

HEKİME YÖNELİK ŞİDDETİ BESLEYEN SKALA: TEORİK VE PRATİK BOYUT

Kansu YILDIRIM*

Özet: Sağlık alanında yaşanan ve çoğu kronikleşmiş olumsuzluklara eklenen yeni bir olgu, hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddettir. Türkiye’de hangi coğrafik mekânda olursa olsun hekimler farklı sınıfsal ve statüsel konumlara sahip hastalardan, hasta yakınlarından veya bizzat kamu görevlilerinden şiddetle karşılaşabilmektedir. Durum öylesine ciddiyet kazanmıştır ki, 2000’lerin ortasından bu yana iki hekim yaşamını yitirmiştir. Gerek kamuoyunda konuyla ilgili hassasiyetin oluşmaması, gerek hükümetin ve Sağlık Bakanlığı’nın geçici çözümleri nedeniyle olgunun sonuçları geçiştirilmeye çalışılmaktadır. Bu kısa yazıda hekime yönelik şiddet olgusunun sonuçlarından ziyade nedenleri tartışılmaya çalışılmıştır. Çünkü şiddet olayları ne idealist felsefe çerçevesinde mistik-kaynağı belirsiz değerlendirilebilir, ne de tüm faillerin şiddet davranışları onların psikolojik durumuna indirgenebilir. Hekime yönelik şiddetin temelinde son derece maddi toplumsal koşullar bulunmaktadır. Hekimlerin üretim ilişkilerindeki konumlarının değişimine paralel, hekimlerin toplumsal algıdaki konumları değişmiş; hasta/hasta yakınları tarafından üretim sürecindeki “basit bir işçi” olarak görülmeye başlamıştır. Profesyonel meslek unsurlarının yitirilmesi sonucunda mesleki itibar toplum zedelenerek hekimlere yönelik saldırıların zeminini oluşturmuştur.

Anahtar Sözcükler: Hekime yönelik şiddet, Kapitalist sağlık sistemi, Proleterleşme tezleri, Profesyonelleşme, Mesleki hakimiyetin yitimi

The Scale Fostering Violence against Doctors

Abstract: *Violence against doctors and medical staff is a new case just involved in the negativities, mostly chronic, of the healthcare field. Doctors are subjected to the violence from the patients, from the relatives of the patients and even from the public officials from various classes or positions in any geographical area of Turkey. The problem is so serious that 2 doctors were killed since 2005. The results of the case are tried to be evaded both because of the lack of sensibility of the public and the temporal solutions of the Government and the Ministry of Health. In this short article, not the results but the reasons of the violence against doctors are discussed. Because, the act of violence can neither be evaluated as mystic-unknown within the frame of an idealist philosophy nor degraded to the psychological situation of the perpetrators. Material social conditions are the underlying reasons of the violence against doctors. In parallel with the change of the doctors’ position in the relations of production, their position in the social perception have also changed; and they are started to be perceived as an “ordinary worker” of a production process by the patients/relatives of the patients. As a result of the loss of professional elements, the reputation of their profession has been damaged in the eye of the public, which has paved the way for the violence against them.*

Keywords: *Violence against doctors, Capitalist health systems, Proletarianization, Deprofessionalization, Loss of professional dominance*

1. Şiddet lügatçesine yeni bir kavram: “Hekime Yönelik Şiddet”

Bugün herhangi bir televizyon kanalı yahut gazete sayfası açıldığında sağlık personeline karşı şiddet vakalarından örülü bir gündem ile karşılaşılma; okuyucuyu/izleyiciyi/yahut konuyla ilgili muhatapların kendi özel gündemleri içinde bir şekilde yerini almaktadır. Çünkü bu gündem, üçüncü şahısların yani sıradan yurttaşların sağlık hizmetini almaya gittiklerinde karşılaşacakları ilgili sağlık personeli bağlamında; bizzat şiddete maruz kalan sağlık personelinin

kan bağı/akrabalık bağı üzerinden kendileriyle ilişkileri olmaları bağlamında; sağlık personelinin örgütlü olduğu kurumsal düzlemin müdahil olma kapasitesi bağlamında uzunca bir ilgililik silsilesine sahiptir. Walter Benjamin’in “sarmal” olarak kavramsallaştırdığı, partiküler olarak belli bir meslek grubunu içerisine çeken genel şiddet edimleri, toplumdaki bireyleri bir şekilde ilgilendirmektedir. Sağlık personeline karşı şiddet edimleri arttıkça, Kartezyen bir etkiye-tepki sistemi uyarınca şiddet edimlerine karşı hızlı ve kalıcı refleksler/önemler teşkil edilmeye çalışılmaktadır.

*Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları Yüksek Lisans

Ne var ki şiddet edimleri dinmek bir yana hız kazanmaya devam etmektedir. Bu nokta, didiklenmelidir.

Ortalamada ampirik düzeydeki verilere bakıldığında sağlık personelinin meslekte buldukları saatler içinde, yani emek-gücünü meta olarak kamusal ve özel sektöre arz ettikleri işgünü dahilinde, sözlü veya fiziksel saldırılara uğramaları, şiddet edimlerine maruz kalmaları özellikle son birkaç yıl içinde görünürleşmeye başlamıştır. Şiddet edimlerinin bu minvaldeki görüngüsel bir konum kazanmasının temelinde yatan öge, sistematikleşmedir. Sağlık personeline karşı sistemli saldırılar doğrudan demin bahsettiğimiz tarzdan bir gündem oluşturmuştur. Olumsuzluklarla malul, kabul edilemez niteliklere sahip bu gündem, başta sağlık çalışanlarının örgütleri olmak üzere lokal ve ulusal siyasal mekanizmaları, basın merkezlerini ve çeşitli kurumları bu alan içine -sorunları tespit etmek, dikkat çekmek ve çözmek gibi farklı itkilerle- çekmiştir. Böyle bir gündeme sadece sendikalar ve meslek örgütleri değil, farklı siyasal kurumsal noktalardan hareket ederek müdahil olunması ise, sorunun ulaştığı boyut ve ciddiyetinin kavranması açısından kritiktir. Ancak asıl mesele kategorik bir ayırım yapıldığında belirginleşmektedir: Sağlık uygulayıcıları içinde şiddet vakalarının dağılımı medyaya yansıdığı boyutu ile hekimler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Öyle ki, son üç yıldan itibaren hekimlik mesleğinin tarihine "Hekime Yönelik Şiddet" şeklinde bir niteleme yerleşmiş olup, şiddet edimlerinin kime veya hangi meslek grubuna uygulandığının hem semantiğini cisimleştirmede, hem de (şiddetle ilgili) olgunun gerçeklik içindeki pozisyonunu kuramsallaştırmada kötü bir üne kavuşmuştur; görece zaruriyet kazanmıştır. Şiddet tipolojisine yerleşmiş Hekime Yönelik Şiddet (H.Y.Ş.) ibaresi, bu bakımdan, basitçe görüngü-olguşal yansıma duvarını çoktan aşmıştır. Çünkü kimi siyasal karar-alma mekanizmalarının naiflik ve münferitlik içinde değerlendirmekte ısrar ettikleri H.Y.Ş., iki ölüm, yüzlerde yaralama ve darp ile, kanlı bir mürekkeple meslek tarihine not düşmektedir.

Şüphesiz bu notu, şiddet adında bir mefhum değil, şiddeti hem ideolojik hem de kültürel düzeylerde taşıyan failler belirlemektedir. Bu nokta da kritik öneme sahiptir. H.Y.Ş. sıklıkla liberal düşünsel düzlem içinden kurulmakta, daha doğrusu idealist bir epistemoloji içinden maddi gerçekliğinden yalıtılarak kavranılmaktadır. İleride detaylandıracağımız bu nokta hakkında şimdilik şu söylenebilir: H.Y.Ş edimlerinin bizatihi kendisi ya siyasal söylemlerin faillere cevaz vermesine, ya da H.Y.Ş uygulayan faillerin psişik çapraşıklığına devredilmektedir. Bu unsurlar H.Y.Ş edimlerinin belirleyici

cileri/yönlendiricileri arasında olmalarına karşın, yeknesak ve kusursuz tek unsurları değildir; sadece bu iki unsura indirgenemez. H.Y.Ş'in kökenlerinde hasta-hekim ilişkisinin deformasyonuna neden olan; hastaların normal, gündelik yaşamlarındaki akşını ketleyen ve yoldan çıkararak; hekimlerin teknik açıdan kısıtlayan ve mesleklerine ilişkin algılarını manipüle eden bir dizi faktör bulunmaktadır.

Bu faktörlerin en önemlilerinin kümelenildiği uzam, hekimlerin üretim ilişkileri içindeki sınıfsal konumlanışıyla son derece yakından ilgili küresel ve ulusal sağlık politikaları, siyasi kişi/kurumların siyasal ve ekonomik argümanları/siyasaları ve son olarak hâkim ideolojiyle yapılanmaktadır. Bu nedenle H.Y.Ş'in kuramsal temelini oluşturmadan önce ampirik düzeydeki şiddetin artışını göstermemiz, gerçekliğin acı yüzünü ve soğuk bedenini elle tutulur bir formata büründürmemiz ivedidir. Ampirik düzeyi tamamladıktan sonra, kuramsal düzleme geçerek bu noktada alt başlıklar açarak konuyu maddi ve kalıcı bir temele oturtmaya çalışacağız. Şimdiden belirtelim ki son söz söylemenin önemini farkında olmamıza karşın, fonksiyonel tespitlerde bulunmak belki daha da önemlidir.

2. Hekime Yönelik Şiddetin Olguşal Düzeyi

Sağlıkta Dönüşüm Projesi işletilmeye başladığı tarihten itibaren nirengi noktasına 2006'ların sonunda ulaşmıştır. Bu zaman zarfında, konumuz bağlamında, H.Y.Ş. vakaları yaşanmakta olmasına karşın hiçbir zaman periyodik bir forma kavuşmamıştır. Vakalar, Türkiye'nin çeşitli illerinde ve farklı zamanlarda "münferit" tanımlamasına uygun şekilde gerçekleşmiştir. Ancak Projenin Bakanlık tarafından yasal mevzuatlar eşliğinde kurumsallaştırılması ve bunu kamuoyuna duyurma tarzları ile birlikte meydana gelen, özlük haklarının gaspı, nitelikli eğitimin kısıtlanması ve mesleki bağımsızlığın yitirilmesi pek çok olumsuzluğa yol açmıştır: Özellikle hekimlerin beden bütünlüğünü 2007 yılından itibaren mesleki risk altındadır. Şiddetin dozajının artışını gösteren işaret, (toplumsal-siyasal şiddet vakaları hariç) 2 hekimin yaşamını yitirmesidir.

2009 yılında 25 hekime saldırı düzenlenmiştir. Bu saldırılar sırasında 27 Temmuz 2009 yılında Maraş'ta bir hekim silahlı saldırı sonucu hayatını kaybetmesiyle sonuçlanmıştır. Yine aynı yıl hasta yakınının saldırısına uğrayan bir hekimin sol gözünde ciddi travma oluştu, elmacık kemikleri kırıldı ve kalıcı olarak sakat kaldı. Toplamda 25 şiddet vakası gerçekleşmiştir. 2010 yılında, şiddet vakalarının sayısı 30 ulaşmıştır. Pek çok hekimin çeşitli uzuvları kırılmış; hekimlerin büyük çoğunluğu uzun süre iş göremez raporu almıştır.

2011 yılında ise H.Y.Ş. tavan yapmıştır. Türkiye genelinde onlarca şiddet vakası yaşanmıştır. Ocak ve Ağustos yılları arasında 36 hekim, Eylül ve Aralık ayları arasında 20 hekime saldırılmıştır. Dikkat çekici bir nokta hekime saldıranların profilinde gerçekleşen değişimdir. Hasta yakınları olmak üzere hastane idarecileri, kaymakamlar gibi üst düzey bürokratlar, H.Y.Ş. edimlerinin faileri olmuşlardır. Özellikle Eylül ve Ekim ayları arasında her gün için bir şiddet vakası haberi basına yansımıştır. 2012 yılı için "şiddetin yılı" oldu diyebiliriz çünkü vakalarının dinmeyeceği, aksine artacağına işaretlerini vaka sayıları göstermektedir. Ocak ve Mayıs ayları arasında 40 şiddet vakası yaşanmıştır ve bir tanesi 26 yaşında genç bir hekimin ölümüyle sonuçlanmıştır. İstatistiksel hesaplama yapıldığında her aya 8 şiddet vakası düşmektedir¹. Ancak resmi veriler daha fazlasını göstermektedir. TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Araştırma Komisyonu'ndan açıklanan verilere göre 4 Mayıs - 1 Ekim 2012 tarihleri arasında 2094 sözel şiddet, 990 fiziksel şiddet olmak üzere toplam 3084 şiddet olayı rapor edilmiştir. 2011 yılında hastanelerdeki şiddet olaylarının değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan tablo, 384 hastanenin yüzde 79'unda şiddet olaylarının görüldüğü, bu olaylardan yüzde 79'unun acil servislerde, yüzde 59'unun 18.00-24.00 saatleri arasında yaşandığı, şiddet uygulayanların da yüzde 91'inin hasta yakını olduğu bilgilerinden oluşmaktadır. Sadece Bakanlığın hukuk birimlerine 2106, adli mercilere de 1982 olayın intikal ettirildiğini belirtilmiştir. Türk Sağlık-Sen'in 62 ilde yaptırdığı araştırmaya göre² ise sağlık çalışanlarının yüzde 30'u birkaç kez sözlü ve fiziksel şiddete, yüzde 14'ü birçok kez şiddete, yüzde 9'u bir kez sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayanların hekimler olduğu anlaşılmaktadır. Hekimlerin yüzde 78'i şiddete maruz kalmıştır. Hemşireler yüzde 69 oranında şiddete uğrarken, en az şiddete maruz kalanlar yüzde 44 oranıyla memurlardır. Hekimlerin yüzde 47'si bir kaç kez, yüzde 9'u sayısını hatırlayamadığı kadar, hemşirelerin yüzde 30'u bir kaç defa, yüzde 9'u sayısını hatırlayamadığı kadar, sağlık teknikeri/teknisyenlerin ise yüzde 30'u bir kaç kez, yüzde 9'u sayısını hatırlayamadığı kadar şiddete uğradı. Erkeklerin yüzde 29'u, kadınların da yüzde 30'u bir kaç defa şiddete maruz kaldı. Şiddetten sonra hiç bir şey yapmayanların oranı yüzde 43, şiddete karşılık verenlerin oranı yüzde 25. Şiddete maruz kalanların yüzde 24'ü idareye şikayette bulunurken, yüzde 5'i dava açtı, yüzde 3'ü ise polise başvurarak şikayetçi oldu. Şiddetin yoğunlaştığı hizmet alanları başında Acil Servisler geliyor. Acil Tıp Uzmanları Derneği'nden yapılan bir açıklamada sağlık alanında hizmet verenlerin diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğradığı, Yılda 86 milyon hastanın acil

servislere başvurduğunu, günde 1000'den fazla hasta bakılan acil servisler bulunduğunu dile getirilmişti. Bunların, memnuniyetsizliğin ve şiddetin en önemli nedeni olduğunun altı özellikle çizildi³.

Ankara Tabip Odası tarafından yapılan bir basın açıklamasında şiddetin ulaştığı boyutun trajik yapısı daha sarıh ortaya kondu. 14 Mayıs 2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Beyaz Kod Birimi - Alo 113 Şiddet Hattına 30 Mart 2013 tarihe kadar toplam 7773 başvuru telefonu geldi. Şiddet başvurularının 2428 tanesi fiziksel şiddet, 5345 tanesi sözel şiddet hakkında olup, 4403 hekim, 3370 hekim dışı sağlık personeli tarafından başvuru gerçekleştirildi. Başvuran sağlık çalışanlarının içerisinde yüzde 56 ile kadınların yoğun oluşu başka bir kritik noktayı teşkil etmektedir. Toplam başvuru içerisinde 3120 erkek sağlık çalışanı, 3976 tanesi kadın sağlık çalışanıdır⁴.

Şiddetin bu denli artışına karşı başta hekim örgütleri olmak üzere toplumsal muhalefetin verdiği tepki Sağlık Bakanlığı'nı harekete geçirmiştir. Bakanlık 10 yıllık iktidarları boyunca ilk kez 2011 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği"⁵ yayınlamıştır. Söz konusu Yönetmelik "amaç" kısmında "güvenli hizmet sunumu"na dair bir tanımlama getirmiş olmasına karşın şiddet vakaları güvenlik kapsamında değerlendirilmemiştir. Belirtmek gerekir ki Yönetmeliğe yansıyan hakim mantalite, Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın 2011 yılında verdiği bir röportajda karşımıza çıkmaktadır: "Yani bir sağlık çalışanına bir şiddet uygulanmışsa, bir kabalık yapılmışsa biz Bakanlık olarak doğrudan müdahil olup hukuken takip edebilir miyiz? Maalesef..." Şiddet vakalarının kronikleşerek Bakanlığın korumakla yükümlü olduğu çalışanların hayatına ve fiziksel ve psikolojik sağlığına zararları olması üzerine 2012 yılında "Çalışan Güvenliği Genelgesi"⁷ yürürlüğe konuşmuştur. Dr. Ersin Arslan'ın öldürülmesi üzerine kamuoyundaki reaksiyonu absorbe etmek üzere çıkartılan Genelge, şiddeti kaynağına inerek çözümlemek/çözmek bir yana, genel olarak şiddeti besleyecek konuya dışsal çözümler sunmuştur. Örneğin güvenlik görevlisi sayılarının arttırılması, ana girişlere x-ray cihazlarının yerleştirilmesi, gözetleme sistemlerinin yaygınlaştırılması ve acil çıkış kapılarının düzenlenmesi gibi anlık-fonksiyonel çözümler Genelgede yer almaktadır. Genelgede dikkat çeken bir uygulama ise 113 numaralı acil şiddet hattının kurulmasıdır. Bu nokta da sarkastik bir öneme sahiptir. Hekim örgütlerinin ısrarla üzerinde durduğu şiddeti besleyen ilk etkenin SABİM hattı olduğu, Bakanlığın SABİM propagandası aracılığıyla hekimleri hastalara hedef gösterdiği, şikâyet etmeye teşvik ettiği söylemlerine karşın, bu sefer tersinden hastaları/hasta yakınlarını şikâyet

etmek üzere bir telefon hattı kurulmuştur. Bu minvaldeki uygulamalar şiddeti kabullenen ve şiddeti geçici çözümlerle soğutmaya çalışan terapötik ve palyatif önlemlere tekabül etmektedir. Çünkü şiddetin artışındaki iki önemli olgu Sağlıkta Dönüşüm Projesinin toplumsal çıktısı olarak karşımızda durmaktadır: Hekime erişim ve muayene sayılarının artışı.

Sağlık Bakanlığının istatistiklerine göre bir hastanın hekime başvuru sayısı 2002 yılında birinci basamak ve ikinci-üçüncü basamak toplam 3 iken bu rakam 2011 yılında 7,7'ye çıkmıştır⁸. Hekime erişim, hasta hakları paradigması içine yerleştirilmiş "hekimini seçme" söylemi ve bunu sağlayacak telefonla randevu sistemi gibi teknolojilerle bulunduğu oranda artış göstermiş; ancak söz konusu artış nitelikli sağlık hizmetinden ziyade sağlık sisteminin Taylorist örgütlenmesine dayalı band-tipi hasta bakımına dönüşmüştür. 7,7'nin karşılığı ise birinci, ikinci, üçüncü, özel ve kamu tüm kurumlarda toplam 610 milyon muayenedir⁹.

611 milyon muayene sayısının dünya ortalamasının 6,66 kat altında olan "3" dakikalık muayene süresi ile birleşmesi, acil servislerin poliklinik hizmeti ve ücretsiz ilaç reçetelendirilebilmesi için kullanılması¹⁰ sağlık hizmetinin niteliksizleşmesine, uzun kuyrukların oluşmasına ve yapısal koşulların yarattığı çilenin birikmesine neden olmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlığa erişebilmesine karşılık sağlık hakkını "anayasal" ve "sosyal devlet" yurttaşlık normları düzeyinde karşılayamaması, birikmiş toplumsal ve sınıfsal öfkenin ilk elden fiziksel yakınlık içinde bulunduğu hizmeti veren ilgili sağlık çalışanından çıkarmasına neden olmaktadır. Hekim ve hastanın karşı karşıya getirilmesi olarak adlandırılan süreç aslında siyasal popülizm uğruna hekimlerin şikayet edilmesine dayanmaktadır.

Muhallif ama Hegemonik Dil

AKP, sağlıkla ilgili yapmayı planladığı eylemlere toplumsal muhalefetten, sendikalardan ve meslek örgütlerinden itirazlar yükseldiği ölçüde, kimi zaman yürütmenin gücünü kullanarak kanun hükmünde kararnamelemler ile yargıyı devre dışı bırakmakta, kimi zaman rıza sağlama kapasitesi uyarınca itiraz eden toplumsal aktörlere karşı kendisi de "muhallif" bir söylem yürütmektedir. Hegemonik olarak formel ve informal tahakkümü de içeren bir rıza-zor özdeşliğini sağlamasına paralel "meslek hakkını" savunulara karşı savaşımında olduğunu söylersek yanlış düşünmemiş oluruz. Çünkü kamusal sağlık hizmetlerini

siyasi oy kaynağı ve/veya yabancı sermayeyi teşvik aparatı olarak kullandığı ölçüde tabandan yükselecek sesleri bastırmaya yönelik eylemlerinde ciddi bir artış yaşanmaktadır. Bandı çok az geriye sardığımızda, 31.08.2010 tarihinde (Tam Gün'ün Danıştay'a takıldığı ve 12 Eylül Referandumunun arifesinde) bir televizyon programında kullandığı Bakan Akdağ'ın "Öte yandan hastanelerimiz artık bütün vatandaşımızın hizmetinde, sadece kamuya ait hastaneler değil özel hastaneler de"¹¹ cümlesinin çoklu anlamlara sahip olduğunu fark ederiz. Bu söylemler "tuzu kuru", "hizmetli", "doktor efendi" gibi söylemlerle birleştiği oranda AKP'nin yürüttüğü "muhallif ama hegemonik"¹² dilin operasyonelleştirmesine delalet etmektedir (Yalman, 2002).

AKP, devlet aygıtının tüm kurumsallaşmış yapıları içinde mutlak parti-devlet bütünleşmesini gerçekleştirerek ve gündelik yaşamı çeşitli teknolojilerle kuşatarak toplumsal iktidarı ele geçirmiştir. Kitlelerin desteğini sağlaması boyutunda ise taşıyıcısı olduğu neoliberal siyasetin hegemonyasını tesis etmiştir. Lakin 2001 yılından itibaren, yani bir hegemonya projesinin başat aktörü olarak meydana çıkışından bu yana devletin klasik kurumsal yapısı ve buna içkin gördüğü "ceberut devlet"e karşı "muhallif" bir siyasal dil geliştirmiştir. AKP'nin 1980'nin ideolojik-pratiğini 2000'lerin başında yeniden konfigüre ettiği bu dil, toplumda büyük ölçüde mayalanmıştır. Çünkü toplum, Therborn'un ifade ettiği kapsayıcı ve kuşatıcı varoluşsal ve kurumsal ideolojiler açısından AKP ile özdeşleştirilmiş değerlere görece yatkındır. İşte AKP'nin kendisine engel teşkil ettiğini düşündüğü toplumsal gruplar için geliştirdiği muhallif ama hegemonik dil, mütemadiyen apartman katlarında olduğu gibi "alttakilerin üst katta oturanlardan şikâyetçi olmasına" yani hizmeti alanın hizmeti verenden tatminsizliğinin ve hoşnutsuzluğunun eksiksiz devamlılığını sağlama amacını gütmektedir. Hoşnutsuzluk ve tatminsizliğin siyasi iktidara sağladığı avantaj bir hizmetin sunumundaki kalıtsal çarpıklıkların yükümlülüğünden kurtulmasında saklıdır. Hasta ve hasta yakınlarının psikolojik-nevrotik rahatsızlıklara sahip olanları dışında şiddet edimlerini gerçekleştirilmesi için sağlık alanı yeterince imkân tanımaktadır. Kamusal gücün bu tip bir dili kullanmasının direkt sonuçlarından bir tanesiyse -soyut gibi görülen- hekimleri ve sağlık çalışanlarını topluma şikâyet eden "muhallif ama hegemonik" dilin, siyasal düzlemden fırlatarak maddi düzleme yani hizmet/iş sürecine yansısının şiddet vakalarının aritmetik artışı olarak cisimleşmesidir (Therborn, 2008).

Tablo 1. Türkiye'de tüm basamaklar toplam muayene sayıları

Sektör/Yıl	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Ocağı	69.103.517	79.163.271	82.153.024	105.482.440	121.101.156	146.161.943	121.441.948	123.851.458	84.629.163	(-)
Aile Hekimliği	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	45.111.103	65.716.898	108.976.049	240.298.753
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.332.915	2.380.166	3.108.694	3.034.844	2.818.945	2.781.992	2.557.787	2.378.998	2.219.534
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	3.468.145	4.162.022	5.289.858	4.593.339	5.992.171	5.841.810	5.707.593	3.831.859	944.842
Özel Poliklinikler	731.132	856.800	896.151	1.251.536	1.439.183	1.807.718	2.078.721	2.387.515	2.497.352	882.973
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	85.821.131	89.591.363	115.132.528	130.168.522	156.780.777	177.255.574	200.221.251	202.313.421	244.346.102
Özel Tıp ve Dal Merkezleri	9.824.802	11.513.512	12.042.303	16.817.890	19.339.461	24.291.760	27.933.434	32.082.953	33.788.328	29.040.707
Hastaneler	124.313.659	129.644.628	152.848.409	187.230.118	217.540.425	249.141.099	273.702.825	295.262.190	302.984.218	337.849.536
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	141.158.140	164.890.712	204.048.008	236.879.886	273.432.859	301.636.259	327.345.143	336.772.546	366.890.243
Genel Toplam	208.966.049	226.979.271	254.482.075	319.180.536	367.048.408	430.213.636	478.891.833	527.566.394	539.085.967	611.236.345

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 ve SGK İstatistik Yıllığı 2010

Tablo 2. Türkiye’de Toplam Hastane Müracaat Sayıları, Tüm Sektörler 2002-2011

Yıl	SB	Üniversite	Özel
2002	109.793.128	8.823.361	5.697.170
2003	113.849.426	9.637.593	6.157.609
2004	135.169.229	10.685.275	6.993.905
2005	164.758.149	11.493.879	10.978.090
2006	189.422.137	12.588.872	15.529.416
2007	209.630.370	15.025.079	24.485.650
2008	216.723.712	18.290.800	38.688.313
2009	228.279.139	19.364.865	47.618.186
2010	235.172.924	20.098.754	47.712.540
2011	254.342.943	24.437.107	59.069.486

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011

3. Kuramsal düzey: “Profesyonelliğin” yitimi

Hekime yönelik şiddeti besleyen diğer bir faktör hekimlik mesleğinin sermayenin birikim ihtiyaçlarına göre ekonomik ve sosyolojik olarak yeniden tanımlanması/yapılandırılmasıdır. Sadece hekimlik ile sınırlı kalmayan, mühendislik, mimarlık, akademisyenlik gibi profesyonel kategoride hizmet üretimi bağlamında değerlendirilen meslekler, diğer meslek gruplarından değişik, mesleki özerkliğe sahiptirler ve -Pierre Bourdieu’nun tabiriyle- sembolik sermaye¹³ kategorisinde yer aldıkları için bir farklılık arz etmektedirler. Bu meslekler üretimin bilgisine sahip meslek mensupları tarafından gerçekleştirilmesinden ötürü amir/müdür/patron gibi yönetici sınıfın meslek alanına ilişkin yaptırımları içinde doğrudan konumlanmazlar(di). Meslek süreci üzerinde ileride detaylandıracağımız gibi bir “otorite” sahibidirler. Sermaye birikiminin değişen gereklilikleri ve buna uygun toplumlari sui generis hegemonya projelerine göre düzenleme amaçları, kapitalizmin tüm meslek kategorilerini içdiş etmesi gibi hekimlik mesleğini de etkiledi. Marx’tan beridir hükümetlerin, sermayelerin icra komiteleri olduğu gerçeğini biliyorsak, yürütmenin hekimlik mesleği ile uğraşmasını da daha rahat kavrayabiliriz (Marx, 2008).

Marx ve de Engels, Manifesto’da, Brumaire’de ve Alman İdeolojisi’nde bir sınıf tanımlı yapmıştı. Üç farklı eserde tanımın ortaklaştığı noktalar, sömürü ve mülkiyet ilişkileri idi. Hatta Marx Kapital’de ara sınıfların ortadan kalkacağını, iki ana sınıf (burjuvazi-proletarya) kalacağını yazmıştı. Ancak güncel kapitalizmdeki sınıf kompozisyonuna baktığımızda Alman İdeolojisi eserindeki tanımın profesyonel meslekler bağlamında ilişkilendirmek mümkündür: Sınıfları kapitalist üretim biçiminde pazarın kurulmasıyla ve ulusal ekonominin ortaya çıkışıyla kimlik kazanan bir oldu

(ekonomik bir olgu) olarak; buna karşılık tabaka, kast ve benzeri terimleri sınıflardan bağımsız olmamakla birlikte ekonomi dışı unsurları da içeren bir toplumsal kategori olarak değerlendirmiştir¹⁴ (Öngen, 1996).

Profesyonelliğin sınıflı bir toplumdaki artıları, neoliberalizmin kriz eşiklerini aşmak için otoriterleşmesi bağlamında eksilere dönüşmektedir. Hekimlerin orta ve üst-orta sınıf mensupları olarak toplumsal artıktan elde ettikleri paylar hükümet tarafından kısıtlanmaya çalışıldıkça siyasi karar-alma mekanizması ile meslek grubu arasında asimetrik karakterli bir mücadelenin yaşanmasına yol açmaktadır. Sermayenin hekimlik mesleği üzerindeki tahakkümünün tıpkı sıradan bir ücretli emekçi gibi emeğin sermayeye gerçek tabiiyeti (subsumption) şeklinde gerçekleştirilmek istenmesi bu sürecin hekimler açısından kazanılmış haklar/özlük haklarının yitirilmesi ve (zihinlerini bunlarla yormalarından ötürü) psikolojik-fizyolojik deformasyonlarla sonuçlanmaktadır. Sermayenin ve hükümetin hekimlik mesleğini baskı altına almasında sadece dolaysız zor mekanizmaları etkili değildir. Meslek, tarihsel ölçekte ontolojik pozisyonunu kaybettirecek bir evreden geçmektedir. Hekimlik mesleği “proleterleştiği” oranda meslek açısından çeşitli olumsuz koşullara maruz kalmakta ve bu koşullar dolaylı olarak hasta-hekim ilişkisinin bilindik yapısını bozmakta; hastaların ve genel olarak toplumun hekim algısını değiştirmektedir; şiddet vakalarına neden olan süreci tetiklemektedir. Bunları basamaklar halinde ile açalım.

Profesyonelliğin Yitimi: Mesleki Biricikliğin ve Özerkliğin Kaybı

Hekimlik mesleğinin tarihinde tanı koymaktan tedavi sürecini yönetmeye, hastasını biyolojik sağaltımını gerçekleştirmekten mesleki (etik ve deontoloji) ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmeye kadar

hekimler bir dizi kararalma sürecinde aktif öznedirler. Ortalama 2000 yıllık meslek geçmişinde farklı üretim tarzlarında hekimler, farklı teknik kapasite ile mesleklerini değişik şekillerde icra etseler bile, hasta-hekim ilişkisi belirli kalıplara (models) uygun süregelmiştir. Ne var ki üretim tekniklerinin ve üretim ilişkilerinin değişimi, toplumsal işbölümünün yeniden düzenlenmesi sonucunda bir dizi yeni öge sağlık alanı, doğrudan hekimleri etkilemiştir¹⁵. Dünyadaki katma değer artışı, kapitalistlerin karının kısıntı şeklinde de olsa topluma akması; sınıf mücadeleleri sonucunda toplumsal sınıfların artıktan daha fazla pay talep etmeleri, bunun için çıkar grupları¹⁶ (meslek örgütü, dernek, sendika, vb) oluşturmaları bireylerin toplumsal kurumlarla kurduğu ilişkinin mahiyetinde değişikliğe yol açmıştır. Söz konusu değişikliğin dinamiklerinde çeşitli yapısal faktörler yer almaktadır. Bunu hekimlik temelinde düşündüğümüzde, refah düzeylerinin ekonomilerle olan bağlantısı sonucunda artmasının ölüm hızlarını aşağılara çekmesi-beklenen yaşam sürelerini arttırması; buna bağlı, nüfus piramidinin yaş gruplarının değişmesi; epidemik hastalıklar için bazılarının görülme sıklığının azalması, bazılarında ise tam aksine kapitalist kentleşme, ağır çalışma koşulları nedeniyle yeni hastalıkların yaygınlaşması; telekomünikasyon olanaklarının çoğalması ve internet sunucularının yaygınlaşması aracılığıyla hekimliğin icra ortamı ve hekimliğin iş süreci işletme "disiplini" ile tanımlanmıştır. Hekim yerine hizmet sağlayıcısı, hasta yerine müşteri, ilişki yerine görüşme¹⁷ (Soyer, 2009).

Tarihsel süreçte hekimlik mesleğinin sosyolojik zemini ilk önceleri Talcot Parson'ın klasik hekim-hasta ilişkisi analizleri (Parson, 1954) ile başladı diyebiliriz. Ancak Parson'un analizlerindeki hekimliğin yerleştirildiği meslek tarihçesi, Weberci argümantasyonun kapitalist sistemin mesleklere ve toplumsal ilişkilere yansımalarını kavramakta yüzeysel kalması üzerine 1960'lı yılların sonlarından (kapitalizmin 1970 krizine girmesinden önce) itibaren geçerliliğini yitirmeye başladı. Özellikle ABD'de kapitalist sağlık endüstrisinin palazlanması ve mesleğin iş sürecinde yeniden örgütlenmesi bilindik hekim-hasta ilişkisinin karakterini sorgulattı. Parson'ın sosyolojisi bazı sorulara cevap vermekte yetersiz kaldığı için yeni sorulara cevap verme girişimlerine Eliot Freidson dâhil oldu. Freidson, Parson'dan farklı olarak özellikle 1970'de yazdığı Professional Dominance: The Social Structure of Medicine adlı eserinde hekimlik mesleğinin biricikliğin mesleksi hâkimiyetten (professional dominance) kaynaklandığına dikkat çekti (Freidson, 1970).

Freidson hekimlerin diğer hizmet sektöründe çalışanlardan farklı olarak mesleki bilgilerinin sağladığı avantaj nedeniyle iş sürecinde özerkliğe sahip olduklarını söyledi. Özellikle Weber'in kapitalizmi Batı tipolojisinde değerlendiren ve Marx'ın pazar işleyişinden farklı bir kurumsallık çerçevesinde denetim ve otorite temelli sınıf analizlerinden beslenen (Weber, 1978) Freidson, iş sürecinde kontrol sağlayabilme kapasitesinin hekimlerde daha fazla olduğunu; böyle bir mesleksi hâkimiyetin meslek kültürünü de kendiliğinden getirdiğini savladı. O'na göre mesleğin teknik özelliklerinden kaynaklı iş sürecinde ve iş mekânında elde ettiği kültürel üstünlük zamanla kurumsal üstünlüğe dönüştü. Weber'in paradigmasında ilerleyen düşünür bir bilginin kompleksliğine muadil kurumsal yetkiyi de beraberinde getirdiğini belirtti (Freidson, 1970): Mesleğin hiyerarşik özelliğinin güçlendirdiği kurumsal yetki, iç işleyişine ilişkin bir dizi normları zorunlu kılar; deontoloji ve etik ilkelerin hekimlik ile iç içe olmasında bir etken de budur. Freidson'un aynı eserinde dikkat çektiği diğer bir husus, kurumsal yetkinin hekimlerin lehine işlemesinden kaynaklı özerkliğin sadece iş süreci ile sınırlı kalmadığı, hekimlerin mekânsal ölçekte kültürel sermayelerini (tababet) satabilme özgürlüğü ile farklı coğrafyalara dağılmalarının hekim sayısının eşitsiz dağılımına neden olduğu idi. Çünkü metropoller ve yaşamın kozmopolitleştiği, sermaye akışının yoğunlaştığı mekânlara yerleşen hekimler sağlık alanında ciddi sıkıntılara yol açmıştı. Freidson'un bu eleştirisi sorgulamaktan öte getirdiği eleştirinin yeni tartışmaları açması mühimdir (Soyer, 2005).

Mesleki hâkimiyetin mesleki özerkliğe imkân vermesi ile hekimlik mesleğinin klasik emek-gücü satışı işleminden farklılaşması, 1970'lerdeki kriz reçetelerine ve yapısal büyüme hedeflerine tam olarak uymuyordu. Sermayedarın satın aldığı emek-gücünün standartlaştırılmış olması ivedidir. Herhangi bir "kriz" anında (özel sektör ve özel sektör gibi işletilen kamusal) kurumun toparlanabilmesi için personeli işten çıkarması ve gerektiği durumda aynı niteliklerdeki personeli düşük ücretler karşılığında satın alması, sermayenin ilk başvurduğu "çözümdür". Bu nedenle hekimlerin mesleki özerkliğinin sağladığı durum, sağlık sermayesi için mali külfet demektir. İstihdam altında olan hekimler kadar, hekim artı-nüfusuna yani işsiz ve/veya piyasadaki genel ücret seviyesinin çok altında çalışan hekime ihtiyaç vardır. Freidson'un yürüttüğü hâkimiyet tartışmasının önemi mesleğin profesyonel kategorisinde değerlendirilirken büründüğü yeni durumu analiz etmeye yaramıştır (Soyer, 2005).

Marie Haug, Freidson'un tespitinin kapitalizm koşullarında yitimine yönelik profesyonel mesleklerin bilgi tekeli üzerindeki hâkimiyetlerini kaybedeceğini söylemiştir (Haug, 1973). Kendisinin "deprofessionalisation" olarak tanımladığı "profesyonelleşmeme" süreci, hekimlerin kamunun hizmet anlayışına bakışlarını, mesleklerinden sorumlu kamusal otoritelere olan inancı, meslek üzerindeki hâkimiyetlerini yitirileri ve hastaları üzerindeki kontrol sürecinin deformasyonunu içermektedir (Haug, 1973). Haugh'un kavramsallaştırmasında tıbbi bilgi tekeli parçalayan teknoloji ve bilişim sektöründeki ilerlemenin rolü büyüktür. Bilgisayarların yaygınlaşması, televizyonlar aracılığıyla hekimlik mesleğine ilişkin bilginin kamuoyuna servisi, toplumun refah seviyesine paralel eğitim seviyesinin yükselmesi, hastaların sağlık hizmetinin tüketicisi kimliği ile beklentilerini yukarılara çekmesi gibi bir dizi faktör hekimlerin alana ilişkin özgül bilgi tekelinin dağılmasını hızlandırdı (Haug, 1973). Tıbbi bilginin hasta tarafından anlaşılır kısımlarına algılanabilirlik (perceptibility) kazandırılması hastaların/hasta yakınlarının hekimlerle kurduğu ilişkinin doğasını dönüştürmeye başladı. Meslek bilgisinden kaynaklı hekimlerin otoritesinin sarsılması, hastaların tedavi sürecine aktif katılma arzusunu uyandırdı. Konuyla ilgili Haugh'un 1981 yılında hastalar üzerinde yaptığı araştırmada hastaların hekimlerin aldıkları karara, tanıya, reçetelere müdahil olmak istediğini tespit etti (Haug, 1988). Hastalar demokratik katılım haklarından farklı, hekimin kararalma sürecine ilişkin söz söyleme hakkını elde ettiğini düşündü. Bu düşüncüyü teknolojinin ve medyanın yapılandırması ve yönlendirmesi, hastaların tıpkı bir baskı grubu olarak işlemesine ve siyasilerin gündemine girmesine yol açtı.

1970'lerde başlayan hekimlik mesleğine ilişkin tartışmalar, emek yoğun sürecin teknolojik gelişmeye bağlı yüksek maliyetli ekipmanlarla desteklenmesiyle yeni bir boyut kazandı. Endüstriyel sağlık şirketlerinin sayısının artması ve sektördeki kartelleşme, ek olarak, kamusal sağlık sisteminin fayda-maliyet hesaplarına konu edilmesi hekimleri sermayeye tabiiyet evresine soktu. Mesleğin tümü için geçerli olmasa dahi kritik branşlar bağlamında pahalı ekipman gerektiren yapıya evrilmesi, ekipmanların kamu dışında sağlık sermayesi elinde toplanması bu branşlardaki hekimleri bağımlılık ilişkisine itti. Asimetrik işçi-işveren ilişkisinde konumlanmaya başlayan hekimler, karar-alma sürecinden uzaklaştırılarak hizmetin basit uygulayıcıları haline getirilmeye başladı (Haug, 1973). Hastane içinde durumu gözlemleyen hasta/hasta yakınlarının meslek tarihinden kaynaklı hekimliğe duyduğu itibar zedelenmeye başladı. Tıbbi bilgi tekelinin dağıtılmasının ve hekimlerin sermayeye ve sermaye politika-

larına bağımlı hale getirilmesinin sentezi, hekimleri makinenin aparatı veya müşteriye amade işçi olarak görülmesini ortaya çıkardı. Genel olarak "profesyonel bir mesleğin proleterleşmesi" olarak adlandıracağımız kapitalist iş sürecinin negatif çıktısının yol açtığı diğer bir sonuç "hünersizleştirme" (deskilling) aşaması oldu. Mesleğin tıbbi bilgi tekelinin parçalanarak hasta tarafından alımlanır forma sokulmasına ilaveten hekimleri çok yönlü (ekonomik - artık değer sağlanmasının hızlandırılması ve siyasi - seçim programlarında oy kaynağı olarak kullanılması) tahakküm altına alma çabalarında artış yaşandı¹⁸.

Toplumsal sınıf kompozisyonunda hekimlerin gerek meslekse hakimiyetten kaynaklanan gerekse işin bilgisine mutlak sahipliğinden kaynaklanan ayrıcalıklı konumları, hekimleri sermayedara emek-zaman kapasitesini satan sıradan bir "işçi"ye benzeştirdi. Durum ekonomik düzeyde tam anlamıyla öyle işlememesine karşın, ideolojik düzeyde toplumda hekimlik mesleğinin saygınlığına ilişkin algıda ve genel kabullerde ciddi bir kuşku ve sorgulamaya alan tanıdı. Hekimler hâkimiyet ve özerklik yitimi ile sıradan bir makinenin/ iş sürecinin parçasına dönüştükçe kendilerini yeni bir toplumsal ilişki yapısı içinde buldular.

Kapitalist piyasa ilişkilerinin insan ilişkilerini yönlendirmesi ve üzerlerinde kurduğu tahakküm, hekim-hasta ilişkisinin ayrıksı konumunu hizmet veren-hizmet alan ilişki formuna sokmuştur. Hekim-hasta ilişkisinin değişen veçhesi tıpkı Marx'ın "meta fetişizmi" olarak tanımladığı ilişki biçimiyle sarılmaya başlamıştır. Buna göre piyasada süren ilişki metalar arası ilişkidir; metalar birincil; metaları üreten insanlar ikincil konumdadırlar. Metalarla örülü bir dünyada metaların nasıl üretildiği, hangi koşullarda mübadele edildiği önemli değil, metaların diğer metalarla mübadelesi önemlidir. Bu çeşit ilişkilerde metalara sahip olduğundan daha fazla değer atfedilir ve meta, gizemli bir hale kavuşur (Marx, 2011). Şimdi ise hekim emeğine ayrıcalık kazandıran iki unsurdan hâkimiyet ve özerklik içdiş edildikçe hekim emek-gücü standartize edilmiş bir meta olarak, hizmet alanın karşısında özgül içeriğini kaybetmekte; ücret ilişkisi dâhilinde hizmeti alanın isteklerini karşılamakta kusursuz itaat gösterecek bir emek türüne çevrilmek istenmektedir; sermaye tarafından.

Sonuç yerine: Şiddet totolojisine düşmemek

Hekimlerin hastaların kontrolünde kar amaçlı üretim için örgütlenmelerine paralel siyasi iktidarın hizmet söylemlerinde birer figüran olarak tasvir edilmeleri son tahlilde hekimlerin mevcut kapitalist üretim ilişkilerindeki zeminlerinin kayganlaşması ile yakından

ilgilidir. Bu durum, mesleki hakimiyetin ellerinden alınması, açıktan mesleğin itibarsızlaştırılması ve özlük haklarının tasfiyesi bağlamında “güvencesizleştirilmesi” olarak yansımaktadır. Sadece ekonomik çıkarların yitiminde değil, fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyecek ölçüde hekimlerin çeşitli güvencelerden yoksun bırakılması, şuan konuştuğumuz H.Y.Ş. edimlerinin en sert katmanını oluşturmaktadır. Genel olarak toplum, özel olarak hasta/hasta yakınları tarafından hekimlerin itibarının “sorgulanır” hale gelmesi, şiddeti rahatlıkla uygulayabilecekleri bir hizmet sunucusu olarak görülmelerine yol açmaktadır. Bu tip algıların yaygınlaşması hekimlerin hasta üzerindeki kontrolünün yitirmelerinin bir sonucu olduğu gibi bir nedendir de...

İlaveten, H.Y.Ş.’in formülasyonu sırasında bir tür şiddet totolojisinden de kaçınmak gerekmektedir. Hekimlere karşı sözlü ve fiziksel şiddet edimlerinin doğrudan uygulanması ile “ima yollu” dolaylı bir forma sokularak uygulanmasının belirli bir seviyede eşitlenmesi, şiddet kavramının içini boşalttığı gibi, hasta/hasta yakınlarının her tür istemsiz davranışını da şiddet bağlamında değerlendirmeye imkan verebilir. Böylelikle şiddetin hangi durumda sağlık politikalarının çarpıklıklarından veya hangi durumda münferit - psikolojik etkenlerce kaynaklandığını ayırtırmak, buna özel çözümleyici stratejiler geliştirmek güçleşir. Bu tip totolojik şiddet kavrayışının doğuracağı başka bir sonuç, hastaların genel bir şiddet faili kategorisinde değerlendirilerek, kendilerini bu algı içinde sorgulamalarını/sorgulamalardan kaynaklı tedirginliklerini arttırmak olacaktır. Hastaların tedirginliği, bu tedirginliği işlevselleştirmeye hazır başka kesimleri besleyecektir. Marx’ın “Suçları türeten düzenin değiştirilme zorunluluğu yok mudur?” makalesinde irdelediği gibi suç, suçun faili ve suçun kaynağı arasındaki rabitanın sınıfsal karakteri her zaman cezalandırma ve hüküm mekanizmalarının önünde olmalıdır. Şiddet edimlerinde bulunan tüm hasta veya hasta yakınlarını Hegelyan mantıkla birlikte “hür iradesiyle eyleme” teması etrafında değerlendirmek yerine fail ve suçun kaynağı arasındaki itkiler serimlenmelidir. Kapitalist üretim tarzında hiçbir geçerliliği bulunmayan “kendi kendini belirleyen bir varlık”ın özgürlük yanılması, suç kavramını özgünleştirir. Burada faile “yalnızca bir nesne”, “adaletin bir kölesi” olarak bakarak “ceza suçu”nun kendi iradesinin bir sonucu sayan”, “yalnız eski “justalions”ın (kısasın), göze göz, dişe diş, kana kan’ın metafizik bir anlatımı”na karşı çıkılmalıdır (Marx, 1853). Böylelikle H.Y.Ş. edimleri ile sağlık politikaları arasındaki paralel yapısal uyumsuzluk ağları daha rahat kavranabilir.

DİPNOTLAR

1. Bu rakamlar ulusal basına yansıyan şiddet haberlerinden ve TTB’nin şiddet verilerinden derlenmiştir. Rakamların bu kadarla sınırlı kalmadığı, kanıksanması yahut bildirilmemesi nedeniyle her şiddet ediminin bildirilmediği unutulmalıdır.
2. <http://t24.com.tr/haber/siddete-en-cok-maruz-kalan-hekimler/216651>
3. http://www.meclishaber.gov.tr/develop/owa/haber_portal.aciklama?p1=123493
4. Ankara Tabip Odası, Dr. Ersin Arslan’ın Ölüm Yıldönümünde G(ö)REVDEYİZ, 16 Nisan 2013, <http://ato.org.tr/#/bilgi/basin-aciklamalari/detay/291>, (Erişim tarihi 17 Nisan 2013)
5. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim tarihi 16 Haziran 2012)
6. Medimagazin, Sağlık Bakanı ile Röportaj, 27 Ocak 2011.
7. <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html> (Erişim tarihi 16 Haziran 2012)
8. Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Bab-ı Ali Toplantıları, İstanbul, 24 Şubat 2011 ve Sağlık Bakanlığı, 2012 Mali Yılı Bütçe Sunumu, 25 Kasım 2011
9. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 ve SGK İstatistik Yıllığı 2010.
10. “2010 yılı 4 aylık veri incelendiğinde, acile başvuru sayısının başvuran kişi sayısının iki katı olduğu görülmektedir. 4 ay gibi kısa bir dönemde kişilerin tekrar tekrar acile başvurmaları, acil servislerin sağlık ocağı ya da poliklinik gibi kullanıldığına işaret etmektedir. “Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor?”, TEPAV, 2010, Erişim tarihi 16 Haziran 2012) http://www.tepav.org.tr/upload/files/12846271041.Muayene_sayısındaki_artis_anlamli_bir_erisim_artisini_mi_ifade_ediyor.pdf (Erişim tarihi 16 Haziran 2012)
11. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10854/eski2yeni.html> (Erişim tarihi 16 Haziran 2012)
12. “Muhafif ama hegemonik” kavramsallaştırması, Galip Yalman’ın, liberal-bireyci ve devletçi-kurumsal bakış açılarından Türkiye’deki siyaset ve ekonomi arasındaki ilişkinin yeteri kadar anlaşılamayacağını anlattığı şu makalesinde detaylıca işlenmektedir: “Tarihsel Bir Perspektiften Türkiye’de Devlet ve Burjuvazi: Rölativist Bir Paradigma mı Hegemonya stratejisi mi?”, Praksis.
13. Bourdieu’nun sembolik sermayesi gerçekte homojenize bir kavram değildir. Üç farklı alt sermaye kategorisinin birleşiminden oluşur: Sosyal, kültürel ve ekonomik. Toplumsal formasyonun farklı işleyişleriyle ilintili bu üç sermaye kategorisi, kişinin toplumsal üretim ilişkilerinde yer aldığı noktaya göre doğru orantılı olabileceği gibi ters orantılı da olabilir. Bkz. Pierre Bourdieu & Loic Wacquant, Düşünsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar.
14. Ayrıca Alman İdeolojisi’nde bu anlatımın orijinali için sf 40.
15. Doyal, L., Pannel, I. (1994), Political Economy of Health, London, Pluto Classic.

16. TTB, diyalektik olarak aynı zamanda bir baskı grubudur da. "Baskı grubu" (pressure groups) olarak siyasal karar alma sürecinde siyasi iktidar ve bürokrasi üzerinde çeşitli yöntem ve araçlarla doğrudan etkili olmaya ve üzerlerinde baskı kurarak bir kontrol mekanizması işletmesidir. Siyasilerin yasama ve yürütme faaliyetleri sırasında sağlık alanına ilişkin yaptığı yanlışları göstererek nitelikli bir ortamın tesisi için görüş bildirir ve kamuoyu oluşturur (Salisbury, 1975). TTB, toplum sağlığını ilgilendiren tüm konularda mesleki alana ilişkin bilgiden yanlış siyasalara karşı eleştiriler üretir ya da olumlu siyasaları destekleyerek alanın ilerlemesine katkı sunar. Biçimsel bir demokrasinin asal ve başat işleyişi bu şekilde işlemek zorundadır. Ancak 02 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı KHK ile TTB Kanunu'nun ilk maddesinde yapılan değişiklik veyahut anayasa görüşmelerine katılan Liberal Düşünce Topluluğu'nun "Türkiye'de Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşlarının Yeniden Yapılandırılmasına İlişkin Reform Önerisi"nde "önerdiği" TTB'nin kurumsal statüsündeki değişiklik ile "törpülenmesi" istemi TTB'nin salt çıkar grubu olarak kalmasını amaçlamaktadır.

17. Konunun ampirik olarak ispatı için Ata Soyer'in McKinlay'den aktardığı "Hasta-hekim ilişkisindeki değişim" araştırmasının sonuç tablosuna bakılabilir. İlaveten Ata Soyer ilgili makalesinde hekimlik mesleğini "proleterleşme tezleri" ve buna neden olan yapısal etkenler bağlamında detaylı okuyarak sürecin "nesnellğine" dikkat çekmektedir.

18. Proleterleşme tezleri Marksist sınıf analizlerinin çoğu kez Weberci analizlerle harmanlanmasına dayanır. Marx'ın tanımladığı asli sınıf parametrelerine statü ve rasyonalite gibi sınıf ilişkilerinin sonucu olan kavramlar tekrardan eklenir. Böylelikle güncel kapitalizmin yeni sınıf "katmanları" veya "tabakaları" tespit edilmeye çalışılır. Bu yazıda özel olarak proleterleşme tezleri üzerinde durmadık. Ancak bu tezler için Wright (1989) ve Poulantzas (1978)'e bakılabilir. Belirtmek gerekir ki, Eric Olin Wright'ın "çelişkili sınıf konumları" kavramsallaştırması bir kategori olarak toplumsal sınıflar arasındaki tanımlayıcı sınırları muğlaklaştırmasına karşın hekimlerin toplumsal konumunu detaylandırmada işlevsellik sağlayabilir.

Kaynaklar

- Barros PP, Braun G, Upcoding in a NHS** (2009) "Prospective payment and Health Care Provision", November 20-21, Barcelona, Spain
- Başara Ü, Cesur C, Kurt Ç** (2011), *Teşhisle İlgili Gruplar E-Kitap*, T.C.Sağlık Bakanlığı Performans Gelişimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, v1.1.0, 14 Mart
- Chulis GS.** (1991), *Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals, Medicare Review, Summer*; 48(2)
- Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology-A Technical Memorandum** (1983), Washington DC, U.S. Congress, Office of Technology Assessment, OTA-TM-H 17-July, sf 23-25
- Ellis RP, McGuire TG** (1996) *Hospital response to prospective*

payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects, Journal of Health Economics 15

Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD (1980), *Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups, Medical Care, Vol. 18, No. 2, http://www.jstor.org/stable/3764138, erişim tarihi: 16/09/2011*

Fetter RB (1991), *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance, Interfaces, Vol. 21, No. 1, Franz Edelman Award Papers, Jan. - Feb.*

Gerdtham UG, Löthgren M, Tambour M, Rehnberg C. (1999) *Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis, Health Economics, Volume 8, Issue 2, pages 151-164, March*

Goldfield N. (2010) *The Evolution of Diagnosis-Related Groups (DRGs): From Its Beginnings in Case-Mix and Resource Use Theory, to Its Implementation for Payment and Now for Its Current Utilization for Quality Within and Outside the Hospital, Quality Management Health Care /Volume 19, Issue 1, January-March*

Horn SD, Sharkey PD, Chambers AF, Horn RA (1985) *Severity of illness within DRGs: impact on prospective payment, American Journal of Public Health, October, Vol. 75, No. 10*

Hsiao WC, Sapolsky HM, Dunn DL, Weiner SL (1986), *Lessons of the New Jersey DRG payment system, Health Affairs, 5, no.2*

http://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis-related_group (erişim tarihi 19.02.2012)

<http://www.eurodrgeu/about.html>, erişim tarihi (15.03.2012)

Kahn KL, Draper D, Keeler EB, Rogers WH, Rubenstein LV, Koseoff J, Sherwood MJ, Fleinisch EJ, Carney MF, Kamberg CJ, Bentow SB, Wells KB, Allen H, Reboussin D, Roth CP, Chew C, Brook RH (1991), *The Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care for Hospitalized Medicare Patients Executive Summary, ISBN: 0-8330-1135-9*

Kominski GE, Witsberger C. (1993), *Trends in length of stay for Medicare patients: 1979-87, Health Care Financing Review, 01958631, Winter, Vol. 15, Issue 2*

Louis DZ, Braga M, Cicchetti A, Rabinowitz C, Laine C, Gonnella JS, Yuen EJ, (1999), *Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy - A Memorial to Alice Hersch - diagnosis-related groups, Health Services Research, April*

McNutt R, Tricia JJ, Richard O, Zachary R, Kimberly S, Steven M, Samuel, Brian H (2010), *Change in MS-DRG Assignment and Hospital Reimbursement as a Result of Centers for Medicare & Medicaid Changes in Payment for Hospital-Acquired Conditions: Is It Coding or Quality?, Quality Management in Health Care, Issue: Volume 19(1), January/March*

Mick SS, Morlock LL. (1990), *America's Rural Hospitals: A Selective Review of 1980s Research, The Journal of Rural Health Volume 6, Number 4, October*

Mikkola H (2003), *Hospital pricing reform in the public health care system-an empirical case study from finland, international journal of health care finance and economics, 3*

Pongpirul K, Walker DG, Rahman H, Robinson C (2011), *DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand, BMC Health Services Research, 11:290*

Qian X, Russell LB, Valiyeva E, Miller JE (2011) 'Quicker and Sicker' under Medicare's prospective payment system for hospitals: new evidence on an old issue from a national longitudinal survey, *Bulletin of Economic Research*, Volume 63, Issue 1, January

Sağlık Bakanlığı (SB) (2011a) http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/haberler/kasim_2011_rapor.pdf erişim tarihi: 13.03.2011

Sağlık Bakanlığı (SB) (2011b) http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/haberler/tig_kitap_web.pdf, erişim tarihi: 13.03.2011

Sağlık Bakanlığı (SB) (2011c) http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/icd_10_am_uygulama_oneri_raporu_son_tur.pdf erişim tarihi: 13.03.2011

Sağlık Bakanlığı (SB) (2011d) http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/db23_pricing_packages_tr.pdf, erişim tarihi: 15.03.2011

Sağlık Bakanlığı (SB) (2010) <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf> erişim tarihi: 13.03.2011

Scheller-Kreinsen D, Geissler A, Busse R (2009), *ABC of DRGs, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Winter

Simborg DW (1981) DRG creep-a new hospital acquired disease, *New England Journal Of Medicine*, Vol. 304, No. 26, 25, June

The Oxford Handbook of Health Economics (2011), Oxford University Press, ISBN: 978-0-19-923-882-8, sf 624-627

The world health report: health systems financing: the path to universal coverage (2010), ISBN 978 92 4 068480 5 (electronic version), sf 72-72

Tsaii YW, Chuang YC, Huang WF, See LC, Yang CL, Chen PF (2005) *The effect of changing reimbursement policies on quality of in-patient care, from fee-for-service to prospective payment*, *International Journal for Quality in Health Care*; Volume 17, Number 5

Vladek BC (1984) Medicare Hospital Payment by Diagnosis-Related Groups, *Annals of Internal Medicine*. 100