

DERLEME**SAĞLIKTA PİYASALAŞMA VE
TIP FAKÜLTELERİ***Cem TERZİ**

Son 30 yılda neredeyse bütün ülkelerde sağlık alanının büyük bir hızla piyasalaşmasına tanık oluyoruz. Bu sürecin en acımasızca yaşandığı ve arkasında 50 milyon sağlık güvencesi olmayan insan bırakan ülke Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'dir. ABD'de özellikle 90'lardan itibaren kar amaçlı sağlık organizasyonları kamu sektörüne girdiler. Sağlık ortamının kontrolü tamamen özel sigorta şirketlerinin eline geçti. Kar amaçlı sağlık organizasyonları ve özel sağlık sigortası şirketleri sağlık alanını karlı bir endüstri haline getirdiler ve iş dünyasının değerlerini/ilkelerini egemen kıldılar. ABD'de kar amaçlı sağlık organizasyonları açısından piyasa doyunca ilk aşamada Avrupa ülkeleri oldukça çekici göründü. Avrupada pek çok ulusal sağlık programında piyasacı sağlık sistemi ilkeleri (piyasa rekabeti, kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi gibi) uyarınca reformlar yapıldı. İngiltere'de muhafazakâr parti hükümetinin ardından Blair hükümeti ve diğer bazı ülkelerde sağ iktidarlar bu reformları benimsediler. Clinton hükümetinin "Managed Care" planı danışmanı Alain Enthoven ve ekibi, bu reformların gerçekleşmesi için Avrupa ülkelerindeki hükümetlere de danışmanlık hizmeti verdi. Ancak kamusal sağlık alanının güçlü olduğu ülkelerde, reform çabaları halk tarafından destek bulmadı. İngiltere ve İsveç gibi ülkeler 90'ların ortasından itibaren piyasalaşma/özelleştirme politikalarından vazgeçti. ABD'de kar amaçlı sağlık organizasyonları açısından piyasa doyunca ve Avrupa'da süreci istedikleri gibi yönetemediklerini görünce "Managed Care" organizasyonları için yeni piyasa, gelişmekte olan ülkeler oldu (özellikle de Latin Amerika). ABD'den sağlık alanının piyasalaştırılması planının diğer ülkelere ihraç edilmesi, DB, IMF ve diğer uluslararası

şirketler tarafından büyük destek görmektedir. Gelişmekte olan ülkelere sağlık alanının piyasaya açılması planını kabul etmeleri ve sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini özelleştirmeleri için çeşitli baskılar yapılmaktadır. ABD'nin kar amaçlı sağlık organizasyonları hızla Latin Amerika piyasalarına girdiler ve bu modeli Afrika ve Asya için de bir örnek olarak kullandılar (Waitzkin, Celia, 2004).

Bugün baktığımızda ülkeleri şu şekilde kategorize edebiliriz. Sağlık alanının piyasalaşması için dünya çapında etkinlik gösteren ülke: ABD, sağlıkta piyasalaşmayı ret eden ülkeler: Kanada, Danimarka, Fransa, İtalya, İsveç ve İngiltere, piyasacı yaklaşımla uyum sağlamaya çalışan ülkeler: Avustralya, Belçika, Almanya, Hollanda, Şili, Uruguay, Arjantin, Brezilya ve henüz ne yapacağına karar vermemiş ülkeler: Çek Cumhuriyeti, Yeni Zelanda. Türkiye'yi hangi kategoriye koyacağımız önümüzdeki 1-2 yıl içinde emekçilerin piyasalaşma sürecine vereceği direniş ile belli olacaktır.

Akademik merkezler nasıl etkileniyor?

Amerika Tıp Birliği, 4 Mayıs 2000 tarihinde yaptığı basın açıklamasında, rekabete dayalı ve piyasa yönelimli sağlık reformunun akademik merkezler üzerindeki etkilerine yer verdi: 125 akademik medikal merkezin iflas ettiği açıklandı. Geri kalanların pek çoğu negatif bütçededeydi. Güçlükle ayakta kalanlar, geleneksel eğitim, araştırma ve hizmet görevlerini yerine getirmekte zorlanmaktaydılar. Federal bütçeden tıp fakültelerine yapılan desteklerin azaltılması, hastanelere maliyetleri düşürmek için ağır baskılar yapılması, akademik hastanelerde ciddi gelir kaybına yol açmıştı. Bu hastaneler düşük maliyetli üretim reoryantasyonuna zorlanmaktaydılar. 'Butik' gününbirlik cerrahi merkezlerinde düşük riskli hastalara düşük maliyetli elektif cerrahi

*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

işlemlere yönelmeleri böylelikle sürümden kazanmaları isteniyordu. Akademik merkezler bu değişim sürecine uyum göstermek için çabaladılar. Buna rağmen fiyatları diğer hastaneler kadar aşağı çekemediler. Eğitim/araştırma maliyetleri ve kompanse edilmeyen hastaların masrafları yüzünden diğer kar amaçlı hastanelerle rekabet edebilmeleri olanaksızdı. Öte yandan kar amaçlı diğer hastaneler akademik merkezlerde yetişmiş insan gücünü tam gün ya da yarı zamanlı çalışma düzeni içinde transfer ederek ciddi avantaj elde ediyorlardı. Bu hastaneler, akademik merkezlerin araştırma ve araştırmacı potansiyelini kendi sağlık hizmeti sunumu ve etkinliğini artırmada kullandılar. Kar amaçlı hastaneler, masrafları kompanse edilmeyecek hastaları zaten kabul etmediklerinden bütçeleri açık vermiyordu. Finansal baskılar öğretim üyelerini daha çok sağlık hizmeti sunumuna yönlendirdi ve eğitime ayrılan zaman gittikçe azaldı. Araştırma sistemi ciddi biçimde etkilendi. Fakülte öğretim üyelerinin araştırma yapması yerine araştırma merkezlerine ticari şirketlerin kadrolu araştırmacıları yerleştirildi. Fakültelerin araştırmacıları ticari şirketlere transfer oldu.

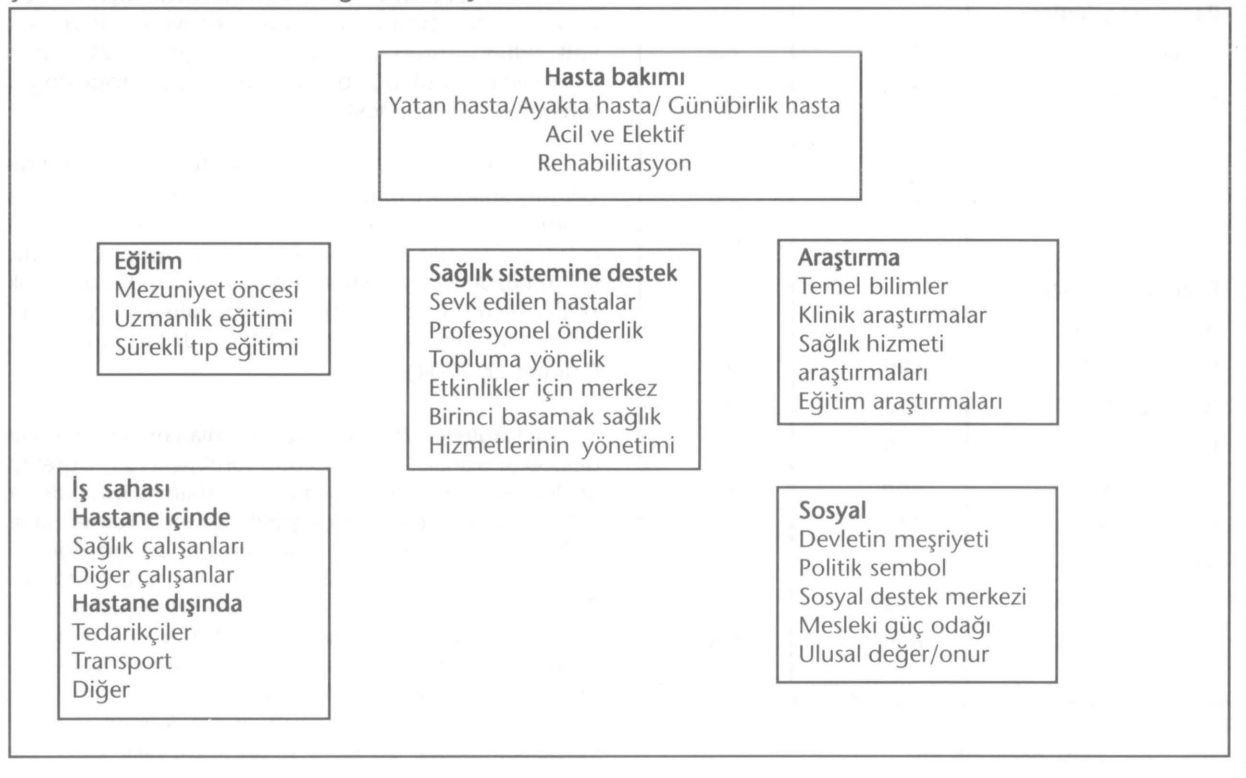
Akademik merkezlerin yaşadığı finansal kriz kuşkusuz tıp eğitimini de etkiledi. Tıp eğitiminin kalitesi hızla düştü. Ekonomik önlemler nedeniyle hastaların hastaneye yatış ve çıkışı çok hızlı olmaya başladı. Öğrencilere hastaları görecek, izleyecek zaman kalmadı. Hastaların hemen tamamı önceden tanısı konmuş ve kesin tedavisi planlanmış hastalardı. Bu yaklaşımda hastalar artık öğrenciler için uygun eğitim 'materyali' olamıyordu.

Çok sayıda akademik hastane iflas etti ve kapandı. Kapanan ya da zarar eden akademik hastaneler buldukları şehirler için önemli bir ekonomik kayba yol açtılar. Akademik merkezlerin yarattığı iş sahası kaybolunca istihdam olumsuz etkilendi. Bazı şehirlerin ekonomileri destabilize oldu (**Editorial, Lancet 2000**).

Piyasa yönelimli sağlık hizmetinin akademik tıp merkezlerine en önemli etkisi finansal krizdir. Eğitim hastanelerinde sağlık hizmeti bedeli, eğitim, araştırma, kompleks ve ağır hastalara hizmet, yoksul hastalara karşılıksız sağlık hizmeti gibi nedenlerle diğer hastanelere kıyasla yaklaşık %25-30 daha yüksektir. Daha önceleri eğitim hastanelerinin yüksek faturalarını kabul eden devlet/sigorta şirketleri böylelikle sunulan toplumsal hizmeti desteklemiş oluyorlardı. 1990'ların başından itibaren rekabete dayalı piyasa yönelimli sağlık hizmeti anlayışı nedeniyle bundan vazgeçildi. Paket ödemelere geçildi ve akademik hastaneler çok ciddi gelir kaybına uğradı. İki bin yılında ABD'nin en güçlü ve en iyi sağlık merkezlerinden bir olan "University of Pennsylvania Health System" 200 milyon Dolar kayba uğradı. Bugün, ABD Akademik medikal merkezlerin 2/3'ü negatif bütçededir. Sağlık ortamı piyasalaştıkça bu merkezlerin uzun yıllardır yerine getirdikleri toplumsal işlevleri desteğini yitirmiş durumdadır.

Şekil 1'de akademik merkezlerin geleneksel işlevlerine yer verilmiştir. Rekabete dayalı ve piyasa yönelimli sağlık hizmeti anlayışı bu işlevlerin yerine getirilmesine izin vermemektedir

Şekil 1. Akademik merkezlerin geleneksel işlevleri



Akademik merkezlerde finansal kriz ve tıp eğitimi

Tıp fakültesi hastanelerine giderek daha çok hasta kabul edilmekte ancak daha az ödeme yapılmaktadır. İş yükü artarken gelir azalmaktadır. Tıp fakülteleri rekabete dayalı ve piyasa yönelimli sağlık hizmeti anlayışına hasta bakımını hızlandırarak yanıt verdi (Tablo 1). Bu çaba iş piyasası mantığına uygun görünse de eğitim vermekle yükümlü bir kurum için bedeli ağır bir tedbirdir. Tıp fakültelerinin varlık nedenleri ve görevleri risk altındadır. Finansal krizle başa çıkabilmek için piyasacı uyumlaşma ile bazı kurumlar ayakta kalmayı başarabilse de tıp eğitiminin temel ilkeleri yitirmeye başlanmıştır. Başlangıçta piyasalaşma sürecine proaktif yaklaşan akademisyenler gelinen noktada akademik kalitedeki erime ile nasıl bir yanılısma içinde olduklarını gördüler (Ludmerer, 2004).

Öğretim üyelerinin pek azı eğitmen ve mentor olarak kullanılabilir durumdadır artık. Öğretim üyeleri klinik iş yüküne boğulmuş durumdadır. Daha çok 'ödeme yapan' hastalara hizmet etme yarışı içine girmişlerdir. Akademik merkezlerde uygulanmakta olan performans sistemi

Tablo 1. Hastane yatakları ve yatış süreleri (2001'e kadar)

| | Hastane yatakları (100 000 nüfus için) | Hastane yatış süresi (ortalama, gün) |
|---------------------------|--|--------------------------------------|
| Pazar sistemi | | |
| ABD | 350 | 6 |
| Pazarı ret edenler | | |
| Kanada (V) | 434 | 7,2 |
| Danimarka (V) | 820 | 6,6 |
| Fransa (V) | 450 | 10,8 |
| İtalya (V) | 522 | 7,6 |
| İsveç (V) | 417 | 6,3 |
| İngiltere (V) | | 9,8 |
| Pazar Uyumlular | | |
| Avustralya (V) | 415 | 6,9 |
| Belçika (GSS) | 699 | 11,5 |
| Almanya (GSS) | 912 | 11,9 |
| İsrail (GSS) | 616 | 11,1 |
| Hollanda (GSS) | 466 | 12,5 |
| İsviçre (GSS) | 618 | 13,0 |
| İkircikliler | | |
| Çek Cumhuriyeti (GSS) | 852 | 11,5 |
| Yeni Zelanda (V) | 620 | 6,5 |

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Avrupanın Sağlık Atlası (Kopenhag DSO Avrupa Bölgesel Ofisi, 2003) V=Vergi tabanlı sistem, GSS: Genel Sağlık Sigortası

aracılığı ile öğretim üyesinin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmeye başlanmıştır. Öğretim üyelerinin tüm işi ödeme gücü olan/yapan rutin hastalara sağlık hizmeti sunumu haline gelmiştir. Ödeme gücü olmayan hastalara yapılan hizmet değerlendirme dışı tutulmaktadır. Sorunun boyutu, ünlü bir fakültede iç hastalıkları anabilim dalı başkanının öğretim üyelerine "...eğitim vermek istiyorsanız öğle yemeği saatlerini kullanın.." demesine kadar varmıştır (Ludmerer, 2004).

Öğretim üyelerinin sayıca ezici çoğunluğu klinik bilimlere kaymaktadır. Yakın zamanda tıp araştırma sistemi özellikle temel bilimlerde olmak üzere nitelikli akademisyen bulamama sorunu ile karşılaşılacaktır. Yalnız ABD'de değil güçlü araştırma geleneği olan diğer Batı Avrupa ülkelerinde bile gelecek nesiller için araştırmacı akademisyen yetiştirememeye tehlikesi baş göstermiştir (Sheridan, 2006). Genç hekimler uzun ve zor akademisyenlik kariyerini seçmemeye başlamıştır.

Tıp eğitiminin geleneksel temel ilkesi öğrencilerin öğretim üyelerini hastalara hizmet verirken gözlemeleri zaman baskısı nedeniyle geçerliliğini yitirmiş durumdadır. 1980'lerde hastaların hastanede ortalama yatış süresi 10-12 gün iken günümüzde 3-4 güne kadar kısalmıştır. Günümüzde hasta bakımının en önemli unsuru 'hız'dır. Tıp fakültelerinin hastanelerinde öğrenciler aktif katılımcı değil pasif gözlemci durumundadır. Temel bilgi ve becerileri bu hız ortamında kazanmaları olanaksız hale gelmiştir. Hastaneye yatmadan önce tanısı konmuş ve tedavi planı yapılmış bir hasta üzerinde öğrencinin problem çözme becerileri geliştirmesi olanaksızdır. Hastaların tanı ve tedavi süreçleri bir bütünlük içinde izlenememektedir. Tıp fakültelerinde ortam çok ticarileşmiştir. Hastaların müşteri, en iyi vizitin en kısa vize olduğu, sürekli para yokluğu ve para kazanmanın yollarının konuşulduğu bir ortamda bir öğrencide doğru tutum geliştirilememektedir.

19. yüzyılda tıp eğitimi akademik bir niteliğe kavuşturabilmek için tıp uygulamaları üniversitenin içine alınmıştır. Bu adım tıp bilimi ve tıp eğitimi için devrim niteliğinde oldu ve büyük bir sıçrama yaşandı. Günümüzde ise tıp fakültelerinin üniversiteden ayrılarak sağlık hizmeti sunumuna entegre olmaları yaşanan finansal krizin çözümü için ciddi biçimde tartışılmaktadır (Ludmerer, 2004).

Tıp fakültelerinin araştırma kurumları olmasının yakın gelecekte olanaklı olmadığı öne sürülmektedir. Öğretim üyeleri uygun yaşam koşulları sağlayabilmek için giderek daha çok özel sektörde çalışmak zorunda kalmaktadır. Sağlık alanının piyasalaşması ve bunun tıp eğitimi üzerindeki yıkıcı etkileri ABD'ne özgü bir durum değildir. Pek çok ülkede bu sorunla yüzleşen bilim adamlarının kurduğu bir grubun yayınladığı raporda tüm dünyada akademik tıbbın bir kriz yaşadığı saptanmıştır. Akademik tıbbın özel sektöre itildiği ve kamunun akademik tıbbı desteğini yavaş ancak kesin olarak kestiği gerçeği vurgulanmaktadır. Bu eğilim değişmezse yakın gelecekte

akademik tıbbın yerini 'akademik şirketler'in alacağı ön görülmektedir (Clark, 2005). Kendilerine 'Akademik Tıbbi Yeniden Canlandırma için Uluslararası Kampanya' adını veren bu çalışma grubuna göre sağlık alanında piyasalaşmanın akademik tıba getirdiği olumsuzluklar şöyledir: Akademik merkezlerin eğitim rolüne gereken değer verilmemekte bu özellikleri küçümsenmektedir, akademik tıbbın toplumsal ve küresel temel ilkeleri görmezden gelinmektedir (ICRAM, 2004).

Türkiye'de sağlığın piyasalaşma süreci

Türkiye de benzer bir süreçten geçmektedir. 12 Eylül darbesinin ardından Özal'ın iktidara geldiği 80'li yıllarda kamu harcamaları daraltıldı ve özel sektörün genişlemesine büyük ağırlık verildi. Siyasi program olarak özelleştirme politikası, yaşamın her alanında devletin rolünü yeniden tanımladı. Daha önceki sosyal hukuk devletinin bir gereği olarak, her türlü kamu hizmetine olduğu gibi sağlığa erişimin de her yurttaşın temel hakkı olduğu ilkesi yavaş yavaş terk edildi.

Devlet tarafından finanse edilen sağlık kurumları, Özal döneminde piyasa güçleri ile yüz yüze gelmeye ve serbest girişimin rekabetçi ruhunu benimsemeye zorlandılar. Kamu sağlık kurumlarına işletme kültürünün yerleşmesini sağlamak amacıyla bu kurumların bütçelerinden kesintiler yapıldı. Sağlık kurumları kendi yaratacakları döner sermaye gelirlerine bağımlı hale getirildi. Bu kurumlara yapılan merkezi desteğin 'korkak bir bağımlılık kültürü yarattığı' çarpıtması insanların bilinçlerine yerleştirildi. Maalesef ülkenin eğitilmiş kesimi; akademik camiası bu değişime direnmek yerine, işletme kültürünü kucakladı ve gönüllü bekçisi oldu.

Özal'ın tohumlarını ektiği serbest piyasa politikalarına zayıf da olsa direnen toplumsal muhalefet 2001 ekonomik krizinin etkisiyle iyice kırıldı ve toplumun zihin dünyasına piyasa metaforu yerini aldı. IMF'nin Güney Amerika deneyiminden çok iyi bilinen 'Yapısal Uyum Programı' büyük bir hızla uygulanmaya başlandı. Bu programın içeriği, sosyal harcamaların kesilerek kamu borcunun azaltılması, devlet mallarının yoğun biçimde özelleştirilmesi, ücretlerin (işçi/memur) düşürülerek devlet hazine gelirlerinin artırılması, ulusal mal piyasasının liberalizasyonu, ulusal finans piyasasının liberalizasyonu, dışsattım ekonomisine reoryantasyon ve ulusal paranın devalüasyonu idi. Program aracılığı ile Türkiye için en önemli iç ve dış sorun borç yönetimi haline getirildi. Sosyal bedeli ne olursa olsun dış borç ödemeleri birincil öncelik kazandı

2001 krizinden IMF önderliğinde çıkışta (!) serbest piyasa, kamu harcamalarında ciddi kısıntı ve özelleştirme programı, kriz ablukasındaki toplumda ciddi bir itirazla karşılaşmadı. Kredi kısıncı ve borç şantajı ile 'batık şirket' muamelesi yapılan Türkiye Devleti'nde kamu sektörü art arda özelleştirilerek devlet küçültüldü ve piyasa ekonomisine bağıllık perçinlendi. Parasız sağlık ve parasız eğitim gibi yaşamsal destek alanları iyice daraltıldı.

Muhalefetteyken tam tersini savunduğunu iddia eden merkez solun başkanlığını yürüttüğü koalisyon hükümeti, piyasa ekonomizmine bağıllıklarını kanıtladılar. Yeni iktidar partisi AKP'nin ise, IMF'nin neoliberal ekonomi programına bir tutam mazlum edebiyatı katmaktan öte özgün bir katkısı olmadı. Özal dönemi bu radikal değişim için gerekli zemini çoktan hazırlamıştı.

Kamu hastaneleri son 20 yılda yaşanan şirketleşme sürecinde, döner sermaye gelirlerini artırmak için her yola başvurur oldular. Durumdan vazife çıkaran kamu sağlık kurumlarındaki hevesli yöneticiler, (rektörler, dekanlar, başhekimler, klinik şefleri gibi) yeni duruma göre yapılanmak üzere büyük bir iştahla harekete geçtiler ve sağlıkta piyasa mantığının yerleşmesine katkıda bulundular. Tıp alanındaki akademisyenlerin/hekimlerin, sağlığın piyasalaşmasına karşı ciddi bir direnç göstermemeleri devletin kendilerine uzun yıllardır tanıdığı ayrıcalıklı konumla; 'muayenehane hekimliği' pratiği ile yakın ilişkilidir. Hekimler bir yandan kamuda çalışabilirken bir yandan da 'dükkan' açarak tüccarlık yapma ayrıcalığı olan kamu görevlileridir. Uzun ve zor bir eğitim sürecinin hak ettirdiği(!) yaşam düzeyine ulaşmak üzere muayenehanesinde tüccarlık yapan biri olarak, kendisini toplumdan ayrı tanımlayıp, kendi çıkarlarını toplumun çıkarından farklılaştırmış akademisyen/hekim, ortak mekanizmaların dışında durarak, kendi dar çıkarının gereklerini kollamada zorlanmamıştır. Hekimlik ile tüccarlığın bağdaşmayacağını içten içe çok iyi bilmesine rağmen, çıkarıcı bireycilik hakim gelmiştir. Her gün yeni bir rezaletin basına yansıdığı ("doktor, hasta parasını ödeyemeyince attığı dikişleri söktü!.." gibi) günümüzde, gazetecilerin 'Hipokrat yemini etmediniz mi siz?' diye sorması boşunadır artık. Pandora'nın kutusu açılmıştır.

AKP'nin Sağlıkta dönüşüm programı

Gelişmekte olan ülkeler kategorisindeki Türkiye'de AKP hükümeti aracılığıyla uygulanan DB patentli sağlık reformu aslında 80'den bu yana her hükümete sunulmuş ve parça parça yaşama geçirilmiştir. Bu programa tamamen uyma kararlığını ise AKP hükümeti göstermiştir. Kamunun bundan böyle sağlık hizmeti üretmek istemediği, sağlık hizmetini satın alacağı ilan edilmiştir. Kamu hastanelerinin yerel yönetimlere devredilmesi ve istenirse özel sektöre satılması planlanmaktadır. Henüz devredil(e)meyen kurumlar ise sağlık işletmesi haline getirilmeye çalışılmaktadır. Üniversite hastanelerine YÖK üzerinden dağıtılan ödenekler ciddi biçimde azaltılmıştır. Tanı ve tedavi maliyeti çok düşük olan, işçilerin primleriyle geliştirilmiş ve büyük bir halk kesimine hizmet veren SSK, Sağlık Bakanlığına devredilerek tasfiye edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan sağlık ocakları modeli yok edilerek, özünde bir muayenehane hekimliği olan aile hekimliği sistemi pilot uygulaması başlatılmıştır. Bu yaklaşım zaten yetersiz olan koruyucu hekimliği zayıflatmakla beraber, sağlıkta temel sağlık hizmetlerinin verildiği (sağlık ocaklarında, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde verilen aşılama, gebe izlemi vb gibi koruyucu hekimlik uygulamaları) 1. basamağın da piyasalaşmasına yol açacaktır. Devlet hastanelerinde

performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilerek hekimler etik dışı davranışa teşvik edilmiştir. Sağlık sistemi finansmanında genel sağlık sigortası ile prim sistemine geçileceği ilan edilmiştir. Bu ABD'de yürütülmesinde büyük güçlük çekilen ve Türkiye için kaynağı belirsiz olan prim sistemidir. Vatandaşlara genel sağlık sigortası kapsamında sınırlı bir temel teminat paketi hizmeti verilecek, daha fazla sağlık hizmeti almak isteyenler özel sektörden ek sigorta yaptırmak zorunda kalacaklardır.

Oysa ülkenin refah sistemi güvensizdir. Ülkede sosyal ve teknolojik açık mevcuttur. Ulusal inovasyon sistemi gelişmemiştir. Biyoteknolojik açıdan tamamen dışa bağımlıdır. Bir yandan düşük gelirli ülkelerde görülen sanitasyon eksiklikleri, beslenme yetersizliği, infeksiyöz-paraziter hastalıklar, öte yandan yüksek gelirli ülkelerde görülen dejeneratif hastalıkların (koroner kalp hastalığı gibi) görülme sıklığında artış bir aradadır. Bu özellikler ulusal sağlık sistemine ağır ve karmaşık görevler yüklemektedir. Hiçbir sağlık güvencesi ve yeterli geliri olmadığı için 11-12 milyon civarında kişi yeşil kart sistemindedir. Primlerini ödeyemedikleri için sağlık güvencesini kaybeden Bağ-Kur'luların sayısı 7-8 milyon civarındadır. Bu şartlarda primini devletin ödeyeceği kişi sayısı kırsal kesimdeki yoksullarla birlikte 30-35 milyonu bulmaktadır. Reform adı altında dayatılmaya çalışılan sağlığın piyasalaştırılması ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve politik yapısına uygun değildir.

Sağlıkta dönüşüm programı ve Üniversite Hastaneleri

AKP hükümetinin 'piyasacı' sağlıkta dönüşüm programı ve üniversitelere ilişkin diğer 'piyasacı' uygulamaları hiç kuşkusuz tıp fakültelerini ve üniversite hastanelerini son derece olumsuz etkilemektedir.

Tıp fakültelerinde eğitim, sağlık hizmeti ve biyomedikal araştırma bir denge içinde yürütülmesi gereken üç temel alandır. Bu alanlar birbiri ile dinamik bir ilişki içindedir. Herhangi birindeki olumsuzluk diğere de yansır. AKP hükümetinin Türkiye sağlık sisteminde, sağlık ocakları ve genel pratisyen hekimler üzerinden yürütülen birinci basamak sağlık hizmetini, "aile hekimliği"ne dönüştürme çabası, tıp fakültelerinde verilen mezuniyet öncesi eğitimin temel amaç ve eğitim programı ile çelişki yaratmaktadır. Tıp fakültelerinden her yıl mezun olan yaklaşık 5000 hekimin küçük bir kısmı uzmanlık programlarına devam etmekte, büyük çoğunluğu meslek yaşamlarını pratisyen hekim olarak sürdürmektedir. Bu hekimler, kamusal sağlık hizmeti alanının birinci basamağı Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları ile adeta terk edilirken, iş bulamama tehlikesi ile karşı karşıyadır. Sevk zinciri ve ekip çalışması ilkeleri ile ağırlıkla koruyucu hekimlik yapmak üzere yetiştirilen birinci basamak hekimleri, AKP hükümetinin aile hekimliği modelinde, "mahalle muayenehanesinde", "solo" ve "tedavi edici" hekimlik yapmaya zorlanmakta ve "piyasa" kurallarının işlediği bir birinci basamak sağlıklı hizmeti hazırlamaktadır. Bu durum, tıp fakülteleri ve öğrencileri için aşılabilir bir çelişki oluşturmaktadır.

AKP hükümeti 15 ilde yeni tıp fakültesi açmak istediğini ve ilgili yasal düzenlemenin yakında meclise getirileceğini açıklamıştır. Türkiye'de uzun zamandır sağlığa "insan gücü" planlaması yapılmamaktadır. Hiçbir bilimsel çalışma yapılmadan ve meslek örgütünün, üniversitelerin tüm uyarılarına rağmen yeni tıp fakülteleri açmak, niteliksiz sağlık elemanını ucuz iş gücüne dönüştürerek kabarık ve işsiz hekim ordusu ile "AB uyum süreci" kandırmacasına devam etmek demektir.

Birer kamu hastanesi olan üniversite hastaneleri, AKP hükümetinin sağlıkta dönüşüm programı ile hızla "sağlık işletmeleri" haline dönüştürülmektedir. Kamusal yardımın her geçen gün biraz daha kısılarak tamamen "döner sermaye" gelirlerine dayandırılan bu hastanelerde, eller giderek daha çok "hastanın cebine" uzanmaktadır. Araştırma finansmanının da 'döner sermaye gelirleri'ne kaydırılması ile üniversite hastaneleri, hastaların cebini boşaltmadan nefes alamaz hale getirilmiştir.

Eğitim ve araştırma üreten bu akademik hastaneler, dünyanın her ülkesinde -merkez kapitalist ülkeler de dahil olmak üzere- kar amacı gütmeyen, topluma daha iyi sağlık hizmeti, daha doğru/güncel tedavi, daha düşük mortalite/morbidite, daha uzun sağkalmı, daha "zor" hasta için sağlık hizmeti sunma özellikleri ile çok önemli bir sosyal görev görürler. Bu kurumlarda 'rekabet' ve 'kar' gibi kavramlarla öncelikleri değiştirerseniz, bundan eğitim ve araştırma etkinlikleri çok olumsuz etkilendiği gibi üretilen sağlık hizmetinin niteliği de değişir. Daha çabuk ve kolay "para kazanılan" sağlık uygulamalarına ağırlık verilir. "Zor" hasta bakımı, özellikli hasta hizmeti/karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler birer birer yok olur. Bunun yerine bu merkezler ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine, "döner sermaye" gelirlerini artırmak amacı ile yönelirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi "butik" hastanelere dönüşmesi demektir. Bu akademik merkezlerin biyoteknolojik ve insan gücü yatırımı, yeni doğan yoğun bakımı, organ nakli, yanık tedavisi gibi özellikli alanlar yerine günlük poliklinik hizmetlerine ve laparoskopik fıtık ameliyatlara vs. gibi kuruma para kazandıran alanlara kayar. Günümüzde de olan biten tamamen budur. Akademik merkezlerin temel görevlerinden biri olan alanında bilimsel olarak "öncü/lider insan" yetiştirmek görevi de böyle bir ortamda mümkün olmaz. Tıp fakülteleri hastaneleri özellikli sağlık hizmeti üreten üçüncü basamağın seçkin akademik merkezleri olmak yerine sıradan sağlık hizmetlerinin "butik" sağlık işletmelerine dönüştürmektedir. Eğitim ve araştırma finansmanının "döner sermaye"ye emanet edilmesi bir yandan hastanın cebini daha çok boşaltmak öte yandan bu alanların 'üvey evlat'a dönüşmesi ile sonuçlanmaktadır.

Modern tıp fakültelerinin biçimlenmesini sağlayan 1910 yılında yayınlanmış ünlü Flexner raporu'nda tıp fakültelerinde öğretim görevlilerinin tam gün çalışmasının zorunlu olması gerektiği belirtilmiş ve bu öneri o yıllardan itibaren Dünya'daki pek çok tıp fakültesinde yaygın olarak

Tablo 2. Tıp fakültelerinde yıllara göre tam gün çalışma oranı (%)

| Fakülte | 1997 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 |
|---------------------|------|------|------|------|------|
| Çukurova | 78 | 55 | 54,4 | 61,1 | 60 |
| Dokuz Eylül | 100 | 80 | 83,2 | 75,6 | 72,1 |
| İstanbul Tıp | 72 | 60 | 62,2 | 57,7 | 55 |
| İstanbul Cerrahpaşa | 72 | 60 | 62,2 | 57,7 | 55 |
| Uludağ | 89 | 63 | 62,9 | 64,3 | 62,2 |
| Gazi | 81 | 82 | 82,6 | 80,4 | 84 |
| Marmara | 69 | 75 | 77,7 | 81,2 | 69,8 |
| Hacettepe | 85 | 65 | 65,1 | 72,5 | 72 |
| Ege | 67 | 82 | 65,1 | 72,5 | 72 |
| Ankara | 73 | 72 | 73 | 74,6 | 60,4 |
| Karadeniz | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Toplam | 81 | 76 | 73 | 75,8 | 74,2 |

kabul görmüştür (Flexner, 1910). Ülkemiz tıp fakültelerinde tam gün çalışma ilkesi öğretim üyelerinin özlük haklarının yetersizliği nedeniyle gerçekleşmemektedir. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu (2006) verileri Tablo 2’de görülmektedir. Bu oranlar temel bilimleri de kapsayacak şekilde tüm öğretim üyeleri içinde tam gün çalışanların oranlarıdır. Aile Hekimliği, Adli Tıp, Farmakoloji, Halk Sağlığı, Anesteziyoloji ve Patoloji Ana Bilim dalları gibi profesörleri genellikle devamlı statüde çalışan bilim dalları ve temel bilimler dışarıda tutulduğunda tam gün çalışma eğiliminin nasıl gerilediği tablo kapsamı dışında büyük bir sorundur. Kısmi statüde çalışan öğretim üyelerinin, bu statüde çalışmak için şimdiye kadar uygulanan süreç içerisinde, anabilim başkanlarına ya da dekanlığa bir dilekçe ile başvurmaları ve dilekçelerinin rektörlük tarafından onaylanması yeterli olmuştur. Bu konuda hiçbir kriter (kısmi statü/devamlı statü oranının belirlenmesi, profesörlükte kıdem, kurumun genel ve özgül ihtiyaçları vb. gibi) göz önünde bulundurulmamıştır. Bu öğretim üyelerinin kısmi statüyü tercih etmelerindeki temel gerekçe maddi koşullarını iyileştirmektir. Henüz profesör olmamış diğer öğretim üyelerinin birçoğu da kısmi statüye geçmek üzere (muhtemelen yukarıda saptanan oranları çok daha kötüleştirerek miktarda) sabırsızlıkla profesör olacakları günü beklemektedirler. Artık genç öğretim üyelerinin rol modeli, eğitim ve araştırma yapan öğretim üyesi değil, kısmi statüde iyi para kazanan öğretim üyesi olmaktadır. Öğretim üyelerinin kişiliği, akademisyen kişilik yerine, sağlık hizmeti ticaretini uygulayan meslek adamı kişiliğine dönüşmüştür. Tıp fakülteleri eğitim ve araştırma kurumları olmaktan çıkıp, daha iyi para kazanılan aygıt/araç haline dönüşmüştür. Ekip çalışması gerektiren programlar aksamakta, bazen de sürdürülmesi mümkün olamamaktadır. İkili çalışma düzeni (yarı zamanlı çalışma), kamu ve kamu hastanesi aleyhine çıkar çatışması yaratmaktadır. Üniversite hastanelerinde var olan ‘mesai dışı hasta muayenesi’ ve ‘mesai dışı ameliyat’ kamuda çalışan bir akademisyenin elini hastanın cebine uzatması demektir. “Mesai dışı özel” adı altında yapılan düzenleme

bir tür özel çalışma düzeninin kamuda içinde sürdürülmesidir. Yarı zamanlı çalışmanın tüm sakıncaları bu çalışma biçimi içinde geçerlidir. Bu tür uygulamalar hastalara başka bir seçenek bırakılmadan aslında bir dayatma ile uygulanmaktadır. Bu uygulamalar hastanın hekim seçme hakkını kullandığı gibi bir kandırmaca ile meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Yarı zamanlı çalışma ve tıp fakültesinde mesai dışı özel hekimlik uygulamaları yardımı ile tıp fakültelerinde ortam çok ticarileşmiştir. Bu durumda bu kurumlara üniversite hastanesi denmesinin ve kurumda çalışanlara akademik unvanlar verilmesinin bir anlamı kalmamıştır. Herkesin haklı/haksız özne gerekçelerle var olan çarpık durumu kendi çıkarları doğrultusunda mütemediyen meşrulaştırmaları çıplak gerçeği değiştirmemektedir: Kamusal kaynaklarla yaratılmış kurum ve akademik pozisyonlar kamu yararına kullanılmamaktadır. Kamu yararı ile birey yararı arasında ciddi çıkar çatışması vardır. Bu çıkar çatışması etik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. İkili çalışma yaşamı kaçınılmaz olarak kurum ve öğretim üyesi arasında çıkar çatışmasına yol açmaktadır. Kısmi statüde çalışan öğretim üyesi, bir süre sonra çalıştığı kurum ile bir yarışır hale gelmekte; bireysel kazanım ve başarıyı ‘dışarıda’ aramakta ve kuruma yabancılaşmaktadır.

Uluslararası uzmanlık eğitimi kriterlerinde, bir eğiticinin haftada en az 20 saatini tıpta uzmanlık eğitimi için ayırması gerekmektedir (Bowen, 1999; Klessig, 2000; Kahn, 1999). Yani günde 8 saat’lik çalışma süresinin en az yarısının bu eğitime ayrılması gereğinden söz edilmektedir. Mezuniyet öncesi eğitim de göz önüne alındığında eğitim programlarının var olan düzende nasıl sürdürüleceği ya da hangi nitelikte sürdürüldüğü ciddi bir sorundur.

Sonuç

Sağlıkta piyasalaşma akademik tıbbi bir varlık yokluk sorunsalına sürüklemektedir. Kamu desteğini giderek yitiren akademik kurumlar yok olma tehlikesi altındadır.

Akademik tıbbın bir geleceği olacaksa sağlık alanındaki piyasalaşmanın engellenmesi ve tıp fakültelerinin toplumsal sorumluluğunu anımsamaları gereklidir. Tıp fakülteleri toplumun gereksinimlerini karşılamak için hizmet ettiklerini kanıtlamak zorundadır. Bu temel ilke unutulmuş durumdadır ve bir tür 'hak etme' sorunu yaşanmaktadır. Akademik tıp içinde bulunduğu krizden çıkmak için toplumun desteği yeniden kazanmak zorundadır. İnsanların tıp bilimine olan inanç ve güvenlerinde ciddi sarsıntılar yaşanmıştır. Tıp fakülteleri toplumun sağlık sorunlarına yönelmek ve ülkenin gereksinimleri doğrultusunda hekim yetiştirmek zorundadır. Yetiştirilen hekimlerin koruyucu hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerini ve bedel etkin sağlık hizmeti ve biyoteknolojinin uygun kullanımı gibi anlayışlarını kavramış olması gereklidir. Akademik tıp, toplumun güveni ve desteğini yeniden kazanarak ayakta kalabilir. Öğretim üyeleri 'kamu yararına' çalıştıklarını kanıtlamak zorundadır. Araştırma alanlarını toplumun sağlık sorunlarına yöneltilmelidir. Sağlık sisteminin iyileştirilmesine katkıda bulunmalıdır.

Piyasa değerleri akademik değerlerle örtüşmez. Hem akademi hem şirket/ticarethane bir kandırmacıdır. Tüccar akademisyen / ticarethane akademi'nin bedelini toplum, sağlığı ile öder!

Türkiye'de AKP'nin sağlıkta dönüşüm programı, piyasa metaforu ile halkın sağlık gereksiniminin üstünü örtmeye çalışmaktan ibarettir. Daha eşitsiz ve daha niteliksiz sağlık hizmetinin üstünü, "piyasa" ile örtmek birilerinin cebine para aktarmaya yarar ama halkın sağlık sorunlarını çözmez. Hekimlik/akademisyenlik, bu meslekler ontolojik olarak toplum çıkarına uygun davranmayı gerektirirler. Hekimlerin kendilerini toplumdaki ayrı tanımlamaya, kendi çıkarlarını toplumun çıkarından farklılaştırmaya, ortak mekanizmaların dışında durarak, kendi dar çıkarının gereklerini kollamaya hakları yoktur. Mesleğin doğası, kişinin dünya görüşünden bağımsız olarak, hekimlere böyle bir yükümlülük getirir. Hekimlik ile tüccarlık, sağlık ile piyasa bağdaşmaz. Sağlık hizmetinin özelliği, hekimliği çıkarıcı bireycilik ile kutuplaştırır. Bunun tersi hekim için yabancılaşma, sağlık ortamı için yozlaşmadır.

KAYNAKLAR

Bowen JL, Leff LE, Smith LG, Wolfsthal SD. (1999) Beyond the mystique of prestige: Measuring the quality of residency programs. *American Journal of Medicine*; 106:493-498.

Clark J. (2005) Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios *BMJ*;331:101-104.

Editorial (2000) A case of market failure. *Lancet*; 355:9216.

Flexner A (1910) *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

ICRAM (2004) (The international campaign to revitalise academic medicine): Agenda setting. *BMJ*. 329: 787-789.

Ludmerer K M. (2004) The development of American Medical Education from the turn of the century to the era of managed care. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 422:256-262.

Kahn MJ, Blonde L. (1999) Assessing the quality of medical subspecialty training programs. *American Journal of Medicine* 106:601-604.

Klessig JM, Wolsthal SD, Levine MA, Stickley W, Bing-You RG, Lansdale TF, Battinelli DL. A (2000) Pilot survey study to define quality in residency education. *Academic Medicine*; 75:71-73.

Sheridan D. (2006) Reversing the decline of academic medicine in Europe. *Lancet*;367:1698-701.

Waitzkin H, Celia I. (2004) How the United States exports managed care to developing countries. In *Political and Economic Determinants of population Health and Well-Being*. Ed. Navarro V, Muntaner C. Baywood Publishing Company Inc., New York p. 147-157.