

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM”DEN “SAĞLIĞIN ÖLÜMÜ”NE: YAPISAL ZEDELLENMENİN KLİNİK İZDÜŞÜMLERİ ÜZERİNE KURAMSAL BİR DEĞERLENDİRME

Özen B. DEMİR *

Öz: Bu derleme yazısında, Dr. M. Taner Gören’in geçtiğimiz senenin (2022) sonlarında yayımlanan Sağlıkın Ölümü başlıklı kitabı vesilesiyle, yazarın görüşleri temel alınarak, Türkiye’de mevcut hekimlik pratiği ve mesleğin toplumsal-siyasal koşulları gözden geçirilmektedir. İyi hekimliğin adil, eşitlikçi, demokratik ve kamucu bir siyasal rejimi gerektirdiği savı, söz konusu kitapta yer verilen meslekî deneyimler doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Onun da ötesine geçilerek, Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla birlikte büsbütün yürürlüğe sokulan neoliberal paradigmanın Türkiye’de icra edilen klinik pratikteki belli başlı izdüşümleri; sosyal sigorta yapılanması, güvenlik ideolojisi, risk/tehlike kavramsallaştırması ve özellikle de “defansif tıp” yönelimleri üzerinden çağdaş kuramcılar vasıtasıyla değerlendirilmektedir.

Anahtar sözcükler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, iyi hekimlik, anamnez, fizik muayene, defansif tıp, risk/tehlike.

From “Health Transformation” to “Death of the Health”:

A Theoretical Discussion on the Clinical Implications of the Structural Damage

Abstract: In this review article, the current practice of medicine in Turkey and also the socio-political conditions of the medical profession are both evaluated, on the occasion of Dr. M. Taner Gören’s new book titled *Sağlığın Ölümü* (Death of the Health), that had published in the late months of last year (2022). The main argument that good medicine requires an egalitarian, democratic and publicist political regime is justified within the context of the professional experiences (and yet, based on the author’s views) included in this book. Moving beyond that, the significant implications of the neoliberal paradigm in Turkish clinical practice, which was fully put into order with the Health Transformation Program, are evaluated with the help of contemporary theorists through the social insurance structure, security ideology, risk/hazard conceptualization, and mainly the “defensive medicine” orientations.

Key words: Health Transformation Program, good medicine, anamnesis, physical examination, defensive medicine, risk/hazard.

Türkiye’de 2003 yılında yürürlüğe sokulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP); öngördükleri, global örgütleniş ve yakıcı çıktılarıyla bugüne dek kâh çalışma ekonomisi, kâh sosyal güvenlik finansmanı veya sağlık güvencesi, kâh halk sağlığı (gıdaya tahakküm, suyun ticarileşmesi, iklim adaletsizliği, ekolojik yıkım vd.), kâh işçi sağlığı ve iş güvenliği, kâh insan hakları ayrımcılığı veya sağlık ve fikrî mülkiyet hakkı, kâh ekonomi-politik, metalaşma/proleterleşme/sömürü, dönüşen emek süreçleri ve devlet-sermaye ilişkisi, kâh sosyal politikalar (emeklilik, yardım uygulamaları, bakımevleri, yerel yönetimler vd.), kâh halkla ilişkiler, sağlık turizmi, sağlık haberciliği ve medya aygıtı açılarından bugüne dek çokça eşelenmiştir ve söz konusu dolaylarda tezler, dergi ciltleri, makaleler, tebliğler ile belli bir literatür oluştuğundan söz edilebilir. Kamu-özel ortaklıkları ve kamu hizmetlerinin özel sektör marifetiyle sunulması (taşeronlaşma), merkezî kurumlarının idarî ve malî yönden özleştirilerek (*desantralizasyon*)

birer işletme hâline getirilmesi, sözleşmeli istihdam, hizmetin finansman ve üretim-sunum ayaklarının birbirinden ayrılması, başvuruya dayalı ve izleyici/koruyucu yerine tedavi edici hizmetlere odaklı aile hekimliği uygulaması ile birinci basamağın tasfiyesi, güvencesiz iş statüsü ve performans dayalı ücretlendirmenin yaygınlaştırılması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) primleri ve poliçelerle giden bir sigortacılık, “maliyet paylaşımı” adı altında kullanıcıların cepten ödemeye (katkı/katılım payları, ödentiler ve özel kurumlardaki “ilave ücretler”) özendirilmesi, “verimlilik”, “tercih” ve “müşteri memnuniyeti” vurgusu gibi unsurlar ve nihayet şehir hastaneleri yapılanmaları doğrultusunda sağlık hizmetlerinin devlet eliyle özel sermayeye açıldığı ve kâr hırsıyla (kullanım değerinden değişim değerine tanımlanarak ve hastanecilik, sağlık teknolojisi, ilaç patentleri gibi artı-değeri yüksek alanlara transferiyle) piyasalaştırılıp pazar ekonomisine devredildiği, rekabete açıldığı bir dönemdeyiz.

*Uzm. Dr., İşyeri hekimi (ORCID: 0000-0002-5334-4259)

Geliş Tarihi / Received : 07.04.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 29.11.2023

Tarih, iktisat, sosyal ve beşerî bilimler kesişimlerinden türeyen bütün bu eleştirel değerlendirmeler bir yana, öte taraftan ise bizatihi hekimliğin doğasındaki ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki dönüşüme dair "içeriden" değerlendirmelerin görece az sayıda çalışmaya konu olduğunu gözlemleyebiliyoruz. Oysaki *makro* plandaki sistemik değişimlerin *mezzo* ve giderek *mikro* plandaki yankılarını kavrayabilmek adına, mesleğin icrasına dair bu türden yerel (*in situ*) incelemelere duyduğumuz yakıcı ihtiyaç, bizi kardiyoloji uzmanı ve meslek aktivisti Dr. M. Taner Gören'in yakın geçmişte Ayrıntı Yayınları etiketiyle okuruna kavuşan *Sağlığın Ölümü* (2022) başlıklı eserinin önemine ikna ediyor. Her ne kadar anekdotal gözlemler ve uzman deneyimleri, 1990'lardan bu yana biyomedikal bilimlerin gündeminde olan Kanıt Dayalı Tıp (KDT, *EBM*) protokollerinden itibaren taşıdığı kanıt değeri açısından geri plana itilmiş ve ilgili "kanıt piramidi"nde ancak alt sıralarda kendine yer bulabilmiş olsa da, meslekî nosyonun içselleştirilmesinde ve pedagojisinde oldukça önemli bir yer tutar. Cihat Abaoğlu ve Vahe Aleksanyan ikilisinin kaleme aldığı o meşhur "semyoloji" kitabının (*Teşhiste Temel Bilgi: Propedötik*, 1978) kuşaklar boyunca hafızalarda yer etmiş olması, söz konusu çalışmanın barındırdığı güçlü gözlemsel-anekdotal özelliklerle de bağlantılı sayılabilir (Tangün, 2018). Hekim, meslekî yaşanmışlıklarının anekdotal muhasebesini yaparken, bizzat bir insan olarak kendi varlığının (yine türdeşi olarak) hastası üzerindeki etkilerini de görünür kılmış olur (Sönmez ve Demir, 2019). Böylelikle hekimlik *paternalist* bir modelden daha yatay bir ilişkiye doğru kayarken (Çobanoğlu ve Çobanoğlu, 2001), yeni nesillere, yani genç meslektaş kuşaklarına da içinde buldukları toplumsal yapıyla ilgili kültürel ipuçları temin edilmiş olur. İşte, Gören'in (2022) eseri de, Türkçe tıbbî yazında bunun seçkin örneklerinden biri olarak sayılabilir. Nitekim yazar, şunu varsayarken çok haklıdır: "Hikâyelerin hekimler için öğretici olacağını tahmin ediyorum" (2022: 14).

Eser boyunca, akademisyenlikten emekli olmuş 1975 mezunu bir hekimin meslekî gelişim çizelgesine tanıklık ediyoruz. Otobiyografik dökümünü kitabın ilk bölümünde serimler Gören (2022: 17-83). Nihayet niyetini açık eder: "[E]n çok anamnez ve fizik muayene ritüellerinin giderek kaybolmasına üzülüyor"dur o ve "[b]u konuda farkındalık yaratacak bir kitap yazma" şevkini duyar (2022: 83). Nedeni açıktır bunun: "Hekimlik uygulamaları içerisinde

en çok hasta ile konuşarak ve onu muayene ederek teşhis koymayı sevdim" (14). Mesleği biçimlendiren o kadim usta-çırak zinciri, kitabın temel motiflerinden biri olarak karşımıza çıkıyor; ta başta kitabın, "kendisini yetiştiren hocalarına karşı bir vefa borcu" olduğunu kaydediyor. Akademisyenlik kariyeri bağlamında ise, "iyi hekimliği uygulamaya çalışırken bir yandan da iyi hekimliği öğretme fırsatı"nı, "hocalarından öğrendiklerini öğrenci ve asistanlarına aktarmayı hocalarına karşı bir minnet borcu olarak gördüğünü" iletiyor (73). Şaşırtıcı değil; zira bu zanaat motifi, mesleğin kültürel tarihine de oldukça içkin biçimde nakşedilmiş durumda. Dahası da şu ki, klinik formasyona öteden beri damgasını vuran usta-çırak ilişkisinde, teknolojik yeniliklerden ziyade hastanın öyküsünü dinlemeye odaklanan "anamnez alma" ve bedensel-dokunsal teknikleri öne çıkaran "fizik muayene" yaklaşımlarının hâlen ve ısrarla, en yetkin kılavuzlarda ve seçkin uzmanlık derneği tebliğlerinde dahi vurgulanması, biraz da bu meslekî kültürlenme ile ilintili. Nitekim kitabın "Anamnez Avcısı" başlıklı alegorik ve didaktik bölümünde (2022: 84-186), bu düzlemle kesişen gerçekçi örnekler sıralanır. Orada yer verdiği (hepsi de yaşanmış olan) küçük klinik hikâyelerin (*vignette*) kahramanıdır *Anamnez Avcısı*. Klinik istisnalarla baş etmeye çabalarken bir yandan da sadelikle muhakeme etme yetilerini kazanmaya çalışır, o arada da etik açmazlar ile kültürel faktörlerin dolambaçlı patikalarında yolunu bulmak ister. Bir bakıma, artık usulca yitip giden bir *ethosa* saygı duruşudur bu; can çekişmekte olan iyi hekimliğin timsaline bir reveranstır. Bu da kendi mesai geçmişine dayanır: "Hastaların çoğuna yalnız anamnez ve fizik muayene ile tanı koyulabileceğini yaşayarak öğrendim" (2022: 69).

Bu saygı duruşu, günümüz tıbbının *içeriden* bir eleştirisidir aynı zamanda. Değil mi ki, artık şunu biliyoruz: Canlılık ve yaşamla ilgili alanlarda söz alan kapitalistik girişimlerin giderek palazlanması, 1980'lerden bu yana bir sermaye birikimi manivelası kılınmış olan "sağlık" alanını biyomedikal endüstrinin tekelinde icra edilen teknolojik faaliyetlerin konusu kıldığı kadar, birtakım yeni değerlerin inşasında da rol oynuyor. Böylelikle sağlık, birtakım teknik incelemelerin, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin soruşturma çabasına indirgenirken sağlıklı olmak da, bir yeni kültür, bir etik ideal ve aynı zamanda çağdaşlığın önkoşulu veya fazileti olarak kendisini dayatıyor (Çelik, 2021).

Sağlıklı olmak, uzmanların söyleminin sürekli kılındığı bir yaşam tarzı şebekesinin uyku, cinsellik, beslenme, egzersiz ve ruhsallık kompleksine ilişkin *preskriptif* (yönergeci) ihtarları istikâmetinde sonsuzca yürünecek bir menzil, sınırsız bir *permütasyon* olarak tasavvur ediliyor. Bu manzara klinik pratiğe de muhakkak ki damgasını vuruyor ve tıp profesyonellerini bir kariyer imtihanına zorluyor. Ancak bu noktada dosdoğru tüketici taleplerinin sağlık hizmetleri arzını şekillendirmesinden ziyade, daha ilişkiyel bir düzeneğe, yani içinde hareket edilen neoliberal bilgi ve kültür ikliminin paylaşılmış unsurlarının bir tür mübadelesinden söz etmek (Belek, 2016) sanki daha anlamlı gözüküyor. Ne olursa olsun meslekî faaliyet, adına *biyo-kapitalistik* denebilecek metalaştırıcı dönüşümlerden (Rajan, 2012) kayda değer miktarlarda payını alıyor. Hekim camiasını kasıp kavuran söz konusu kariyer imtihanı, onları yeni dönüşümlere uyum sağlamaya, *adaptif* kapasitelerini geliştirmeye, "katı olan her şeyin buharlaştığı" bu yeni düzeneğin akışkan koşullarına karşı dirençlerini artırmaya zorlayan bir boyunduruk (*subsumption*) biçiminde işliyor (Ercan, 2013).

Söz konusu boyunduruğun klinik ortama yansımaları, adına "defansif tıp" denilen yönelimlerde büsbütün çıplak hâle gelir. Literatürde bu yönelimin bir *pozitif*, bir de *negatif* vechesi olduğundan söz edilir. Basitçe ilki girişkenlik ve ikincisi de kaçınanlık ile nitelenmek üzere esasında her iki vechede, mesleğin yürütülme koşullarının aşındırılmasıyla ilintili olan ölçsüz veya *irrasyonel* sapmalardır. Negatif boyutunda komplikasyonla sonuçlanma olasılığı yüksek tedavi yöntemlerinden, riskli tetkik prosedürlerinden ve cerrahî girişimlerden, hayatî tehlike arz eden veya komplikasyon ihtimali olan vakaların sorumluluğunu üstlenmekten, bizzat kendisinin ya da yakınlarının dava etme olasılığı bulunan hastaların tedavisinden, kısacası "risk" teşkil ettiği varsayılan bütün bir iş ve işlemler yelpazesinden kaçınma davranışı vardır. Özetle *tıbbî malpraktis* davasıyla sonuçlanma olasılığı yüksek tanı ve/veya tedavi yöntemlerinden uzak durma davranışdır bu. Pozitif boyutunda ise, yine birtakım medikolegal kaygılarla tıbbî olanakların gereğinden fazla kullanılması gündemdedir bu kez: Gerekli olmadığı hâlde hastaneye yatış talep etmek, ek tetkiklere ya da ilave konsültasyon uygulamalarına başvurmak gibi belli başlı örnekler verilebilir (Özsel, 2015: 189-191; Banaz ve Yalçın Balçık, 2022). Performansa dayalı ek ödeme sistemi kapsamında, performans katsayısını

ve gelir miktarını yükseltmek adına tıbben zarurî/gerekli olmayan birtakım işlem ve uygulamaların incelikli yöntemlerle dayatılması da bunun etkili bir nedenidir. Diğer taraftan bu dayatma, alenî bir zorlamadan ziyade nispeten yumuşak bir ittirici kuvvet (*nudging*) olarak, meslek-içi veya meslektaşlar-arası rekabet başlığının bir tür yeni işletme prensibi olarak palazlandırılmasıyla yakinen ilgilidir (Yüzden, 2013: 51-53). Doğallaştırılan rekabet ve yarışma düzeneği, dijital dünyanın ve medya şöretinin de tazyik ettiği bir markalaşma örüntüsüne doğru evrilmiştir. Sağlığın bir sektör olarak işletme paradigmasına teslim edilmesi, hekimleri de, hastalarının birer "müşteri" olarak memnuniyetine ve tatminine endekslenmiş reklamcılık faaliyetlerine, o arada da "tüzel-kişisel marka olma" hevesine itmiştir (Ayaz, 2017). Özerk inisiyatif kapasiteleri erozyona uğramış olan hekimler, mesailerini boyunca bilimsel yanlılıklar ve etik açmazlarla yüzleşmektedir (Hamzaoğlu ve Özkan, 2019). Bu haşin dalga böylece sürerken, bir yandan da sağlıkta şiddet olgusu ile tıbbî malpraktis iddiaları tedavüldedir. Medyaya skandallaştırılmış biçimde akseden kimi sağlık haberleri de orada, dolaşımdadır. Ne olursa olsun riskten kaçınma, temkinli ve savunmacı tavırlar eşliğinde güvence arama, hukukî ve cezaî sorumluluk ekseninde muhakeme yürütme gibi unsurlarıyla bir tür meslekî-bilişsel sapma (*bias*) olarak yerleşik hâle gelen defansif tıp, hükmünü icra etmektedir (Sonal Sekhar ve Vyas, 2013). Hepsisi de birbiriyle bağıntılı ve doğru orantılı faktörler olarak artan başvurular, işyükü artışı, iş-yaşam dengesinin altüst olması ve kısırlanmış rekabet unsuru nedeniyle çalışma barışının bozulması gibi faktörlerin de etkisiyle hekimler, meslekî tükenmişliğin pençesinde, zanaatın evrensel standartlarını kendini koruma refleksi ile ikâme (veya telafi) etmek durumunda kalmaktadırlar. Sistemik ve yapısal problemlerin iktidar eliyle "zorunlu malî sorumluluk sigortası" gibi birtakım bireyselleştirici pratiklerle, doğrudan icracıları zan altında bırakan suçlayıcı söylemlerle (Tükel, 2017: 438) paranteze hapsedilmesi de bunu kolaylaştırmaktadır. Nitekim uzmanlık eğitimi adına pratisyen hekimler tarafından tercih edilerek popülerlik kazanan branşlar da aynı *defansif* istikâmette şekillenmektedir (Arslan, 2019: özellik, 114-119).

Bu hususu daha derin uzantılarıyla, köklü kılcallarıyla ele almakta yarar var. İyi hekimlik uygulamalarına ket vuran bir *Demokles kılıcı* olarak defansif tıp, kendinden menkûl bir risk iklimi ile karakterizedir.

Risk ile tehlike kavramlarının iç içe geçerek akılcı-evrensel zeminini kaybetmesi ve verili bilimsel tanımlarının ötesine taşarak bulanıklaştırılması günümüz toplumsal-siyasal atmosferin esaslı bir parçasıdır. Biyolojik bilimlerin ve aynı şekilde evrendeki yaşamın olmazsa olmazı olarak belirsizliğin veya olumsuzluğun, taşıdığı özgürleştirici potansiyelden sıyrılarak yönetsel aygıtın işlevsel bir enstrümanına dönüşmesi, hatta dönüşerek sosyal sigortacılık marifetiyle güvenlik ideolojisiyle eklemlenmesi, dahası giderek bütün sağlık emek-gücüne musallat olan bir doktriner şiddet ve sembolik istilâ hâlini alması da oraya dayanır (**Akbal, 2018: 61-63, 152-155**). Nitekim Fransız düşünür Michel Foucault da, bir *tehlike kültürü* olmadan liberalizmin de olmayacağını söylüyordu (2008: 67). Onun "Toplumun Savunmak Gerekir" mottosunda billurlaştığını söylediği sürekli savaş anlayışı, toplumsal normların dışına çıkanların, sapma ve düşmanların varlığına karşı bir daimî teyakkuz mantığını örgütler. Bu mantık uyarınca, topluma yönelen her türden tehdidin bertaraf edilmesi, "hijyen" tedbirlerine başvurulması ve önleyici denetim mekanizmaları kurulması ise "savunma" mevzisinin ana hatlarını teşkil eder. Söz konusu değer dizgesinde düşmanlar, "politik muarızlar" olarak değil, "biyolojik tehditler" olarak görülmeye başlar. Bununla birlikte savaş modelinin biyolojik bir temelde yapılanması, risk/tehlike figürlerinin üretimiyle ve tabii yönetsel (*governmental*) dinamiklerle buluştuğunda karşımıza çıkan *liberal* manzara, siyasal beden açısından asıl tehditkâr olanın örneğin bir enfeksiyon tablosu değil, onun portörü olan veya onunla enfekte olan organizma olduğudur. "Risk/tehlike", kendiliğinden bir yatınlığa karşılık gelir ve ortalamadan (*mekanik* bir ayırım çizgisiyle değil ama, *spektral* ve muğlak bir açılanmayla) sapar. Orada kalmaz; zira bu kavramın önemi, "suç" kavramı için doğal birer *düşünsel iletken* olmasından ileri gelir (**krş. Studdert ve diğ., 2005**). Öyle ki riskin olduğu yerde tehlikeden, tehlikenin olduğu yerde de suçtan söz etmek, modern toplumun düşünsel yapısına nakşedilmiş bir klişedir. İşte bu klişe, ayrımcılığı "toplumsal hijyen ve sulh" adı altında ambalajlar ve meşru kılar (**Özmkas, 2018: 145-146, 156**). Buna paralel şekilde, 1970'li yıllarda Foucault'nun akademik asistanlığını da yapmış olan François Ewald'ın "sigorta türetimi" (*neologism of insurance*) şeklindeki alternatif risk teorizasyonu da sigortanın, geniş kitlelerin refahını temin ve tahkim etmek için işe koşulan risk temelli bir güvenlik pratiği olduğunu ortaya koyar. Güvenlik riskleri, risk

grupları ile risk faktörleri gibi çoklu risk kategorileri de, bir tür güvenlikleştirme ideolojisinde karşımıza çıktığı ölçüde, Ewald'ın risk mefhumuna biyopolitik yaklaşımı doğrultusunda analizi için elverişlidir.

Sigorta türetimi, "verili bir toplumsal bağlamda, sigorta teknolojisi için kârlı, kullanışlı ve gerekli işlevler oluşturma yolları"dır. Risk, olasılık, kâr, imkân ve yatırımı barındıran bir teknolojidir bu: "Sigorta, riske dair bir teknoloji olarak en başta bir rasyonellik planıdır; bazı gerçeklik unsurlarının parçalanma, tekrardan düzenlenme ve tertip edilme biçimleridir." Nasıl ki *disipliner* teknolojinin yükselişi, insan topluluklarına normallik bağlamında bir kavrayışı yerleştirdiyse, *sigorta* teknolojisinin yükselişi de, dünyaya ilişkin girişimci bir bağlamda düşünme alışkanlığını katılaştırmış oldu. Bürokratik ve idarî akılsallığa bir tarihsel yanıt olarak ortaya çıkan *yönetimsellik* sanatı çerçevesinde bir *verimlilik* ve *rekabet* ilkesi açığa çıktı. Piyasanın kendi kendine bir doğrulama sahası hâline gelmesi, "çıkâr" kavramı çerçevesinde vuku buldu. Böylece insanlar da, risk ve ona bağlı problemlerle başa çıkmaya çalışan bireysel girişimcilere dönüştü (May, 2012). Hukuk öznesinin karşısına konulan bir "çıkâr öznesi" tarih sahnesine çıkmış oldu. Doğrudan doğruya bireylerin kapasitesine çağrıda bulunan rekabet ilkesi, girişimciliğin bir "yaşam tarzı", bir kişilik özelliği ve toplumsal bir değer olarak yerleşmesinde önemli rol oynadı. Nitekim, neoliberalizmin, kendi piyasasının ve tüketim rejiminin rahle-i tedrisatında türettiği bir yeni öznellik biçimi olarak "girişimci özne", kendisini ve toplumu bir şirket gibi ele alan, rekabet normu çerçevesinde bizatihi kendiliğinin girişimcisi olan ve yine evrensel rekabet ilkesi doğrultusunda "işleten" bireydir (**Dardot ve Laval, 2012: 199-200, vd**). Bu birey, risk dünyasıyla karşı karşıya gelip sahip olduğu kaynaklara, karşısına çıkan fırsatlar, olasılıklara ve bu olasılıklara bağlı fırsat maliyetlerine değer biçer; adlı adınca zar atar. Tüketim faaliyeti de söz konusu girişimci sistemin içerisinden gerçekleştirilir; alışveriş edimleri birer yatırıma dönüşür.

Ewald'e göre risk, teknolojinin gelişimiyle birlikte artan tehlikelerle ilişkili olmaktan öte, olayların ele alınması, düşünülmesi ve kamuoyunda temsil edilmesinde gerekli olan stratejik muhakemenin bir parçasıdır. Rastlantı, olumsuzluk, olasılık, keyfilik, zarar gibi kavramlar sigorta kurumlarının risk tanımı içinde önemli bir yer tutar ve sigortacılık mantığı, her şeyin "risk" başlığı altında toplanabileceğine, bizatihi riskin de yaratılabileceğine müşterilerini ikna

etmiştir. Zira bizzat tanımı uyarınca *sigortalama*, önceden düşünülmeyen, hesapta olmayan şeyleri hesap edebilme ve olasılık kapsamına almadır. Her gündelik olayın/nesnenin sigorta endüstrisi tarafından içerilmesi, yani her tikel durumun kâr ve zarar olasılığı hesabının konusu olması sigortayı dünyanın nesnel bir çözümleme merkezine oturttuğu gibi, esas olarak sigortalanan bireyin de, başına gelebilecek her şeyin doğal nedeni ve sorumlusu olduğu yolunda bir kabulü içinde barındırır. Olmuş ya da muhtemel (ancak, tanımı gereği öngörüle-meyen) kazaların tazmin ve rücu edilmesi sigorta hesaplamaları arasında yer aldığı için, tek tek olaylarda adaleti yerine getiren, yani *de facto* adalet mercii olarak karşımıza çıkan, yine sigorta kurumları olacaktır (Ewald, 1991: 197-210). Aktüerya kırtasiyeciliği, riski rasyonalize ederek bütün toplumsal yüzeylere yayacaktır. Aynı finansal hegemonya, günün sonunda, riski minimize etmenin pazarlanmasını da gerektirecektir. Sosyoloji kuramcısı Zygmunt Bauman'ın (2003) bu minvalde bir tarihsel saptaması vardır: "Endüstriyel ilerlemenin en başarılı olduğu alan, riskleri katlamasıydı: Daha fazla risk, daha büyük riskler, daha önce görülmemiş riskler... Bugün ise, epey zamandan beri, 'ekonomik ilerleme'nin önemli bölümünü güdüleyen şey, daha önce ürettiği riskleri zararsızlaştırma gereksinimidir" (348-349).

Bu ahvâlin sağlığa ilişkin söyledikleri de vardır: Bauman'a göre, sağlık ve *fitness*, sanılanın aksine iki farklı söyleme aittirler ve çok farklı endişelere hitap ederler. Üreticiler toplumunun diğer tüm normatif kavramları gibi sağlık da 'norm' ile 'norm-dışı' arasındaki sınırı belirler ve gözetir. *Fitness* ise, aksine, hiçbir şekilde 'katı' bir kavram değildir ve sınırları herhangi bir kesinlikle belirlenemez. Esas sınavını gelecek zaman ifadeleriyle verir; "*fit* olmak" demek, henüz denenmemiş ve öngörülmesi imkânsız duyguları yaşamaya hazır, esnek ve uyum yeteneği yüksek bir 'emici' bedene sahip olmak demektir. Herhangi bir bedensel standarda karşılık gelmez; işaret ettiği şey, bedeninin genişleme kapasitesidir ve tercihan sınırsız olmalıdır. Bununla birlikte *fitness* ideali, özbakımı kapsar ve böylece giderek sağlıklı yaşam hedefine de bulaşır. Dün normal, dolayısıyla tatminkâr adedilen bir şey bugün endişe kaynağı, hatta hastalıklı kabul edilebilir ve tıbbî girişim için meşru nedenler hâlini alabilir. Hastalık kavramı da büsbütün bulanık ve puslu bir hâl alır; istisnaî, başı ve sonu belli, bir kereye mahsus bir durum olarak görülmek yerine, sağlığın sürekli bir eşlikçisi, onun 'öteki yüzü' ve da-

imî bir tehdit unsuru olarak görülür. Sağlıklı yaşam için mücadele, hastalığa karşı sonu gelmeyen bir savaşa dönüşür ve bir "risk" çemberine karşı sürekli tetikte olmayı gerektirir. Uygulanan tedavilerin yol açtığı ikincil sorunlar, yani *iatrojenik* tablolar söz konusu çemberi genişlettikçe genişletir. Sağlıklı yaşam hedefi, doğasının aksine, tuhaf bir şekilde *fitness* idealine benzemeye başlar ve sonu gelmez, belli bir doyum noktası olmayan, gidiş yolu bakımından belirsiz ve fazladan kaygı üreten bir süreç hâline gelir (Bauman, 2017: 122-127). Sağlık da, günden güne "risk optimizasyonu" ile daha fazla özdeşlenir (krş. Can, 2013). Her hâlükârda bu, tüketim toplumunun bedensel açıdan *fit* olmak üzere eğitilmiş sakinlerinin sağlık profesyonellerinden beklediği ve bulamadıklarında da onlara öfke duydukları veya hüsrana uğradıkları bir fenomendir. Bu iklimde Foucault'nun (2006) 18. yüzyıl sonlarına tarihlenen "klinik bakış" ile karakterize ettiği modern tıp da, kabuk değiştirerek yeni suretlere bürünüyor (Lachman, 2013). Hekimler, bundan böyle yeni cihazların, son sürüm metot ve tekniklerin, yeni keşfedilmiş malzeme veya prosedürlerin, çıkarılan her yeni yasal metnin peşinde kayıtsız-şartsız sürüklenen, anafona kapılan, kimi zaman ise bu değişim-dönüşüm dalgasına yön verecek tavsiyelerini paylaşması istenen teknokratlar hâlini alıyor (krş. Lavenda ve Schultz, 2018). Tele-tıp uygulamaları, "geleneksel-tamamlayıcı-alternatif tıp" söylemleri, sağlık turizmi faaliyetleri ve estetik-kozmetik işkolları gibi örneklerin muazzam yaygınlığı da aynı bağlama yerleşiyor. Yeterince benimsenip sahiplenildiğinde ise bu, artık rekabet unsurlarıyla yönetilmeyi arzulayan ve geçiş yaptığı bu melez formasyonu kendi iradesiyle ayakta tutmaya çalışan sakıncalı bir öznellik ve tâbiyet (*subjective*) motifine dönüşüyor; sonuç olarak yapıyı sürekli kılacak rıza üretimi dinamiği, birtakım madî ve sembolik faydalarla konsolide edilmiş oluyor (Gottschalk, 2014). Klinik saha başkalaşırken yapı kendisini yeniden üretiyor. Sonuç olarak risk temelli bir hastalık ve beden algısı, riskin sevk ve idare edileceği (ama bir o kadar da sunucusu açısından risk teşkil eden) sağlık hizmetleri ile diyalektik biçimde kol kola ilerleyerek birbirini besliyor. Nihayet defansif tıp da bunun temel indikatörlerinden biri hâlini alıyor.

Bağlamak üzere, başladığımız yere dönelim: Dr. M. Taner Gören de, bahsi geçen taze eserinde, günümüzde hastaların "*MR, BT, anjio*" gibi terimlerin ne anlama geldiğini az çok bildiğinden, buna karşın

“anamnez” kelimesinden bihaber olduklarından yakınırken (2022: 9-10, 15), kitabı yazma misyonunun onların “Benden bir MR istemeyecek misiniz?” sorusu yerine artık “Benim anamnezimi almayacak mısınız?” sorusunu sorabilmelerini, beş dakikalık muayene sürelerine isyan edebilmelerini temenni etmesinden ileri geldiğini not ediyordu. Tüm bu gelişmeler ışığında, yazarın gerek saptaması gerekse de temennisi itibarıyla haklı olduğuna şüphe yoktur. Kapanışa doğru ise, belki şu söylenebilir: Hâl böyleyken SDP sonrasında Türkiye’deki klinik manzaranın, bir kez de bu açıdan masaya ciddiyetle yatırılması gerekmektedir. Ana-akım literatürde çokça bulunan ve kabaca yapısal reform, finansman ve harcamalar boyutlarıyla, sağlık çıktıları ve halk sağlığı göstergeleriyle, performans ve etkinlik muhasebeleriyle, tebliğ ve tüzük incelemeleriyle, hatta çoğunlukla eleştirel olmayan bir perspektifle örgütsel yönetim, toplam kalite ve yönetim (governance) gibi neo-liberal şemalar eşliğinde analiz edilen SDP’nin, iyi hekimliğin teorisi ve pratiği arasındaki genişleyen uçurumu da kuşatacak şekilde, daha mikrolojik ve etnografik denebilecek yordamlarla etüt edilmesi, nihayet hekim öznelliğinin Türkiye’nin modernleşme serüvenindeki tarihsel seyri çerçevesinde konumlandırılması hayli ufuk açıcı olacaktır.

Dipnotlar

1. *Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu’nun şehir hastaneleri özelindeki kapsamlı derlemesi için: Pala, 2018.*
2. *Farklı platformlarda yapılmış onca özgün çalışmaya örnek verilebilirse de, geçtiğimiz yirmi yıllık süreçte Toplum ve Hekim ciltlerindeki muhtelif makalelere de konu olmuş olan bu yapısal dönüşüm silsilesine ilişkin, farklı yıllara ait şu dört nitelikli çalışma özellikle önerilebilir: Yenimahalleli Yaşar, 2008; Ulutaş, 2011; Balta, 2013; Sönmez, 2017.*
3. *Bu konu başlığı, esasında doğrudan M. Taner Gören’in okunaklı ve akıcı anlatımına havale edilebilir (2022: 240-244).*
4. *Gerçekten de sağlık hakikatini sağlık hizmetlerine özdeşleştiren kapitalist manevraya ilaveten, sağlık ideolojisi (healthism) ile hizmet talebinin şişmesi olgusu çok açıktır. Nitekim “erken teşhis” için kullanılan tarama testlerini sorunsallaştıran bir kitapta (Welch ve ark., 2013), bütün bir tıbbî işlemler/taramalar/tetikler furyasında, bilhassa da hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, osteoporoz ve tabii kanser gibi hastalık tablolarını hedefleyen inceleme/görüntüleme tekniklerinde normal-anormal arasındaki çizginin kayganlığı, hareketliliği ve esasen belirlenim (determination) kazandığı dizgenin oynaklığı, aşırı teşhis (overdiagnosis) ve aşırı tetkik (overdetection) olgusu çerçevesinde*

mercek altına alınıyordu.

5. *Çok daha genişçe: Yılmaz, 2014. Sürecin nedenlerine dair ise, çok kısaca: Arslan, 2019: 33-34.*
6. *Buradan itibaren yer verilen ardışık dört paragraf oluşturulurken, daha önce yayımlanmış olan şu çalışmadan yararlanılmış olup içerikler kısmen değiştirilmiştir: Demir, 2019: 78-81.*
7. *Söz konusu eseri Foucault külliyatıyla birlikte tartan bir eleştirel yaklaşım şuradadır: Özmakas, 2018: 170-181.*
8. *Babam Dr. Abuzer Demir de (1977, Çukurova Tıp), yayımladığı hatıratının bir yerinde, hekimlik mesleğinin icra tarzını belirleyen her yeni yasanın, birçok meslektaşında yeni duruma uyum sağlama ve ondan yararlanma refleksini geliştirdiğinden söz ediyor, bu durumdan yakınıyor ve iş yaşamından, profesyonel mesaisinden örnekler naklediyordu (Demir, 2021: 258-262, 332-333).*
9. *Dahası Gören, hekimliğin büründüğü bu yeni bağlama dair etkili saptamalarda bulunuyor. Meslektaşlarının piyasacı savrulmasına ilişkin gözlemlerini, konuya ilişkin tarihsel-yapısal okumasıyla buluşturarak bizlerle paylaşıyor. Güncelliği tarihsellik merceği altında irdeliyor. O anlamda eserinde küresel ve yerel tıp tarihi bilgilerini özlü biçimde sıralayarak (2022: 192-239), etik ve deontolojik bir referans standardı da oluşturmuş oluyor. Nihayet kitabının “Can Çekişen Tıbbın Anamnezi” başlıklı üçüncü ve son bölümünde, bu hususlara son derece akıcı bir üslupla ve insancıl jestlerle temas ediyor (2022: 187-190, 244-253). Bütün bu yönleriyle Sağlıkın Ölümü, gelmekte olan bir hekim kuşağı açısından oldukça ilham verici unsurlar barındırıyor. Geçmiş ile gelecek arasında köprüler kurarak, değişmez prensiplerin önemini (örn. 2022: 61) berraklaştırıyor. Bunu da klinik pratikten izdüşümlerle somutlaştırıyor. Üstelik hepsini de, şapka çıkarılacak denli duru bir üslupla yansıtıyor. Besleyici ve ufuk açıcı olduğu kadar, “rol model” olma yönüyle de iyi hekimlik adına umutlarımızı diri tutabilmemizi sağlıyor.*

Kaynaklar

- Akbal, A.** (2018). *Türkiye’de Sağlık Alanında Dönüşüm: Sembolik Güç ve Sembolik Şiddet İlişkisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arslan, İ.** (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Tıpta Uzmanlık Dalı Tercihlerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ayaz, M.** (2017). *Sağlık Sektöründe Kişisel Markalaşma: Tercih Edilen Doktorun Markalaşmasının Hastane Tercihine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Balta, E.** (2013). *Herkes İçin Sağlık’tan ‘Paran Kadar Sağlık’a: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü*. *Praksis*, 30-31: 147-166.
- Banaz, M. ve Yalçın Balçık, P.** (2022). *Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3): 501-516.
- Bauman, Z.** (2003). *Modernlik ve Müphemlik*. (İ. Türkmen, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z.** (2017). *Akışkan Modernite*. (S. O. Çavuş, Çev.). İ-

tanbul: Can Yayınları.

Belek, İ. (2016). Sağlık Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Can, K. C. (2013). *Beden Olasılıkları: İç Denetim ve Risk Yönetimi*. Kampffplatz, 1(3): 155-164.

Çelik, R. (2021). *Biyoktidar Çerçevesinde Sağlık Kültürleşmesi*. O. Kartal (Ed.), *Biyopolitika, Cilt III: Biyoiktidarın Suretleri (Yaşam İpotek Altında)* içinde (s. 109-131). İstanbul: NotaBene Yayınları.

Çobanoğlu, N. ve Çobanoğlu, M. (2001). *Evrimsel Yaklaşımla Hekim-Hasta İlişkisi*. *Kebikeç*, 12: 55-69.

Dardot, P. ve Laval, C. (2012). *Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme*. (I. Ergüden, Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Demir, A. (2021). *Buradan Böyle: Bir Yaşam*. İstanbul: Cinius Yayınları.

Demir, Ö. B. (2019). *Biyopolitika ve Queer: AIDS Krizi, Bağışıklık ve Ötesi*. Ankara: Nika Yayınları.

Ercan, F. (2013). *Meta Neleri İçerir: Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması*. O. Elbek (Haz.), *Kapitalizm Sağlık Zararlıdır* içinde (s. 15-40). İstanbul: HayyKitap Yayınları.

Ewald, F. (1991). *The Foucault Effect*. (G. Burchell ve diğ., Ed.). Sussex: Harvester Press.

Foucault, M. (2006). *Kliniğin Doğuşu*. (İ. M. Uysal, Çev.). Ankara: Epos Yayınları.

Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the College de France [1978-1979]*. (G. Burchell, Çev.). Londra: Palgrave Macmillan.

Gottschalk, M. (2014). *Amerikan Sağlık Reformu ve Stockholm Sendromu*. L. Panitch ve C. Leys (Haz.), *Kapitalizmde Sağlık: Sağlıksızlık Semptomları (Socialist Register 2010)* içinde (s. 119-142). (U. Haskan, Çev.). İstanbul: Yordam Kitap Yayınevi.

Gören, M. T. (2022). *Sağlık Ölümü*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Hamzaoğlu, O. ve Özkan, Ö. (2019). *Sağlık Reformları ve Esnek Üretim Hekim Özerkliğini Nasıl Etkiliyor? Toplum ve Hekim*, 34(1): 5-16.

Lachman, P. (2013). *Redefining the Clinical Gaze*. *BMJ Quality & Safety*, 22(11): 888-890.

Lavenda, R. H. ve Schultz, E. A. (2018). *Bilim, Teknoloji ve Tıp Antropolojisi. Kültürel Antropoloji: Temel Kavramlar* içinde (s. 276-297). (D. İşler ve O. Hayırlı, Çev.). Ankara: Doğu Batı Yayınları.

May, T. (2012). *Yeni Girişimciler: Foucault ve Tüketim Toplumu*. (M. Mandalıncı, Çev.). *Cogito*, 70-71: 96-105.

Özmkas, U. (2018). *Biyopolitika: İktidar ve Direniş (Foucault, Agamben, Hardt-Negri)*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Özsel, H. (2015). *Performansa Dayalı Döner Sermaye Sistemi ve Ofansif Tıp*. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Pala, K. (Der.) (2018). *Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Rajan, K. S. (2012). *Biyokapital: Genom-Sonrası Hayatın Kuruşu*. (A. D. Temiz, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.

Sonal Sekhar, M. ve Vyas, N. (2013). *Defensive Medicine: A Bane to Healthcare*. *Annals of Medical and Health Science Research*, 3(2): 295-296.

Sönmez, C. ve Demir, Ö. B. (2019). *Sağlık Hakikati, Tıp Küresi ve Hekimin Hikemi Potansiyeli: Bir Karşılaşma*. *Birikim*, 367: 118-129.

Sönmez, M. (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlık Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap Yayınevi.

Studdert, D. M., Mello, M. M. ve diğ. (2005). *Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*. *JAMA*, 293(21): 2609-2617.

Tangün, Y. (2018). *Öğretici Tıp Kitabı Yazmanın Kolaylık ve Zorlukları*. *Kanbilimciler İçin Daha Çok Türkçe, Daha Güzel Türkçe* içinde (s. 92-99). İstanbul: Türk Hematoloji Derneği Yayınları.

Tükel, R. (2017). *Sağlıkta Şiddet*. *Toplum ve Hekim*, 32(6): 436-442.

Ulutaş, Ç. Ü. (2011). *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: NotaBene Yayınları.

Welch, G. ve ark. (2013). *Aşırı Teşhis: Sağlık Adına Hasta Etmek*. (A. Akalın ve İ. Kayı, Çev.). İstanbul: İNSEV Yayınları.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2008). *Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler*. *Mülkiye Dergisi*, 32(260): 157-191.

Yılmaz, K. (2014). *Defansif Tıp*. Ankara: Seçkin Yayınları.

Yüzden, G. E. (2013). *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekim Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.