

“Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri

Elife KART*

Özet: Günümüz dünyasında küreselleşmenin ekonomik görünümü, çoğunlukla sağlıkta piyasalaşmayı hedefleyen programlar biçiminde ortaya çıkmaktadır. Ekonomik küreselleşmenin temel aktörleri olan şirketler, serbest piyasa koşullarına uyum sağlamak ve rekabet güçlerini korumaya çalışmak adına sağlık sektörünü önemli bir yatırım alanı olarak görmektedir. Diğer taraftan devletlerin, Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası finans kuruluşları ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası aktörlerle olan ilişkilerini, ekonomik ve siyasal bağlamda yoğunlaştırmaları, sağlık alanında “piyasalaşma”ya, “ticarileşme” ye dönük eğilimlerin artmasına neden olmaktadır. Devletlerin makro ekonomik uygulamalarla ve yapısal düzenleme programlarıyla olan ilişkisi, sağlık sektörünü, serbest piyasa dinamiklerine açık hale getirmektedir. Sağlık sektörünün neoliberal iktisadi yaklaşımlar temelinde biçimlendirilme çabalarını ortaya koyan bu durum, Türkiye’deki sağlık politikalarını da etkisi altına almaktadır.

Bu çalışmada, Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” sürecinin ekonomik ve politik bağlamı, makro ekonomik uygulamalarla bütünlüklü ilişkisi içerisinde, devletin kendine özgü ekonomik, siyasal ve sosyal politikaları çerçevesinde tartışılmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni ekonomik rasyonaliteyle uyumlu uygulamaların, sağlık hizmetlerini sunan hekimlerin çalışma koşullarını da, piyasa mantığı temelinde yeniden nasıl şekillendirdiğinin analizi yapılmaktadır. Bunun için, hekimlerle yapılan “derinlemesine görüşme tekniği” ile sağlanan veriler kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Performansa Göre Ek Ödeme, Rekabet, İş Barışı, Hizmet Kalitesi

The Impacts Of Performance-Based Salary System As An Extension Of Health Care Reforms On Physicians

Abstract: The economic outlook of globalization in today’s world appears as programs mostly aiming to gain a marketplace in health care. Companies which are principal actors of economic globalization regard health sector as an essential field of investment to adapt to free

* Yrd.Doç.Dr. Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat fakültesi, Sosyoloji Bölümü

market conditions and conserve their competitiveness. On the other hand, governments’ enhancing relationships in economic and political context with such international financial institutions as World Bank, IMF and international actors like World Health Organization (WHO) cause tendencies facing marketplace and commercialization in health care to increase. The relationship of governments with macroeconomic practices and structural adjustment programs make health sector open to free market dynamics. This situation which presents the efforts to form health sector on the basis of neoliberal economic approaches takes hold of the health care policies in Turkey, as well.

In this study, economic and political context of “healthcare reforms” in Turkey within its complete relationship with macroeconomic practices is discussed on the basis of government’s unique economic, political and social policies. Further, it is analyzed how practices compatible with new economic rationality in presentation of health services rearrange physicians’ working conditions on the basis of free market mentality. Hence, data gained from in-depth interviews with physicians are used.

Key Words: Healthcare Reform, Performance-Based Additional Payment System, Competition, Service Quality, Peace at Work

Giriş

Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” adı altında yapılan uygulamalar, kamu sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısında ve çalışma ortamında dikkate değer niteliksel değişimlere yol açmaktadır. Neoliberal küreselleşme sağlık alanını büyük oranda etkileyen dinamik bir unsur olarak dikkat çekmektedir. Sağlıkta piyasalaşma eğilimlerinin giderek artırılması, hekimlerin çalışma koşullarını da piyasalaşma süreçleri temelinde yeniden dönüştürmektedir. Söz konusu dönüşüm sürecinin etkileri, “sağlıkta dönüşüm” programı ve bunun önemli bir boyutu olan “performansa göre ek ödeme” uygulamaları biçiminde belirginleşmektedir. Bu durum, “hekim-hekimlik” ve “hasta” olgularını da eski tanımlama ve konumlandırılma formlarından koparmaktadır.

Bu çalışma, “ticarileşen” ve “piyasalaşan” sağlık alanının, Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” ve bunun önemli bir boyutu olan “performans” uygulaması ile yaratılan yeni çalışma ortamını, “hekimler” boyutundaki etkileri ile ele almayı amaçlamaktadır. Bunun için, öncelikle, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinin ekonomik ve politik bağlamı sorgulanmaktadır. Sağlıkta piyasalaşma eğilimlerinin somut bir göstergesi olarak, performansa dayalı ek ödeme uygulamasının, hekimlerin çalışma ortamı üzerindeki dönüştürücü etkileri; “hekimlerin değişen çalışma koşulları”, “hekimlerin özerklik sorunu” ve “hekimlerin kendilerini

tanımlama ve algılama biçimlerinde değişen boyutlar”ı gibi, temel temalar bağlamında incelenmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme, “hekim”i, “hasta”yı ve “hekimlik” mesleğini derinden ve farklı boyutlarda etkilemektedir. Çalışmada, performans uygulamasının hekimler üzerindeki etkisi incelenirken, küreselleşme sürecinin üretim ve pazar yapılarını dönüştüren yapısı ve küreselleşmenin bir ideolojisi olarak neo-liberalizmin yükselişi bağlamında, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinin sorgulanmasına kadar birçok faktörün etkileri de dikkate alınmaktadır. Bu çerçevede, Türkiye’de, farklı bölgelerde (Karaman, İzmir, Konya, Antalya, Ankara, Denizli, Van, Aydın, Samsun kentleri) birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimler örneğinde, Ağustos 2012- Ocak 2013 yılları arasında, yirmi hekimle, yüz yüze yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler kullanılmaktadır. Hekimlerin çalışma ortamlarında, performans uygulamasına yükledikleri anlamlar, bu uygulamanın çalışma koşullarında yol açtığı dönüşümler ve yaşama geçirilen uygulamalar dolayısıyla ortaya çıkan, “rekabet”, “hizmet kalitesi”, “hasta memnuniyeti”, “değişen hekim ve hasta ilişkisi”, “etik” ve oluşturulan “güvensizlik” ortamı, gibi alt temalar sağlıkta piyasalaşma dinamikleri temelinde analiz edilmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Sürecinin Ekonomik ve Politik Bağlamı

Sağlıkta dönüşüm programı altında gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar ve söz konusu reformların gerekliliğine duyulan ihtiyaç, genellikle sağlık alanında yaşanan finansal sorunlar temelinde açıklanmaktadır. “Genel olarak devletlerin küresel ekonomik koşullar ve finansal problemlerle baş etmeye çalıştığı bir ortamda sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta güçlük çekmeleri şeklinde tanımlanan kriz, aslında sağlık alanında hızla yükselen maliyetlerle ilişkilendirilmektedir” (Ağartan, 2011:37). Krize yapılan bu vurgu, söz konusu uygulamaların, makro ekonomik yapılanmalarla ilişkisine işaret etmektedir. Hedeflenen programlar, sağlık alanında yaşanan krizlere çözüm üretme temelinde gerekçelendirilmektedir. Ancak, söz konusu politikaların, yeni ekonomik rasyonalitenin aktörleri olan, Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi ulusötesi organizasyonların etkilerinin belirleyiciliği ve neoliberal ekonomik politikalarla uyumlu yapılandırılması bağlamında gelişmektedir. “Sağlık konusunda artarak devam eden bir küresel işbirliği söz konusudur. Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere, sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslar arası kurumlar, bu kapsamda sayılmakta ve Türkiye’de bu kurumların çalışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir” (Altay, 2007:41). Bunun yanında, konuya ilişkin dikkate alınması gereken önemli diğer bir husus ise, sağlık alanında yaşama geçirilen programların, her devletin kendine için ekonomik, siyasal ve sosyal yapısı, sorunsallıkları ve farklılıkları

temelinde yapılandırıldığı gerçeğidir. Aynı devletin farklı birimlerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterebilmektedir (Akdur,1998:1; Akdur, 1999b:47).

Türkiye açısından sürece bakıldığında, özellikle 1960–1980 arası dönemin, sağlığın kamusal karakterinin artması boyutunda dikkat çektiği görülür. Bunun temelinde, dönemin siyasal özelliği ve buna paralel olarak sağlık örgütlenmesinde meydana gelen değişimlerin yanında, çıkarılan sosyalizasyon yasası ve sağlık ocaklarının yurt çapına yayılması şeklindeki etkenler yatmaktadır. Ancak 1980 ve sonrası uygulamalar, bu etkenlerin karşısında yer alan uygulamalara sahne olmuştur. 1981 yılında sağlıkta teşvik uygulamasının başlatılıp kamu fonlarının özel sektöre aktarılması sağlanarak sağlığın piyasalaştırılması dönemi resmen başlatılmıştır (Yılmaz, 2008: 4). Özellikle IMF ve Dünya Bankası’ndan gelen baskılarla, 1980’li yılların sonlarına doğru ve 1990’ların başında ülkenin içine girdiği ekonomik krizle başa çıkabilmek ve iç ve dış borçlarını ödeyebilmek için bütçe harcamalarında önemli oranda kısıntıya gidilmiştir. Sağlık hizmetlerini oldukça olumsuz etkileyen bu süreç, devletin, sağlık hizmeti verme görevini aşamalı olarak özel sağlık şirketlerine devretmeye başlaması biçiminde gelişme göstermiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseleceği ve toplumun daha geniş kesimlerinin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabileceği şeklinde açıklanmış (Aydınoğlu, 2008b: 10) olsa da, sürecin 1980 sonrası Türkiye ekonomisinin dış dünya ile bütünleşme süreçlerini kapsayan dönüşümlerle ön plana çıktığı görülmektedir.

Anayasa’da meydana getirilen değişikliklerle de, söz konusu dönüşümlerin uygulama zeminleri yaratılmıştır. “Devletin sosyal bir devlet olma niteliği değiştirilmiş, insan haklarına dayalı devlet kavramı terk edilerek onun yerine, insan haklarına saygılı devlet tanımı getirilmiştir. Bunun bir ürünü olarak da sağlık hizmetleri, bir devlet görevi olmaktan çıkarılarak devlet tarafından düzenlenen hizmetler niteliğine kavuşturulmuştur” (Akdur,1999a:21; Soysal,1997:127). Devletin işlevindeki bu değişim, Türkiye ekonomisinin dışa açılma süreciyle bağlantılı olarak, 1980-1983 döneminde uygulamaya konan, mal ve hizmetler ticaretinin serbestleştirilmesine ve ulusal fiyat sisteminin giderek dünya fiyatlarına yakınlaştırılmasına yönelik bir “yapısal uyum reform programı” olan 24 Ocak Kararları ve 1989 yılında yayımlanan 32 sayılı kararname stratejileriyle pekiştirilmiştir. 24 Ocak Kararları ile ulusal ekonominin birikim ve kaynaklarının dağıtım mekanizmalarında, pazar fiyatları temel belirleyici unsur olmuş, diğer taraftan da dünya pazarlarıyla eklemlenmeyi sağlamaya ve mal ve hizmet ihracatını arttırmaya yönelik, devletin yoğun desteği ile sürdürülen dışa açılma stratejisi geliştirilmiştir (Yeldan, 2000:243). “24 Ocak kararlarının temeldeki tek hedefi, neoliberalizme yeterince geniş oyun alanı sunmayan ulusal mevzuatı, “uyumlu” hale getirmek” (Aydınoğlu,2008a:6) olmuştur. 32 Sayılı Karar ise, dış dünya ile Türkiye arasındaki sermaye hareketlerinin serbest bırakılmasına (Boratav, 2005:196) yönelik hedefleri kapsamaktadır. Türkiye ekonomisinin, 1990’lı yıllara, bütünüyle dışa açık bir ekonomi konumunda girmesi (Yeldan, 2001:25) ise, küresel sermayenin, mali

politikalarını uygulama alanını yaratma ve yeni yapılanma sürecinin koşullarını oluşturmada etkili olmuştur. Aslında bu koşulların temelini inildiğinde, Türkiye’de sağlık politikalarını ortaya koyan önemli bir yasal düzenlemenin varlığı dikkat çekmektedir. Bu, 1987’de kabul edilen 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile sağlık sektörünün açık pazar ekonomisine uyumlu hale getirilmesine ilişkin yasadır. Yasada, genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımları tanımlanmış, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sağlayacak düzenlemeleri içermiştir (Pala, 2007a: 64). Düzenlemeler, kamu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilerek piyasaya açılmasının ve devletin bu alandan çekilmeye başlamasının hukuki dayanaklarını ortaya koymaktadır. Bunun yanında, Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) anlaşmaları ile vergiler, ulusal mal piyasaları, hizmetleri ve yatırımları koruyan nicel kısıtlamalar, giderek azalmıştır (Scharpf ve Schmidt, 2000:3). Söz konusu düzenlemelerin temelinde, Dünya Ticaret Örgütü, WTO, hizmet sektörünü ve bu sektörlerle ilişkin düzenlemeleri içeren GATS (Pollock ve Price, 2000: 1995) ve uluslararası finans kuruluşlarının, devletler üzerindeki baskıları yatmaktadır. Bu baskılar, tıpkı “Dünya Ticaret Örgütü” ya da “Hizmet Ticareti Genel Anlaşması”nın geri planında da olduğu gibi, çok uluslu hizmet şirketlerinden gelmektedir” (Aydınoglu, 2008a:10). Örneğin, konuyla ilişkisi bakımından, Türkiye’de 1990’ların ortalarından, 2000’li yılların başlarında yaşanan ağır finansal krizlere bakıldığında, krizlerin IMF programları tarafından yönetilmiş olması dikkat çekicidir. Aynı zamanda, bu durum, “özelleştirme” sürecine hız kazandırmış ve Türkiye ekonomisinin yönetiminde IMF ve Dünya Bankası’nın rolünü belirleyici kılmıştır (Boratav, 2005:197-198). Türkiye açısından yaşanan bu gelişmeler, sağlıkta dönüşüm sürecinin ekonomik ve politik bağlamını da belirlemektedir. Söz konusu süreci anlamak, bağlamın, hangi sorunsallıklar temelinde ve sorunsallıkların nasıl gerekçelendirildiği noktasında bir tartışmayı da başlatmaktadır. Bu bağlamda, özellikle devletin sağlıkta dönüşüm politikalarında gerçekleştirdiği icraatlara bakmak, konunun ekonomik ve politik bağlamına ilişkin önemli bilgilere ulaşmayı sağlamaktadır. Örneğin, Türkiye’nin “Ulusal Sağlık Politika”sını oluşturmak amacıyla düzenlenen “Ulusal Sağlık Kongresi”nin ardından Sağlık Bakanlığınca 1993’de “Ulusal Sağlık Politikası” başlığı altında yayınlanan çalışma¹, süreci anlamlandırabilmek bakımından önemli bilgiler ortaya koymaktadır.

Çalışmada, “2000 yılına kadar sağlık hizmetlerinde desantralize (merkezsizleştirmek ya da merkezden yetki dağıtmak anlamında) sağlık yönetim sisteminin kurulması” hedeflenmekte ve bunun için “Sağlık Bakanlığının politika belirleyen ve denetleyen bir yapıya kavuşturulması...” ve “...2000 yılından önce güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurulacağı...” belirtilmektedir. Yine aynı

¹ Bkz. Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Mart 1993.

çalışmada, saptanan ilkeler doğrultusunda, “...Temel sağlık hizmeti veren birimlerin uniform (tek tıp) hale getirileceği...” ve “kırsal alanda sağlık-evi, sağlık ocağı yapıları sürerken kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimi sistemi oluşturulacağı...”na ilişkin hedefler ortaya konulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında hastanelerle ilgili sorunlar ve hedeflerle ilgili kısımda; “2000 yılında uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sisteminin kurulmuş olacağı” belirtilmektedir. Bunun için “hastane yönetiminin çağdaş yönetim anlayışı çerçevesinde oluşturulması, yönetim fonksiyonlarının bizzat hastane yönetimine verilmesi, hastane işlerinde verimliliğin esas alınması ve hastane hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerine entegre edilmesi”, “işletmesi verimsiz olan hastanelerin kapatılması” gerektiği ifade edilmiş, bütün sayılanlar ışığında “hastanelerin desantralize sistem ile çalıştırılacağı, hastane yönetimi için ihtiyaç duyulacak insan gücü yetiştirileceği, hastane çalışanlarının katkıları oranında ücretlendirilecekleri, bu stratejiler doğrultusunda hastanelerin 1993 yılı sonuna kadar özerkleştirilip pilot uygulamaya geçileceği” belirtilmiştir. Aynı zamanda, “sağlık çalışanlarının ürettikleri hizmetin gerçek bedelini almaları ve bunun için sağlıkta insan gücünün mesleki-demokratik örgütlenmesinin sağlanmasının” gereği vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı konusunda ise, “Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulması ve finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması” amaçlanmaktadır.

Ortaya konulan söz konusu hedefler ve süreç içerisinde uygulamaya dönüştürülen programlar, konunun farklı boyutlarına yönelik olarak ortaya çıkan sorunlar temelinde çeşitli tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Örneğin, “aile hekimliği” uygulaması, “Birinci basamağın özelleştirilmesi, liberalizasyonu” (Yılmaz,2008:5), anlamında, sağlıkta “özelleştirme” ilişkisi bağlamında tartışma konusu olabilmektedir. Söz konusu uygulama ve “Türkiye’de sağlık sektöründe, özellikle kamu örgütlerinin son yirmi yıldaki temel bir özelliği olarak, sürekli bir reform arayışı içinde olma” (Özdemir vd., 2003:207), niteliği dikkate alındığında ve özellikle politikaların üretildiği tarihlere bakıldığında, sürecin yeni ekonominin mantığıyla ilişkisi ortaya çıkmaktadır. Benzer biçimde, söz konusu bağlantıyı, sermayenin yaşadığı kriz ve kendini yeniden üretme süreci ve araçlarıyla ilişkilendirmek mümkündür. Sermayenin, “1970’lerde yaşadığı kriz ve daralma, siyasal, sosyal ve ekonomik yönden tüm çevre kapitalist ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de ciddi sonuçlara yol açmıştır. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonunun dayattıkları yapısal uyum programlarının uygulanmaya konması, devleti sosyal niteliklerinden ve sorumluluklarından arındırmayı hedeflemiştir. Devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi ve özelleştirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi, bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumunu ve hekimlik ortamını, diğer yandan üniversiteleri derinden etkilemiştir” (Aksu,2008:10). Sistemin önemli reform alanlarını oluşturan “özelleştirme” süreci (Özkal, 2002:46), sağlık harcamaları için yeterli kaynakların bulunamaması, kamu

sektörünün sunduğu sağlık hizmetinin giderek pahalılaşması, birinci basamak sağlık kurumları olan sağlık ocaklarında verilmesi beklenen temel sağlık hizmetlerinin de son derece yetersiz olması ve sağlık hizmetlerinin düzenli olarak işleyebilmesini sağlayacak birinci basamak ile ikinci basamak (hastaneler) arasındaki sevk zincirinin oluşturulamaması (Özkal,2002:48), biçiminde, çeşitli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. “1980’de başlayan, 1990’larda hızlanan ve 2000’li yıllarda önemli bir mesafe kat etmiş olan sağlıkta özelleştirme” (Yılmaz,2008:5), temelde serbest piyasa için gerekli ekonomik ve politik koşulların üretilmesini sağlayan bir anlayışı hakim kılmaktadır. Bu çerçevede, önce hastanelerin “özerkleştirilmesi” ve sonrasında “özelleştirilmesi” planlanarak, finansmanda kamu sigortası aracılığı ile özel sigortacılığa geçişin alt yapısını oluşturan hedefler belirlenmiştir (Akdur, 1999a:22). Ancak, sağlık alanında uygulamaya dönük hedefler beraberinde, bu alanda “sürekli var olan karmaşa ve belirsizlik” (Özdemir vd., 2003:209) ortamını da güçlendirmektedir. Özellikle, 2002 sonrası dönemlerdeki uygulamalar, söz konusu karmaşa ve belirsizliklerin daha da derinleşmesine neden olmaktadır.

2002 sonrası süreçte ise, sağlıkta dönüşüm programının amacı² sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması biçiminde ortaya konulmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının, insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, ve hizmette rekabet ilkeleri çerçevesinde belirtilen amaçlara ulaştığı belirtilmektedir. Ancak burada “sağlık sektöründe dönüşüm” sürecinin ekonomik ve politik bağlamı ve bu bağlamın, makro ekonomik yapılanmayla ilişkisi, özellikle, “desantralizasyon” ve “hizmette rekabet” ilkelerinin altını çizme gereğini ortaya koymaktadır. Desantralizasyon ilkesi ile kurumlarda, yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali açıdan, özerk işletmelerin, hızlı karar mekanizmalarına sahip olacağı ve kaynakları daha verimli kullanabilecekleri vurgulanmaktadır. Hizmette rekabet ilkesi ile sağlık hizmet sunumu, belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışması sağlanacak ve böylelikle sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Aslında bütün bu ilke ve hedefler, sağlığın piyasalaştırılmasına doğru bir eğilimi ortaya koymaktadır. Bu eğilim, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulan programın³ hedeflerinde de görülmektedir. “Burada sekiz tema etrafında dönüşümü hedefleyen programın, özellikle “İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri (Akdağ,2008a:21) bilgisi, sağlığın piyasalaştırılmasına ilişkin önemli bir vurgu taşımaktadır.

²Sağlıkta dönüşüm programının tüm ilkelerini, programın genel çerçevesini, bileşenlerini ve uygulama sürecinin ayrıntılı açıklaması için bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık 2003, 3-39.

³Bkz. Recep Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Alma Ata’nın 30.Yılı Hatırası, Kasım 2002-2008, T.C Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008a.

Aynı programın içerisinde, “performansa dayalı ek ödeme uygulaması” konusu da yer almaktadır. “Performansa dayalı ek ödeme”, personele hizmete katkısı oranında yapılan ödemenin yanında, personelin verimliliğini ve motivasyonunu arttıran ve kendi içinde farklı dinamikleri barındıran bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Bu uygulama ile kamuda çalışan ve sağlık hizmeti sunan personelin gerek çalışma şartlarının iyileştirilmesi, gerekse sağlık hizmeti sunumundaki performansı karşılığı ücret ödenmesi yoluyla verimli ve etkili hizmet sunumunun hedeflendiği belirtilmiştir. Kurumsal düzeyde performans ölçümüyle, sağlık hizmetinde kalitenin, verimliliğin ve hasta memnuniyetinin artırılmasının hedeflendiği ve bireysel performansa olan etkisi nedeniyle tüm personelin kaliteli hizmete katılımının sağlandığı (Akdağ, 2008a: 149-151) vurgulanmaktadır. Konuyla ilişkisi bakımından benzer hususları ortaya koyan diğer bir çalışma ise, 5018 sayılı kanun ile getirilen stratejik yönetim ve stratejik planlama anlayışı çerçevesinde, 2009-2013 yıllarını kapsayan, “Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı”dır. Planda yer alan amaçlar ve onları tamamlayan hedefler, Sağlık Bakanlığının, beş yıl boyunca yapacağı yatırımların ve yürüteceği etkinliklerin temelini oluşturmaktadır. “2009-2013 Stratejik Planı” içerisinde yer alan, “sağlıkta performans yönetimi ve kaliteyi geliştirme” başlığı altında amaç; “sağlık hizmetlerinin performansını ve kalitesini artırmak, hesap verebilirlik, şeffaflık, hizmete erişimde eşitlik, etkinlik ve verimlilik sağlamak” (Akdağ, 2008b: 112-113) biçiminde ortaya konulmaktadır. Ortaya konulan hedefler izlendiğinde, hedef programlarının, var olan koşulları iyileştirmeye yönelik bir söylem çerçevesinde biçimlendirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ancak programların makro düzeyde ekonomik yapılanmalarla ilişkisi, devletin sermaye lehine hizmetler alanındaki işlevlerinin giderek daraltılması, sağlıkla ilgili rolünün de sınırlandırılması biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bu durum, sağlık alanındaki mevcut sorunları, daha da belirsiz ve çözümsüz kılmaya doğru sürüklemektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Dönüşüm Sürecinin Bir Boyutu Olarak Sağlıkta Performansa Dayalı Ek Ödemenin Hekimler Üzerindeki Etkileri

Günümüzde, dünyada ve Türkiye’de, sağlık hizmetleri en önemli reform alanlarından birisini oluşturmaktadır. Geçtiğimiz on yılda, özellikle Afrika’da bulunan en fakir ülkeler, kötüleşen ekonomi ile mücadele ederken, sağlık hizmetlerinde de kısıtlamalara gitmişlerdir. Bazı hükümetler bunu yavaş yavaş biçimlendirerek iç ve dış baskılara karşılık vermeyi tercih ederken, bazıları ise, farklı açılardan sağlık sistemlerinde büyük reformlar yapmışlardır (Gilson ve Mills,1995:215). Sağlıkın piyasalaştırılmasına yönelik eğilimleri içeren reformlar, büyük oranda, performansa göre ücretlendirme uygulaması biçiminde kendisini göstermektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın önemli bir boyutu olarak karşımıza çıkan performansa göre ücretlendirme sisteminin, hekimlerin çalışma ortamı üzerinde ne

tür etkiler yarattığını saptamak amacıyla, Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde görev yapan hekimler üzerinde bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamı, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan hekimlerden oluşmaktadır. Çalışmada, “Derinlemesine Görüşme Tekniği” kullanılmaktadır. İncelenen konunun içeriğine uygun olarak saptanan temalar çerçevesinde, Türkiye’de, farklı bölgelerde, birinci (Aile Hekimliği), ikinci (Devlet Hastaneleri) ve üçüncü (Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) basamakta sağlık hizmeti veren hekimler örneğinde, yirmi hekimle, yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiş ve yorumlama aşamasında tüm görüşmelerdeki veriler kullanılmıştır.

Çalışmada, günümüzün ekonomik rasyonalitesi temelinde, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinin ekonomik ve politik bağlamı içerisinde, performansa göre ücretlendirme uygulamasının hekimler üzerindeki etkileri araştırılmaktadır. Araştırmanın örneklem grubu da, bu çerçevede oluşturulmuştur. Görüşmeler, etkileşimin doğal akışı içinde gerçekleşmiş, sorular, görüşmenin kendi doğal akışı içerisinde şekillenmiştir. “Derinlemesine görüşme tekniği” ile toplanan veriler, saptanan temalar çerçevesinde düzenlenmiş ve araştırmanın yönergesi şu şekilde oluşturulmuştur:

*Hekimlerin değişen çalışma ortamı

*Hekimlerin özerklik sorunu

*Hekimlerin kendilerini algılama ve tanımlama biçimlerinde değişen boyutlar

Hekimlerin Değişen Çalışma Ortamı

Dünya genelinde birçok ülkede sağlık hizmetleri ve finansmanı sağlayan kurumlar, muhtelif fakat birbiriyle çatışan baskıları karşılayabilmek için reforme edilmektedir. Devletlerin kendi kendilerine ulusal politikalarını belirleme ve biçimlendirme güçleri, uluslararası ekonominin artan rekabeti yoluyla önemli derecede sınırlandırılmakta ve azaltılmaktadır (Navarro, 1998: 742). Ulusal ekonomilerin, mali kriz ve iç borcu (ulusal borç) karşılayabilmek için yapısal düzenlemelere gitmeleri, devletin işlevlerinin daralmasına yol açmaktadır. Ayrıca, sağlık sistemleri üzerinde, sağlık ihtiyaçlarının artması ve teknolojinin daha maliyetli hale gelmesinden kaynaklı büyüyen bir baskı da söz konusudur. Bütün bu birbiriyle çatışan kuvvetler, küreselleşme bağlamında bir araya gelmektedir. Küreselleşme; demokrasinin yayılması, piyasa güçlerinin egemenliği, ulusal ekonomilerin dünya piyasalarına entegre olması, üretim sistemleri ve emek piyasalarının dönüşümü, teknolojik değişimin yayılması, fakat daha da önemlisi, medya devrimi kanalıyla ulusların birbirleriyle ilişkili ve birbirine bağımlı olmalarının arttığı bir süreçtir. Ancak, sağlık ve hastalığın kendine özgü doğası ve sağlık hizmetlerinin karşılanmasına yön veren değerler, sağlık reformu sürecinin eşitlik, etkinlik, kalite ve sürdürülebilirliğine yönelik uygun bir teoriye olan ihtiyacı (Angel ve Block, 1997:188) gündeme getirmektedir. Fakat küresel sermayenin “kar” güdümlü ve eşitlikçi olmayan doğası, devletlerin içinde buldukları ekonomik ve politik

sorunsallıkları daha da çözümsüz kılabilmekte ve daha büyük finansal ve siyasal istikrarsızlıkların kaynağı olabilmektedir.

Dünya genelinde sağlık alanında gerçekleştirilen reformlar, neo-liberal, piyasa odaklı ve yeni sağ yaklaşımlar ile oluşan ideolojik hegemonyadan çok fazla etkilenmiştir. Özel sektörün teşviki, yerel yapının değişimi ve piyasanın rekabet, pazar, ademi merkezizetçilik ve yeni özendirmeler aracılığıyla işleyişi, kamu sektöründeki kısıtlamalar ve sağlık bakımının finansmanındaki değişimler (özellikle vergi temelli bir sistemden kullanıcı ücretleri ve sigorta sistemleri gibi daha bireyselleştirilmiş olana geçişle) bu ideolojik dönüşümün temel parametrelerini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, sağlık sektörünün mevcut hali, reformların bu kapsamlı ideolojik yönlendirmesine rağmen, ifade edilmiş ve uygulanış tarzı açısından ülkeden ülkeye bir hayli değişiklik göstermektedir (Collins vd.,1999:76). Söz konusu dönüşümün etkileri, Türkiye’de sağlık alanında, “2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmış olan, “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” (Akdağ, 2006: 7), biçiminde karşımıza çıkmaktadır. “Performansın ücretlere yansıtılmasının, günümüzde çalışanların iş motivasyonunda ve “örgütlerin başarısında” büyük rol oynadığı ve yönetim bilimciler tarafından yaygın kabul gördüğü” (Akdağ, 2006:7) şeklinde söylemleştirilen söz konusu uygulamalar, sonuçları bakımından, birçok yeni sorunlar ve yeni çatışma koşulları üretmektedir. Görüşmeye katılan hekimlerin aşağıdaki ifadeleri sözü edilen sorunlara çarpıcı biçimde ışık tutmaktadır:

“...Sağlıkta dönüşüm kavramından sağlıktaki kamu ağırlığının ve merkezi kontrolün azaltılması ve özelleştirilmesini anlıyorum... Performans uygulaması bazı hekim ve sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmede istekli ve yeterli olmadıkları gerekçesiyle verimli çalışmayı teşvik etme saviyla getirilmiş bir uygulamadır. Bu fikir kulağa hoş gelse de bir takım adaletsizlikleri ve ciddi şekilde kötüye kullanımları beraberinde getirmiştir...”**G10** “...Birçok hekim daha çok hasta bakmak, yatırmak ve ameliyat etmek istiyor. Dolayısıyla bir işyeri malını satmak için nasıl bazı çabalara girerse hekimler de yanlış çabalara girebiliyorlar...”**G19** “...Yaptıkları politikalar iyi olmadı. Aile hekimliği sistemi de çok iyi olmadı. Hekimler arasında şuan çok büyük bir fark oluştu. Birinci basamakta çalışan aile hekimi ve pratisyen hekimlerle 2. ve 3. Basamakta çalışan uzman hekimler ve asistanlar arasında çok ciddi ücret farkları oluştu... Bence %99 hekimin bu durumdan memnun kalmadığından eminim...”**G8**

“Sağlıkta Dönüşüm” çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılan hedefler, sadece “hekimler”i değil, hastaların “teşhis ve tedavi” süreçlerini de olumsuz etkilemektedir. Anlatılardan, söz konusu uygulamanın olumlu boyutlarına ilişkin verilere de rastlanmaktadır. Ancak olumlu olarak değerlendirilebilecek “hekimde daha çok çalışma isteği” yaratmak gibi bir durum bile, çalışma ortamında, hekimler arasında “birbirinin hastasını çalma”, “hastayı müşteri gibi görme” gibi, olumsuz sonuçlara dönüşebilmektedir. Uygulamanın, hekimler arasında “rekabet” ortamını oluşturması, hekimler arasında ücret farklarını derinleştirmektedir. Bütün bu

unsurların karşılıklı etkileşimi sonucunda, “iş barışının bozulması”, “kalitenin giderek düşmesi”, “tüketimin artması”, “hastanın aşırı ya da gereksiz tedavi alması” ve “etik” olmayan davranışların sıklıkla görülmesi biçiminde olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

“...Performans sistemi sayesinde sağlık sektöründen halkın hizmet alımı kolaylaştırılmıştır. Bu sistem iyi performans yapan hekimlerle bunu başaramayan hekimler ayırımını getirmiştir...”**G1**, “...Olumlu tarafı eski hekimlerin çalışmayan hekimlerin daha fazla çalışması sağlandı... Ancak birbirinin hastasını çalma, hastanın aklını çelme çok var...”**G5**, “...Bazı hekimlerin çalışma isteğinde bir artma oldu. Ancak burada daha çok hastaya hizmet etme ya da toplumu sağlıklı kılma çabası şeklinde değil. Daha çok hasta bakıp reçete yazıp performans puanı toplama yönünde bir istekten söz ediyorum... Hekimin gözünde, hastayı müşteri, meslektaşını da rakip esnaf algısına büründürüyor...”**G10**

Sağlıkta Dönüşüm” çerçevesinde; “...Hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, alt yapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanmış olması...” (Akdağ, 2006: 6-7) gibi hedefler öngörülmekte, “hizmet kalitesi”nin ön plana çıkarılması amacı vurgulanmaktadır. Ancak, performansın yarattığı içsel ve dışsal baskı, hekimler arasında “rekabet”i daha da yoğunlaştıran bir stratejiye dönüşmekte ve hekimleri kendi mesleki ve etik sorumluluklarından uzaklaştırmaktadır. Bunu hekimlerin, performanslarını düşürmemek için, birbirlerinin işini ve aldığı ücretleri gözetlemek zorunda bırakılmalarından da anlamak mümkündür:

“...Hekimlerin kendi aralarında bir rekabet ortamı oldu. İnsanlar birbirlerinin yaptığı işlemleri ve ürettiği puanları takip eder oldu. Birilerinin aldığı paralar birilerini mutsuz etti. Performansın iş kalitesini artırdığını düşünmüyorum... Ancak yaptığım puanlı işlemleri kaydetmek ve belli bir puana ulaşmak gibi bir kaygı duymaya başladım...”**G4**, “...3. basamakta uzman doktor olarak 10 yıldır çalışıyorum... Puanaj yöntemi var. Herkes birbirinin puanını gözlüyor. Olmayacak puanlar giriliyor. Herkes birbirinin kuyusunu kazıyor gibi. Ne kadar çok puan yazarsam o kadar çok döner sermaye alacağım mantığı var. Şişirme Puanlar var... Herkes ne yapabilirim. Puanımı nasıl arttırabilirim derdinde... Hekimler arasında rekabet çok arttı. İşin kalitesi düştü. Bence hasta açısından dezavantaj oldu. Daha önceden hastaya 10 dakika ayıracakken şimdi bir dakikada bakıp gönderebiliyorsun. Sonuçta bir puanı var onun. 10 dakikada baksan da bir dakikada baksan da puanı aynı. Hastalar farkında değil...”**G14**

“Performans”, serbest piyasa koşullarında, çalışandan en üst düzeyde “kar” elde etmede bir strateji olarak uygulanan “esneklik” ilkesinin sağlık alanına uygulanması biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin, “ücretlerini artık kaç hasta baktıklarına, kaç reçete yazdıklarına, kaç operasyon, kaç sevk yaptıklarına göre almaları” (Sönmez, 2011: 92), hekimler üzerinde “esneklik” ilkesi ile yeni bir kontrol biçiminin yaratıldığını göstermektedir:

“Performans uygulaması hekimleri olumsuz yönde etkiledi. Yapılan her türlü işlem puanlandırıldı... Herhangi hastayı tezgâh başında parça başına göre çalışan endüstri sektörü gibi görmek kötü... Sağlık sektöründe 3 iş yaptın 3 köfte demek mantığı olamaz...”**G3**, “...23 yıldır 3. basamakta çalışıyorum. İş ortamında huzur bozuldu. Hastane çalışanları arasında rekabet arttı. Eskiden herkes kendi işi ile uğraşırdı şimdi başkasının yaptığı iş ve aldığı ücretle ilgileniyor...”**G17**, “...Puanlar nedeniyle klinikler arası ilişkiler kötü etkilendi... Hasta sayısı arttı kalite düştü...”**G18**

“...Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi... (Akdağ,2006:7), “verimlik ve kalite”yi artırmanın bir aracı olarak gösterilmektedir. Hastalar ve hastaneler açısından olumlu olarak görülebilecek bazı dönüşümlerin gerçekleştirilmesini sağlamış olmakla birlikte, “yapılan her işin puanlandırılması”, hekimlik mesleğini insancıl ve etik değerlerden uzaklaştırmakta ve aynı zamanda gereksiz tetkik ve ilaç yazma davranışını da arttırmaktadır:

“...Hastaların polikliniklerin önündeki yığılmaları ortadan kalktı. Herkes, her gün poliklinik yapmak durumunda kaldı. Bu hastalar için iyi gibi görünüyor. Ancak performans uğruna gereksiz tetkik hastaya şirin görünme adına gereksiz ilaç yazma hastanın her istediği tıbben çok uygun olmasa da yapılıyor. Günlük hasta bakma potansiyelinin üstünde hasta bakmalar çok arttı... Çalışma koşulları hastaneler malzeme ve iyileştirme bakımından tabii ki daha modern cihazlarla donatıldı...”**G2**, “...Çok adaletsiz oldu. Puanlama sistemi çok hatalı. Dolayısıyla doğru dürüst çalışmayan biri gece gündüz çalışandan daha fazla performans yapıp çok daha fazla para alabiliyor...”**G19**

Aynı zamanda, performans uygulaması, hekimler arasındaki kolektif ilişkiyi parçalamakta, hekimleri kendi içinde bireysel kılmakta ve iş ilişkisini rekabete açmaktadır:

“...Performans sistemi öyle bir hale geldi ki hasta bakmaya çok çabalamayan hekimler para için çok hasta bakmaya başladılar... Dolmuşçular gibi olduk. Dolmuşçular müşteri toplamak için nasıl bağırıyorsa biz de öyle olduk. Hekim İşte gel buraya gel gibi bana gel gibi söylüyor. Kendini satışa sunuyor gibi. Çok çirkin bir ortam oluşuyor...”**G8**, “...Hastaların her hastaneye gidebilecekleri sıkça kullanılan bir argüman, bu olumlu gibi görünse de sevk sistemini ortadan kaldırmakta, ayrıca hastaların muayene başına ücret ödedikleri unutulmamalıdır, yani vatandaşlar sosyal sigorta primlerini ödemelerine rağmen hem muayeneye hem ilaçlara para ödemektedir...”**G10**, “...3.basamakta 40 yıldır çalışıyorum... Yapılan işlemlerde kaliteye de bakılıyormuş gibi görünse de yapılan işlem sayısı ön planda tutulmaktadır... Rekabet daha az yorularak daha çok performans elde etmeye doğru gitmiştir...”**G11**, “...Hekimler arasındaki ilişkileri de olumsuz etkiledi... Sen çok hasta baktın... Bana neden bu kadar az hasta yazıldı... Amaçlananın aksine, rekabet kaliteyi arttırmak yönünde değil de, sayı olarak çok hasta bakıp döner

sermayeyi artırmak yönünde çalıştı...”**G12**, “...Hastalar müşteri oldu bizlerde birer hastane çalışanı olduk...”**G14**, “...Hastaneler şirkete dönüştü...”**G16**

Sağlığın ticarileşen boyutuna ilişkin verilerin saptandığı anlatılardan, yeni ekonomik rasyonalitenin, sağlık üzerindeki iktisadi etkilerini görmek mümkündür. Söz konusu etki, hekimlerin, “bir yaşam hakkı” olan sağlık hizmetleri üzerinde, hekimlik yapma kaygısını ortadan kaldıran veya ikinci plana iten, odaklanmaları gereken tıbbi problemlere onları yabancılaştıran sonuçlar yaratmakta, bu durum, ameliyat, poliklinik hizmetlerinde, tetkik ve laboratuvar istemlerinde, reçete yazma ve ilaç tercihlerinde gereksiz tüketimin artmasına yol açmaktadır.

“...Gereksiz tetkikler gereksiz müdahaleler arttı. Hastalar artık ben muayene olmak istemiyorum hormonlarıma baktırmaya geldim diyebiliyor. Hastayla bunun gereksizliğini tartışmaktansa iki tıkla tetkiki ver eline gitsin diyorsun. Çünkü bunun gibi bir sürü hasta geliyor yoksa akşama kadar tüketiyorsun... Ancak dâhili branşlarda çok gereksiz tetkikler isteniyor...”**G2**

Uygulamaya konulan performans uygulamalarının en temel sonuçlarından birisi, “ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur” (Elbek ve Adaş, 2009:39). Uygulamaların, bir hekim “ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok hastaya müdahale, ameliyat yaparsa, sistemin onu o oranda çok ödüllendirmesi” (Elbek ve Adaş, 2009:39), biçimindeki işleyişi, gereksiz tüketimin artmasına yol açmaktadır. Gereksiz sağlık hizmeti istemleri yaratmak, yani, ameliyat, poliklinik hizmetlerinde, tetkik ve laboratuvar istemlerinde, reçete yazma ve ilaç tüketimini arttırmak gibi, ihtiyaç duyulmayan sağlık hizmetinin yaratılması, piyasa mantığının “kar”ı maksimize etme kuralını tıbbi alana taşımaktadır. Böylece, “hekimlik etiği” ve “hastanın sağlığı” açısından olumsuz bir tablo ortaya çıkmaktadır.

“...Performans uygulamalarıyla birlikte, gereksiz ameliyatlara yapılmaya başlandı. Yapılmayan işlemleri yapılmış gibi gösterme var...”**G7**, “...30 yıldır 3. basamakta çalışıyorum... İşin kalitesi düştü hasta sayısı arttı... Fiziki tetkik ve ameliyat arttı...”**G18**, “...Uygulamanın tüm hekimler tarafından benimsendiğini düşünmüyorum. Performans kaliteyi ölçmüyor. Kriterlerin değişmesi gerekir. Çok hasta bakıyorsun ama kaliteli bakılmıyor. Performansla iş hasta memnuniyeti değil müşteri memnuniyeti olmaya başladı. Performans öncesi süreci de hatırlıyorum. Sadece hekimlik yapıyorduk. Performans diye bir amacımız yoktu. Önceliğimiz hastalığı tedavi etme idi. Koruyucu sağlık hizmetleri ön planda geliyordu. İşin kalitesi düştü... Hasta müşteri konumuna düşürüldü...”**G9**

Sağlıkta dönüşüm altında gerçekleştirilen uygulamalar, sağlığın ticarileşmesine yönelik çok çeşitli etkileşim ve bağımlılık biçimleriyle karşımıza çıkmaktadır. Bu durum sağlık alanında, oluşturulan “istikrarsızlık” ve “güvensizlik” ortamı ile hekimi, hekimlik mesleğinin gerekleri ile puanını yüksek tutma kaygısı temelinde şekillenen verimlilik ölçütlerini gerçekleştirme zorunluluğu arasında ikileme düşürmektedir. Hekimin, içinde yer aldığı bu “çelişkili” durum hastalar

açısından, başta, “gerek olmayan müdahalelere maruz kalmak” gibi, farklı türden birçok soruna yol açabilmektedir:

“...Bu uygulama ile hasta sayısında artışlar oldu ancak hastaya verilen hizmet kalitesinde artışların olduğunu söylemek çok zor...”**G11**, “...3. Basamakta 12 yıldır çalışıyorum. Sağlık alanında yapılan reformlarla çalışma daha adaletsiz oldu... Bu doktorlar arasında gerginlik yaratıyor. Gerginliğin temelinde eşit ücret alınmaması var... Kliniklerde uygulamada ciddi farklılıklar var. Çok para kazanmak uğruna doktorların gereksiz hastaya müdahaleleri var. ...Doktorlar arasında rekabet var. Eskiden rekabet yoktu ve koşullar eşitti...”**G5**, “...Rekabet çok... Doğru olmayan iş çok...”**G7**

Türkiye’de, sözü edilen politikaların mimarı olan Akdağ’ın konuyla ilgili bakış açısı uygulamaları olumlama yönünde olmakla birlikte, sürecin işleyişindeki bazı problemleri örtük olarak da olsa ortaya koymaktadır: Sağlık alanında yaşama geçirilen uygulamalar ile; “...Artık birçok uzman hekimimiz muayenehanelerini kapatarak kamu hastanesinde tam zamanlı çalışmayı tercih etmektedir... Hastanelerin devri, SSK ve Yeşil Kart uygulamalarındaki yenilikler sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmış ve talebi doğal olarak artırmıştır. Mevcut hekimlerin aktif olarak çalıştığı sürelerin artması, bu talep artışını karşılamış, daha fazla hastaya rağmen hastaların muayene süresi uzamıştır. Hatta birçok hastanemizde doktor seçme hakkı uygulaması başlamıştır. Hastalara daha fazla değer verilir ve fazla vakit ayrılır olmuş; daha fazla hastaya hizmet verebilmek için ortalama hasta yatış süreleri kısalmış, böylece birim hasta maliyeti düşmüştür” (Akdağ,2006:8-9) biçiminde ortaya konulan iddialar, hedeflendiğinin aksine, hekimler üzerinde farklı türden kontrol ve denetim mekanizmalarının geliştirilmesine yol açmaktadır. Hekim ile hasta arasındaki ilişkilerin yapısını dönüştüren bu uygulamalar, hastaların sağlığını tehdit edebilecek durumlara yol açabilmektedir:

“...Akşamları hafta sonraları da acil olmayan hizmetler verilmeye başlandı...”**G19**, “...2. basamakta görev yapmaktayım. Yaklaşık 25 yıldır çalışıyorum. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi ve halkın bütünüünün hastanelerden hizmet alabilir duruma gelmesi Sağlıkta Dönüşüm Sisteminin olumlu yönüdür... Ancak bu uygulamalarla hekime ve ilaca kolay ulaşabilen hasta aşırı tedavi edilme tehlikesi ile karşı karşıya kalmıştır. Ameliyat endikasyonları genişlemiş hatta çoğu zaman, deyim yerindeyse uçuk hale gelebilmiştir. Bu durum karmaşık ve komplikasyonlara açık hastalığı bulunanlar için ise tam tersine tedavi olamama (Bu vakaya bulaşırsam hakkımda şikâyet olur ve soruşturma açılır endişesi ile bir üst basamağa sevk eğilimi) tehlikesini de ortaya çıkarmaktadır. Bence hasta için her iki durum da olumsuzdur ve işin kötüsü hasta bunun farkında değildir...”**G1**

Sağlıkta dönüşüm süreci bağlamında yapılan uygulamalar “...Kamu hastaneleri daha kaliteli ve daha verimli hizmet vermesi gerektiğini öğrenmiştir... Hastane çalışanları, âdeta kurumun ortakları hâline gelme bilincini kazanmış; yapılanları sorgulamaya, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları

benimsemeye, destek vermeye ve bu alanlarda gönüllü görev almaya başlamıştır. Kurumsal performansın sağlanabilmesi için sağlık müdürlüklerince düzenli denetimler başlamış; bu denetimler bizzat hastane yöneticileri tarafından talep edilir olmuştur. Buna bağlı olarak hastanelerimiz, fiziki yapılarını iyileştirme çabası içine girmiştir...”(Akdağ, 2006:9-10) şeklinde açıklanmaktadır. Ancak, söz konusu uygulamaların geri planında gözlenebilen birtakım uygulamalar, hasta açısından olumsuzluklar içermektedir:

“...Hastaneler fiziksel açıdan araç edevat açısından iyileştirildi. Bu anlamda iyi şeyler yapıldı. Başvurular kayda girme o açıdan iyi bir yere gelindi ama hastalar açısından çok iyi şeyler olmadı bence...” **G14**

Ancak aşağıdaki anlatımdan da izleneceği gibi, sağlık sektörü, şirket ve ticari menfaatlerin tahakkümünün belirleyici olduğu bir alana dönüştürülmekte, bir çalışan olarak hekim de, özel sektördeki bir çalışan gibi, kurumun politikalarıyla bütünleşmeye zorlanmaktadır. Hekimlerin giderek “küralsızlık” içeren çalışma koşullarına doğru itildiğini gösteren bu durum, hastalar açısından, “kaliteli tedavi olabileme ortamını” ortadan kaldırmaktadır:

“...Randevuyu sıkıştırın diyorlar bize. Hastanelerin yöneticileri fazla hasta almamızı istiyorlar... Sırf performanstan dolayı döner sermaye artsın diye... Başhekimler çok hasta alın diyor. Hekimin aslında bir günde efektif gerçekten kendini vererek ne kadar hasta bakabileceğinin ötesinde bir doktor günde ne kadar çok hasta bakarsa hastanemize o kadar para girer mantığıyla bakılıyor... Bu arada hastayı hiç düşünmeden günde 100 hasta bakan bir hekim ne kadar iyi tedavi verebilecek. Yani çok kaliteli bir sağlık sistemi yok. Çok iyi tedavi edici bir ortam oluşamadı. Hekim çok yoruluyor bu anlamda... Baktığı hastaya da zaten çok kaliteli bakmıyor. Ne kadar hasta bakarsam cebime o kadar para girer mantığı var sadece. Bunu herkes için söyleyiyorum...”**G8**

Benzer biçimde, verilerden, hasta başına ayrılan “muayene süresinin uzamadığı” ve hekimin yaşadığı zaman baskısından dolayı, “kaliteli” olarak hastaya bakılmadığı noktasında önemli bilgilere ulaşılmaktadır:

“...Çalışma saatlerimiz çok arttı. 16 saat çalıştığımız oluyor bu da hata payını arttırıyor... Mutsuz oluyorsun. Saatler arttıkça performansınız düşüyor yanılma payınız artıyor...”**G5**, “...3 basamakta 18 yıldır çalışıyorum... Hasta yoğunluğu fazla ise hastaya zaman ayırma konusunda sıkıntılar oluyor. Hastaya iyi bakılmıyor... Zaman baskısı performansla geldi. Bu da işin kalitesini düşürüyor. Hekim zaman baskısı yaşıyor. Hastaya yeteri kadar zaman ayıramıyor...”**G6**, “...Hastalar istediği kadar muayene olabiliyor ama istediği sağlık hizmetini alabiliyor mu? burası şüpheli... Fazla ücret elde etmenin yolu fazla işlem yapmaktan geçtiği için çok performans elde etmek isteyen meslektaşlarımız kendi gücünü zorlayarak daha çok çalışıyor aslında buna karşı elde ettiği para çok fazla değişmiyor pasta aynı... Aşırı çalışma hizmetin kalitesini düşürüyor hastaya daha az zaman ayrılıyor hata yapma oranı artıyor...”**G11**

Bir kontrol biçimi ve bir baskı aracı olarak “performans” uygulaması, hekimin hastasına verdiği, insancıl ve etik temelli “değer” kavramının içeriğini, hastanın bir “kar” nesnesi olarak görüldüğü ve buna göre davranış biçiminin belirlendiği bir içeriğe doğru dönüştürmektedir. “Bakılan hasta sayısı”nın önemli hale getirilmesi, kaliteyi düşürdüğü gibi, hastanın bir “müşteri” gibi algılanmasına da yol açmaktadır. Hekimlerin ve hastaların içine girdikleri bu durum, özel şirketlerin işgücü piyasasını, kendi “kar” ve “verimlilik” politikaları doğrultusunda şekillendirme süreçlerini hatırlatmaktadır. “Bakılan hasta sayısı”nın önem kazanması, hekimin hem kendisi, hem de çalıştığı kurum için istenilen verimlilik ölçütlerini karşılamak zorunda bırakılma eğilimlerini gündeme getirmektedir. Bu eğilim, bütün görüşmeciler tarafından benzer biçimlerde ifade edilmektedir:

“...Şu anda doktorlar üzerinde performans baskısı çok. Hekimler üzerinde en olumsuz etkiyi yaratan şey performans. Kaç hasta baktın önemli. Nasıl baktın yok... Rakam önemli... Müşteriden şikâyet yoksa önemli değil. Yönetimdekiler bununla ilgileniyor. Kimse verimliliği kaliteyi sorgulamıyor...”**G9**, “...İkinci basamaktayım... Bir hastaya uzun süre ayırıp inceleyen bakan doktor değil de işte üç dakika bakıp işi aceleye getiren doktor iyi doktor oldu...”**G13**, “...Çok hasta baktığımız için kalite düştü... Hasta ile diyalog azaldı...”**G17**

“Performans”, karlılığı artırıcı bir parametre, hekimlerin çalışma ortamı üzerinde yeni bir kontrol biçimi ve bir çalışma stratejisi olarak, hekimi, yeni ekonominin rasyonelitesiyle bütünleşmeye zorlamaktadır:

“...Hekimler arasında performans uygulamasını benimseyen olduğunu düşünmüyorum... Herkes şikâyetçi. Çok para kazanan da şikâyetçi. Çünkü çok para için çok hasta bakıp gereksiz ameliyatlar yapıyor... Hasta müşteri gibi... Eskiden gerekli tedavi yapılıyordu. Şimdi gereksiz ilaçlar yazılıyor hasta istiyor diye...”**G5**, “...2.Basamakta 19 yıldır çalışıyorum. Performans sistemi hem kamu ve hem özel hastaneleri için doğru bir sistem değildir. Sağlık parayla ölçülmemelidir. Performans objektif bir uygulama değil... Hekimin kendi puanını oluşturması adil değil. Bazı branşlar çok avantajlı bazı branşlar talihsiz... Standart döner sermayemiz vardı. Ne kadar çok hasta bakarsan o kadar kazanırsın oldu. Ne kadar hasta o kadar para. Hasta para gibi görünmeye başlandı. Hastanın faydasına olmadı. Hasta çok kaliteli tedavi alamıyor...”**G7**

Hasta sayısının çokluğuna, bakılan hasta sayısına, yapılan hasta takibine göre, hekimin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları arasında rekabetin koşullarını üretmektedir. Anlatılar, performans uygulamasının hekimler tarafından benimsenmediğini ortaya koymaktadır. Ancak, bir hekimin, çok sayıda hasta muayene etme kaygısı duyması ya da gereksiz tetkik ve ameliyat yapma davranışını artırması, performansın, hekimler üzerinde sürekli kaygı durumu üreten bir mekanizmaya dönüştüğünü göstermektedir. İş organizasyonundaki bu dönüşüm, hastaya ayrılması gereken zamandan daha az bir zamanın kullanılmasına neden olduğu gibi, zamanın etkin kullanımı önünde de engel oluşturmaktadır. Aynı zamanda, hastaya uygulanan

gereksiz tetkik ve ilaç yazımı da hastayı, tüketimin yaygınlaştırılması noktasında araçsallaştırmakta, yanlış ve gerçekçi olmayan teşhis ve tedavi uygulamalarını da arttırmaktadır:

“...Bu uygulamalarla iş kalitesizleşti. En çok kaygımız hastayı memnun edemezsek başhekime ve sağlık bakanlığına savunma vermek. Hasta ben memnun değilim, ilacım yazılmadı dediğinde savunma isteniyor bizden. Bizde savunma vermemek için hastanın istediğini yapıyoruz... Eskiden hastaya sadece işimi doğru yapayım diye odaklanırdım. Tedavi edip iyileştireyim diye uğraşırdım. Şimdi, açıkçası hiç açık nokta bırakmayayım hasta şikâyet etmesin sorun çıkmasın diye bakıyorum. Uygun tedaviyi yine yapmaya çalışırken daha fazla gerginliklerde artmaktadır...”**G5**, “...Hasta geliyor sapaşğlam ama ısrarla ben serum istiyorum diyor. Bu insanı çok yoruyor. Üzerimizdeki baskılardan dolayı da hastanın gönülsün diye ona zarar vermeyecek bir uygulama yapıyorum. Hasta kendisine zarar verecek uygulamalarda da bazen ısrar ediyor ama ona hayır yani... Basının ajitasyonu çok...” **G13**, “...Hasta memnuniyeti hasta hakları her zaman için korunması gereken ön planda tutulması gereken bir konudur. Ancak hasta memnuniyeti olayı o kadar abartılarak insanlara öyle bir empoze ediliyor ki... Muayene süreci dramatize edildi. Evet hiçbir hastayı geri çeviremiyorsunuz. Örneğin her hastaya ambulans çıkarmak gibi bir lüksümüz yok maalesef. Belli sayıda ambulansın ve belli sayıda personelin varsa buna uygun bir şekilde hareket etmek zorundayız. Ama tutup da sen hiçbir hastayı reddedemezsin denildiği zaman diğer taraftan gerçekten ihtiyacı olan insana ambulansı yönlendirmede sorunlar çıkıyor. Ölümcül sorunlar ortaya çıkabiliyor...”**G15**, “... Hasta sayısı önemli oldu... İşin kalitesi çok düştü...” **G16**

“...Sistemin teşvik ettiği hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların ağırlığını arttırmış ve hizmetlerde kalite arayışını gündeme taşımıştır...”(Akdağ,2006:10), biçimindeki ifadelerle performans uygulamaları gerekçelendirilmesine karşın, anlatıcıların ifadelerinden, kamu sağlık hizmetlerinde dillendirilen “hasta odaklı yaklaşım”ın, uygulamada yerini, “müşteri odaklı” bir anlayışa bıraktığı görülmektedir. İş yoğunluğunun arttığı ancak, hizmetlerde kalitenin azaldığı bilgisi, bütün görüşmecilerin anlatımlarında benzer içeriklerle ortaya konulmaktadır. Özellikle, çalışma standartlarının, bireyselliğin ön plana çıktığı müşteri odaklılığa yönelmesi, çalışmanın özel sektöre ilişkin unsurlarla benzerliğini ortaya koymaktadır. “Hekim”, “hasta” ve “hekimlik” mesleğinin, piyasanın belirlediği “rekabet” “bireyselleştirme” ve “esneklik” ilkeleri üzerinden biçimlenmesi yeni ekonomik görünümün belirgin özellikleri olarak dikkat çekmektedir:

“...İkinci basamakta görev yapmaktayım. 98’den bu yana çalışıyorum. Ben performans uygulamasının hekimler tarafından benimsendiğini düşünmüyorum. Performans uygulamasının sağlıkta özelleştirme için getirildiğini, özelleştirmenin bir basamağı olduğunu düşünüyorum. Bir çeşit rekabet ortamının yaratılması için getirildiğini düşünüyorum... Performansa göre ek ödeme alıyoruz. Bu ek ödemeler

bizim emekliliğimize yansıyan ek ödemeler değil...” **G15**, “... Standart bir döner sermayemiz vardı. Bir müddet sonra performansa dönüştü... Performans şunu getirdi. Hekim artık hastasına faydalı olmak yerine çok para kazanmak derdinde. Ne kadar çok hasta o kadar para. Hastayı böyle dolar gibi, para gibi görmeye başladı...”**G8**

“Hastanın sayısal bir değer olarak” algılandığı ve hekimin hem kendi hem de diğer hekimlerin puan artışını sürekli gözetten bir konuma düşürülmesi, “kamu alanı” giderek neoliberal pazar ekonomisinin çalışma rejimi koşulları tarafından biçimlendirildiğini göstermektedir. Doktor bir yandan tıbbi gereklilikler bir yandan iktisadi gereklilikler arasında sürekli bir ikilem hali yaşamakta, bu ikilemde, kendisine zarar geleceğini düşünen her canlının yaptığı gibi, yaratacağı sonuçlar açısından kendisine daha az zarar vereceğini düşündüğü iktisadi gereklilikleri tercih etmektedir:

“...Kendi adıma hata sayısını, girişim sayısını, topladığım puanı ya da diğer mesai arkadaşlarımla puanlarını takip etmekten rahatsızım... Ama bu hesaplamaları yapmazsanız performans sistemi size kötü sürprizler yapabilir ay sonunda. Oysa bizim tek işimiz tek derdimiz hastalar ve onların sağlığı olmalı...”**G10**, “...Performansla birlikte çok etik olmayan durumlarla karşılaşmaya başladık. Rekabet ortamından dolayı hastaya bakış açımızda değişmeye başladı. Ticari bir süreç içerisine girdik. Hasta eşittir para gibi görülmeye başlandı. Muayene ettiği hasta sayısı ve yaptığı muameleye göre ücretlendirme şeklinde bir performans var. Bu hekimler arasında etik olmayan şeylerin gelişmesine neden oluyor...”**G15**

Ücret politikalarının performans temelinde belirlenmesi; sağlık hizmetlerinin sunumunun giderek ticarileştirilmesine ve mesleki uygulamalarda etik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. “Çağlar boyunca hekimliğe yüklenen insancıl değerler hızla erozyona uğramaktadır. Sağlık hizmetlerinin işleyişine pazar dinamikleri girmiş, ekip ruhu, dayanışma, birlikte iş üretme çabaları yerini daha fazla performans üzerinden daha fazla para kazanma kaygısına bırakmıştır”(Aksu, 2008:15). Bu durum, uluslararası rekabet ve neoliberal pazar ekonomileri ile ortaya çıkan ekonomideki yapısal değişimlerin, sağlık sektörü üzerindeki dönüştürücü etkilerini göstermektedir. Sağlık sektörünün, küresel sermaye için önemli bir yatırım alanı olarak görülmesi, sermayenin kendini üretme çabalarına katkıda bulunurken, hekimler üzerinde de, “performans” gibi, yeni kontrol araçlarının uygulanmasına ilişkin pratikleri gündeme getirmektedir. Hekimler açısından bu politik ve ekonomik biçimlenişin deneyimlenmesi, hekimin, “bilimsel”, “etik” ve “insancıl” değerlerini ve ilişki örüntülerini içeren alanlarını ekonomik iktidara dönüştürdüğü, kendi bireysel çıkarlarını iyileştirmek için harcanan bir çabaya dönüştürmektedir:

“...Yapmadığı işi yapmış gibi yapmış gösteren doktorlarda var...”**G5**, “...Şimdide hasta kapkaçı oluştu... Trajik komik gülünç...”**G7**, “...Eskiden hasta herhangi bir doktorun değildi, kliniğin hastasıydı. Şimdi durum değişti. Eskiden o hastayı hepimiz sahiplenirdik ve hastalığın tedavisinde yanılma payı da düşerdi... Doktorlarda birbirinin rakibi oldular. Yakın ilişkiler bile bozuluyor. Neden onun

performansı yüksek neden benim düşük tartışmaları başlıyor...”**G5**, “...Eskiden bir hastanın durumuyla ilgili başka bir hekimin fikrini sorabilirdiniz ya da tedavi konusunda paylaşımda bulunurdunuz. Şimdi sorduğunda, hekim kendi performansını düşündüğü için paylaşmıyor. Tedavi üzerinde bir fikir alış veriş yok. Çünkü performans rekabeti getirdi. Herkes birbirinin rakibi... Abi kardeş ilişkisi bitti...”**G9**, “...İcap nöbeti (ıcap etmesi durumunda hastaneye hastayı görmek için gitmek) ücreti üzerinde bile ki cüzi rakamdan bahsediyorum hekimler arasında hiç de etik olmayan konuşmalar geçiyor. Performans sistemi ile rekabetçi bir anlayış geliştiği için hekimlerin önceliği puan oldu. Ben bu kadar puan yaptım. Sen ne kadar yaptın gibi şeyler...”**G20**

“...Sağlık çalışanlarını motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmasının zorunluluğu...”, performans yönetiminde bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütlerini gündeme getirmektedir. “...Bunlar; hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak (hasta memnuniyeti), daha iyi bir sağlık düzeyi elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında tanımlanmış normları yerine getirmek gibi ölçütlerden oluşmaktadır...” (Akdağ, 2011:249). Ancak ilerleyen süreç içerisinde, sözü edilen amaçların, uygulamada oldukça farklı bir içeriğe büründüğü görülmektedir. “Hekim kimlik”ini ve “hekimlik” mesleğini sorunlu hale getiren bu durum, çalışma ortamını, hekimler ve hastalar açısından “güvensiz” ve “risk”li bir ortama dönüştürmektedir. Özellikle basın tarafından hasta hakları konusunda yapılan yanlış yönlendirmeler, hekim, hasta ve hekimler arasındaki ilişki ağlarını “kar” merkezli etkileşimin hâkim olduğu bir ortama dönüştürmektedir:

“...Biz işimizi yapmaya çalışıyoruz. Bu meslek ancak severek yapılır yapılmalı. İnsan hayatı gerçekten birinci sırada gelir bizim için. Hekimlik mesleğinin tabii ki maddi boyutu önemli, ancak manevi boyutu çok daha ön planda olan bir iştir. Benim için de birçok meslektaşım içinde öyledir. Ama karşınızda performans gibi bir dayatma var. İster istemez hastaya bakarken performans tarafını düşünmek zorunda kalıyorsunuz... Oturup tıbbi bir konuda kendinizi geliştirmeye çalışmıyorsunuz. Performans işin kalitesini de hastayla iletişimin kalitesini de düşürdü. Hekimler ister istemez haklı haksız ticari kaygılara düştüler...” **G15**

Buna karşın, “Strateji Haritası”nda (2011) performans uygulaması, “...Bu ek kazancın işletmede zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılmasını temin ettiğini gözledik... Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili hizmetleri değil, asistan eğitimi ile bilimsel çalışma ve yayınları da performans ölçütleri olarak kabul ettik. Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmaları teşvik ettik...”(Akdağ 2011:250) biçiminde olumlanarak açıklanmaktadır. Ancak doktorların anlatımlardan elde edilen veriler, sağlığın, ekonomik rasyonalite güdümlü bir alana dönüştürüldüğünü ve bu alan içerisinde hekimlerin de verimlilik koşullarını gerçekleştirme zorunluluğuyla karşı karşıya bırakıldığını göstermektedir. “Hekim”,

“hasta” ve “hekimlik” açısından, iddia edildiği gibi, “iyileştirme” ve “kalite”yi hedefleyen programların, uygulamada niceliksel bir görünüme kavuştuğu anlaşılmaktadır. Eğitim ortamını da etkileyen bu durum, “eğitim ortam”ının etkin verimliliğini ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca, aşırı yoğunluk veya hastanın keyfi davranışları veya talepleri gibi, hasta-doktor arasındaki iletişimin olumlu gelişmesinin engelleyen faktörler doktor ve doktor adayı öğrencilerin mesleki motivasyonunu olumsuz etkilemekte, dahası sağlık çalışanlarının (özellikle ruhsal) sağlığını tehdit etmektedir:

“...Asistanlar hasta yoğunluğundan hocalarının derslerine giremiyorlar, girmek istedikleri ultrasonlara, endoskopilere giremiyorlar. Çünkü hasta çok yığılmış oluyor ve asistanlara sürekli uyarı geliyor hasta bekliyor diye. Bu, asistanların eğitimini de aksatıyor. Sürekli hasta bakıyoruz... Hastaların çoğu da 3. Basamakla ilgisi olmayan hastalar ve biz hastaya bakıyoruz. Hocalarda yorgun ve gerginler. Hastaların saygısızca tavırları gerçekten sinirsel bozukluk stres ortamı oluşturduğu için hocalarında şevki kırılıyor. Hoca da derse girmek istemiyor ya da giriyor anlatmıyor. Hekimler lanet olsun bu mesleğe noktasına geldi...”**G8**, “...Öğrenciler iyi eğitim alamıyorlar. Her yerde üniversite açıldı ama eğitim yok. Pratisyen hekim oluyor geliyor acilde çalışmaya o kadar yanlış şeyler yapıyorlar ki...”**G14**, “...Bilimsel olarak bir şeyler okumak istiyorum bana zaman kalmıyor. Eğitim kaliteli değil. Senden performans istiyor ama gerçekten bu alanda yeterli donanımın var mı diye kontrol etmiyorlar...”**G16**, “...Birçok öğretim üyesi ayrıldı. Hem hasta hem öğrenciler için kötü bir sonuç...”**G19**

Yine, mevcut uygulamaların olumlu yanlarının vurgulandığı çalışmada (2011), “...2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranının %11 iken, bu uygulamalarla birlikte oranın %93’e ulaştığı...” belirtilmektedir. “...Vatandaşa ayrılan muayene süreleri arttığı ve bir üst kuruma sevk oranlarının makul seviyelere indiği...” vurgulanmakta, “...sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengelerinin hassasiyetle takip edilir hale geldiği” ve “halk arasında “bıçak parası” diye bilinen yanlış uygulama ile mücadelenin kolaylaştığına (Akdağ, 2011:250-251) ilişkin açıklamalar yapılmaktadır. “Bıçak parası” diye bilinen yanlış uygulamanın ortadan kaldırılması, sürecin olumlu bir boyutu olarak değerlendirilmektedir:

“...Performans uygulamasının bir olumlu tarafı da şu olmuştur daha önce sistemin kanayan yarası olan bıçak parası gibi hekimle hastayı parasal olarak karşı karşıya getiren olay birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında ortadan kaldırılmıştır. Ancak bu olay adını duyurmuş ve alanında yetkin olan (çoğu kariyer yapmış) hekimler için hala devam etmektedir...” **G1**

Ancak, anlatılardan, “maliyetlerin giderek arttığı”, “hastaya ayrılan muayene sürelerinin giderek azaldığı”, “sevk zincirinin çok iyi işlemediği” ve “iş barışı”nın bozulduğuna ilişkin, verilere de sıklıkla rastlanmaktadır. Özellikle, hekimler arasında “ücret farkları”nın giderek büyümesi, “iş barışı”nın bozulmasına önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunlar, sağlıkta dönüşüm programıyla uyumlu

kılınmaya zorlanan hekimlerin, yeni ekonominin aklı tarafından, ekonomik ve politik açıdan yeniden biçimlendirilen özelliğine işaret etmektedir:

“...Branşlar arasında elde edilen kazançlar açısından uçurumlar oldu. İş barışı yara aldı... Hasta sayısı ve işlem puanı yüksek olan branşlar çok öne geçti...”**G4**, “...İş barışı bozuldu. Döner sermaye farkının çok olması gerginlik yaratıyor. İş ortamında gerginlik genelde birbirlerinin hastasını alınca oluyor. Sürtüşmeler oluyor. Tek hasta bile çok önemli hale geldi...”**G5**, “...Performans uygulaması ile yapılan sağlık hizmetinin aldığı süre kadar kayıt işlemleri vakit almaktadır... Daha çok performans puanı almak isteyen daha az risk taşıyan işlemleri yapmaya hevesli eğitim ve diğer görevleri yapmaktan kaçınan kişiler ortaya çıktı. Bundan iş yeri barışı etkilenmektedir.”**G11**, “...Hekimler bir araya oturdukları zaman, tıbbi bir konu yada hasta üzerinde konuşmaktan ziyade hasta sayıları üzerinden bölge üzerinden gibi konuları artık konuşmaya başladılar...”**G15**

“...gerek adaletsiz ücretler gerek hasta kapma yarışı olan bir ortamda pek iş barışı olduğunu söyleyemeyiz...”**G19**

Süreç içerisinde, konuyla ilgili uygulamalara ilişkin politikalarda, “Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı” ortaya çıkmıştır... Söz konusu planın; bundan sonraki dönemde bütün olarak sağlık sektörünün yönünü belirleyen bir rehber” olacağı, Akdağ tarafından ifade edilmektedir. Planda, dördüncü bölüm olan “Stratejik Uygulama” başlığı altında, nihai hedef; “halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmektir” biçiminde ortaya konulmuştur. Ayrıca, planın ön gördüğü uygulamalar için, sürekli olarak “kalite”, “iyileştirme” ve “gelişme” gibi kavramlara yapılan vurgu dikkat çekmektedir. Ancak, “*halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek*” biçiminde belirtilen amaçlar, uygulama safhasında (görüşme yapılan hekimlerin ifadelerinden de anlaşılacağı gibi), ön görülenden farklı sonuçlar yaratmaktadır. Sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir boyutu olan performansa bağlı ücret uygulamalarının gündeme gelmesi ile sağlık alanında bir bütün olarak ticarileşmeye dönük bir yönelim hakim olmaktadır.

01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan “sağlıkta performans ve kalite yönergesi”nde, “sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesine, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esaslar düzenlenmektedir.” (Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2011:2). Yönergede, “İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, Kalite Yönetim Birimi İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü” başlığı altında, “il genelindeki kurum ve kuruluşlarda performans yönetimi ve kalite geliştirme uygulamalarını koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla müdürlük bünyesinde koordinatörlük kurulması” biçimindeki ifade dikkat çekmektedir.

Süreç içerisinde uygulamaya geçirilen söz konusu çalışmalar, görüşme yapılan hekimlerden birinin: “Bence hastaneler özel şirketler gibi oldular”**G8** ifadesinde de görülebileceği gibi, sağlığın piyasalaştırılmasına yönelik eğilimleri içermektedir. Söz konusu eğilimler ve yaratılan yeni zihinsel süreçler hekimleri de, sağlığın ticarileşen karakteri ve yaratılan çalışma ortamının dinamikleri ile bütünleşmeye zorlamaktadır:

“...Bence şu anda iyiye giden bir sağlık sistemi yok. Bence hastaneler özel şirketler gibi oldular... İşi artık tamamen paraya döndürdüler... Tüketim arttı. Gereksiz ameliyatlar yapılmaya başlandı. Yapılmayan işlemleri bazen yapılmış gibi gösteren doktorlar da var... İşimiz yokmuş gibi sürekli kotayı aştık mı, performans ne oldu... Kâğıt kürek işleri yapmaktan işimizi yapamıyoruz... Aslında hastalar için iyi olmadı.”**G8**

Performansa bağlı ücret uygulamalarının gündeme gelmesi, sağlığın piyasalaştırılmasına yönelik eğilimlerin bir göstergesidir ve bu eğilimler, sağlık alanında, devletin sermaye lehine alandan çekilmekte olduğuna, bir başka deyişle işlevinin değiştiğine ilişkin ipuçlarını da barındırmaktadır. Uygulamaya konan politikalar aracılığıyla hekimlerin çalışma ortamında gerçekleştirilen dönüşümler, bu zorunlu bağlantının kurulabilmesini sağlamaktadır. Uygulamaya dönüştürülen politikaların dönüştürücü etkileri, hekimler arasında oluşturulan rekabet koşullarında somutlaşmaktadır. Sürecin, kamu hastanelerini, özel işletmelerin yönetim ve verimlilik mantığı çerçevesinde şirketleştirilme amacını taşıması, sağlık hizmetleri alanında rekabetin artmasına (Harding ve Preker, 2000: 15-16) neden olmaktadır/olacaktır. Verilerden de anlaşıldığı üzere, “Rekabet” içeren koşullar, hekimlerin birbirleriyle olan dayanışma duygularını ortadan kaldırmakta ve hekimi bireysel temelde yalnızlaştırmaktadır. “Hastayı para gibi görmek” bunun somutluk kazanmış bir ifadesidir. Sağlık alanında, hizmet, bir “meta”ya, kurum, bir “işletme”ye, çalışan (hekim) bir “satıcı”ya ve “hasta” da bir “müşteri”ye dönüştürülmektedir. Sağlık alanındaki bu pratikler, kamu alanında yaratılan yeni bir zihinsel sürecin yansıması olarak da dikkat çekmektedir.

Hekimlerin Özerklik Sorunu

Yeni ekonomik koşulların, sağlık alanı üzerindeki etkileri, hastanelerin birer şirkete dönüştürülme çabalarını gündeme getirmektedir. Bu doğrultuda, performans baskısının yarattığı kaygı, hekimlere yönelik şiddet eğilimli davranışlarda artış, CEO sistemi gibi, farklı kontrol mekanizmalarının devreye konulması ve medyanın sağlıkta dönüşüm sürecine genel olarak olumlu yaklaşan yönlendirmeleri, hekimi, pazar ilişkilerinin daimi bir aktörü olmaya zorlamaktadır:

“...3.basamakta, 16 yıldır çalışıyorum... Ben bu dönüşümleri sağlık çalışanlarının haklarının elinden alınması, döner sermaye adı altında maaşların yüksekmiş gibi gösterilip emekliliğe yansımaması, CEO'lara yönetimin devredilip geniş yetkilerle donatılması, tamamen halkın sağlığı amaçlanmadan hastanelerin kar

amaçlı ticarethanelere dönüştürülmesi olarak görüyorum...”**G2**

Aşağıdaki görüşmecilerimizin ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, CEO ve sağlık yönetimi gibi uygulamaların yanında, hasta hakları konusunda yanlış bilinçlendirilen hastaların tutumu ve davranış biçimleri de, çalışanın işteki “performansı”nı etkilemekte, onu, yaptığı işi “kar” yaratma noktasında etkili kullanma yönünde motive etmektedir. Bu uygulamalar, Bauman’ın (1997:81) da belirttiği gibi, çalışanların, “gözetlendiklerinin ve sansürlendiklerinin bilincinde olmaları” anlamına gelmektedir. Çalışanın kendisinden beklenen performans koşullarını yaratamaması, özel şirketlerin istihdam koşullarında da gözlendiği gibi, kamuda çalışan hekimin istihdam koşullarını da “güvencesiz” hale getirebilmektedir. Hekimlerin yüksek performans sağlayamaması halinde, işyerinde çeşitli problemlerle karşı karşıya kalabileceği kaygısını taşıması, sağlıkta dönüşüm adı altında uygulamaya dönüştürülen programların, hekimler üzerinde daha fazla iktidar kurabilme anlamında, potansiyelini göstermektedir. Bu durum, sağlık sektörünü önemli bir yatırım alanı olarak gören küresel sermaye ve neoliberal politikalarla giderek esnekleştirilen ve kuralsızlaştırılan çalışma ortamından bağımsız düşünülmemelidir. Aşağıda yer alan anlatıcıların, “kamu hastanelerinde patron zihniyetli idareciler ve özel hastanelerde hali hazırda bulunan patronlar ile hekimler arasında patron-işçi ilişkisi ortaya çıkmıştır” “hastaneleri bir şirketi yönetir gibi yönetmeye çalışıyorlar” şeklindeki çarpıcı ifadelerinde de bu durum somutluk kazanmaktadır. Bu, kamuda çalışan hekimler için de, sosyal devletin güvencesi altında olan işle ilgili eski ilişki formlarının, kolektif anlaşmaların, sendikal hakların ve toplumsal güvencelerin giderek ortadan kalkması anlamına gelmektedir:

“...Hastaneler birliği her yere geldi. Şimdi bu uygulama bizleri sözleşmeye geçirecek. Sözleşmeli, bir yıl sonra bu CEO (genel koordinatör, Sağlık Bakanlığına bağlı bir birim) senden memnun değilim diyerek beni işsiz bırakabilir. Şimdi sözleşmeliye geçildiğinde performansım düşükse, hekimini istediği yere gönderebilir, işine son da verebilir. Biz de, performansımızı artırmak yani işsiz kalmamak için her şeyi yapacağız. Genel koordinatör tüm devlet hastaneleri, tüm kamu hastaneleri genel koordinatörün denetiminde. Bu, keyfi uygulamaları beraberinde getirecek...”**G5**, “...CEO sistemi kötü. İsteddiği personeli istediği yere veriyor...”**G7**, “...Hastane yönetimi CEO’lar hastayı müşteri olarak görüyor bence... Artık hastanesine yüksek performans sağlayamayan hekimin işten çıkarılma durumu da var...”**G13**, “...Ülkemiz sağlık örgütlenmesinde hekim zaten özerk değildi. Birçok idari mülki amirlerin ve tabi ki siyasi aktörlerin baskısı, etkisi altındaydı. Bunlara ek olarak ticari aktörler de bu listeye eklenmiştir. Kamu hastanelerinde patron zihniyetli idareciler ve özel hastanelerde hali hazırda bulunan patronlar ile hekimler arasında patron-işçi ilişkisi ortaya çıkmıştır...”**G10**, “...Ancak sürekli kaç puan yaptın konuşmaları, çalıştığı halde hak ettiğini alamayanlar, bir yanda hak etmeden bir sürü para alanlar oldukça rahatsız edici. Önünüzdeki ay ne kadar maaş alacağınızı bilememek, bunun emekliliğinize yansımadığını bilmek, bir hekim olarak hastanede çalışıyor olmak yerine bir

işletmede çalışıyor ve o işletmenin dolayısıyla kendi maaşını düşünüyor olmak kötü...**G19**

Aşağıda yer alan anlatıcının ifadelerinden saptanan dikkat çekici diğer bir veri ise, hekimler için “performans”ın “iş güvenliğini” sağlayıcı bir unsur olarak görülmeye başlanmasıdır. Ayrıca anlatılanlar, yeni sistemin nasıl işlediğine de ışık tutmaktadır:

“...Genel sekreterlik (CEO) yeni başladı. İl çapında genel bir sekreter var onun altında yönetici var ve başhekim var. Her şey genel sekreterlikte bitiyor. Hekimler için ileride çok kötü olacağı düşüncesindeyim. İstemediği birini alıp istediği yere gönderebilir. Adaletsizlikler de olabilir. Genel sekreter tıpla alakalı olmayan bir insan da olabiliyor. Sonuçta hastaneleri bir şirketi yönetir gibi yönetmeye çalışıyorlar. Nerede kar ederim amacı güdülmektedir. Ama tabii ki bu durum kişisel değerlendirmeleri de ön plana çıkaracak. Genel sekreter bir patron gibi düşünülecek... Sen bana az para kazandırırıyorsun diyerek hekime seni başka yere göndereyim diyecek. Bu durumda hekim bir şeyler yapmak zorunda. Ne yapmak zorunda ameliyat fazla yapmak zorunda ya da fazla ameliyat yapmış gibi göstermek zorunda kalıyor daha da kalacak... Gece polikliniği çıktı mesela... Akşam dörtten gece on bire kadar burada poliklinik yapacaksın diyor. Üç beş hasta geliyor mesela. Doktoru daha etkin çalıştıracağına üç beş hastayı kapmak için doktoru bir taraftan harcıyor. Ben hastayı düşündüklerini sanmıyorum... Koşullarımız çok kötüleşti. Giderek de kötüleşecek. Bu genel sekreterlik için deniliyor ki, iki yıla kadar bütün hekimlere sabit sözleşme imzalatacaklar. Belli bir fiyata seçilecekler, hekimler işçi gibi çalıştırılacaklar. Böylece düşük maaşa tamah eder olacaklar... işte ben performans yapayım kendimi üsteki yöneticime göstereyim diye yapacaklar ama kalite giderek düşecek. Yani hastalar açısından da iyi bir şey olmayacak. İnsan ilişkilerinde hasta ve hasta yakınlarıyla uğraşmak gerçekten zor... İnsan elli tane yüz tane hasta bakınca belli bir süreden sonra bizde yıpranıyoruz. Zaten hafif bir sesini çıkartsan hemen telefonla şikâyet ediliyorsun. Benden önce birini aldı diye hekimi şikâyet ediyor ve sağlık bakanlığından da anında dönülüyor size. Soruşturma olarak geliyor. Bu da insanı mesleğinden soğutuyor...”**G14**

Ayrıca söz konusu uygulamaların, hekimi, daha fazla performans sergilemesi konusunda baskıladığı görülmektedir. Araştırma kapsamında görüşme yaptığımız hekimlerin ifadelerinden, hekimlerin çalışma saatlerinin esnek hale getirilmeye çalışıldığı, iş yoğunluğunun giderek artırıldığı ve iş güvencesinin giderek ortadan kaldırıldığına ilişkin verilere de ulaşılabilmektedir. Bütün bu unsurların karşılıklı etkileşimi, hekimlerin, teşhis ve tedavi konusunda sahip oldukları, “yetki, sorumluluk ve inisiyatif” kullanma yetisine ilişkin özerkliğini de biçimlendirmektedir. Ayrıca hastalar için yaratılan şikâyet ortamının, hasta ile hekimi karşı karşıya getiren bir duruma dönüşmesi de, konuya ilişkin bir diğer önemli boyut olarak dikkat çekmektedir. Çalışma ortamının aldığı bu biçim, teşhis

ve tedavi konusunda, hekimin kullanması gereken inisiyatifi kullanmasını zorlaştırmaktadır. Hekimin, “hasta” ve “hastalığa” odaklanmasını gerektiren süreç, yerini, “performansın getireceği ücret ve iş yerinden yaşayacağı problemler” ile ilgili kaygılara bırakmaktadır:

“...Hastalarla olan ilişkimizi daha çok alo 184 sağlık hattı etkiledi. Hastaya daha çok acaba bu bizi gidip şikâyet eder mi gözüyle bakılıyor. Tabii ki buda işin kalitesini bozuyor, hasta sevkleri arttı. Herkes bana bulaşmasın deyip sallamaya başladı... Hekim özerkliği diye bir şey yok artık... Artık hastaya seçenekler sunuluyor hasta kendisi karar veriyor. Bu bağlamda biz hiç karışmıyoruz...”**G2**, “...Özerklik kalmadı...”**G4**, “...Gereksiz yere hasta şikâyetleri arttı. Biz ne kadar haklı olursak olalım savunma vermek çok rencide edici geliyor bana... Artık kimse riskli ameliyatlar almıyor. Riskli işler olunca savunma da oluyor. Ölümcül hastadan korkuyoruz. Bir şey olurda uğraşmak zorunda kalırım diye...”**G5**, “...Önceden odak noktamız hastaydı. Şimdi performans var. Mobing var. Azar var. Nerden ne azar yiyeceğinizi bilemiyorsunuz. Bir şirketin çalışanı gibi hissetmeye başladım kendimi. Mali kaygılarla çalışmaya başladık. Bizim işimiz hasta. Bütünüyle ilgimi hastaya vermem gerekirken başka bir sürü şey de düşünmek zorunda bırakıyorum... Bir sürü tefferuat da var... Bürokrasiyle uğraşıyoruz. Bu da hastaya ayıracağımız zamanı azaltıyor...”**G9**

Çalışma ortamı içerisinde yaratılan hasta şikâyeti ve sürekli bir otorite etkisini hissettiren ortam, farklı güç ilişkileri biçiminde, hekim ve hasta ilişkisini eski ilişki formlarından koparmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisinde var olan yeni algılayış biçimleri üzerinde medyanın ya da yeni iletişim teknolojilerinin doğrudan yönlendirmesi söz konusudur. Zaten, “sağlık bakım sorunlarının çoğu medyanın ilgiyle beraber politik meseleler haline gelmektedir. Bir reform programının gelişiminde halkın anlayışının dikkate alınması gerektiğine” (Defever, 1995:6) ilişkin anlayış, yeni iletişim teknolojilerinin olanaklı kıldığı etkileşim ortamında, hasta hakları konusunda yanlış farkındalıkların ve bilinçlenmelerin geliştirilmesinde etkili olmaktadır. Geçmişten farklı olarak, hekimleri etkisi altına alan bu etkenler, yeni iktidar ve kontrol biçimleri olarak işlev görmek, hekimin dikkatini, ilgisini hasta ve teşhisine vermesini engellemektedir:

“...Hekim özerkliği tamamen yok olma dönemine gitmektedir... Ufak tefek aslı olan olmayan nedenlerle ve hastanın bir telefonu ile bazen bir kaç bölümün hekimleri saatlerce bir müfettişe ifade vermek zorunda kalabiliyor... Bu durumda hekim daha az sorumluluk taşıyan daha fazla performans sağlayan işlere yönelmektedir...”**G11**, “...Çok ciddi yıpranmalar yaşıyoruz. Hastalar bize saygı duymuyor. Bunda medyanın yönlendirmesi var. Özellikle empoze ediliyor... Zihnini odaklayacağın şey, teşhisin olmalı, hastan olmalı. Teşhis için hekim arkadaşınla yapacağın konsültasyon olmalı. Ama zihnini meşgul eden seni strese sokan o kadar çok şey var ki... Bu yüzden problemler bir hastayı kabul etmek istemiyor. Kabul etmek istese de düşünmek zorunda olduğu bir sürü şey çıkıyor...”**G15**

Sağlık hizmetleri tıbbi donanım ve tıbbi ürünler gibi metalar için, büyük ölçüde düzenlenmiş pazarın bir kısmını oluşturmaktadır.(Lamping ve Steffen,2009:1362-1363). Sağlık sektörünün bu niteliği, “piyasalaşma”, “ticarileşme” yönündeki eğilimlerin geliştirilmesinde belirleyici bir unsur olmaktadır. Sağlık ticarileştirilmesine yönelik eğilimler, hekimin tedavi etme şekli üzerinde de etkili olmaktadır. Bu eğilimler, hekimi, “riskli” ve “tedavi süresi uzun” hastalara girişimde bulunma noktasında kararsız kılan ya da hastadan kaçınma eğilimi gösteren bir davranış tarzına yönlentmektedir:

“...Hastalar, hizmet aldıkları sağlık çalışanlarından pervasızca hesap sormaya ve hakaret etmeye başladılar...”**G4**, “...Doktorlar her hastayı beni şikâyet edebilir gözüyle görüyor... Performansını yaparken ona göre seçici davranıyor. Riskli durumlara bulaşmamaya çalışıyor. Başka yerlere başka birine gönderiyor... Çok riskli hastalar da bu durumda genelde hocalara gidiyorlar. Gerçi hocalar da artık üniversitede kalmadı...”**G14**, “...Hastalara öyle bir güven verildiği bir sıkıntınız varsa direk şikâyet edin hakkı verildi. Geçenlerde yine bir doktor dövüldü. Hastalara şikâyet kaba kuvvet hakkı verildi. Ha bire birileri dövülüyor. Öldürülenler var bu arada...Biz artık kendimizin dışında birçok insanın emriyle hareket ediyoruz. Bize tepeden çok hasta baktırılıyor. Ben çok idealist bir hekimdim ama artık değilim. Bizi bu meslekten soğuttular. Bu da kalitenin daha çok düşmesine neden olacak. Artık kimse kimseye bir şey veremeyecek...”**G8**

Hekimlerin, işteki özerklik ve özgürlük alanı giderek pazar kurallarına dayalı bir otorite anlayışı çerçevesinde kısıtlanmaktadır. Yönetimin baskısı, medyanın hasta haklarını yanlış yönlendirmesi ve hastalığı tanımlama pratikleriyle, hekime karşı güvensizlik duygusunun geliştirilmesi, hastaların şiddet içeren olumsuz tutum ve davranışlar sergilemesine yol açmaktadır. Bütün bu unsurlar, performansa dayalı ücretlendirmenin yarattığı rekabet ortamı ile de birleşince, hekimlerin çeşitli huzursuzluk, gerilim ve çatışma durumlarını yaşamaları kaçınılmaz hale gelmektedir:

“...Denetimin bu kadar artması insanlarda güven problemi yaratır. Öz güven sıkıntısı yaratır. Hastalar tarafından anlamlı anlamsız şikâyetler var. Sektör ve hekimler hedef haline getirildi. Hekimler yıpratılma süreci içerisine sokuldular...”**G15**, “...Yönetimin baskısı çok üzerimizde... Medya hastanın aklında olmayı da yönlendiriyor...”**G16**, “...Kendimi yoğun olarak baskı altında hissediyorum...”**G17**

Performansa göre ücretlendirme, hekimlerin çalışma ortamı üzerinde, tahakkümünün ideolojik ve kültürel koşullarını üretmektedir. Bu durum, sadece hekimin inisiyatif kullanma yetisini değil, hasta ve hekim arasında var olması gereken güven ilişkisini de bozmaktadır. Hastanın hekimden çok, yönetim mercilerine güven duyması, hekimin hasta üzerindeki yetkinliğinin zedelenmesi, kendilerine önerilen tedavi konusunda güvensizlik yaşamaları anlamına gelmektedir.

“Malpraktis”in⁴ (tıpta hatalı uygulama) gündem de oluşu da yaratılan güvensizlik ortamını pekiştirmektedir. “Hekim” ile “hasta” arasında oluşturulan güvensizlik ortamı, hekimlerin daha fazla yorulma, yıpranma ve gerilim yaşama koşullarını beraberinde getirmekte, bütün bu unsurların karşılıklı etkileşimi, hastaların tedavi sürecini olumsuz etkileyen sonuçlar yaratmaktadır:

“...Hekimin özerkliği kalmadı. Eskiden hekim işini bilirdi. Şimdi ne yapacağı başkaları tarafından bildiriliyor. Şimdi müdahale çok... Ben yeterli performansı sağlayamazsam kendime güvenim sarsılıyor. Hastanın da güveni sarsılmış oluyor. Hastalar hekime güvenmekten çok 184 hattına güveniyor. Şikâyet mercilerine güveniyorlar. Bu bizde güvensizliği daha çok arttırdı. Hekimin kendine güveni tedaviyi etkiliyor. Oysa, güven olmadan yürütülecek bir iş değildir bu. Hekime, bir hasta güvenmezse verdiği reçeteye nasıl güvenebilir olacak, iş mi bu... Evvelden hekim hekimdi. Ne olduğumuzu şaşırılmaya başladık...”**G9**, “...Pek çok uygulamada hekim bağımsız davranma hakkını kullanamaz olmuştur...”**G12**, “...Mesleğimizi yaparken yönetim ve hastalar sürekli olarak müdahil oluyorlar... Hekimlik bir bankacılık gibi kağıt kürek işi değil kendine özgü bir yapısı var. Hekim hasta ilişkisi, sadece bir hizmet alan veren ilişkisine dönüştürülmeye çalışılıyor. Hastaların bu şekilde algısı değiştiriliyor. Hatta hastalar direk şu şu tetkikleri istiyorum tarzında taleplerde (dayatmada)bulunuyorlar... İşte doğası gereği her zaman için risk ve komplikasyon mevcuttur. Bu yüzden hekimlerin karar verme, inisiyatif alma alanları taciz ediliyor...”**G20**

Görüşme yapılan hekimler, konuya ilişkin diğer önemli bir husus olan, sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerine de dikkat çekmektedirler. Çünkü “sağlık hizmetlerinin yerine başka bir hizmet koymak veya bu hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirmek mümkün değildir.” Ayrıca, “sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim saptamalıdır.” “Sağlık hizmetleri alanında hizmetin ne zaman, nasıl ve ne kadar verileceğine hizmeti alan değil, hizmeti sunan karar verir.” (Pala, 2007b). Ancak, anlatıcıların ifadelerinden, yaşama geçirilen söz konusu uygulamalarla, sağlık hizmetlerinin bu özelliklerinin görmezden gelindiğini saptamak mümkündür:

“...Hasta hakları ön planda olmalı ama biz hekimler taraf değiliz. Ben bu uygulamaların hasta haklarını düşünülerek yapıldığına inanmıyorum. Karşılıklı taraflar oluşturuldu. Bir tarafta sağlık personeli, bir tarafta hasta ve yakınları diye bir taraf olmamalı. Bizim işimiz hasta ve hasta yakınlarımızla ilgili. Onlar da bizi istiyor. Taraflaşma ve kutuplaşma olmaması gerekiyor. Ama, hasta haklarının farklı şekilde empoze edilmesi ve farklı şekilde bize dayatılması bir taraflaşmayı beraberinde getirdi...”**G15**, “...Güvenirliliğimiz azaldı. Sosyal medyayla ilgili bir durumdur. Doktor hata yaptı diye sosyal medya gösteriyor... Doktorlar kendi aralarında, bak sana yanlış tedavi uygulanmış demesi de hastanın gözündeki güvenirliliğimizi

⁴ Bkz. Murat Cinaver vd., (2011), Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar” :Hekimler Ne Diyor? Türk Tabipleri Birliği, Ankara, s. 1-106

ortadan kaldırıyor...”**G5**, “...Hekim olarak sözünüz geçmiyor...”**G9**, “...Eskiden kendi işinizi yapardınız. Üzerinizde böyle bir baskı yoktu. İşin ticari boyutu öne çıkmazdı. Şimdi performans gibi işin faklı boyutlarla ilgilenmek zorundasınız. Kaldı ki karşınızda size saygı duyan hastalarda yok. İnsanlar hastaneye tırnağını çıkarmış olarak geliyorlar... Bu durumda hastalarla hekimler arasında karşılıklı güvensizlik oluşmaktadır... Şikâyetler gelince suya sabuna dokunmayım diyorsunuz. Mesleki tarafını maalesef çok düşünmeden hareket etmek zorunda kalıyorsunuz. Günümü kurtarayım endişesi yaşamaya başlıyorsunuz...”**G15**

Sağlık sektöründe yaşanan bu dönüşümler ve yaşanan sorunlar karşısında hekimin çözümsüz kalması, istifaların artmasına neden olmakta, hekimin mesleğiyle olan ilişkisini bozmakta ve hekimlerde “tükenmişlik duygusu”nun yaşanmasına yol açmaktadır:

“...Çok yorgunluk ve mutsuzluk var. Artık işimizi severek yapamıyoruz...”**G5**, “...Hatta yaparsan ödeyeceğin parada o kadar yıldırıldı ki... Artık hekimler risk ve emek vermek istemiyor. Çünkü karşılığı yok...”**G8**, “...Performans kaygısından dolayı artık bu işi severek yapmıyoruz. Hastaya ilgi azaldı. Sonuçta şu kadar saate şu kadar hasta bakacaksın deniliyor. O yetişmek zorunda. Yetişemediğin zaman hastalar köpürüyor. Kapıya dayanıyor. Hekime şiddet eğilimi artıyor... Şiddet görmekten çok korkuyorum...”**G13**, “...Her anlamda güvensiz bir ortamda çalışırsanız bu fiziksel anlamda da böyle. Fiziksel anlamda da her türlü şiddete maruz kalabiliyoruz. Böyle bir ortamda çalışmak güvenden ziyade bir tükenmişlik duygusu yaratıyor... Sürekli stres sürekli yorgunluk... Mesleğe olan bağlılığınız yavaş yavaş ortadan kalkıyor. İşe ayaklarınız geri geri gidiyor. Severek işe gidemiyoruz...”**G15**

Anlatımlarda da ifade edildiği gibi, sağlık alanındaki yeni uygulamalar, hekimlerin, “yorgunluk”, “stres”, “mesleğinden soğuma” ve “tükenmişlik duygusu” gibi, fiziksel, duygusal ve düşünsel sağlıkları üzerinde olumsuz sonuçlar üretmekte, mesleklerine olan ilgilerini azaltmaktadır. Süreç, hekimler tarafından, mesleki ve toplumsal saygınlık ve özlük haklarının aşınması ve çalışma güvenliğinin giderek zayıflaması olarak deneyimlenmektedir. Anlatımlarından da izleneceği üzere, hekimlerin çalışma koşulları, toplumsal ve ekonomik haklardan yararlanma olanaklarının giderek gerilediği bir alana dönüşmektedir:

“...Bana da günde yüz hasta verdiklerinde ben ne kadar faydalı olabilirim ki. Belli bir süre sonra sinir katsayım yükseliyor. Sonra stres içinde oluyorsun. Bu hem hastaya hem de hekime zarar veriyor... Ben 10 yıllık hekimim ben mesleğimden soğudum. Konuştuğum birçok doktor aynı şeyi söylüyor...”**G8**, “...Motivasyon kaynağı huzurdur. Üstünüzde baskı varsa gerilim varsa o insanı işinden soğutuyor... Huzur yok...”**G14**, “...Hekimleri birbirine düşürüp bireysel kaygıları artırdılar. Hekimler, baştan performansla iyi döner sermaye aldıkları için esas maaşlarını düşünmediler. Performans, hekimlerin bir araya gelmelerini engelleyip topluca özlük haklarının mücadelesini engelledi...”**G2**, “... Son zamanlarda çok fazla istifalar oldu. Pek çok değerli hekim istifa etti. Neredeyse emekliliği gelmiş

olan çok sayıda hekim istifa edip özel sektöre geçti... Bence hekimler arasında artık bir yalnızlaşma da söz konusu olmaya başladı... İstifa etmeyenler içinde mesleki bir deformasyon olmaya başladı. Hekimlere yapılan darp olayları şiddet olayları yöneticilerin baskısı hekimler üzerinde ciddi deformasyonlar yarattı...”G15

Söz konusu uygulamalar, ideolojik temelde, hekimleri, sağlıkta dönüşüm programlarında yer alan hedef, amaç ve uygulamalarla uyum ve işbirliğine zorladığı gibi, hekimin “etik” değerlerinde zedelenmeye de yol açmaktadır:

“...Doktorun etiği para kazanmak uğruna değişti... İhtiyaç duyulmadığı halde operasyonlar yapması tetkikler yapması gereksiz ilaç yazımı çok fazla...”G5, “...Doktoru doktora kırdırıyorlar. Her an hastalardan dayak yeme öldürülme tehlikesi yaşıyoruz. Herkes birbirini takip ediyor... O, ne kadar almış takip ediyorum. O, ne yapmış bu kadar almış onu araştırıyorum. Puanlar şişiriliyor. Etik kalmadı.”G14, “...Hekimler arasında etik değerlerin zedelenildiğini düşünüyorum. Dayanışma bitti. Bir tedavi üzerinde fikir alış veriş bile azaldı...”G15

Sağlıkta dönüşüm programları ve bunun önemli bir boyutu olarak karşımıza çıkan performansa dayalı ücretlendirme, hekimleri geçmişten farklı olarak, piyasa koşullarına giderek bağımlı hale getirmektedir. Bütün bu uygulamaların en önemli sonuçlarından birisi de, hekimin kendi mesleğine karşı, duygusunda ve etiğinde çelişki içerisine düşmesidir. Mesleğini sorgulamaya başlayan hekimler, mesleki gereklerin gerektirdiği “doğruyla” fiili durum arasındaki yani, kendi “hekimlik mesleği” ne uygun gördüğü davranış ile yapmak zorunda kaldığı “piyasacı davranış” arasındaki farklılıktan kaynaklanan “çelişki”nin yarattığı “bir gerilimle yüz yüze kalmakta, ancak iş alanında yaşayacağı problemleri göze alamadıklarından, “hekimlik mesleği”nden taviz vermek zorunda kalmaktadırlar.

Hekimlerin Kendilerini Algılama ve Tanımlama Biçimlerinde Değişen Boyutlar

Sağlıkta dönüşüm programı ve bunun bir boyutu olarak yaşama geçirilen performansa bağlı ek ödeme uygulaması, gelenen süreçte hekimlerin “hekimlik” mesleğini algılama ve tanımlama biçimlerini de sorunlu bir duruma dönüştürmüştür. Hekimlik mesleği, “bilimsel” ve “insancıl” değerlerden, piyasa koşullarının belirlediği “rekabet”e ve “esneklik”e dayalı ilkeler çerçevesinde yeniden konumlandırılmaktadır. Yukarıda yer alan örnek programlara ve uygulamalara karşı, katılımcıların anlatımları konunun bu boyutuna ilişkin olarak gelenen süreci anlamaya yönelik önemli veriler sunmaktadır:

“...Hekime karşı şiddet artı. Eski saygınlığı kalmadı. Eskiye oranla hasta şikâyetlerinde artma var...Hekimin inandırıcılığı yok denecek kadar az...Hastanın bir teşekkürü yok. Sağlık sektörü memurluğu ile hekimlik aynı şey değil. Artık, hekim memur gibi görülüyor. Bu yüzden, hekim özele kayıyor. Orada da patronların güdümünde. Hekimin ne özelde ne de kamuda değeri kalmadı...”G7, “...Hekimlerin saygınlığı hiç kalmadı. Hastalar artık hekimlere saygı duymuyorlar...

Devlet size bir şey yaparlarsa şu hattı arayın direk şikâyetle bulunun ortamı yarattı. Buda hekimlerin şevkini düşürüyor. Bu ortam, hekimin özverisini yok etti. Bir ilaç yazmadın diye şikâyetle bulunan hastalar da var. Ben bunu yaşadım. Şikâyetlerin sonucu bize bildiriliyor ve bizi sorguluyorlar. Sağlık müdürlüğü ve tepeden bakanlık bizi sorguluyor. Bu hekimi çok kötü etkiledi. Saygınlığı düşürdüğü gibi güvenilirliğimizde gerçekten hiç kalmadı. Şevkimiz kırıldı. Hekimliğe olan sevgimiz azaldı...”**G8**

Uygulamaya dönüştürülen programların en çok etkilediği hususlardan biri, yukarıdaki anlatımlardan da saptandığı gibi, hekim ile hasta arasındaki güvene dayalı ilişkinin “güvensizlik” boyutuna kaymasıdır. Hastaların sorunlarına çözüm bulmak amacıyla yaratılan “şikâyet” ortamı, hekimler üzerinde baskının artmasına neden olduğu gibi, hastanın zihnindeki “hekimlik” algısını da dönüştürmektedir. “Hekimlik mesleği”, kişisel doyumun, “maddi kazançlarla” bütünleştirildiği bir araca dönüştürülmekte, hasta ise, kaliteli teşhis ve tedavi süreçlerinden yararlanamamaktadır:

“...Toplumun gözünde hekim algısı değersizleştirildi. Paragöz, menfaatçi damgası vuruldu...”**G4**, “...Hekimler bugün tam anlamıyla esnaf oldu. Hekim esnaf olmaz olmamalı...”**G9**, “...Hekimin güvenilirliğini olumsuz etkiledi. Hastaların gözünde üçkâğıtçı, bu işi para için yapan insanlar konumuna düşürüldük...”**G12**

Performansa dayalı ücretlendirme, hekim ve hasta ilişkisini “saygı” ve “güven” temelinde, hekimlik mesleğini ise, yine “değer”, “saygı”, “etik” ve “güven” boyutunda tartışmaya açmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisi ve birbirlerini algılama biçimleri, yeni baskıcı ve yönlendirici etkileşim zeminleri üzerinden birbirlerini metalaştıran karakterlere büründürülmektedir. Bu durum, yeni çatışma ve gerginlik ortamlarının oluşmasına kaynaklık etmektedir:

“...Bu iş, güven ve fedakârlık olmadan olmaz... Hasta doktoru internetten sorguluyor. Gidip başka doktorlara sorguluyor... Hastaların bize saygısı kalmadı... Hekimliğin önceden bir saygınlığı vardı gerçekten. Sonuçta muayeneniz olmasa bile doktor denildiği zaman bir saygı duyulurdu. Şimdi hastanın ağzında sakız elinde cep telefonu ile konuşarak içeri giriyor. Kapıyı çalmadan içeri giren oluyor. Sen bu işten anlıyorsun mu diye soranlar oldu. Başhekimin odasına bile böyle giriyor... Bizler artık potansiyel dayak yiyecek, şikâyet edilecek kişiler olarak görülmeye başladık... Aslında genç ve yeni doktorlarda dâhil elinde bir imkân olsa herkes doktorluğu bırakacak kimse memnun değil bu koşullardan...”**G14**, “...Hekim algısı çok değişti... İtibar anlamında hekimlik algısının çok zedelendiğini düşünüyorum. Hekimlik mesleği değersizleştirildi... Kıymet verdikleri, yaşamını güvenle emanet ettikleri bir meslek hekimlik. Şimdi karşılıklı güvensizlik yaşanan bir durum var...”**G15**, “...Eskiden bir dereceye kadar hekime saygı vardı. Ancak şimdi hem saygı hem güvenilirlik kalmadı...”**G17**, “...Hekime karşı saygı kalmadı...”**G18**, “...Bu uygulama hekimlik mesleğinin itibar kaybına yol açtı. Hekimler belirli şartlarda belirlenen ücretlerle niteliği çok aranmamasına karşın niceliğe bakılan bir

çalışmaya sürüklendiler. Ayrıca canı sıkılan herkesin bir telefon ederek istediği hekimi sorgulatacağı bir ortamı oluşturdu...”**G11**

Ayrıca, hasta ile kurulan ilişkinin, yönetimin beklentilerine ve hastanın çoğu zaman rasyonel olmayan taleplerine göre biçimlenmesi de, hekimler açısından diğer zorlayıcı ve yıpratıcı bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır:

“...Eskiden yeni bir hekimken bile hastalar çok saygılı davranırlardı. Şimdi seçenekler çok fazla... Doktor tercihi fazla... Hasta istediğini yaptırabiliyor. Saygısızlık boyutu arttı. Hastanın vitamine ihtiyacı yokken ben yazmadım diye küfretti. Eskiden böyle bir şey mümkün değildi...”**G5**, “...Hekimin otoritesi ve güvenilirliğinden bahsetmek söz konusu değil. Hekimin tanısından ve tedavisinden şüphe duyan hasta sayısı ve buna yönelik hastalıkların mekanizmalarına kadar gereksiz sorular soran sonunda tatmin olmayan hasta sayısı artmıştır. Kötü hekim damgası yeme kaygısı artmıştır...”**G20**

“Hekimlik mesleği”nin geleceği ve çalışma koşullarının “istikrarsız”, “kuralsız” ve “esnek” bir yapıya dönüştürülmesi konusundaki kaygılar, aşağıda yer alan çarpıcı ifadelerden şu şekilde belirtilmektedir:

“...Performans kaygısı olmadan, hekim hasta ilişkilerinde hastanın hekime hekimin hastasına güvendiği primer modern tıbbın hastanın yararına sunulduğu günlerin olmasını istiyorum...”**G2**, “...Tıbbın hümanizm ve bilim temelleri üzerine oturtulduğu düşünüldüğünde hümanizm ayağı yıkılmıştır... Bu koşullarda çalışmaktan memnun değilim mutsuzum...”**G3**, “...Bu politikalarla ilerleme değil gerileme oldu bence... Bu koşullarda çalışmaktan memnun değilim... İşimize, hasta saygı göstermiyor. Bu kadar okumanın karşılığı bu olmamalı...”**G5**, “...Hekim normal bir kamu memuru haline getirildi. Sağlık memuru gibi olduk... Kalite çok düştü. Hasta kaliteli hizmet aldığını zannediyor. Ama almıyor... Performans uygulamasının getirilmesi ile branşlar arası ciddi uçurumlar var. Hastaneler arası uçurumlar çok fazla. Sağlık daha kötüye gidiyor. Hekim açısından maddi manevi çok kötü...”**G7**, “...Performansla ilaç giderleri, tetkik laboratuvar kat kat arttı. İlaç tüketimi, reçete yazımı kat kat arttı... Harcamalar çok diyip özelleştirmelerin önünü açıyorlar...”**G9** “...Bu koşullarda çalışmaktan memnun değilim... Çünkü sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu ve devletçe karşılanması gerektiğini düşünüyorum... Bu şekilde uygulamalarla hem sağlık çalışanlarının kendi arasında hem de hastayla aralarındaki barışı zora soktular...”**G12**

Genel olarak, “sağlıkta dönüşüm” programlarına bakıldığında, bu programların sağlıkta maliyetleri azaltmak, hizmetlerde kaliteyi arttırmak, sağlık çalışanlarını ve hastaları memnun etmek, eşitliği, kaynakların verimli ve etkili kullanımını sağlamak ve sağlık hizmetlerini ulaşılabilir kılmak gibi amaç ve hedefler etrafında oluşturulduğu görülmektedir. Ancak bütün bu hedefler, aksine, sağlığın giderek bir kar alanına, yani, ticari ilişkiler ağına dönüştürülmesinde etkili olmaktadır. Çalışma koşulları ve hekim de piyasa ekonomisinin yönelimleri tarafından giderek kuşatılmaktadır. Bu durum, görüşme yapılan hekimlerden birinin: “...Sağlığın ticarete dönüşmesi yanlış bir şey... Devlet yavaş yavaş elini

çekiyor. Hastaneler kendi kendine idare edebilecek aşamaya gelecek... Ben sağlık sisteminin çökeceğini düşünüyorum. Doktorlar için iyi bir şey olduğuna inanmıyorum... Hekimler mesleğinden çok soğudu... Hekim işçi konumuna düşecek...”**G14**, biçimindeki ifadesinde aktardığı biçimiyle somutluk kazanmaktadır.

Sonuç

Sağlık sektöründe, ulus devlet kurumsallaşmasının, sağlığı kamusal bir faaliyet olarak gören yaklaşımı, yerini sağlıkta piyasalaşma ve ticarileşme anlayışına bırakmaktadır. Sağlıkta piyasalaşma süreci, küreselleşme sürecine ilişkin neoliberal politikalar ve buna bağlı olarak gelişen serbest pazar anlayışıyla şekillenmektedir. Sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir boyutu olarak performansa dayalı ücretlendirme, hekimler arasında rekabeti yoğunlaştırmaktadır. Rekabet baskısı, hekimlerin, tüm ilişki ağlarını değiştirmeye yönelik bir uygulama olarak belirginleşmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmada ortaya çıkan temel sonuçlardan biri de, yeni uygulamanın, adaletsizliklerin ve kötüye kullanımların artmasına yol açtığıdır.

Hekimlerin çalışma ortamındaki yeni gelişmeler, hekimler arasındaki dayanışmanın azaltmakta ve çalışma koşullarını bireyselleştirmektedir. Performans ölçütünün yüksek tutulması gerektiği yönündeki eğilimin yarattığı baskı, hekimler arasında “birbirlerinin hastasını çalma”, birbirilerini rakip görekere olumsuz tutum geliştirme gibi, etik olmayan davranışların geliştirilmesine neden olmaktadır. Bunun yanında, yapılan işlem sayısının ön plana çıkartılması, rekabeti arttırmakta, kaliteyi de (hastanın sağlık hizmetini nitelikli olarak alması; uygun muayene, doğru tetkik ve doğru tedavi yaklaşımı) düşürmektedir. Kaliteden ziyade, “bakılan hasta sayısı”nın önemli hale getirilmesi, yani puanın önemli bir rekabet unsuru haline gelmesi, hastayı “müşteri”, meslektaşına ise, “rakip” konuma düşürmektedir. İş barışının da bozulmasına neden olan bu gelişmeler, anlatıcıların ifadelerinde somut bir biçimde ortaya çıkmaktadır.

Derinlemesine görüşme ile sağlanan veriler, performans uygulamasının objektif bir uygulama olmadığını da ortaya koymaktadır. Veriler, iş barışının bozulmasında, hekimlere ödenen ücretlerin ciddi oranlarda birbirinden farklılık göstermesinin de önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bunun sonucunda, hekimler arasında iletişim bozuklukları ve bireysel çıkarlara odaklı ayrışmalar yaşanabilmektedir.

Özellikle hekimlerin çalışma koşullarının aldığı yeni biçimlerde, “müşteri odaklı”lığa yönelme, hastaların birer “tüketici”, birer “müşteri”, hastanelerin birer “şirket” ve hekimin bir “işçi”ye dönüştürülmesi sürecini gözler önüne sermektedir. Söz konusu süreç, sağlık alanının özel sektöre açılmasının koşullarını da teşkil etmektedir. Bu koşullar, hekimi, yeni yönetsel anlayışları benimsemeye zorlama biçiminde de belirginleşmektedir. Ayrıca bakılan hasta sayısının artırılmasına

yönelik yönetimden gelen baskılar ve artan çalışma saatleri de, hekimlerin çalışma ortamındaki farklılaşan unsurları göstermektedir. Bu unsurların dikkate değer en önemli olumsuz etkilerinden biri, hekimin teşhis ve tedavisi konusunda hata yapma riskinin giderek büyümesidir. Zaman baskısı, hastanın kaliteli bakılması önünde engel oluşturmakta, daha çok hasta bakılması yönündeki içsel ve dışsal baskılar, her düzeydeki hekimi fiziki ve ruhsal anlamda yorgun ve gergin kılmaktadır.

Her ne kadar, getirilen yeni uygulamalar, hastanelerin fiziksel koşullarında iyileştirmeler, hastanın istediği hekimi seçebilme gibi olumlu sonuçlar yaratmışsa da, hastaların hizmet, hekimlerin de eğitim almaları noktasında kalitesizlik yaratmış, doktorların, yeni tıbbi bilgilere ulaşma ve kendilerini geliştirme olanaklarını neredeyse ortadan kaldırmıştır. Özellikle, oluşturulan rekabet ortamı ile hekimlerin, kendi aralarındaki akademik ve bilimsel paylaşım olanaklarının giderek azaldığını ortaya koyan veriler, yeni uygulamanın, hekimlerin kendi aralarındaki eski ilişki formlarını bozduğunu göstermekte, uygulama, hekim ve hasta arasındaki ilişki ağlarını da dönüştürmektedir. Hasta hakları konusunda yapılan yanlış yönlendirmeler ve buna bağlı olarak oluşan her yerde ve her an, sürekli denetim ve bazen de şiddetle karşı karşıya kalma hekimlerin karşılaştığı diğer olumsuzluklar olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca, hastane yönetimin daha fazla hasta bakılmasına yönelik hekimler üzerinde yarattığı baskılar da hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisini bozmaktadır. Bütün bu unsurların en dikkate değer sonucu ise, hekimin ilgisinin ve dikkatinin teşhis ve tedaviden uzaklaştırılmış olması biçiminde karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca, çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, hekimlerin aldıkları “ek ödemeler”in emekliliğe yansımadağı ve bu uygulamaların aslında sağlıkta özelleştirme sürecini gerçekleştirmek için getirildiğini göstermektedir. Sürecin, hekimler arasında yarattığı algı, kendilerinin sözleşmeli çalışmaya zorlanacakları ve yönetici uygulamalarının gittikçe keyfiyete dönük olarak değişeceği yönündedir. Hekimlerin özlük hakları ve özerkliğini etkisi altına alan bu çok yönlü baskı, teşhis ve tedavi süreçlerini de etkilemekte, hekimin yetki, sorumluluk alma ve inisiyatif kullanma yetisini de zayıflatmaktadır. Bu, hekimin riski yüksek olan hastalara bulaşmamaya çalışmasına neden olmakta, hastaların da süreçten doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmelerine neden olmaktadır. Hekim hasta ilişkisini, sadece bir hizmet alan veren ilişkisine dönüştüren bütün bu unsurlar, hekimleri mesleğinden soğuttuğu gibi, hekim ile hasta arasında “güven”e, “özveriye” ve “saygı”ya dayalı ilişkiyi de ortadan kaldırmaktadır. Hekim ve hasta arasında “saygı” ve “güven” temelli unsurların giderek azaltılması/azalması, “hekimliğin değersizleşmesi” sonucunu doğurmaktadır.

Derinlemesine yapılan görüşmelerin ortaya koyduğu diğer bir önemli husus ise, uygulamaların, hekimler üzerinde, endişe, stres, tükenmişlik duygusu ve psikolojik huzursuzluk şeklinde sorunlara yol açmasıdır. Verilerden, sağlık alanının hekimin tıbbi hizmet vermesine olanak tanıyan şartlar açısından giderek kötüye gittiği ve hekimlerin bu koşullarda çalışmak istemedikleri saptanmaktadır. Bütün bu

veriler, sağlık hizmetlerinde kamunun serbest piyasa ekonomisinin mantığı temelinde dönüştürüldüğüne ilişkin bir öngörüyü mümkün kılmaktadır. Bu uygulamaların temelini, neoliberal politikalar, istikrarsızlığa ve güvensizliğe dayalı piyasa koşulları ve devletin korumacı işlevinin giderek azalması oluştursa da, sağlık bir “insan hakkı”dır ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü niteliklerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- 01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan sağlıkta performans ve kalite yönergesi
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=26>. (12.06.2013)
- Ağartan, T. (2011) “Sağlıkta Reform Salgını”, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları** (içinde), Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ ve Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar (der.), İstanbul: İletişim Yayınları, 37-54.
- Akdağ, R. (2006) Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara: **T.C. Sağlık Bakanlığı**.
- Akdağ, R. (2008a) “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri”, Alma Ata’nın 30.Yılı Hatırası, Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R. (2008b) “İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R. (2011) “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)”, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (1998) “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, 4(23-24),1984-1995, 1-13.
<http://www.recepakdur.com./getfile.asp?file=43>. TÜRKİYEDE SAĞLIK POLİTİKALARI düzenlenmiş.zip.(14.06:2013).
- Akdur, R. (1999a) “Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsan Gücü Politikaları”, Ankara: **Hekim ve İnsan**, 5(1), 17-22.
- Akdur, R. (1999b) “ Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları” **Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim “Bilanço 1923-1998” Ulusal Toplantısı**, Ankara: Ayrı Basım, 47-60.
- Aksu, F. (2008) “Sağlıkta Dönüşüm Tıp Eğitimini Nasıl Etkiliyor?” **Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı**, Eskişehir, 14-17.
www.ebto.org.tr/bulten/Bulten.pdf. (12.06.2013)
- Altay, A. (2007) “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S.64, 33-58
- Angel, M. ve Block, G. (1997) “Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms”, **Health Policy** 42, 187 – 209.
- Aydınoglu, H. (2008a) “Yapısal Uyum” **Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı**, Eskişehir, 6-7
www.ebto.org.tr/bulten/Bulten.pdf. (12.06.2013)
- Aydınoglu, H. (2008b) “Ödüksüz Bilmece...Bilin Bakalım Burası Neresi..!?” **Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı**, Eskişehir, 10-11
www.ebto.org.tr/bulten/Bulten.pdf. (12.06.2013)
- Bauman, Z. (1997), **Özgürlük**, (çev. Vasıf Erenus), İstanbul: Sarmal Yayınevi.

- Boratav, K. (2005) “Türkiye’nin İktisat Tarihi (1980-2003)”, Sina Akşın (der.), **Türkiye Tarihi-Bugünkü Türkiye (1980-2003)**, (içinde), C.5, İstanbul: Cem Yayınevi, 187-245.
- Cinaver, M.; Yürür, K. ve Pala, K. (2011) “Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar: Hekimler Ne Diyor?”, Ankara: **Türk Tabipleri Birliği**, 1-106.
- Collins C., Green A. ve Hunter D. (1999) “Health sector reform and the interpretation of policy context”, **Health Policy** 47, 69 – 83
- Defever, M. (1995) “Health Care Reforms: the Unfinished Agenda” **Health Policy** 34, 1-7
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009) “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt 12, Sayı 1, 33-44.
- Gilson L. ve Mills A. (1995) “Health Sector Reforms in Sub-Saharan Africa: Lessons of the Last 10 Years”, **Health Policy** 32, 215-243
- Harding, A. ve Preker, A.S. (2000) **Understanding Organizational Reforms: The Corporatization of Public Hospitals**, World Bank Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, 1-29.
- Lamping W. ve Steffen M. (2009) “European Union and Health Policy: The “Chaordic” Dynamics of Integration, Social Science Quarterly, Vol. 90, No. 5, **Southwestern Social Science Association**.
- Navarro, V. (1998) “Comment: Whose Globalization?” American Journal of Public Health, Vol. 88, No:5, 742.743
www.ebto.org.tr/bulten/Bulten.pdf. (12.06.2013)
- Özdemir, O.; Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003) “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 56, 4, 207-216.
- Özkal, İ. (2002) “Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, 3, 11-12, 46-49.
- Pala, K. (2007a) “Türkiye’de Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?”, **Toplum ve Hekim**, 22, 1-2, 62-69.
- Pala, K. (2007b) **Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Refor mu?** , 2006 Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü, Bursa.
www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf. (12.06.2013)
- Pollock, A. M. ve Price D. (2000) “Rewriting the Regulations: How the World Trade Organisation Could Accelerate Privatisation in Health-Care Systems” **The Lancet**, Vol. 356, 9, 1995–2000.
- Scharpf, F. W. ve Schmidt, V. A.(2000) **Welfare and Work in the Open Economy**, Oxford: Oxford University Press.
- Soysal, M. (1997) 100 Soruda Anayasanın Anlamı, İstanbul: Gerçek Yayınevi.
- Sönmez, M. (2011) **Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi**, İzmir: Yordam Kitap.

- T.C. Ulusal Sağlık Politikası, **Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları**, Mart 1993, [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal saglik politikasi.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/ulusal_saglik_politikasi.pdf). **(27.03.2013)**.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Aralık 2003. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>. (26.02.2013).
- T.C.Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014, www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/stratejikplan. **(14.02.2013)**
- Yeldan, E. (2000) “1980 Sonrası Türkiye Ekonomisinde Büyüme ve Bölüşüm Dinamikleri”, Toplum ve Hekim, C.15, S.4, 242-247.
- Yeldan, E. (2001) Küreselleşme Sürecinde Türkiye Ekonomisi, İletişim yayınları, İstanbul.
- Yılmaz, B.N. (2008) “Aile Hekimliği; Sağlıkta Geriye Gidişin Öyküsü” Eskişehir: **Eskişehir Tabip Odası Bülteni Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı**, 4-6.

