

SÖYLEŞİ**KÜRESELLEŞME, AVRUPA SAĞLIK
REFOMLARI VE HEKİMLERE ETKİLERİ:
BATI AVRUPA'DAN BİR BAKIŞ AÇISI/GÖRÜŞ***Hans Ulrich DEPPE**

1- Küreselleşme, şekilsiz, amorf bir kavramdır. Bazı yazarlar yeni bir emperyalizmden bahsetmektedir. Sosyalist devletlerin çöküşü ve mikro teknolojilerin tetiklemesiyle gelişen yeni üretim güçleri, son yirmi yılda sermaye birikimi sürecine önemli bir ivme kazandırmıştır. Küreselleşme sürecinin en saldırgan yanı ise küresel para kurumları olarak da bilinen Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kuruluşların da desteklediği finans sermayesidir. Bu sektör, bir yandan da toplumun diğer alanlarının nasıl yapılandırılacağına ve işlevlerinin neler olacağına dair kurallar koymaktadır. Bunu yaparken, finansal kredi sağlamak için özel şartlar koymayı, temel araçları olarak kullanmaktadırlar. Kamu malları giderek daha da fazla özelleşmektedir. Pazar ekonomisi ve rekabet sosyal ilişkileri daha fazla düzenler duruma gelmiş ve işletme yönetiminin kategorilerle düşünme mantığı, tüm sosyal alanların içine girip sosyal alanları yok etme düzeyine gelmiştir. Salt gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında değil, gelişmiş ülkelerin kendi içinde bile sosyal kutuplaşmalarda artış kaydedilmektedir.

Bu durum, genelde kamu tarafından kontrol edilen ve desteklenen sağlık hizmetlerini de doğal olarak ilgilendirmektedir. Bu bağlamda bir ekonomileşme

sürecinden söz edilmektedir. Hakim olan yeni neo-liberal ekonomi modelinin özel koşulları altında buna ticarileşme de denilmektedir. Hatta ideal düşünceyle bu sisteme dahil olan bireylerin "homo economicus" gibi davranmaları, yani doğal olarak egoist olmaları ve çıkarlarını en üst düzeye ulaştırmaya odaklanmaları beklenir. Bu gelişmeler sağlık sistemlerinin temel yapılanması ve temel yapıların ulusal durumlara teknokratik olarak uyarlanması konularında bir çok soru doğurmuştur. Aslında esas sorun sağlık, tıp ve toplum arasındaki ilişkinin gelişimi ve yenilenmesidir.

Sağlık sistemleri toplumdaki bağımsız yapılar değildir, tam tersine kendi toplumlarının yapısına, kültürüne ve tarihine uzanan derin kökleri vardır. Sağlık sistemlerinde değişim, teknolojik değişimlerin ötesindedir. Sağlık sistemlerindeki yapısal değişiklikler her zaman sosyal ve politik mücadelelerin sonucunda olmuştur. Yani belli bir sağlık sistemi için savaşmak gerekir. Sermayenin giderek artan küreselleşmesine karşın, sağlık sistemleri ulusal devletlere sıkı şekilde bağlıdırlar. Bu nedenle sağlık sistemleri başka ülkelerden ithal edilemez ya da başka ülkeye ihraç edilemez. Bunun ötesinde, çelişkili toplumlarda sosyal barışın sağlanması için önkoşuldurlar.

Günümüzde tüm sağlık sistemlerinin maliyetlerindeki artışla ilgili kaygı duyulmaktadır. Hem sağlık harcamalarındaki artış gayri safi milli hasılanın artışından daha fazladır hem de tüm sağlık sistemleri 'fazla pahalı'

*J.W. Goethe Üniversitesi - Frankfurt / Almanya
Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de

olarak görülmektedir. 'Maliyet patlaması' ifadesi ise yayılmaktadır. Sağlık harcamaları sıklıkla ekonomik gelişmenin önünde bir yük olarak görülmektedir ve küresel ekonomik rekabette sermayenin konumu için önemli bir soru haline gelmiştir. Günümüzde sağlık politikaları üzerinde "ek finans kaynak yaratmaları" konusunda çok fazla baskı uygulanmaktadır. Sosyal ve tıbbi alanların ticarileştirilmesi artık kendi kendini yok etme boyutuna varmıştır. Sağlık politikası kavramı değişmektedir. Daha önce ulusal, toplumsal bir şekilde sosyal risklerin karşılanması iken, artık özel küresel sermaye birikimini destekleyen bir etmene dönüşmektedir. Sosyal dayanışma ve yardımlaşma, bireysel çıkarlar uğrunda zarar görmüştür. Bu, bir yeniden bireyselleşme sürecidir.

En pahalı sağlık sistemi her zaman 'en iyi'si değildir. ABD bu konuda verilebilecek en iyi örnektir. Tek örnek de değildir. ABD, gayri safi milli hasılaya ve kişi başına düşen sağlık harcamalarına göre karşılaştırınca en çok sağlık harcaması yapılan ülkedir. ABD en gelişmiş tıbbi teknolojileri kullanmasına karşın, bu durum sağlık göstergelerine yansımamaktadır. Bunun yanı sıra ABD'de sosyal yoksulluğun yaygınlaşması, sağlık hizmeti sunumunda sosyal eşitsizlikleri giderek arttırmaktadır. ABD'de 40 milyondan fazla insan sağlık güvencesinden yoksunken, bir o kadarı yetersiz güvenceye sahiptir. Bu rakamlar giderek artmaktadır.

2- Bu temel kurallar ve gerçekler ışığında, hastalık ve sağlığın sosyal olarak ele alınması konusunda temel prensiplerin yeniden düşünülmesi ve tartışılması gereklidir.

Sağlık ve hastalık bir bütün olarak mal özelliğini kazanamaz. Araştırmalarımızın bir sonucuna göre dünyadaki hiç bir sağlık sisteminin salt pazar ekonomisine dayalı olarak yürütülmemektedir. Bu birkaç özel maddeye dayanır;

Sağlık, varoluştan gelen bir değerdir ve kullanılabilir bir değerdir. Bizim toplumlarımızda soluduğumuz hava, içtiğimiz su, eğitim, trafik ve adli güvenlik gibi ortak ve halka ait olan bir kullanım değeridir. Sağlık hizmeti bir sosyal gereksinimdir.

Hastaliksız olmaya karar verilemez - diğer tüketim mallarının aksine. (Örnek: Almanya'da bir kişi rahatına düşkün ve zengin ise Mercedes alabilir ama yeteri kadar parası yoksa iki seçeneği vardır; ya daha düşük nitelikli bir araba alabilir ya da salt Mercedes almak istiyorsa para biriktirip daha sonra alabilir. Ancak sağlık alanında hastalığı seçme ya da bekleme şansımız yoktur. Sağlık alanının diğer tüketim alanları gibi değerlendirilmesi bu nedenle anlamsızdır.)

Hasta, ne zaman ya da neden hasta olacağını bilemez, ya da gelecekte hangi hastalığa yakalanacağını bilemez. Hastalık, bireysel olarak düzenlenebilecek bir olay değildir, bir genel yaşam riskidir (herkes hasta olabilir).

Hastanın tıbbi yardım talebi aslında belirli değildir. Öncelikle bir uzmanın yeterliği bunu tanımlar ve belirler. Bir hekim ve hasta arasında yeterlik ve bilgi açısından önemli fark vardır. Ve hekimin endikasyon, tanı ve tedavi için isteğine göre karar alma serbestliği vardır.

Son olarak, hasta olan kişi güvensiz, zayıf, bağımlı ve muhtaç bir konumdadır ve beraberinde gerginlik ve utanma duygularına sahiptir.

Pazar ekonomisi ve hasta arasındaki ilişkiye dair bu kısa tanımlama, sosyal korunmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Arz-talep kuralları bu alanda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemi, pazar teorisinin iflasına bir örnektir. Pazar ekonomisinin dağıtım güçleri bu alanda yetersiz kalmaktadır. Pazar ekonomisi yön duygusu olmayan kör bir güçtür. Sosyal amaçlar devlet, halk ve demokratik toplum tarafından belirlenmelidir.

3- Bunların üzerine, işletme yönetimi mantığı ve ulusal ekonomiye dönük mantık arasında baskın gelen ekonomiyi ayırt etmemiz gerekir. Tek bir işletmenin sorun ve soruları ulusal ekonomiyi, ekonominin bütününe destekleyemez. Bu iki boyutun birbiriyle çeliştiği durumlar hiç de seyrek değildir. Bunu özellikle çevrenin korunması ya da daha açıkça atom endüstrisi gibi konulardan biliyoruz. İşletmelerin büyümesi genellikle sosyal kaynakların büyük bir israfına yol açar. Sosyal maliyetler, ulusal ekonomik, ekolojik ve sosyal açılardan toplum veya devlet araya girmedeği sürece göz ardı edilebilir. Bu yaklaşım sağlık alanında da geçerlidir. Maliyetlerin ayaktan bakım sektöründen hastane sektörüne ya da aksi yönde transferi, hakim olan sağlık kurumu için finansal bir avantaj olabilir, ancak genel ölçekte bu durum daha pahalıdır. Mikro ekonomik bakış açısıyla ya da işletme mantığıyla etkisiz ya da hatta tehlikeli sağlık hizmetleri, yararlı ve etkin olanlar kadar kar getirici olabilir.

4- Hasta-hekim ilişkisine (bir çoklarının dediği gibi hasta-sağlık çalışanı ilişkisine) gelmek istiyorum. Sağlık hizmetinin temel ilişkisi olan bu ilişki, toplumun halka ait olan alanında bulunmaz. Hastalıktan söz etmek, hastalığın nedenlerinden, özel belirtilerinden ve olağan dışı bakımından bahsetmek, kimi zaman aile bireyleri ya da eşler arasında bile olası değildir. Utanma ve suçluluk duygusu vardır. Hastalık hakkında konuşmak ve yardım aramak, toplumun kişisel alanının içten, korunmuş kısmında yer alır. Bu içten alanın özellikleri, pazar ekonomisinin yapısal olarak gerektirdiği şeffaflıkla çelişir.

Dahası hasta- hekim ilişkisi yapısal olarak asimetrik; eşit değildir. Bilgi, donanım ve becerinin eşit olmayan bölüşümü, yapılacak işlemlerin uygulanmasına dek mesleki ve sosyal yeterliğin tek boyutlu oluşu hekimin sosyal konumunu güçlü kılmaktadır. Bu mesleki gücün nasıl kullanıldığı ise dış etmenlerden önemli düzeyde etkilenmektedir. Bu ilişkide, bu mesleki gücün hekim gelirini nasıl etkileyebileceğini bilmek, bir tıbbi kurumdan

diğerine sevk edilmenin kriterlerinin neler olduğunu, işlemler ve reçetelerin kriterlerinin ne olduğunu, endikasyonlar için kullanılan ve üzerinde konuşulan ya da konuşulmayan kuralların neler olduğunu bilmek gerekir.

5- Bu bağlamda uygulamalı tıbbın bilimsel özelliğinden bahsetmek gerekir. Karar vermedeki serbestlikten söz edilmelidir. Uygulamalı tıp zorunlu olarak "bireysel olgu"ların çevresinde döner. Bireysel olgu derken, aynı hastalığa sahip ancak farklı belirtiler veren bireyler kastedilmektedir. Aynı hastalığa sahip olsalar bile bireysel olgular birbirinden çok farklı olabilir. Uygulamalı tıbbın bir diğer özelliği de deneyimin zorunlu olmasıdır çünkü genellikle tıp uygulamalarında ivedi yardıma gereksinim duyulur (Sosyal bilimlerde çalışma yaparsın, sonuçları beklersin, çünkü zaman vardır, tıpta ise çoğunlukla zaman yoktur, ivedi karar vermek gereklidir). Dolayısıyla hekimlerin çok geniş bir karar alanı vardır ve bu durum onların kendi isteklerine bağlı bir güce sahip olmalarını sağlar. Bu yaklaşım genellikle birbiri ile çelişen durumları ortaya çıkarır; kimi zaman yetersiz uygulamalar, kimi zaman gereğinden fazla uygulamalar yapılabilir. Burada aşırı ve yetersiz kullanımdan söz edilebilir. Tek bir durumda her ikisinin de bulunduğu bir çok örnek vermek olasıdır. Bu güç salt klinik endikasyonu belirlemede değil, tanı yöntemlerinin seçiminde ya da girişim yöntemlerinin belirlenmesinde de etkili olmaktadır.

6- Şimdi de tıbbın özel bilimsel karakterinin, isteğe bağlı olma gücü çerçevesinde yol açtıklarına bir göz atalım: Tüm tıbbi sistemlerde bir miktar yanlış klinik tanı bulabiliriz. (Eskiden bu hataların konuşulması tabuydu, kimse bu hatalardan söz etmezdi. Ancak bu hatalar üzerinde konuşulmazsa bu hatalardan ders almak olası değildir. Günümüzde bu hatalar üzerinde konuşulmaya, bu hatalar araştırılmaya ve bu hatalardan ders alınmaya başlandı.) Otopsielerde Almanya'da Kiel Tıp Üniversitesi'nin kliniklerinde, Harvard Tıp Okulu'nunkine benzer şekilde fark bulundu: 1959 ve 1989 arasında yanlış tanıların oranı %7-12 arasındaydı. Ayrıca %25 oranında tanı konamayan olgular saptandı. Hataların çoğu akciğer arterlerinde emboli, miyokard enfarktüsü, kanserler ve bulaşıcı hastalıklardaydı. Avrupa üniversite kliniklerinde, ölüme yol açtığı şüphe edilen patolojik süreçlerle klinik otopsinin sonucu arasındaki uyumsuzluğun %35-40 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Bu olgularda klinik tanı tamamıyla yanlış değildir – ancak düzeltme gereklidir. Tanılara ekleme yapılmasına ve iyileştirilmesine gereksinim vardır.

Washington'daki Ulusal Bilim Akademisi Enstitüsü 10 yıl önce daha da ileriye varan sonuçlar saptadı. Günlük klinik hizmetlerin sadece %4'ünün bilimsel bir kanıtla dayandığı varsaymaktadır. Sağlık hizmetlerinin %45'i orta düzeyde kanıtla dayalı iken ve %51'inin gerçek anlamda hiçbir bilimsel kanıtı yoktur. Başka bir tahmin, tüm tedavi edici önerilerin sadece %10-20'sinin kesin bilimsel verilere dayandığını belirtmektedir. 1996 yılında Dünya Sağlık

Örgütü'nün bir uzman grubu, tüm tıbbi faydaların yaklaşık %20'sinin iyi ampirik kanıtla dayandığı sonucuna vardı. Geriye kalan %80'inin az çok makul, akla yatkın kanıt olanlardan, hiç kanıt olmayanlara doğru yavaş bir geçiş gösterdiğini varsaymaktadırlar. Almanya'da iyi bilinen "Medizinische Klinik" dergisi, 1979-1996 yılları arasında yayınladıkları 132 özgün araştırmayı değerlendirdi. Çok cesur bir karar! Sonuç: Sadece 6 yayın, sonuçlarını genellemeye olanak veren istatistik yöntem kriterlerini sağladı.

Bir soru ile devam edeceğim; yaptığımız tıbbi uygulamalar ne kadar kanıtla dayalı ve bilimsel? Size aynı veya benzer hastalıklar için yapılan farklı tıbbi uygulamaların tıp biliminin bilgisiyle açıklanamadığı birkaç örnek vermek istiyorum.

Benzer ekonomik ve kültürel yapıda olan ülkelerin karşılaştırılması: 1993 yılında ABD'de İsveç'e göre 2,5 kat daha fazla histerektomi ve 2 kat daha fazla sezaryen yapılmıştır. Benzer şekilde Kanada ile kıyaslandığında ABD'de 4,4 kat daha fazla koroner by-pass uygulanmıştır.

- Farklı meslek grupları arasındaki karşılaştırmalar: Amerikan Tabipler Birliği'nin yaptığı bir çalışmada, ürologlara kendilerinde evre II. prostat hipertrofisi olsa nasıl bir uygulama yeğleyecekleri sorulmuş. Ürologların %40,5'i transüretal rezeksiyon yaptıracağını belirtmiş. Ancak genel topluma bakıldığında evre II prostat hipertrofisi olan hastaların %80'ine transüretal rezeksiyon yapıldığı görülmüştür.

- İsviçre'de de benzer bir davranış görülmektedir. İsviçre'de tüm toplumla karşılaştırıldığında, tonsillektomi, histerektomi, kolesistektomi ve hemoroidektomi girişimlerinin hekimler ve avukatlar arasında belirgin bir şekilde düşük olduğu bulunmuş, hekimler ve avukatlar arasında belirgin bir fark bulunmamıştır. Toplumda bu girişimlerin uygulama hızı hekimler ve avukatlara göre %19-84 arasında daha yüksek bulunmuştur.

- Almanya'da kendi muayenehanesinde röntgen cihazı olan iç hastalıkları uzmanlarının, kendi muayenehanesinde röntgen cihazı olmayanlara göre 3-4 kat daha fazla röntgen uygulaması yaptıkları bulunmuştur. 1996 yılında Alman Radyoloji Derneği bile yapılan röntgen uygulamalarının üçte birinin gereksiz olduğunu belirtmiştir.

- Sonucu olarak; Hollanda'da yapılan bir çalışmada diz eklemine yapılan artroskopilerin %78'inin gereksiz olduğu ortaya konmuştur. Aynı sonuçlar abdominal ve pelvik bölgeye yapılan mikroinvaziv işlemler için de geçerlidir.

Bu örneklerle tıbbi uygulamaları kötümek istemiyorum, amacım yaptığımız işin gerçek karakterini ortaya koymaktır.

7- Bu, birey temelli, güvensiz, duyarlı ve karmaşık alan, dış etkilere duyarlıdır. Para, rekabet, hukuksal güvenlik, kariyer isteği ya da derinde varolan işini kaybetme endişesi -bilinçli ya da bilinçsiz olarak- alınan klinik kararları etkilemektedir.

Yeni neo-liberal ekonomik baskı ve onun araçları olan pazar ekonomisi, rekabet ve kar pazar payları için olan mücadeleyi arttırdı. Pazar, kazananları ve kaybedenleri üretiyor. Kaybedenler, ekonomik olarak en zayıf olanlardır. Pazar ekonomisi, "güçlü olan sağ kalır" - Darwinist sosyal ideolojisini taşımaktadır. Günümüzde sağlık çalışanları pazar ekonomisinin baskısı ile bireysel sağlık bakımı arasındaki ilişkide yapısal bir çelişki görmektedir. Genel olarak maliyet-etkinlik düşünce tarzının faydacı modeli bugüne dek az kabul gördü. Neyin "tıbbi gereklilik" olduğunu tanımlama gücü, tıp mesleğine verilmiştir. Ancak yavaş, sessiz ve tehlikeli değişikliklerin yaşandığını kaydediyoruz. Dış etmenler tıbbi karar ve seçimleri etkilemeye başlamıştır. Almanya'da yapılan bir çalışmada, hastanın yaşı, kamu ya da özel sigortalı olması, eğitim, meslek ve sosyal statü gibi değişkenlerin, klinik kararların arka planında giderek daha fazla belirleyici olmaya başladığı gösterilmiştir. Ancak görüşme yapılan hekimlerden birinin söylediği gibi: "Bu durumu kimse açıkça söylemeyecektir çünkü bu kriterlerin hiçbiri ahlaki, hukuki ya da tıbbi normlarla belirlenmemiştir". Bence bu bilgi yeni bir bilgi değil, ancak giderek artan bir eğilim göstermektedir. Sağlık kurumlarında çalışan herkes, bu durumu kendi deneyimlerinden de doğrulayabilirler.

Tıp mesleğinin bu hekimin isteğine bağlı gücü ve karar verme serbestliği, "tıbbi gereklilik" olarak adlandırdığımız kavramla birlikte gereksiz operasyonlar, gereksiz kardiyak kateterizasyonlar ve PTCA'lar, etkisiz ilaçların reçetelenmesi ve engellenebilir hastane yatışları hakkındaki tartışmaların ana gövdesini oluşturur. Yaşanan bu süreçte sorun kabul görmüştür: rehberler, kanıta dayanan standartlar ve kanıta dayalı tıbbın, pragmatik tıp deneyimlerinin yerine genelleştirilebilen bilimsel araştırma sonuçlarını getirmesi veya onu tamamlaması beklenmektedir. Ancak bilimsel rehberlerin ve standartların bile çıkar amaçlı grupların elinde olabileceği unutulmamalıdır.

8- Tıp biliminin bu yumuşak karnı varlığında, sağlık kurumları neo-liberal ekonomik modelin getirdiği zorluklarla karşı karşıyadır. Sağlık hizmetlerinde pazarın genişlemesi, rekabet ve kar, hasta-hekim ilişkisini temelinden değiştirecektir. Şu an için hala iyi niyete, rahatlık ve güvene dayalı olan bu ilişki, kontrata, sözleşmeye dayalı ticari bir ilişkiye dönüşecektir. Resmi bir kontrat/ sözleşme yapmak, güvenin değil, aksine güvensizliğin sonucudur. Sözleşme, birbirlerini pek tanımayan ve farklı çıkarları olan kişilerin riskli ilişkisini kontrol etmek için yapılır. Rahatlık ve güven, sağlık hizmeti sunumunda önemli bir gereklilik olan hastanın kendi kişisel bilgilerini vermesini sağlayan yakın bir ilişki doğurur. Bu nedenle bu ilişki toplumlarımızdaki tıbbi gizlilikle korunmaktadır. Hasta-hekim ilişkisi aslında asimetrik bir

yapı göstermektedir. Konunun uzmanından, yani hekimden, işin ehli olmayan hastayı kendi bilgisi ve donanımının en iyisiyle sağaltması ve ona bakması beklenir. İş bilmeyen hasta da hekimin iyi niyetli olmasını bekler, onun söylediklerine inanabilmeli ve hekimine güvenmelidir. Güven, sorumlu davranmayı gerektirir. Rahatlık ve güven satın alınamaz!

Öte yandan sözleşmenin anlamına yeniden bakalım... Sözleşmeler hukuk sisteminin bir parçasıdır. Birbirini az çok yabancı olan kişilerin ortak yükümlülükleriyle ortak eğilimlerini onaylar. Özellikle pazar ekonomisinin gelişimi ve özel mülkiyet, sözleşmelerin yapısını belirlemiştir. Eşit mal sahipleri pazarda mallarını, üzerinde anlaşılabilir bir fiyattan takas ederler. Doğal olarak satıcılar ve alıcılar kendi çıkarlarını düşünürler ve çıkarları farklıdır!

Hasta-hekim ilişkisinin artan ticarileşmesi, hekimlerden giderek daha da özel, ölçülebilir ve sabit fiyatlı bir hizmet talep etmektedir. Bu durum hizmetin mal özelliği almasına giderek daha fazla yol açmaktadır ve bu mal ekonomik rekabet şartları altında üretilecek ve dağıtılacaktır. Hastalar giderek, malın satıcısına para kazandıracak bir müşteri rolüne girmektedir. Pazar koşullarına göre "en iyi müşteri" en çok para kazandırabilecek olan müşteridir. Bu koşullar altında hastalar belki bir "müşteri"nin alacağı iyi hizmeti alabilecek ancak "hasta bir insan" olarak gereksindiği tıbbi bakımı alamayacaktır. Ekonomik rekabet arttıkça, hastalardan daha fazla alım gücü beklenecektir. Bu durum, daha fazla kar etme ticari dürtülerini uyandıracak, hastalar gereksinimlerine uygun değil, isteklerine uygun bakım alacaklardır. Tıp konusunda ehil olmayan hastalar, tıbbi nitelikten ne anlaşılması gerektiğini giderek daha fazla tanımlamaya başlamışlardır. Bu gelişme, çoğu durumda tıbbi nitelik sorusunu, kısa süreli memnuniyet düzeyine indirmektedir.

Şimdi biraz etikten söz edelim...

9- Sağlık hizmetinin giderek artan ticarileşmesiyle, iyi bilgilendirilmiş hastalar dahi zor ve karmaşık bir duruma gireceklerdir. Günlük yaşamda "tıbbi" olarak anlaşılabilir her şey -tedavi sırasında verilen öneriler ve bilgiler- örneğin: Bu tıbbi olarak gerekli değil. Sizin durumunuzda bu girişimin riski fazla yüksek. Veya: Bu tedavi edici girişim sizin durumunuzda etkili değildir - şu anlama gelir: tıp bilgisi ve deneyimiyle uyumlu değildir, ya da sadece şu anlama gelir: bu işlem fazla pahalı. Hasta, doktorun kendisine bu öneriyi neden yaptığını nasıl bilebilir? Gerçekten onun hastalığı için gerekli olan en iyi tedavi midir? Alternatif tedaviler kendisine anlatılmayacak mıdır? Hekimin kariyeri ve çalıştığı yer, hatta bir özel hastanenin değeri - ki bu da hastanenin hisse senedi ve tahvil fiyatlarını belirler - , bu tip tavsiyelere veya reçetelere dayanmakta mıdır? (Hissedarlardan size selamlar var!) İşte burada sağlık hizmetinde iş yönetimi mantığından kuşkulabiliriz. Böyle bir durumda iş yönetimi mantığı belki kar getiricidir ama uygarlığımızın sosyal normları ile derinden

çalışmaktadır. Sağlık hizmetinde ekonomik rekabet ve sermaye birikimi baskıları, tıpta bir kültürel değişikliğe yol açmaktadır.

Artan ticarileşme, sadece sağlık hizmeti uygulamalarının bir sorunu değil, aynı zamanda insan üzerindeki araştırmaları ve deneyleriyle teorik tıbbın da bir sorunu gibi görünmektedir. Birçok araştırmacı araştırmalarıyla ilgili gerekli bakım ve sorumluluğu kaybetmektedir. Hasta hakları yeterince korunmamaktadır. Bunun nedenini artan ticarileşmede aramak gereklidir. Araştırmalar kısa sürelerde sonuçlandırılmak zorundadır. Ancak halkın ve hastaların açık ve adil olarak bilgilendirilmeleri zaman gerektirir. Hatta birçok bilim adamı klinik çalışmalarında araştırmalarının ürününden ticari pay almaktadır. Bir Alman patoloğ şöyle ifade etmiştir: Sağlık hizmetinin kalitesi, endüstriyel sponsorların ilgileri doğrultusunda araştırmacıların giderek artan bir eleştirmeme, boyun eğme tutumları nedeniyle tehdit altındadır. Bu, devletin klinik araştırmaları desteklemekten geri çekilmesinin sonucudur.

- Güney Kore'deki kök hücre araştırmacısı Woo Suk Hwang'ın, hiç yapmadığı ve gerçekte yanlış olan deneyimleri bilim dünyasının önde gelen dergisi "Science"'ta yayımlatabilmesi durumun vehametini göstermektedir.

10- Üzerinde çokça durmamız gereken bir diğer konu sağlık bakım kuruluşları (health maintenance organizations: HMOs) dir. Bu kuruluşlar ABD'den, yani sosyolojik kriterler açısından değerlendirdiğimizde sağlık sistemi olmayan (sadece kendi deyimleri ile "planları" olan) bir ülkeden köken almaktadırlar. ABD sağlık alanında özel sektör payının en büyük olduğu ülkedir. HMO'lar bundan yirmi yıl önce kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak ortaya çıktılar ancak süreç içinde çoğu kar için çalışır duruma geldiler. Halen kar amacı gütmeyen HMO'lar ise kendilerini bu sürece uydurmak zorunda kaldılar. Bu sistemde sağlık hizmeti finansmanı ve sunumu tek elde (bir özel yatırımcı elinde) dir. Karar verme yetkisi ve gücü iş yönetimi kurallarına bırakılmıştır. Bu kurallar tıbbi bakım üzerine doğrudan etki göstermektedir. Hekimlerin geleneksel mesleki otonomileri ciddi şekilde kısıtlanmıştır. Sağlık bakımının kapı görevlisi, olgu-yöneticisi gibi çeşitli elemanları ve kullanım raporları ancak akılcı ve yardımlaşmacı (yarışmacı değil) tıbbi bakım sisteminde bir anlam ifade eder. Fakat iş yönetim kurallarının hegemonyası altında ve hastaların yeterince gözetilmediği koşullarda bunların hepsi sadece maliyet kısıtlama işlevi görür hale gelirler. HMO'lar sıklıkla oldukça sorunlu rehberler ve standartlar kullanırlar. Hatta bu standartların önemli kısmını bizzat kendileri hazırlamışlardır. Bu tür rehberler hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının çalışmalarını düzenler. Ticari motivasyonla hareket ederler. Bu durum, düşük maliyeti sağlamak için rekabet de çok sıkı olduğundan, sağlık çalışanları arasında risk almayı veya işin kaymağını yeme hırsını körükler. Aynı zamanda hastanın çıkarları ile de çelişir. En fakir hastalar

ve kronik hastalığı olanlar en çok etkilenirler. Üstelik bu hastalar için sağlık kurumunu veya sigortasını değiştirmek çok zor ve pahalıdır. Bu durum sağlık çalışanlarının iyi veya kötü kalpli olmalarından kaynaklanmaz. Bana sorarsanız iş yöneticilerinin kişisel karakterlerinden de kaynaklanmaz. Bu bir ahlaki sorun değildir. Bu özel bir yapılanmanın sonucudur. Bu özel yapılanma, sağlığın finansmanının ve hizmet sunumunun özel bir şirketin elinde toplanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Ekonomize tıp aynı zamanda etkili olmak zorunda değildir. Diğer yandan HMO'ların ortaya çıkış gerekçesinin, genelde sağlık hizmetlerinin özellikle de yönetim maliyetlerini azaltılması, yanlış olduğunu biliyoruz. HMO'ların yönetim, kontrol ve reklam giderleri çok artmıştır. Bugün için HMO'larda çalışmakta olan amerikalı hekimlerin, gelişmiş ülkeler içinde en fazla bürokratik işler ve yazışmalarla uğraşan hekimler olduğunu görüyoruz.

11- Sonuç olarak benim vermek istediğim mesaj nedir? Derinden inanıyorum ki toplumlarımızda özelleştirilmemesi ve ticarileştirilmemesi gereken belirli bazı alanlar var çünkü bu alanların ticarileştirilmesi, toplumlarımızın insani ve sosyal değerleriyle çelişecek ve bunları yıkacaktır. Toplumlarımızda iletişim ve işbirliğinin metalaşmamış olduğu, hizmetlerin mal özelliğinde olmadığı alanlara saygı duymalı ve bunları sürdürmeliyiz. Bu alanlar sosyal olarak tanımlanmalı ve korunmalıdır. Bu alanlar özellikle sosyal olarak duyarlı gruplar (yaşlılar, çocuklar, psikiyatrik hastalar), ve dayanışma ve eşitlik gibi duyarlı sosyal amaçlar ile hasta - hekim ilişkisi gibi güvene dayalı hassas iletişim yapılarıyla ilgilidirler. Hekimlerin işletmeciler olarak çalıştırılması ve sağlık kuruluşlarının sermaye birikimiyle ilgilenmek zorunda bırakılmaları yanlıştır. Bu metalaştırılmayan sosyal alanlar Avrupa refah modelinin çekirdeğini oluşturmaktadır. Ve bence bu etkin, kar amacı gütmeyen, kamu temelli yapının korunması için mücadele etmeye değer ve mücadele gereklidir.

Benim bilimsel çalışma alanım sağlık ve hastalık üzerine araştırmalara odaklanmıştır ve her ikisi de marjinal olmayan sosyal konulardır. Sağlık hakkı insan haklarından biridir. Ancak dikkatli olmalıyız; bazı çıkar grupları sosyal haklarımızı kendi çıkarları için kullanmaya çalışmakta ve sosyal hakların, kötüye kullanılarak tükendikleri gibi yanlış bir kaniya yol açabilmekteler. Ben buna karşı duruyorum: İnsan hakları yok edilmeden ticarileştirilemez! Sağlık mal değerlidir ve satılamaz!

Tartışma

Soru: Sağlıkın ticarileştirilmesi konusunda işçi/ memur sendikaları, diğer meslek örgütleri neler düşünüyor ve çabaları neler?

Yanıt: Geleneksel sağlık sistemlerinde uzun zaman içerisinde gelişmiş çok çelişki ve alan var. Bizim sağlık sistemimiz, genel vergilerden finanse edilir. Bu yüzden bunu yaparken çok dikkatli olmanız lazım; parayı öylesine pencereden atıp israf edemezsiniz. Mutlaka etkili bir şekilde

harcanmalı. Bu sağlık sistemini yenilemek istiyorsanız da onun yapısını bozmamanız gerekir; örneğin zeminini yenilemek için evi yıkmazsınız. Bu sağlık sistemleri, sendikaların da mücadelesiyle böyle şekillendi ve ülkeye özeller. Onlara gözümüz gibi bakmalıyız. Bir yanda da özelleştirmeleri isteyenler var; onlara karşı mücadelemiz de sürecek.

Soru: Bismarck 1888'de sosyal devleti kurdu. Peki Avrupa Birliği görüşmelerinde sağlık hakkı neden tüketici haklarıyla birlikte ele alınıyor?

Yanıt: Sosyal devletin kuruluşu, çalışan sınıf partilerinin ve sendikalarının yarattığı politik bir tepkiydi. Bismarck aslında sağ kanattaydı; onların dostu değildi. Ama pazarın risklerinin karşılanması gerekliydi. Bugüne dek bu ana fikir çerçevesinde emeklilerin sağlık bakımı vb. sosyal risklere karşı bu sistem oluştu. Sermaye birikimi ise artık küresel ölçekte ve rekabet giderek artıyor.

Avrupa Birliği'ne gelince; AB'de çok çeşitli sağlık sistemleri var. Temelde bu sistemler ulusal sistem veya sigorta sistemi olmak üzere iki tip; ancak her ülkenin sistemi; örneğin İtalya'nınki Almanya'nınkinden,... çok farklı. AB, bir arada daha da büyümeye devam ediyor. Eğer federal bir kıtaya dönüşecekse ne olacak? Tüm ülkelere tek bir sağlık sistemi mi kurulacak, yoksa her ülke kendi ayrı sistemine mi sahip olacak? AB, birleşme sürecinde önce ekonomik birleşmeyi ve para birimini avro ile ortaklaştırmayı hedefledi; ardından politik birleşme, onun da ardından sosyal birleşmeyi hedefliyor. Sosyal birleşmenin içinde sağlık hizmetlerinin birleşmesi de var. Yani bu birleşme, son noktada yer alıyor.

Avrupa'daki bütün küçük ülkelerin kendi sistemleri var. Bu sistemler bilimsel bir süreçle değil, mücadeleler sonucu oluştu; bu yüzden onları bir günde diğerine değiştiremezsiniz. Sistemlerin kökleri derinde; kültürümüzle iç içe. Ancak AB genelinde bir homojenleşme söz konusu. 2002-2003'te Lizbon'da bir konferans gerçekleşti ve sistemleri bir araya getirmek için koordinasyon yöntemleri üzerine konuşuldu. AB'de çeşitli ülkelerden uzman grupların oluşturduğu bir merkezi koordinasyon kurulu oluşturuldu. Bu kurul; sağlıkta birleşmenin amaçlarını, nereye gideceğini formüle edecek. 2-3 yıl içinde şu hedefe varmalıyız; örneğin kamunun payı %80'den %70'e inmeli, gibi hedefler belirleyecekler ve 2-3 yılda hangi ülkenin ulaşip hangisinin ulaşamadığı değerlendirilecek. Ülkeler arasında yaratılan bu yarışla yavaş bir süreçle ülkeler giderek birbirlerine benzeyecekler. Bu komisyonda hangi kriterlerin önemli olduğu tartışılacak. Dolayısıyla işçi sendikaları da bu komisyona dahil olmalı.

AB birleşme sürecinde sıralama; önce sosyal, sonra politik, sonra ekonomik birleşme olarak da belirlenebilirdi. Bu bir politik tercihtir.

Soru: Sağlık çalışanlarına etkiler, çalışma saatleri ve gelir açısından nasıl?

Yanıt: Çok önemli ve güncel bir konu. Hekim grevleri ciddi boyutta devam ediyor. Bu grevlerin temel hedefleri, çalışma saatlerinin azaltılması, nöbet olunca 32 saat çalışmanın kaldırılması ve maaşların arttırılması. Üniversite klinikleri de, toplum klinikleri de, poliklinik hekimleri de greve gitti. Ocak-Şubat 2006'da benim sendikam da (ki büyük bir sendikadır; Baden-Württemberg'deki tüm kamu sağlık hizmetlerinde çalışanları kapsar; çöp toplama kuruluşları dahil) greve gitti. Şimdi başka eyaletlerde de grevler var ve grevler madenler gibi farklı alanlara da yayıldı. İşverenler, haftada 38,5 saat olan çalışma süresini 41 saate çıkarmak istiyor ve Noel, Paskalya gibi zamanlarda ödenen ek maaşları da kaldırmaya çalışıyor. Sendikalar bu ikisine karşı çıkıyor ve grevlerle bunlara da karşı çıkıyorlar. Şu anda sendikanın amacı hak kazanmak değil, kazanılmış hakları korumaya çalışmak.

Temelde 3 grup çalışan hekim var. Birinci grup, birinci basamakta çalışanlar, ikinci grup hastanede çalışanlar, üçüncü grup ise acil hizmetlerde görev yapanlar. Birinci basamak hekimleri özel hekimler, çalışma saatlerini genelde kendileri belirliyor, onların çalışma saatleri ile ilgili bir düzenleme yok. Genelde hastane hekimlerinden daha az çalışıyorlar. Ne kadar çok hasta bakarlarsa o kadar kazançları oluyor, o nedenle çok hasta bakma çabası içinde oluyorlar. Buna da 3 dakikalık tıp deniyor. Kentlerde ayrı bir acil hizmetler düzenlemesi olduğu için bu hekimler acil hizmet vermiyorlar. Hastane hekimleri gündüz 8 saat çalıştıktan sonra gece nöbetçi iseler, diğer gün hizmet vermeyi sürdürüyorlar. Eğer haftalık 38.5 saati aşarlarsa ya fazla mesai ücreti alıyorlar, ya da tatil hakkı kazanıyorlar. Genç hekimler daha çok para kazanmak için çalışmayı yeğliyorlar. Genç bir hekimin gelirinin üçte biri fazla mesailerden geliyor. Eğer çalışma saatleri arttırılırsa o zaman hekimlerin gelirlerinde ciddi bir kayıp olacak. Acil hekimleri ise 24 saatlik rotasyonlar ile çalışıyorlar ve haftalık 38.5 saati geçemiyorlar.

Bir yandan da hastanelerin özelleştirilmesi furyası devam ediyor. Eskiden de vardı ama küçük hastaneler özelleşiyordu. Şimdi ise büyük devlet hastaneleri özelleşiyor. "Sermayeyi desteklemeliyiz ki fabrikalar, kurumlar kurulsun, yeni iş sahaları açılın" söylemiyle özelleştirmeleri yapıyorlar. Ama sonuçta yeni iş sahaları filan açılmıyor; parayı sermaye alıyor. İş güvencesi giderek azalıyor. Memurları işten çıkarmak zor. Dış ülkelerden daha az kalifiye elemanlar getiriyorlar; ülkedeki kalifiye hemşireler, hekimler işten çıkarılıyor. Bu da istikrarsızlığa yol açıyor. Bu özelleştirme döneminde bunu hastanelerde özellikle yaşıyoruz.

Sağlık sektöründe bir hastanenin özelleşeceği duyumunu alınca artık bütün eyalet tepki gösteriyor.

Soru: Alman Tabip Odası bu süreçte ne yaptı, neler kazandı? Alman hemşireler odası ne yaptı, neler kazandı?

Yanıt: Almanya'da durum çok farklı. Almanya'da çeşitli hemşire birlikleri var. Bir kısmı da dini birlikler. Hemşirelerin en önemli örgütü sendika. Sendikaları, benim de sendikam olan, hastanedeki tüm çalışanların (mavi yakalılar da dahil) sendikasının kapsamında. Sendika, özelleştirmeye karşı. Ancak biraz farklı bir durumdadır. Eğer hastane kamu tarafından özelleştirilirse, yani sendika savaşı bu cephede kaybettikten sonra, o yeni özel hastanede çalışacaklar için en iyi koşulları sağlamaya çalışıyorlar. Dolayısıyla biraz çelişkili/ iki yönlü bir durum.

Tabip odasına gelince, o bir sendika değil; sadece servislerde ve polikliniklerde çalışan tüm doktorların mesleki bir örgütü. Sendika ile oda arasında bir ayrım yapmalıyız. Tabip odası da evet, bir baskı grubudur ama sendikalar farklı. Tüm politik gruplar, bir hastanenin tamamı olarak, aynı çatı altındadır. Yani farklı meslekler arasında dayanışma var. Tabip odasında ise sadece hekimler arası dayanışma var. Örneğin uçak pilotlarının bir sendikası yok; çok da az kişiler ama mesleklerinden gelen özel bir güçleri var; grev yaptıklarında çok etkili oluyorlar. Odalar da bu şekilde, ancak meslekten gelen bir baskı grubu olabilirler.

Almanya'da tabip odasına üye olmak zorunludur. Başkanı seçiliyor. Ve hekimlerin ilgi alanını temsil ediyor. Almanya'da tabip odaları daha çok muhafazakardır; Hıristiyan Demokrat ve Liberal partilere yakındırlar. Ama Sosyal Demokratlar iktidara gelince onlarla da iyi olurlar; gelin sizinle şunları yapalım, derler. Biraz fırsatçıdırlar yani.

Soru: Hekimlerin bağımsız bir yapısı vardır, bu reform süreci hekimleri bağımlı hale ve işçi konumuna mı getirecek?

Yanıt: Hekimler bağımsız gözükseler bile aslında her zaman siyasal bir yanları vardır ve bu nedenle bağımlıdırlar. Nazi dönemi Almanya'sında hekimler istemedikleri bir çok uygulama yapmak zorunda kaldılar, ki bunlara kısırlaştırma hatta adam öldürmek de dahildir. İşte bu durum hekimin karar verme serbestliğinin daraltılması durumudur. ABD'den bir örnek vermek istiyorum. Biri kaza sonucu kafa travması geçiriyor ve özel bir hastaneye getiriliyor. Hastane kayıtlarında kişinin o hastaneye bağlı özel sigortası olmadığı anlaşılıyor ve kişi yakındaki kamu hastanesine gönderiliyor.

Kamu hastanesinde sağaltımı sağlanıyor, 3-4 gün sonra özel hastane kayıtları yeniden inceleniyor. Kişinin aslında sigortalı olduğu ortaya çıkıyor. Kişi hemen özel hastaneye geri getiriliyor. Bu doğru olmayan, yapılmaması gereken bir uygulamadır. Bu ticarileşme sürerse hekimler işletmeciler konumuna gelebilir, özel olarak para kazanmak durumunda kalabilir ve özel hastanelerde işçi olabilirler. Özel hastane sahipleri doğal olarak pahalı, uzun süreli bakım gerektiren hastaları almaktan hoşlanmıyorlar ama sosyal değerlere aykırı bir durum. Ben de konuşmamda bunu vurgulamak istiyordum. Buna karşı durmalıyız. Sağlık, kazanın ve kaybedenin olduğu bir futbol maçı değildir, o nedenle bir biriyle karşılaştırılmaz.