kontrolün kapitaliste ve onun temsilcisi olan yönetime kazandırılması"dır. Üretim süreci üzerindeki kontrolün, işçiden sermayeye kaydırılmasında, Taylor'un üç temel ilkesi söz konusudur: "i) işçilerin üretim süreci konusundaki

bilgisini sermayeye kazandırmak; ii) işin tasarımı ile uygulamasını birbirinden ayırmak ve ilkinin işçiden kopararak sermayenin temsilcilerine devretmek; iii) emek sürecinin her bir adımının yönetim tarafından ayrıntılı olarak planlanmasını ve uygulamanın sürekli olarak kontrol edilmesini sağlamak." (Savran, 2007).

Herhangi bir iş süreci için uygulamaya konulan Taylorizm, sağlık alanına da girmiştir, artık. Sağlıktaki sonuçlarını tartışmadan, Taylorizm'in endüstride nelere yol açtığına bakalım: "i) üretim bilgisinin işçiden mülkedinilmesi ve vasıfsızlaşma...ii) tasarım/uygulama bölünmesi...iii) işçinin bilimden kopuşu...iv) sendikaların gücünün geriletilmesi ve yapı değiştirilmesi" (Savran, 2007).

Sorun, salt teknik olarak Taylorizm'in sağlığa uygulanıp uygulanmamasından daha öte görünüyor. Savran, burada "yalın üretim" kavramını kullanıyor. Taylorizm ya da başka adla adlandırılan herhangi bir yöntemin özünün, işçi sınıfının daha sağlam biçimde kontrol altına alınması suretiyle, artı-değer miktarı ve oranını yükseltmek olduğunun altını çiziyor. "Yalın üretim, uluslar arası sermayenin 1970'li yıllarda başlayan dünya çapında genel ekonomik krizin yükünü işçi sınıfının ve geniş emekçi kitlelerin sırtına yıkmak ve krizden böyle çıkmak için 80'li yılların başından bu yana uygulamakta olduğu genel taarruz stratejisinin bir parçasıdır. Bu taarruzun unsurları neoliberal ekonomik politikalar ('serbest piyasa'), deregülasyon ya da kuralızsızlaştırma, kamu iktisadi kuruluşlarını ve sosyal hizmetleri özelleştirme, 'küreselleşme', sendikasılaştırmanın yanı sıra esneklik ve yalın üretim uygulamalarıdır (Savran, 2007).

Yalın üretimin iki önemli özelliğini burada aktarmakta yarar var. Birincisi, işgücünün parçalanması/bölünmesidir. Yalın üretim, bir işyerindeki işgücünü çekirdek ve çeper olarak, kabaca ikiye böler. Çekirdek işgücü kadrolu, istihdam güvenceli, ekonomik durumu görece iyi işçilerden oluşurken, çeper işgücü ise güvenceden yoksun, part-time, geçici, süreli sözleşmeyle çalışan, ya da taşeron işçisi konumunda olan, ekonomik durumu daha kötü işçilerden oluşur. Bu bölünme, nispeten yukarıda olanlara geçici olarak avantaj sağlıyor görünse de, bir süre sonra avantajların kaybolduğu süreç yaşanır. Bölünme, sadece kötü durumdakileri değil, çalışanların tümünü olumsuz etkileyen bir dinamiktir. İkinci özellik ise, işyerinin bölünmesidir. Büyük bir işçi kolektifinin tek bir patronla karşı karşıya kalmasını engellemek amaçlı bu uygulama, aynı mekanda farklı patronlara bağlı olarak çalışma ya da üretimin fiziksel mekanının bölünmesi şeklinde görülür (Savran, 2007).

Eğer, sağlık alanında uygulanan "bilimsel yöntemler"i, artı-değerin artırılması ile ilişkilendiriyorsak, artı-değeri artırmanın iki temel yolunu hatırlamakta yarar var: Birincisi, mutlak artı-değer üretimidir ki ya çalışma süresinin uzatılması ile ya da belirli bir zaman diliminde harcanan emeğin ve temponun artırılması ile sağlanır. İkinci yol olarak bilinen göreceli artı-değer arttırma ise, reel ücretlerin

düşürülmesi ile veya emek üretkenliğini arttırma ile sağlanır. Yalın üretimin, her iki yoldan da artı-değer üretimini arttırdığı ifade edilmektedir.

Yalın üretimin, emek yoğunluğunu arttırarak artı değer üretmesi, diğer yöntemlere kıyasla en önemli yöntemidir. "Yalın üretim, sermayenin artı değer açlığını, işçinin çalışma temposunu hep daha yoğun kılarak, insani yoğunluk düzeylerini zorlayarak karşılamaya çalışan bir yöntemdir." (Savran, 2007)

Yalın üretimle birlikte ele alınması gereken bir olgu da, esnekliktir. Esneklik uygulaması, üretim ve dolaşım süreçlerinde ayrı ayrı ele alınmakta. Sermayenin, yalın üretimi örgütlerken ihtiyaç duyduğu esneklik ve işgücü piyasasında ulaşmaya çalıştığı esneklik birbirinden farklıdır. İlki işyeri düzeyini ilgilendirirken, ikincisi daha toplumsal düzeyle ilintilidir. Bu sınıflandırmadan sonra, yalın üretimin esnekliklerinin dört temel kategori altında toplanabileceği ile başlayabiliriz: i) işlevsel esneklik: emek fazlası bulunan iş istasyonlarından ya da proseslerden bu fazlayı alarak fabrikada ya da iş istasyonunun içinde emeğin yeniden dağıtılabilmek için gerekli kıldığı iki önkoşulu vardır. Görev akışkanlığı ve ikame edilebilirlik. ii) zaman esnekliği: çalışma süresi ile boş zaman arasındaki sınırın bulanıklaşması. iii) tedarik esnekliği: İdarenin, her parçayı en ucuza ürettirebileceği üretici birime yaptırması. İşgücü piyasasındaki esneklik biçimleri (dolaşım süreci) şöyle sıralanıyor: i) esnek istihdam: standart istihdam biçimlerinin (kadrolu çalışma, yasal iş haftasına tabi olma vb), standart-dışı çalışma biçimleri ve iş sözleşmeleri (geçici işçi, part-time, süreli sözleşme, vb) ile yer değiştirmesi. ii) sayısal esneklik: talepteki değişiklikler karşısında işçi sayısının azaltılmasının koşullarını sağlayan, temelde işçi kolektifinin bölünmesiyle iş güvencesine sahip olmayan bir çeper katmanının (geçici, süreli sözleşmeli, vb) ortaya çıkması. iii) iş sözleşmesinde esneklik: Aynı koşullarda ve tek bir işverene çalışma yerine, işin parçalara ayrılarak ve yan hizmetlerden başlayarak birçok parçanın taşeron patronlara devredilmesi ve işçi kolektifinin bölünmesi. iv) ücret esnekliği: Her bir işçinin ücretinin o dönemdeki çalışkanlığına, şirket bağlılığına, uysallığına vb faktörlere alması ve ücretler arasında bir fark yaratılması. v) sosyal hizmetler/haklar esnekliği: Farklı işyerlerindeki işçilerin farklı sosyal haklarla veya aynı işyerindeki farklı işçilerin ayrı haklarla çalışıyor olması. Sosyal hizmetlerin bir hak olmaktan çıkarılarak, her bireyin ihtiyacına göre farklılaştırılması. vi) zaman esnekliği: çalışma zamanı ve boş zaman ilişkisinin muğlaklaşarak, gece ve hafta sonu çalışmanın yaygınlaşması, vardiya uygulamasının genişlemesi, kadınların çalıştırılabileceği zaman üzerindeki sınırların kaldırılması, işçiyi işe çağrılmaya hazır beklemeye zorlayan uygulamalar, çalışma süresinin yıllık temelde hesaplanması türünden uygulamaların gündeme gelmesi (Savran, 2007).

Bunca "teorik" saptamanın, sağlık alanındaki karşılığını toparlamaya çalışalım. Dedik ki, artık bilgisayar olanakları ile eskiden sadece hekimlere ait olan tıbbi bilginin hekim

olmayan sermaye ve onun temsilcilerinin denetimine geçmesi mümkün olmuştur. Yine, tıp bilgisinin parçalanarak, her bir parçanın farklı bir uzmanın inisiyatifine verilmesi ile insana bütüncül yaklaşım giderek zorlaştı. Anamnezden tedaviye giden sürecin parçalanarak, her birinin kılavuzlar üzerinden standartlara bağlanması, hekimlik işinin ise bu standartların yerine getirilmesine indirgenmesi, planlama-uygulama ilişkisinin kopuşu anlamına gelmekte. Böyle bir ortamda, hekimlik, tüm süreci başından itibaren izleyen, ona müdahale eden aktör olmaktan çıkıp, kendileri dışında belirlenmiş süreçlerin hiç de aktif olmayan teknik uygulayıcıları olmalarına yol açmıştır.

Yine dedik ki, yalın üretimin en temel iki özelliği, işgücünün ve işyerinin parçalanmasıdır. Ülkemizde sağlık sektöründeki taşeronlaşmanın yaygınlaştığı bir ortamda, bu olgunun tartışılacak bir yanı kalmamıştır. Hastanelerde çalışan sağlıkçılar, önce klinik ve destek hizmet çalışanları olarak bölünmüştür. Eskiden kadrolu memurların yaptığı işler, bu işi yapanların zamanla tasfiye edilmesi ile güvencesiz, geçici sözleşme ile çalışan, düşük ücretli taşeron işçilerine teslim edilmiştir. Daha sonra, bu süreç, klinik hizmetlere parça parça sokulmaya başlamıştır. İlk olarak, Denizli'de yapılan ve daha sonra TTB tarafından iptal ettirilen "taşeron hekim ilanını" hatırlayalım. Yasal olarak iptal ettirilse bile, uygulamanın hukuksal alt yapısı mevcuttur. Üstelik çok sayıda kamu sağlık kurumunda uygulanmaktadır. Bir başka örnek, aile hekimliğidir. Bir sağlık ocağının odaları, farklı aile hekimleri için bölündü. Her oda bir aile hekimine ve onun istihdam ettiği aile sağlığı elemanına ait. Gelen hasta da, odadaki herhangi bir alet de, ilgili aile hekimine ait. Sağlık ocağının değil, aile hekiminin hastası, bebeği, cihazı var. Küçük bir birimde bile, işgücü ve fiziksel mekan parçalanması!

Hele esneklik uygulaması için çok daha fazla örnek sunmak mümkün. Bir sağlık çalışanına, diğerlerinin ve hatta kendi üzerine vazife olmayan işlerin yaptırılmasının yaygınlaşması, hekimlerin "performansım düşmesin" diye izine çıkmaması dolayısı ile çalışma süresinin fiilen uzaması, taşeron uygulamasının-yukarıda belirttiğimiz-hem destek hem klinik hizmetlere yaygınlaşması, vb.

Esnek istihdam var mı? Var, daha çok hekim dışı sağlık çalışanlarında. Ama, 4924 Sayılı Kanun ile hekimlerde başlatılan süreç, aile hekimliği süreci ile yaygınlaşıyor. Kamu Hastane Birlikleri Yasası ile de tüm hekimlere teşmil edileceğe benziyor. Taşeron uygulamaların var olduğu sağlık kurumlarında, her dönem yapılan sözleşmelerle sayısal esnekliğin fiilen gözlüyoruz. İş sözleşmesindeki esnekliğin, ilden ile, kurumdaki kuruma farklılıkları her gün öğrendikçe ne kadar yaygın olduğunu görüyoruz. Ücret esnekliği, öncelikle Üniversite Hastanelerindeki özel uygulama ile öğretim üyeleri için başlamıştı. Daha sonra, "performans" uygulaması ile, devlet hastaneleri bu esneklik biçimi ile-biraz da sansasyonel olarak-karşılaşmış oldu. Şimdi ise, gündeme gelen "tam gün" yasası ile tüm sistem bu esneklik üzerine inşa edilmek isteniyor. Tüm sağlık çalışanlarının ortak haklarının azalması, sosyal güvence

esnekliği olarak karşımız çıkarken, zaman esnekliği de gerek hekimler, gerekse diğer sağlık çalışanları için günlük uygulama halinde.

Kapitalizm koşullarında hekimler (ve sağlık çalışanları), tıpkı diğer sektörlerde olduğu gibi, sağlık kurumlarında kontrol altındadırlar. Bu kontrol, birkaç farklı düzeyde görünebilir: Bir düzeyde, kapitalizm, bir organizasyonun nihai amacını (kar etme) ve belli bir organizasyonel işin gereği gibi nasıl gerçekleştirileceğini belirleyen kültürel dokuyu yaratan yaygın kapitalist ideolojiyi belirler. İkinci düzeyde, herhangi bir formal organizasyonda yer alan işçinin bireysel davranışı- onun eğitim, beceri ve uzmanlık düzeyine rağmen- önceden varolan hiyerarşik yapılar ve düzenleyici normlar tarafından ciddi şekilde kısıtlanmaktadır. Üçüncü düzeyde de, hizmetlerin alıcısı kişilerin davranışları, çoğunlukla onların farkında olmadığı diğer iki düzeyde işleyen süreçlerle büyük oranda kısıtlanmaktadır. Bir organizasyonun işlevi, çalışmanın yönü ve hızını kontrol etmek, bağlılığı olduğu kadar disiplini de sağlamaktır. İşçi performansının ölçümünde standardize edilmiş değerlendirmelerin kullanımı, itaati ve bireyselleşme ile donatılan eğilime dayalı kontrolü kolaylaştırmaktadır. Hekimin hastayı kaç gün hastanede tuttuğu ya da taburcu ettiği, istediği tetkiklerin sayısı, onun ödül ve ceza durumunu belirler (McKinlay, 1985).

Hekimler (ve sağlık çalışanları) uzun süredir içinde bulundukları ilişkiler yüzünden, idari ve mali özerkliklerini yitirmeye başlamışlardı. Yani, ne kadar para alacaklarına, nerede çalışacaklarına kendileri (ve örgütleri) değil, yönetenler karar veriyor. Ama, asıl tehlike şimdi geliyor; artık mesleklerini nasıl yapacaklarına da kendileri değil, başkaları karar vermeye başlıyor. Bu klinik özerkliğin de yitirilmesi. Mesleğin en olmazsa olmazı da, hekimlerin ellerinden gitmektedir. Bürokrasinin ya da şirketin yöneticileri, artık çok kolay hale gelen izleme yöntemleri ile özellikle de performans üzerinden, hekimlerin (ve sağlık çalışanlarının) yaptığı işlemleri, kolaylıkla izlemekte, "verimli olmayan" işlemleri, "gereksiz" masrafları denetlemektedirler. Hekimlere, hastaya ne yapacağı, nasıl yapacağı, ne kadar süreyle yapacağı "dışarıdan" dikte edilebilmektedir. Hangi hastaya hangi tedavinin, hangi ilacın uygulanacağı, hastanın ait olduğu sosyal güvenlik durumu ile çok ilişkili hale getirildiğinden, yapılan hatalar, sağlık kurumuna, dolayısı ile hekime ödenecek parayı oldukça etkiliyor. Böyle hassas bir durum, haliyle kurum yönetimleriyle "uyumlu" hekimliği dayatıyor. "Hekimlik etiği, meslek adabı" gibi "takıntılar"ı olanların hoş karşılanmadığı bir süreç, yani.

d) Hekimlerin Uzmanlaşması (ve Emeğin Niteliksizleşmesi)

Tıp bilgisi geliştikçe, hiçbir hekimin tek başına bu bilgiye sahip olması beklenemez. Bu gerçeklik, uzmanlaşmanın kaçınılmazlığının da gerekçesi olarak sunuluyor. Aslında, uzmanlaşma, genişlemiş ve giderek daha az bilinebilir hale gelmiş tıp alanının, bilinebilir parçalara ayrılmasının da bir sonucudur. Her şeyi bilen kişi olmak yerine, belli bir alanı bilebilir olmak! Tıp pratiği,

parçalanmaya başlayınca, daha anlaşılır ve daha az gizemli hale gelir. Sonuçta, uzman bu parçaların sahibi olur. Ama, bu gelişme diğer yandan, bu parçalanmış bölmelerin özellikle bilgisayar ortamında, ve de sağlıklı olmayan kişiler tarafından kolayca denetlenebilmesini de mümkün kılıyor.

Şimdi, düşünelim hekim ne yapıyor? Anamnez/öykü alıyor, fizik muayene yapıyor, tetkikler istiyor, teşhis koyuyor, bazı tedavi yöntemleri uyguluyor, hastalığı(n) prognozunu izliyor. Bu başlıkları, artık temel "text-book"lar üzerinden bilgisayara yüklüyorlar, hekimler (ve onların hafızalarından) daha iyi yapan sistemler kuruluyor. Hekimden daha hızlı ve daha güvenilir bilgisayar programları var. Bu durum, süreçte hekimlerin zorunlu görev yapmasını da gereksiz kılıyor, bazı görevler hekim dışı sağlık çalışanlarına verilebiliyor. Hatta, zaman zaman hekim sürecin pasif bir izleyicisi haline gelebiliyor. Abartarak söylersek, hekimin görevi, ilgili hastanın ihtiyacı olan teknolojinin seçimini indirgenmiş oluyor. Hekimlik, tıbbi bilginin uygulama becerisi ile birleştirilmesi (sanatı) ise, giderek becerinin ortadan kalktığı, salt bilginin ortada kaldığı bir durumda, teknisyenliğe indirgenmiş oluyor. İşte bu noktada, bir gelişme diye algılanan uzmanlaşma, hekimlik mesleğinin sonunu getiren bir dinamiğe dönüşme riski içeriyor. En başa dönersek, uzmanlaşma süreci, profesyonelleşme sürecini tersine döndüren bir süreçtir de. Çünkü, bu süreçte hekimler özerkliklerini yitiriyor, konumları aşınıyor, bilgi tekelleri azalıyor. Hekimlik otoritesi azalıyor.

Burada, bilgisayar meselesini ve tüketici bilinçlenmesini abartmamak gerekir. Bilgisayarla tıbbi bilgiye ulaşılmasının, hastaların hekimleri sorgulamasını sağladığı doğrudur. Belki de, daha demokratik bir hekim-hasta ilişkisine yol açacağı için hayırlıdır da. Ancak, bilgisayarla tıbbi bilginin denetlenmesi meselesi, özünde hekimlik ve tıbbın kapitalizmin denetimine girmesidir. Şirket sahipleri ya da bürokrasinin, karlarını nasıl daha yüksek tutabilecekleri, bilgisayarla hekimlerin ve tıbbi bilginin denetlenmesi ile mümkün hale geliyor. Sermaye birikimine hizmet etmeyen, hekimlik bilgileri devre dışı kalırken, hekimlerin sağlık kurumlarındaki konumları sermaye birikimine hizmet etme ilkesine göre değerlendirilmeye başlanıyor. Bu nedenle, hastaların hastanelerde ne kadar yattıkları, hangi tetkiklerin yapıldığı, vb kriterler, çok önemli hale geliyor.

V. SONUÇ

Hekimlerle ilgili değişiklikleri sıralamak kadar, sanırım yorumlamak da önemli. Kapitalizm koşullarında emek sürecindeki değişiklikleri yorumlamada, başvurduğumuz ilk kaynak, Marx'tır. Sağlık/tıp alanına özgü bir değerlendirme yapmamasına karşın, diğer alanlarda yapmış olduğu yorumlardan yararlanacağız. Kapitalizm öncesi dönemde, hatta kapitalizmin başlangıç evresinde bağımsız zanaatkar gibi çalışan hekimler, uzun süre serbest piyasada "ürünlerini" sattılar. Kapitalizmin gelişimi ile birlikte, modern sağlık "fabrikalarının" gelişmesi sonucu, bazı "hekim-zanaatkarlar", bu "fabrikalara" yönlendirildiler. Artık, onlar ücretliyidiler ve bağımsız değildiler. "Fabrika

sahipleri", bu ücretli hale getirdikleri hekimlerin uzmanlaşmasını teşvik ettiler ki "fabrikaları"ndaki "üretim süreci" rasyonalleşsin! Belli işleri, daha ucuza çalışanlara verdiler. Gittikçe karmaşık hale gelen işgücünün/ işbölümünün koordine edilmesi için işletme yöneticileri istihdam etmeye başladılar. Rasyonelleştirme süreci, mühendislik sistemleri ve teknoloji yardımı ile tamamlandı. Bu süreç, çalışanların özerkliğini, iş üzerindeki kontrolünü azalttı (McKinlay, 1988).

Sağlık hizmetleri, kapitalist aşamaya kadar, insani özellikleri daha belirgin bir etkinlikti. Kapitalizmle birlikte, sağlık hizmetlerinin niteliği değişti. Günümüzde, sağlık hizmeti, sermaye birikim sürecinin doğrudan bir parçası haline gelmiştir. Meta üretimi ile sağlık işgücünü sürdürerek, kar elde etmenin bir şeklidir. Bu şekilde verimlilik ve karları arttırıcı bir özelliğe sahiptir. Egemen sınıfa hizmet ettiği sürece, tıp ve hekimlik, bir güce ve bu güçle paralel yüksek gelire (ve yaşam standardına) sahiptir. Hekimler, kendilerine maaş ödeyenlere "sadık" kaldıkları sürece, hekimlik kurumu güvence altındadır. Ancak bu güvence, ekonominin izin verdiği ölçüdedir, yani sınırsız değildir.

Geçtiğimiz yüzyıl, hekimlerin çok güçlü, çok saygın, çok kazanan bir meslek grubu olmalarına tanıklık etti. Bunun nedeni neydi, ortaya koymalıyız ki, bugünkü değişikliği daha iyi yorumlayabilelim. Dedik ki, kapitalizm koşullarında, sermaye birikimini sürdürmek tüm süreçleri olduğu gibi, tıbbi da etkilemiştir. Teknolojinin gelişip pahalılaşmasına karşın, tedavinin etkinliğinde pek ilerleme olmaması, bu işin daha çok kar için yapıldığının kanıtı olarak gösterilmektedir. Kapitalizmde, otomobil üretimi ile bir kalp ameliyatı arasında, mantık olarak fark yoktur! Her ikisi de, meta üretimidir. Tüm mal ve hizmetlerin üretiminde yatan mantık, metayı bulmak ve el koymaktır. Tıbbın/sağlığın metalaşmasından ise, tıbbi araç gereç ve ilaç üreten şirketler ile sağlık sigorta şirketleri ve özel sağlık kurumu şirketleri başta olmak üzere nemalanmaktadır. İşte hekimlerin çoğu, bu nemalanma sağlayan şirketlerin ücretli çalışanlarıdır. Dolayısı ile, çok kazandıklarında bile, hekimler, kapitalistlerin çıkarlarına bağımlıdır. Tıbbi tedavinin çok karlı bir iş olması, hekimlerin önceden sınırlı da olsa sahip oldukları kontrol ve özerkliğini kaybettirmiştir. Ve hekimler, çabalarının çoğunu, sermayenin gerekli-gereksiz işlerini yapmak zorunda kalırlar. Hekimler, sermayenin bağımlı bir müşterisi haline geldiği için, devlet tarafından bazı ayrıcalıklar tanınmıştır.

Şimdi biten de tam budur. Sermaye egemenliğini arttırdıkça, tıbbi bilgiyi denetleme araçlarını geliştirdikçe, hekimi daha da sıradanlaştırmakta, bu nedenle eskiden tanındığı ayrıcalıkları sürdürmekten vazgeçmektedir.

Denilebilir ki, sağlık hizmetlerinin iyice piyasalaşmış olduğu yerlerde bu anlatılanlar geçerli olabilir, ama sağlık hizmetlerinin ücretsiz ve kamu tarafından örgütlendiği yerlerde de hekimlerin konumu farklı değil mi? Evet, hekimlerin çoğu mülk sahibi değillerdir, doğrudan artık değerden-sınırlı bir kesim dışında-pay almazlar. Asıl görevleri, işgücünün sağlığını korumak ve iyileştirmek,

böylelikle işgücü verimliliğini arttırarak, artık değeri yükseltmektedir. İşçi sınıfı da, kendilerine ücretsiz sağlık hizmeti verilmesini ister ve mücadele eder. İşçi sınıfının, devleti ücretsiz sağlık hizmeti vermeye zorlaması, özünde, devletin patronları "sübvansane etmesi" anlamına gelir. Çünkü, üretim sürecinde, işçilerin maruz kaldığı zararlar, bizzat üretim sürecinin sonuçlarıdır ve patronlarca tanzim edilmesi gerekir. Oysa, sigorta ya da vergi yolu ile devletin devreye girmesi, patronların yükünün hafifletilmesidir. Dolayısı ile, ücretsiz ya da sosyalleşmiş bir tıp/hekimlik, işçi sınıfı için bir kazanım sayılsa da, kapitalist işleyişin sağlığa sirayetini engelleyici değildir. Bilakis, bazı olanaklar da sunmaktadır.

Hekimlik ve tıbbın, kapitalizm koşullarında ideolojik işlevini de unutmamak lazım. Hekimlik ve tıp, kapitalizme içkin olan sömürücülüğün/sömürünün anlaşılmasını güçleştirmeye hizmet eden ideolojik aygıtlardan biridir. Sistemin sürdürülmesinde, ciddi rolü vardır. Kabaca şöyle başlayabiliriz; kapitalizm çağımız toplumlarında, insanların başına gelen felaketlerin çoğunun kaynağıdır. Ama, bu gerçeklik çalışan sınıflar ve halk tarafından görülemez! Çünkü, onların bu gerçekliği görmesini engelleyen kurumlar/mechanizmalar vardır. Tıp ve hekimlik de, bunlardan biridir. Hekimlik ve tıp, insan yaşamını kurtarmaya yönelmiş, yardımsever bir toplum illüzyonu yaratır. Bunu da, egemen biyo-mekanik tıp anlayışı üzerinden yapar. Hastalıkların asıl nedeni organikdir/fizikseldir diyerek, ilgiyi iktisadi-sosyal yaşam üzerindeki hedeflerden saptırarak! Böylece, sağlığın politikleşmesini önler ve önlemediği takdirde sosyal değişimi zorlayacak potansiyel gücü engellemiş olur.

Sağlık alanı kapitalist kurumlar için cazip bir alan haline gelmiş, bu alana yapılan yatırımlar sonucu, daha sonra tıbbi-endüstriyel kompleks adı verilen büyük bir tıbbi pazar ortaya çıkmıştır. Ekonominin başka alanlarında faaliyet gösteren çok sayıda büyük şirket, devletin de alanı desteklemesi ile bu alanı istila ederek sermayenin sağlık alanının belirleyicisi haline gelmesi yaşanmıştır. Sağlık alanı ne ölçüde sermaye tarafından belirleniyorsa, hekimlik de sermayenin etkisi altına girmeye başlamıştır. Sağlık alanı, mali sermaye ve sanayi sermayesinin iç içe geçmesi ile artık ulusal sınırları aşan, dünya ölçeğinde bir endüstridir. 1976 yılında ABD GSMH'nın %8.6'sı (139 milyar dolar) sağlığa harcanırken, bugün %15'i bulan 2 trilyon doları aşan bir miktardan söz ediliyor.

Sağlık endüstrisinde büyük bir rekabet söz konusudur, bu rekabet sermaye sahiplerini üretimi ve satışları sürekli arttırmaya zorluyor. Bu türden çıktı ve satışların artması, karları ve sermaye birikimini artırıyor. Bu birikmiş sermaye, onun aynı alandaki yatırımlara ve teknolojik olarak daha etkin işletmelerin geliştirilmesini gerektiriyor. Kar oranının düşmesinden çekinilmesi, daha fazla üretim çıktısı ve satışı zorluyor. Sonuçta, yeni müşterilerin bulunması için, bir baskı oluşuyor ve bu baskı pazara daha fazla girilmesini ve pazarlama yöntemleri ile bir meta fetişizmi kültürü yaratılmasına yol açıyor. İç piyasa doyduğunda, dış pazarlara yönelme başlıyor. Dış pazarlara girişi ve maliyetleri

ve riskleri azaltmak için, az gelişmiş ülke kaynaklarının sömürülmesi veya doğrudan yatırım araçlarıyla bu pazarların ele geçirilmesi gündeme geliyor. Bu genişleyen çıktı ve satışlardan elde edilen karlardan oluşan sermaye tekrar yatırıma yönlendiriliyor. Bu döngü tekrarlanıyor (McKinlay, 1977).

Geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden itibaren olan değişim, sağlığa harcanan paranın gelişimi üzerinden değerlendirildiğinde, ne görülür? 140 milyar dolardan 2 trilyonu doları aşan bir noktaya gelirken, sağlığa giden para, sağlık alanında çok mu olumlu değişiklikler olmuştur? Çocuklar daha mı az ölmektedir? Eşitsizlikler daha mı azalmıştır? Hekimler, daha etkin tedaviler mi yapmaktadır? Hiçbiri. Gerçekten, önemli ölçüde kapitalizmin diğer sektörlerine benzeyen sağlık alanı, hastalığın fetişleştirilmesi ve yaşamın tıbbileştirilmesi temelinde, daha da karlı bir alan haline gelmiştir, o kadar. Sağlık hizmetleri, insanların ihtiyaçlarından bağımsız bir seyir izlemektedir. Para bu kadar artarken, sağlık sonuçları aynı düzeyde iyileşmeyince, haliyle hekimlerin pozisyonu sarsılmaktadır. Bugün sağlıkta dönen paranın 1/5'i hekimlere gitmektedir. Tartıştığımız süreç ise, toplam miktarı artarken, hekimlerin payını daha da azaltma çabasıdır.

Kapitalizm, tabii ki insanların kolektif ihtiyaçları ile de ilgilidir. Özellikle, devletlerin böyle sorumlulukları vardır. Ancak, kolektif ihtiyaçlarla ilgisiz olmasına karşın, çıkar gruplarına uygun miktarda kar sağlayan bir durum varsa, kapitalizm açısından ortada önemli bir sorun yok demektir! Kapitalist toplumlarda öncelik, kamu yararına uygun bir sağlık hizmeti oluşturmak değil, uygun bir kar düzeyini gerçekleştirmektir.

Kapitalizm koşullarında, insani ihtiyaçları karşılamak için gerçekleştirilen görece basit ve mümkün olduğu kadar etkin bir prosedürler setiyle başlayan sağlık hizmeti, gittikçe daha karmaşık, ancak daha etkisiz, gereksiz kullanım değerlerinden oluşan bir yapıya dönüşmüştür. Burada tıbbı gereksiz yere eklenen unsurlar, biyoteknolojinin müsrifçe kullanılması, gereksiz yardımcı testler/tetkikler, hastanelerin aşırı kullanılması, vb'dir. Bu türden toplumsal olarak boşa harcanan faaliyetler, muhtemelen tıbbın etkin ve zorunlu kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir. Sıradan bir insanın bu iki şeyi ayırt etmesi artık imkansızdır ve kimin gereksiz olanın üretimine kendi çıkarı için katıldığını aydınlatmak da mümkün değildir. Günümüzde tıbbın görece basit ancak etkili bölümünü, pahalı ancak gereksiz ve etkisiz bölümü olmaksızın elde etmek mümkün değildir. Açık ki, daha yüksek düzeyde eğitim görmüş emekçiler, artık tıp alanında geçerli olan bu gereksiz ek değerlerin üretimi görevini üstlenmişlerdir ve böylece emekleri toplumsal olarak ziyan edilmektedir (McKinlay, 1977).

Bugün ABD'den başlayıp, tüm dünyaya yayılan süreç sonucu, tıp alanı, kapitalizmin mantığına tabi olmuş, bu nedenle etkisiz ve gereksiz kullanım değerlerinin imalatıyla meşguldür. Sonuçta, artan sayıda sağlık çalışanı ve hekim,

toplumsal olarak israf edilen emeğe katılmak zorundadır. Büyük ölçüde boşa harcanan ve etkisiz kalan bu emek, tamamen konu dışı kalmıştır. Üretilen kullanım değerinin muhtevasına ve niteliğine bakmaksızın, bu emek üretken olduğu sürece, yani sadece sermayenin değişen bölümünü yeniden üretmekle kalmayıp, ek olarak sağlık hizmeti üretiminin arkasındaki çıkarlar için artık değer ürettiği sürece, devam edecektir. Ve kolektif ihtiyaçlarla ilgisi olmayan gereksiz kullanım değerlerinin üretimi genişleyerek sürecektir.

Artık, günümüzde önemli olan, hekimlerin, toplumsal yarar sorunlarına bakılmaksızın, üretken olmaya devam etmeleridir ve ücret biçiminde aldıklarından daha fazlasını toplumsal artık biçimine dönüştürmeleridir. Yani, kapitalizmde hekimlerin konumlarının açıklanması, onların etkinliğinde ya da toplumsal faydalarında değil, üretkenliklerinde bulunmaktadır.

Bitirirken, daha çok Batıda 1960-70'li yıllarda yoğunlaşan ve günümüze yansıyan tartışmalar ışığında, hekimlerin toplumsal pozisyonlarını etkileyen dinamikleri tartışmaya çalıştığımızın altını çizelim. Batıdan başlayan bir süreç, kapitalizmin giderek tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da ciddi yapısal dönüşümlere yol açması şeklinde yaşanıyor. Kapitalist dönüşüm, sağlık sisteminin daha fazla finans ve sanayi sermayesinin eline geçmesi olarak yansıyor. Batıda "corporatization" diye tanımlanan, bizim "şirketleşme" dediğimiz süreç, aslında sağlık alanının sermayenin egemenliğine-iyice-geçmesi demektir. 19.yüzyıl kapitalizminin, toplumu yeniden yapılandığı dönemeçte, hekimlik mesleği de dahil "profesyonel"ler, toplumun sermaye ve devlet destekli ayrıcalıklı kesimleriydiler ve kitleleri "sakinleştirme" rolleri ön plandaydı. Ancak, sermayenin egemenliğinin pekişmesi, hekimlerin bu ayrıcalıklı konumlarını ciddi ölçüde sarsmaya başladı. Temel dinamik, sermayenin bu alandaki gücünün genişlemesi olmakla birlikte, bu dinamiğe bağlı başka dinamiklerin de hekimlerin pozisyonunu etkilediğini aktarmaya çalıştık. Hekimlik mesleği, sermayenin, küreselleşmenin, yeni devlet yapılanmasının ve bu gelişmeleri çevreleyen ideolojinin saldırısı altındadır. Sadece konumları değil, prestijleri, değerleri, gelecekleri sarsılıyor. Bu saldırı karşısında, hekimler tek tek ya da birlikte çözüm aramaya, çeşitli yollarla bu saldırıya karşı bir şeyler yapmaya çalışmaktadır. Ama süreç, maalesef çok "nesnel"dir! Tek tek ya da bir meslek olarak yapılacaklar, çok fazla görünmüyor. Her şeyden önce, süreci anlamak ve yapılacakları daha kapsamlı olarak değerlendirmek akla yatkın gibi görünüyor.

KAYNAKLAR

- Cirhinlioğlu, Z.**, (1996), Meslekler ve Sosyoloji, Gündoğan Yayınları.
Cirhinlioğlu, Z., (2001), Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yayın-Dağıtım.
Doğan, S., (2003), Ortaçağ Manastır Sistemi: Doğu ve Batı Manastırları, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 20, Sayı 2.
Eren, N., (1996), Çağlar Boyunca Toplum Sağlık ve İnsan, Somgür Yayıncılık.

- Freidson, E.**, (1970), Professional Dominance, Dodd Mead and Company.
Goode, W.J., (1973), The Protection of Inept, Expolarations in Social Theory içinde, Oxford.
Hart, N., (1997), The Sociology of Health and Medicine, Causeway Boks.
Hughes, E. C., (1963), Meslekler, Meslekler ve Sosyoloji içinde (Derleyen: Cirhinlioğlu, Z.), Gündoğan Yayınları, 1996.
Illich, I., (1995), Sağlıkın Gaspi, (Çev. Suha Sertabipoğlu), Ayrıntı Yayınları.
Larson, M.S., (1977), Professionalism: Rise and Fall, International Journal of Health Services, Vol.9, No.4.
Larson, M.S., (1979), The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis, University of California Pres.
Larson, M.S., (1980), Proletarianization and Educaed Labor, Theory and Society, 9.
McKinlay, J.B., (1977), The Business of Good Doctoring or Good Doctoring As A Good Business, International Journal of Health Services, Vol.7, No.3.
Mc Kinlay, J.B., (1978), On the Medical-industrial Complex, Monthly review, 30(75).
Mc Kinlay, J.B. and J.Arches, (1985), Towards the Proletarianization of Physicians, International Journal of Health Services, Vol.15, No.2.
McKinlay and J.Arches, (1986), Historical changes in doctoring: A reply to Milton Roemer, International Journal of Health Services, Vol.16, No.3.
McKinlay, J.B., and J.D. Stoeckle, (1988), Corporatization and the Social Transformation of Doctoring, International Journal of Health Services, Vol.18, No.2.
McKinlay, J.B. and L.D. Marceau, (2002), End of Golden Age of Doctoring, International Journal of Health Services, Vol.32, No.2.
MD Salaries, (2005), A Blog on Physician Salaries in USA and Other Things Interesting, mdsalaries.blogspot.com.
Navarro, V., (1975), The Political Economy of Medical Care, International Journal of Health Services, Vol.5, No.4.
Navarro, V., (1977), Medicine Under Capitalism, N.Watson.
Polama, M.M., (1993), Çağdaş Sosyoloji Kuramları, (Çev. Hayriye Erbaş), Gündoğan Yayınları.
Öngen, T., (1994), Prometheus'un Sönmeyen Ateşi, Alan Yayıncılık.
Özdemir, G.Y. ve A.M. Özdemir, (2008) Sermayenin Adaleti, Dipnot Yayınları.
Sanders, D. ve R. Carver, (1985), The Struggle for Health, Medicine and the Politics of Underdevelopment, Macmillan.
Savran, S., (2007), Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması, Devrimci Marksizm, 3/ 2007.
Soyer, A., (2005), Hekimlerin Sınıfsal Kökeni, Sorun Yayınları.
Soyer, A., (2006), Sağlık Personeli İşsizliği, Toplum ve Hekim, c.21, s.2.
Starr, P. (1982), The Social Transformation of American Medicine, Basic Books.
Turner, B. S., (1992), Regulating Body, Routledge.
WHO, (2009), World Health Statistics, www.who.int
Wikipedi, The Free Encyclopedia, www.wikipedia.org