

**SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI:
TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA
YAPILAN DÜZENLEMELER
BAĞLAMINDA BİR İNCELEME**

İsmail ÖZ

Doktora Tezi

Sosyoloji Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Erem SARIKOCA

2015

Her Hakkı Saklıdır

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

İsmail ÖZ

**SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI:
TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA YAPILAN DÜZENLEMELER
BAĞLAMINDA BİR İNCELEME**

DOKTORA TEZİ

**TEZ YÖNETİCİSİ
Yrd. Doç. Dr. Erem SARIKOCA**

ERZURUM 2015



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ BEYAN FORMU



20/02/2015

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

BİLDİRİM

Atatürk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum **"SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI: TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA YAPILAN DÜZENLEMELER BAĞLAMINDA BİR İNCELEME"** adlı tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Lisansüstü Eğitim-Öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Atatürk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

20/02/2015

İsmail ÖZ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL TUTANAĞI

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yrd.Doç.Dr. Erem SARIKOCA danışmanlığında, İsmail ÖZ tarafından hazırlanan bu çalışma 13 / 02 / 2015 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sosyoloji Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Sabahattin GÜLLÜLÜ

İmza:

Jüri Üyesi : Prof. Dr. İhsan SEZAL

İmza:

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM

İmza:

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Mevlüt ÖZBEN

İmza:

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Erem SARIKOCA

İmza:

Yukarıdaki imzalar adı geçen öğretim üyelerine aittir. / /

Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	IV
ABSTRACT	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
ÖNSÖZ.....	XI
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAM ve METODOLOJİ

1.1. KURAM	3
1.1.1. McDonaldlaştırma	3
1.1.1.1. McDonaldlaştırmanın Boyutları	4
1.1.1.1.1. Verimlilik.....	5
1.1.1.1.2. Hesaplanabilirlik	5
1.1.1.1.3. Öngörülebilirlik.....	7
1.1.1.1.4. Denetim.....	8
1.1.1.2. McDonaldlaştırmanın Düşünsel Kökenleri	9
1.1.1.3. McDonaldlaştırmanın Olumsuzlukları	14
1.1.2. Sağlığın McDonaldlaştırılması.....	15
1.2. METODOLOJİ	22
1.2.1. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	22
1.2.2. Araştırmanın Önemi	22
1.2.3. Araştırmanın Amacı	23
1.2.4. Araştırmanın Yöntemi	24
1.2.5. Hipotez	25

İKİNCİ BÖLÜM

TARİHSEL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN DOĞUŞU VE GELİŞİMİ	26
2.2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE SOSYOLOJİK TEORİ	29
2.2.1. Yapısal İşlevselci Teori	29

2.2.2. Sembolik Etkileşimci Teori.....	31
2.2.3. Çatışma Teorisi.....	34
2.2.3.1. Karl Marx: Sınıfsal Eşitsizlikler	34
2.2.3.2. Max Weber: Akılcılık ve Yaşam Tarzı.....	36
2.2.4. Çağdaş Teoriler	41
2.2.4.1. Post Yapısalcı Teori.....	41
2.2.4.2. Risk Toplum Teorisi	43
2.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SOSYOLOJİSİ.....	44
2.4. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN KONUSU	48
2.5. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI	49
2.5.1. Sağlık ve Hastalığı Tanımlamaya Yönelik Yaklaşımlar	49
2.5.2. Hastalık, Rahatsızlık ve Hastalık Durumu	52
2.5.3. Fiziksel ve Ruhsal Hastalık	53
2.6. SAĞLIK STATÜSÜ.....	54
2.6.1. Ölüm Oranları (Mortalite)	54
2.6.1.1. Kaba Ölüm Hızı.....	55
2.6.1.2. Bebek Ölüm Hızı.....	55
2.6.1.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	56
2.6.2. Hastalık Ölçümleri (Morbidity).....	56
2.7. SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİ EDEN ETMENLER	57
2.7.1. Bünyesel Etmenler	57
2.7.2. Dış Etmenler.....	59
2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	64
2.8.1. İlkel Sağlık Hizmeti.....	64
2.8.2. Bilim Öncesi Sağlık Hizmeti.....	65
2.8.3. Erken Dönem Bilimsel Sağlık Hizmeti	67
2.8.4. Erken Dönem Teknolojik Sağlık Hizmeti	68
2.8.5. Batı Tıbbının Yükselişi	68
2.9. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ.....	69
2.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	69
2.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	70
2.9.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	70

2.9.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	71
2.10. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	71
2.10.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı.....	73
2.10.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı	74

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNEMLERE AYRILMASI VE SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI

3.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ	76
3.1.1. Geleneksel İslam Tıbbının Hükümraniğinde Sağlık Hizmetleri	76
3.1.2. Batılılaşma Çabalarının Bir Sonucu Olarak Sağlık Hizmetleri.....	77
3.2. CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ.....	82
3.2.1. 1920-1946: Tek Parti Dönemi	82
3.2.2. 1946-1960: Çok Partili Hayat ve Demokrat Parti Dönemi	86
3.2.3. 1960-1980: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.....	89
3.2.4. 1980-2003: Neo-liberal Politikaların Ortaya Çıkışı	92
3.2.5. 2003’ten Günümüze: Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlığın McDonalddlaştırılması	96
3.2.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	97
3.2.5.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı	97
3.2.5.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	98
3.2.5.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	99
3.2.5.2. Türkiye’de Sağlığın McDonalddlaştırılması	105
3.2.5.2.1. Verimlilik.....	105
3.2.5.2.2. Hesaplanabilirlik	116
3.2.5.2.3. Öngörülebilirlik.....	123
3.2.5.2.4. Denetim.....	125
3.2.5.2.5. Türkiye’de Sağlık Alanındaki Akılcı Uygulamaların Olumsuzlukları.....	127
SONUÇ.....	141
KAYNAKÇA	144
ÖZGEÇMİŞ.....	156

ÖZET**DOKTORA TEZİ****SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI:
TÜRKİYE’DE SAĞLIK ALANINDA YAPILAN DÜZENLEMELER
BAĞLAMINDA BİR İNCELEME****İsmail ÖZ****Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Erem SARIKOCA****2015, 156 sayfa****Jüri: Yrd. Doç. Erem SARIKOCA (Danışman)****Prof. Dr. Sabahattin GÜLLÜLÜ****Prof. Dr. İhsan SEZAL****Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM****Doç. Dr. Mevlüt ÖZBEN**

Bu tez, Türkiye’de kamusal ve özel sağlık sektöründe yaşanan değişimler üzerinde durur. Birinci bölüm tezin kuram ve metodolojisini içerir. Kuram kısmında McDonalddlaştırma ve boyutları, kuramın düşünsel kökleri, McDonalddlaştırmanın olumsuzlukları ve sağlık açısından bu kuramın ne şekilde gözlemlenebileceği yer alır. Metodoloji kısmında da yöntem olarak belirlenen tarihsel karşılaştırmalı araştırma tekniği ele alınır.

İkinci bölümde dünyada ve Türkiye’de sağlık sosyolojisinin tarihsel gelişimi ve sosyoloji literatüründe sağlığı ele alan kuramsal yaklaşımlar sıralanır. Ayrıca sağlık, sağlık statüsü, sağlık hizmetleri ve finansmanı gibi başlıklar altında tezin kavramsal çerçevesi açıklanır.

Üçüncü bölüm ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel dönemlere ayrılarak incelenmesini içerir. Özellikle 2003 yılından günümüze kadar devam eden AKP iktidarının uygulamalarından biri olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen düzenlemeler, incelemelerin odağını oluşturur. Sonuç olarak ileri sürüldüğü gibi Türkiye’de sağlık sektörünün McDonalddlaştırmanın boyutları çerçevesinde dönüştüğü görülür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, McDonalddlaştırma.

ABSTRACT**Ph. D. DISSERTATION****THE McDONALDIZATION OF HEALTH:
AN ANALYSIS ON REGULATIONS WITHIN THE CONTEXT OF
HEALTHCARE FIELD IN TURKEY****İsmail ÖZ****Advisor: Assist. Prof. Dr. Erem SARIKOCA****2015, Page: 156****Jury: Assist. Prof. Dr. Erem SARIKOCA (Advisor)****Prof. Dr. Sabahattin GÜLLÜLÜ****Prof. Dr. İhsan SEZAL****Prof. Dr. Mustafa YILDIRIM****Assoc. Prof. Dr. Mevlüt ÖZBEN**

This thesis focus on the experienced changes in public and private healthcare system in Turkey. Chapter One includes the theory and methodology of the thesis. In the theory part, McDonaldization and its dimensions, philosophical origins of the theory, irrationalities of McDonaldization and in what ways this theory can be observed in terms of health contains. In the methodology part, also, historical-comparative research determined as a method is mentioned.

In Chapter Two, the historical development of the medical sociology in Turkey and World, and theoretical approaches related to the health concept in the sociology literature is ranked. Also the conceptual framework of the thesis is mentioned under the titles of health, health status, healthcare services and health financing.

In Chapter Three, also, includes the separation and examination of the historical period of healthcare services. Especially, regulations made within Health Transformation Program as one of the applications of AKP government that has been in power since 2003 is the center of analysis. Consequently, as put forward it is seen that the healthcare sector in Turkey has been transformed within framework of the dimension of McDonaldization.

Key Words: Medical Sociology, The Program of Transition in Health System, McDonaldization.

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
ANAP	: Anavatan Partisi
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BCG	: Bacillus Calmette-Guérin (Verem Aşısı)
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CHP	: Cumhuriyet Halk Partisi
Çev.	: Çeviren
Der.	: Derleyen
DİSK	: Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu
DP	: Demokrat Parti
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO- World Health Organization)
Ed.	: Editör
EKO	: Ekokardiyografi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
Haz.	: Hazırlayan
İTS	: İlaç Takip Sistemi
MBK	: Milli Birlik Komitesi
MEDULA	: Medikal Ulak
MERNİS	: Merkezi Nüfus İdare Sistemi
MGK	: Milli Güvenlik Konseyi
MHRS	: Merkezi Hastane Randevu Sistemi
M.Ö.	: Milattan Önce
MR	: Manyetik Rezonans
M.S.	: Milattan Sonra
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHGM	: Sağlık Hizmet Genel Müdürlüğü
SHP	: Sosyal Demokrat Halkçı Parti
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar (DRG- Diagnosis Related Group)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri	63
Şekil 3.1. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Müracaat Grafiği.....	107
Şekil 3.2. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Kuruluşların Sevk Hızı (%)	108
Şekil 3.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye’de Yatan Hasta Sayısı.....	109
Şekil 3.4. Sektörlere göre Türkiye’de Ameliyat Sayılarının Dağılımı	109
Şekil 3.5. Yıllara Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları	110
Şekil 3.6. Sektörlere Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları, 2013	111
Şekil 3.7. Sektörlere Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2013	111
Şekil 3.8. Yıllara ve Referans Türüne Göre Türkiye’de İlaç Tüketimlerinin Dağılımı (%).....	113
Şekil 3.9. Yıllara ve Referans Türüne Göre Türkiye’de İlaç Harcamalarının Dağılımı (%).....	113
Şekil 3.10. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Tıp, Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakültesi Sayıları ile Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik ve Ebelik Okul Sayıları	115
Şekil 3.11. Yıllara Göre Sağlık Personel Sayıları.....	115
Şekil 3.12. Yıllara Göre Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı	116
Şekil 3.13. Yıllara Göre Tüm Sektörlerde Türkiye’de Toplam Hekime Müracaat Sayıları Grafiği	118
Şekil 3.14. Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Müracaat Sayıları Grafiği	119
Şekil 3.15. Yıllara Göre Türkiye’de Üniversite Hastanelerine Müracaat Sayıları Grafiği	120
Şekil 3.16. Yıllara Göre Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Müracaat Sayısı	122
Şekil 3.17. Yıllara Göre Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%).....	123

Şekil 3.18. Yıllara ve Cinsiyete Göre Türkiye’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	128
Şekil 3.19. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi OECD Karşılaştırması, 2012	128
Şekil 3.20. Yıllara göre Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	129
Şekil 3.21. Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda), OECD Karşılaştırması, 2012..	129
Şekil 3.22. Yıllara Göre Türkiye’de Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda) ...	130
Şekil 3.23. Yıllara Göre Türkiye’de Enfeksiyon Hastalıklarının Görülme Sıklığı (100.000 Nüfusta).....	131
Şekil 3.24. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı.....	132
Şekil 3.25. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Diş Hekimliği Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı	133
Şekil 3.26. Öğretim Yıllarına Göre Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik Okullarında Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı	134
Şekil 3.27. 1999-2009 Yılları Arasında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Çalışmaların Sayısı.....	138

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Castels'e Göre Sağlıkta Yeni Paradigmalar	44
Tablo 2.1. Analiz Düzeyine Göre Sağlık Sosyolojisi Araştırma Konuları	49
Tablo 2.2. Sağlık ve Hastalığı Tanımlamaya Yönelik Yaklaşımlar	54
Tablo 3.1. Türkiye'nin Nüfusu (1927-1960)	91
Tablo 3.2. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Müracaat Sayısı	107
Tablo 3.3. Yıllara Göre Tüm Sektörlerde Türkiye'de Toplam Hekime Müracaat Sayıları	118
Tablo 3.5. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye'de Yatan Hasta Sayıları	120
Tablo 3.6. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye'de Toplam Ameliyat Sayıları	121
Tablo 3.7. Yıllara Göre Türkiye'de Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamaları (000.000 TL)	123
Tablo 3.8. Enfeksiyon Hastalıklarının Uluslararası İnsidans Karşılaştırması, (100.000 Nüfusta), (2012)	130
Tablo 3.9. Yıllara ve Cinsiyete Göre Türkiye'de Toplam Kansere İnsidansı (100.000'de)	131
Tablo 3.10. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları	132
Tablo 3.11. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Diş Hekimliği Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları	133
Tablo 3.12. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik Okulları, Öğrenci ve Öğretim Elemanı Sayıları	134
Tablo 3.13. Belirli İş Grupları İçin Haftalık Ortalama Çalışma Süresi (Saat)	138

ÖNSÖZ

Doktora ders aşamamda bir ödev olarak verilen ‘sağlığın McDonaldlaştırılması’ konusu, başlangıçta bir doktora tezi olma düşüncesinin çok gerisindeydi. Yeterliliğimin ardından başlayan bir tez konusu arayışı, Sağlıkta Dönüşüm Programının etkilerinin yavaş yavaş hissedildiği bir dönemde sağlık sosyolojisi alanında bir çalışma yapmanın daha iyi olacağı fikrini doğurdu. Özellikle bu alanda çok fazla çalışma yapılmamış olması, akademik açıdan ilgi çekiciydi. Bu noktada tezin konusunun belirlenmesine kaynaklık eden Sosyoloji Bölüm Başkanı Doç. Dr. Mevlüt ÖZBEN’e, engin sabrından dolayı danışmanın Yrd. Doç. Dr. Erem SARIKOCA’ya, üzerimde emeği geçen bölümümüzün diğer saygın öğretim üyeleri Doç. Dr. Yıldız AKPOLAT, Doç. Dr. Nuray KARACA, Yrd. Doç. Dr. Sevil DEMİRAL ve Doç. Dr. Z. Yonca ODABAŞ’a, asistan arkadaşlarım Arş. Gör. Erdi AKSAKAL ve Arş. Gör. Sait GÜLSOY’a ve son olarak tez süresince desteklerini eksik etmeyen aileme ve eşime teşekkürlerimi sunuyorum.

Erzurum-2015**İsmail ÖZ**

GİRİŞ

Refah devleti uygulamaların eleştiriyeye tutularak terkedildiği ve yerine getirilen neo-liberal politikaların benimsenmesi, özellikle Sovyetler Birliği'nin alternatif bir siyasi ideoloji olarak varlığını daha fazla sürdüremeyerek çökmesinden sonra ivme kazanır. Bu durum sağlık gibi hayati önem arz eden toplumsal kurumların da dönüşmesine ve kapitalist ruhun kârı önceleyen mantalitesinin ön plana alınmasına neden olur. 1980'den itibaren politik tercihini neo-liberalizmden yana koymuş ülkelerden biri olarak Türkiye de bu uğurda keskin reformlar gerçekleştirir. Sağlık hizmet sektörü ise böylesi reformların gerçekleştirilmesinin kaçınılmaz olduğu alanların başında gelir. 1990'larda sağlık alanında yapılacak neoliberal politik uygulamaların belirlenerek taslak bir rapor haline getirildiği, ancak neoliberal uygulamaları benimseyen bir başka parti olan Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarının bu taslağı uygulayabilme gücüne ulaştığı görülür. Bu çalışma da AKP döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında dönüştürülen sağlık hizmetlerini incelemeyi hedefler.

Birinci bölüm tezin kuram ve metodolojisini içerir. Kuram kısmında McDonaldlaştırma ve onun dört boyutunu temsil eden verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve denetim ele alınır. Bu ele alış kuramın bir fast-food restoranı üzerinden anlatımını kapsar. Sonrasında Goerge Ritzer'in meta kuramlaştırma adını verdiği bir akademik bilgi üretim yöntemiyle kuramın düşünsel kökleri irdelenir. Bu noktada Max Weber ve onun akılcılık üzerine ortaya koyduğu görüşlerinin, McDonaldlaştırma kavramı üzerinde oldukça yoğun bir etki bıraktığı görülür. Ayrıca akılcılığın akıldışılığı açısından McDonaldlaştırma uygulamalarının restoran sektöründe neden olduğu olumsuzluklar da araştırmaya konu edilir. Son olarak Ritzer'in sağlık alanında tespit ettiği akılcı ve akıldışı gözlemlere yer verilir. Metodoloji kısmında ise araştırmamızın konusu ve kapsamı, önemi, amacı, yöntemi ve hipotez ele alınır. Bu noktada dönüşüm birimi olarak sağlık politikalarınca belirlenen sağlık hizmetleri, çalışmanın odağını oluştur. Dönüşümlerin en iyi şekilde izlenmesi için de tarihsel karşılaştırmalı araştırma tekniği yöntem olarak benimsenir.

İkinci bölüm, tezin tarihsel ve kavramsal çerçevesini oluşturur. Burada öncelikli olarak sosyolojinin bir alt disiplini olarak sağlık sosyolojisinin nasıl ortaya çıktığı irdelenir. Tıbbi ve tıpta sosyoloji ayrımlarının yapılmasından sonra hangi sosyolojik

teoriler içerisinde sağlık konusunun işlendiği uzun uzadıya ele alınır. Bu noktada yapısal işlevselcilik, sembolik etkileşimcilik, Marksist ve Weberci çatışma geleneği ve çağdaş teoriler arasında yer alan post yapısalci ve risk toplum teorileri incelenir. Sağlık sosyolojisi alanındaki dünya literatürün taranması olarak da ifade edeceğimiz bu durum Türkiye üzerinden de geliştirilir. Bu noktada öncü çalışmalar, ders kitapları ve benzer araştırma nesnesini seçen farklı disiplinler altında yayımlanan çalışmalar aktarılır. Tüm bu aktarımlardan sonra sağlık sosyolojisi konularının neler olabileceği 22 maddede ve 3 araştırma düzeyinde çözümlenir. Kavramsal çerçeve içerisinde ise sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya yönelik yaklaşımlar; hastalık, rahatsızlık ve hastalık durumu arasındaki anlam farkı ve fiziksel ve ruhsal hastalıkların birbirinden ayrışan yönleri ele alınır. Sağlık kadar bir ülkede sağlığın olumlu ya da olumsuz olduğuna yönelik göstergelerin yorumlanmasında önemli bir yere sahip olan sağlık statüsü kavramı da incelenir. Mortalite ve morbitide göstergelerinin neleri ifade ettiği açıklanır. Sonrasında bu statüye etki eden etmenler bünyesel ve dış etmenler başlığında işlenir. Son olarak sağlık hizmetleri kavramının açıklanması amacıyla sağlık hizmetlerinin paradigmat açıdan gelişimi, günümüzde sağlık hizmetlerinin çeşitleri ve sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ele alınır.

Üçüncü bölüm ise Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel dönemlere ayrılarak incelenmesini içerir. Bu noktada Cumhuriyet öncesi ve sonrası olmak üzere iki ana dönemde inceleme yapılır. Cumhuriyet öncesi süreç geleneksel devlet yapılarının mevcudiyetinde İslam tıbbının egemen konumu kadar Batı tıbbının gelişmelerine paralel olarak batılılaşma çabalarımızın bir sonucu olarak da ele alınabilir. Cumhuriyet sonrası dönemin incelenmesi ise beş dönemde yapılır. Bunlar 1920-1946, 1946-1960, 1960-1980 ve 1980-2003 ve 2003 yılından günümüze kadar devam eden süreçtir. Araştırmanın odak noktasını da bu son dönem oluşturur. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amacı, temel ilkeleri ve bileşenleri ayrıntılı olarak analiz edilir. Son olarak bu dönemde iktidar tarafından yürürlüğe sokulan her bir uygulama tespit edilerek, McDonaldlaştırmanın verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve denetim boyutları doğrultusunda hipotezimizin sınaması yapılır. Sınama McDonaldlaştırmanın olumsuzlukları açısından da gerçekleştirilir.

Sonuç olarak SDP kapsamında sunulan sağlık hizmetlerin tüm bu sınamalarda sağlık alanında McDonaldlaştırmayı olumlayacak neticeler verdiği görülür.

BİRİNCİ BÖLÜM

KURAM ve METODOLOJİ

1.1. KURAM

1.1.1. McDonaldlaştırma

McDonaldlaştırma kavramı, Amerikalı sosyolog George Ritzer tarafından 1993 yılında yayımlanan “*Toplumun McDonaldlaştırılması*” adlı eserle sosyoloji literatürüne eklenir. Ritzer bu kavramla, dünyaca ünlü küresel bir fast-food restoranının başarısının altında yatan ilkelerin, hem Birleşik Devletler’de hem de dünyanın geri kalanında giderek baskın bir hale gelmesi sürecini anlatır.¹

Söz konusu kavramsallaştırmanın baş aktörü olarak McDonald’s’ın ticari serüveni, 1940 yılında Richard ve Maurice McDonald kardeşlerin Birleşik Devletler, Kaliforniya, San Bernardino’da ‘*arabaya servis restoranı*’² olarak ilk işletmelerini açmalarıyla başlar. 1948’lere gelindiğinde ise artan rekabet, McDonald’s kardeşlerin rakipleri karşısında onları öne geçirecek akılcı sistemler geliştirmelerini sağlar ve dünyanın en büyük ‘*hızlı servis restoranı*’nın temelleri atılır. Kağıt bardaklar, daha az ürünle sınırlandırılmış menüler, yarı yarıya fiyatlandırılmış hamburger ücretleri, daha işlevsel bir mutfak düzeni, self-servis ve az sayıda elemanla daha verimli çalışabilme becerisi bu sistemin öne geçen yönleri olarak belirir.³ Kısa zamanda elde edilen yüksek ciro sistemin başarısını kanıtlar ve restoranların genişleme sürecini başlatacak iştirakçiler için potansiyel yaratır.

Ray Kroc, McDonald’s restoranlarının genişleme sürecindeki ilk girişimci olur. Restoranlar için milk-shake makinası pazarlayan Kroc, McDonald’s’ın 8 olan makina sayısını 10’a çıkarmak için verdiği sipariş karşısında şaşırır. Kroc, 1950’lerde sakin bir çöl kasabası görünümünde olan San Bernardino’da bu kadar çok makine işleten bir restoranın muazzam bir kapasiteye sahip olması gerektiğini düşünür. Merakını yenmek

¹ George Ritzer, *Toplumun McDonaldlaştırılması*, (Çev.: Şen Süer Kaya), 2.Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011, 23.

² Bu hizmet şeklinde araçlarıyla restoranın park alanına gelen müşteriler, paten giymiş servis elemanlarınca karşılanır. Siparişler alınıp, hazırlandıktan sonra yine servis elemanlarınca müşterilere teslim edilir.

³ McDonald’s Tarihçe; http://www.mcdonalds.com.tr/tarihce_1_2

üzere restoranın işleyişini yakından gözlemleyen Kroc, şık görünümlü elbiseleriyle çalışanların, müşterilerin isteklerini karşılamak için ortaya koydukları tempoyu beğenir.⁴ McDonald's kardeşler tarafından oluşturulan bu akılcı işleyişin gelecek vaat eden potansiyelini fark eden Kroc, McDonald's isminin kullanma hakkını satın alarak 15 Nisan 1955 yılında Illinois'te ilk restoranını faaliyete geçirir. Bunu üç ay sonra Kaliforniya Fresno'da hizmete girecek olan ikinci McDonald's restoranı takip eder. Yıl sonuna kadar her iki restoran toplamda \$193,722'lık bir satış gerçekleştirir. 1956 yılında ise McDonald's restoran sayısını 12'ye, 1957 yılında da 40'a çıkartarak toplam \$3,841,327'lık bir satış hacmine ulaşır.⁵

Kroc, McDonald's kardeşlerin akılcı sistemini koruyarak '*Kalite, Servis, Temizlik ve Değer*' ilkelerini ekler.⁶ Sonraki yıllarda Birleşik Devletler'in dört bir yanına McDonald's şubeleri açan Kroc, 1961 yılında McDonald's'ın tüm isim haklarını satın alır. Artan restoran sayısı karşısında Kroc, gelişmiş bir *franchising* sistemine yönelir. 1970'lere gelindiğinde ise McDonald's restoranları artık ulusal sınırları aşmış bir durumdadır. Kuruluşunun ardından geçen 70 yılı aşkın süreçte McDonald's, 100'ün üzerinde ülkede 33.000'den fazla restoranı ve yaklaşık 68 milyon insana hizmet veren iş hacmiyle günümüzün dev küresel şirketlerinden biri haline dönüşür.⁷

1.1.1.1. McDonaldlaştırmanın Boyutları

Ritzer, McDonald's'ın başarısını tüketicilere, çalışanlarına ve yöneticilerine sunduğu dört boyut üzerinden değerlendirir. Bunlar *verimlilik*, *hesaplanabilirlik*, *öngörülebilirlik* ve *denetimdir*.⁸

⁴ Ray Kroc, *Grinding It Out: The Making of McDonald's*, 2.Edition, Berkeley Medallion Books, USA 1968, 6-7.

⁵ McDonald's History Listing;
http://www.mcdepk.com/50/downloads/history_listing.pdf

⁶ Sara Gilbert, *Built For Success: The Story of McDonald's*, Creative Education, USA 2009, 8.

⁷ McDonald's 2011 Annual Report;
<http://www.aboutmcdonalds.com/content/dam/AboutMcDonalds/Investors/Investors%202012/2011%20Annual%20Report%20Final.pdf>

⁸ Ritzer, 50.

1.1.1.1.1. Verimlilik

Verimlilik, belirli bir amacın gerçekleştirilmesine yönelik olarak en iyi araçların bulunup kullanılmasını ifade eder. Verimlilik konusunda McDonald's'ın izlediği yol *ürünlerin basitleştirilmesi, müşterilerin işe koşulması (self-servis) ve hizmete ulaşma sürecinin daha etkin bir şekilde kullanılmasını* içerir.⁹ Bu noktada McDonald's menülerinde yer alan ürünler karmaşık tariflerden uzak, daha az malzeme gerektiren, hazırlanması, servisi ve yemesi kolay yiyeceklerden oluşur. Hamburger, patates kızartması, kızarmış tavuk, dilim pizza gibi McDonald's ürünlerinin çoğu çatal ya da bıçak kullanımına gereksinim duymadan elle yemeğe uygun olarak hazırlanır. Verimlilik arttırmaya yönelik olarak self-servis de müşterilerin daha önceleri alışkın oldukları arabaya servis ya da restoran içinde masalarına yapılan hizmet şeklinden ayrılır. Artık müşteriler siparişlerini kasa önünde sıraya girerek vermekte ve hazırlanan siparişler bizzat yine müşteriler tarafından kasadan alınmaktadır. Bu uygulamanın üretici açısından getirisi ise artan iş gücü maliyetleri karşısında müşterinin bir kaç dakika da olsa gönüllü olarak işçi olmasıdır. Son olarak tüketicilerin siparişlerine en kısa sürede ulaşabilmesi için zamanın etkin kullanılması gerekir. Bunun sağlanması ürünlerin basitleştirilmesi kadar sınırlandırılması, siparişi hazırlama donanımının etkin olması ve müşterinin restorana ulaşım kolaylığına bağlıdır.¹⁰ Ürünlerin basitliği onları hazırlayanlar açısından kolaylık sağlarken, ürünün sınırlandırılması müşterinin sipariş kuyruğunda daha hızlı karar vermesine olanak tanır. Müşterilerin yoğun olduğu zamanlarda çok sayıda siparişi en kısa sürede hazırlamayı mümkün hale getiren bir pişirme bandı da donanımsal açıdan avantaj sağlayıcı bir unsurdur. Ayrıca arabalarından inmeden ve onu park etme sorunuyla uğraşmadan, müşterilerin araçlarıyla birlikte restoranın bir penceresinden siparişlerini verip alabilmeleri de hizmete ulaşmada zamanın etkin kullanılmasını sağlar.

1.1.1.1.2. Hesaplanabilirlik

McDonalddlaştırmanın ikinci boyutu olarak hesaplanabilirlik niceliğe vurgu yapar. Bu vurgu hem işlemler hem de son ürünler üzerindedir. İşlemler açısından üretimin hızı, son ürünlerde ise üretilen ve müşteriye sunulan ürünlerin sayısı vurgulanır. Bunun

⁹ Ritzer, 71-76.

¹⁰ Ritzer, 71-73.

önemli bir sonucu olarak McDonald's restoranları, ürünlerini çok miktarda ve çok hızlı bir şekilde üretebilme yeteneğine sahiptir. Ritzer niceliğin vurgusunun üç şekilde yapılabileceğini belirtir: *ürünlerin kalitesi yerine miktarın vurgulanması, miktar konusunda yanılsama yaratılması ve üretim işlemleri ile servisin rakamlara indirgenmesi*.¹¹ Bu noktada McDonald's restoranları, niteliğe vurgu yapacak şekilde lezzetli ve keyifli bir yemek sunmaktan ziyade niceliğe vurgu yapan ve müşterilerinin açlıklarını dindirmeyi vaat eden büyük ürünler sunar. Öyle ki bu durum sunulan ürünlerin adını da etkiler. McLeziz ya da McGurme gibi nitelik vurgusuna yönelik menü adları yerine, niceliğe vurgu yapan ve Big(büyük)Mac'le başlayan menü adları kullanılır. Ayrıca artık pek fazla kullanılmamakla birlikte eski bir yöntem olarak, satılan hamburger sayılarını gösteren tabelalar, satış ile kalite arasında da bir ilişkinin kurulabilmesi için olası müşterileri etkilemeyi amaçlar.¹² Nicel açıdan McDonald's'ın başarılarından biri de müşterilere sunulan ürün üzerinden yanılsamanın yapılması, yani müşterilerin az parayla çok yiyecek alabileceklerini düşünmelerinin sağlanmasıdır. Bu noktada McDonald's'ın şişkin hamburger ekmeği, hamburgeri olduğundan büyük gösterir. Söz konusu yanılsama, hamburgerin içine konulacak olan malzemelerin ekmekten dışarı taşacakmış gibi özenle dizilmeleriyle arttırılır. Yanılsama patateslerde ve içeceklerde de mevcuttur. Patatesler özel kepçelerle üstten geniş ve alttan dar olan ve çok görünüyormuş yanılsamasını arttırmak üzere içten çizgili kutulara yerleştirilir. Son olarak içeceklerin içine konan buz, benzer bir yanılsamaya neden olur. Bu yanılsamalar patateslerde %400 ve içeceklerde %600 gibi kâr oranları sağlar.¹³ Hesaplanabilirlik açısından niceliğe yönelik son vurgu, yiyeceklerin müşteriye ne kadar hızlı servis edildiği ve üretim işlemleriyle ilgilidir. McDonald's hızlı servis restoranını ilk açtığı dönemde hamburger, milkshake ve patatesten oluşan bir menüyü 50 saniyede hazırlayabiliyorken, 1959 yılında 36 adet hamburgeri 110 saniyede müşteriye servis etmeyi başarır. Ürünlerin hazırlanması da daha önceden belirlenmiş nicel verilere göre yapılır. Buna göre pişmemiş bir McDonald's hamburgerinin ağırlığı hemem hemen 1,6 ons (45,359237 gram) olmalı, yarım kilo etten 10 adet hamburger yapılabilmelidir. Hamburger ekmeği 3,5 inç (8,89 cm), pişirilmiş hamburger ise 3,875 inç (9,8425 cm) olmalıdır. Hamburgerin eti pişirme esnasında fazla küçülmemesi için en fazla %19

¹¹ Ritzer, 101.

¹² Ritzer, 102-103.

¹³ Ritzer, 105.

oranında yağ içermelidir. Ayrıca restoranların performansı da nicelik olarak hesaplanır. Çalışan başına satış, kâr, işe girip çıkma oranı ve kalite, servis, temizlik oranları bu hesaplar arasındadır.¹⁴

1.1.1.1.3. Öngörülebilirlik

McDonalddlaştırmanın üçüncü boyutu olan öngörülebilirlik önceden belirlenmiş standartlar üzerinde durur. Ritzer bu standartların görülebileceği dört nokta belirler: *ortamın aynılaştırılması, müşterilerle ilişkinin klişeleşmesi, öngörülebilir ürünler ve çalışma davranışı*.¹⁵ Bu noktada tüm McDonald's restoranları ister Birleşik Devletler'de isterse dünyanın farklı bir köşesindeki şubesinde olsun aynı standartları barındırır. Her bir restoran belirgin bir boyda altın kemer olarak adlandırılan McDonald's logosuna, asılı menülere, görünür mutfaklara ve bir örnek giyinmiş çalışanlara sahiptir. Bu durum dünyanın başka bir köşesinde olmalarına rağmen evlerini özleyen müşteriler için tanıdık bir şeyleri görmenin rahatlığını ve güvenini verir. Bunun yanı sıra McDonald's sipariş sürecinde restoranlarında yaşanan müşteri ve kasiyer arasındaki sınırlı ilişkinin varlığından dolayı klişeleşmiş davranış kalıplarının sergilenmesini ister. Bu noktada McDonald's çalışanları her gün, müşterileri karşılamak, siparişi ve ödemeyi almak, siparişi hazırlamak, siparişi müşteriye vermek ve son olarak müşteriye teşekkür etmek şeklinde sıralanabilecek bir dizi klişeleşmiş davranışları sergilerler. Böylesi bir davranış çalışanların müşterilerle ilişkilerini denetleyebilmelerinin yanında müşterilerden gelebilecek istenmeyen, olağanüstü taleplerin de önünün alınmasını sağlar.¹⁶ Ayrıca çalışanlar tarafından ortaya konan bu klişeleşmiş davranışlar bütün müşterilere eşit davranılmasına ve böyle algılanmasına da yardımcı olur. Karşılama ve uğurlama kısmında yaratılan sahte arkadaşlık ise müşterilerin yeniden gelmelerini sağlamak için bir dostluk belirtisi olarak görünür. McDonald's müşteriler kadar çalışanların da davranışlarının öngörülebilir olmasını ister. Bu yüzden bütün çalışanlardan üniforma giymeleri, makyaj, saç kesimi ve takılar gibi hususlarda belirlenen kurallara uymaları ve siparişleri, örneğin hamburgerleri, aynı şekilde pişirerek hazırlamaları beklenir. Bunun sağlanması için çalışanlar şirket kültürünü ve tarzını içselleştirmek üzere eğitim programları alır. Bunun yanı sıra ödül (ayın elemanı) ve cezalarla (kovulmak) da

¹⁴ Ritzer, 106-107.

¹⁵ Ritzer, 129-135.

¹⁶ Ritzer, 131.

Çalışanlar yönlendirilir. Özellikle müşteri kılığına girmiş işverenler tarafından gizlice denetlenabiliyor olmalarının bilincinde, bu yönlendirmenin baskısını hissederler. McDonald's normal çalışanlar kadar, müdürlerin ve yardımcılarının da eğitim almasını şart koşar. Bu amaçla her McDonald's işletmecisi, restoranı faaliyete geçmeden önce 8 ile 12 ay süren bir eğitim almak zorundadır. Eğitimin son safhası 'hamburger uzmanı' belgesini alacakları Chicago'daki Hamburger niversitesi'nde yapılır.¹⁷ Son olarak McDonald's ürettiği ürünlerin de öngörülebilir olmasını ister. rnlerin basitliği, onları hazırlamayı kolaylaştırır ve tüm restoranlarda ürünler aynı şekilde hazırlanıp müşteriye sunulur. Ancak bazen tüm çabalara rağmen malzemenin niteliğinden kaynaklanan sorunlar ortaya çıkabilir: Örneğin servisi yapılan yiyeceklerin yeterince sıcak olmaması, hamburger köftesinin ya da tavuk etinin gereğinden fazla sert olması gibi. Bu noktada paketleme önemli bir öngörülebilirlik bileşeni olarak belirir. Hamburger ve patatesin kutusu ve içeceklerin kapları, müşterilere aldıkları ürünün her zaman tkettikleriyle aynı olduğunu dşndrtr.¹⁸

1.1.1.1.4. Denetim

McDonalddlaştırmanın son boyutu olarak denetim en büyük belirsizlik, verimsizlik ve öngörülemezlik kaynağı insanı hedef alır ve onun yerine insansız teknolojinin geçirilmesini amaçlar. Makina ve aletler gibi teknolojik donanımların yanı sıra malzeme, beceriler, bilgi, kural, yönetmelikler, işlem ve teknikler de denetime yardımcı olur. Ritzer'e göre bu durum, hem *rnn ve sürecin* hem de *müşterinin denetlenmesi* zerinde yoğunlaşır.¹⁹ Bu noktada McDonald's restoranlarında sunulan yiyeceklerin çoğu insansız teknolojiler tarafından önceden hazırlanır. Hamburger ekmekleri, köfteler, patatesler, tavuk parçaları gibi pek çok yiyecek önceden kesilmiş, dilimlenmiş, şekil verilmiş ve dondurulmuş olarak sipariş edilmeyi bekler. Bu durum aşçı olmayı gerektirmeyecek bir şekilde, McDonald's çalışanları tarafından siparişlerin kolaylıkla hazırlanmasını sağlar. Öyle ki çoğu zaman çalışanların yapması gereken tek şey bu yiyecekleri kısa bir süre ısıtmak ya da pişirmektir. İnsansız teknolojiler sipariş sürecinde de aktif bir şekilde kullanılır. İçecek ve patates kızartma makinaları ve bilgisayarlı

¹⁷ Hamburger niversitesi;
http://www.mcdonalds.com.tr/hamburger-universitesi_1_5

¹⁸ Ritzer, 135.

¹⁹ Ritzer, 155-158.

kasalar bu noktada çalışanlardan kaynaklanabilecek öngörülemez hataların önüne geçilmesinde yardımcı olur. Örneğin otomatik içecek makinaları çalışanların dalgınlığından doğabilecek taşma riskini önler. Bunun yanı sıra siparişi verilen küçük, orta ya da büyük boy içeceklerin olması gereken tam sıvı miktarını denetim altına alarak gerekli doldurma işlerini, bir damla bile israf etmeden hızlı ve doğru bir şekilde gerçekleştirir. Patateslerin kızartıldığı yağ dolu kazanlar ise zaman mekanizmalarıyla kızartma sepetlerini otomatik olarak yağdan çıkartarak her defasında tam ve doğru kızartmayı mümkün hale getirir. Son olarak satışı yapılan ürünlerin görüntüsünün yer aldığı bilgisayarlı kasaların ekranı, çalışan tarafından sadece üzerlerine tıklanarak doğru ücreti hesaplar.²⁰ Ürün ve süreç kadar müşteriler de denetlenir. Yazılı bir kural olmamakla birlikte McDonald's müşterileri, *"kuyruğa girmeleri, kasaya gitmeleri, yiyecek siparişi vermeleri, ödeme yapmaları, yiyecekleri boş bir masaya taşımaları, arta kalanları toplamaları, çöp kutusuna atmaları gerektiğini bilirler."*²¹ Bunun yanı sıra restoran tabureleri müşterilerin rahatlığını ön plana almaz. Aksine rahatsız edici olarak tasarlanan tabureler müşterinin oyalanmadan yemeklerini yiyip, kalkmasını ve böylelikle yeni müşteriler için boş yerlerin oluşmasını sağlar. Ürünlerin çatal ve bıçaksız yenilebilecek basitlikte olması da bu amaca hizmet eder.²²

1.1.1.2. McDonaldlaştırmanın Düşünsel Kökenleri

Ritzer'in McDonaldlaştırma kavramı, onun *meta kuramlaştırma*²³ adını verdiği sosyolojideki en önemli çabalardan birinin ürünüdür. Meta kuramlaştırma, mevcut sosyoloji kuramlarının sistematik ve düşünümsel bir şekilde incelenmesini içerir. Ritzer'e göre meta kuramlaştırma çalışmaları üç biçimde yapılabilir: *kuramı daha derinden anlamının bir aracı olarak (M_U)*, *kuram gelişimine bir giriş olarak (M_P)* ve *sosyoloji kuramını kuşatan bakış açılarının bir kaynağı olarak (M_O)*.²⁴ Bunlardan ilki M_U, mevcut bir kuramı daha iyi anlayabilmek için o kuramın incelenmesini içerir. Bu noktada M_U, kuramlar kadar kuramcılar ve kuram okulları (Frankfurt, Chicago gibi) ve tüm bunların yer aldığı sosyal bağlamla ilgilenir. İkincisi M_P ise yeni sosyoloji

²⁰ Ritzer, 155-156.

²¹ Ritzer, 159.

²² Ritzer, 159.

²³ Goerge Ritzer, "Metatheorising in Sociology", *Sociological Forum*, 5 (1), 1990, 3.

²⁴ Ritzer, 5.

kuramları ortaya koyabilmek için mevcut olanın incelenmesini gerektirir. Son olarak üçüncüsü M_O, sosyolojik kuramın tümünü ya da bir kısmını kapsayan bir bakış açısı ortaya koyma amacına yönelik bir kuram çalışmasıdır.

Ritzer'in McDonaldlaştırma kuramı, burada sıraladığımız meta kuramlaştırma biçimlerinden ikincisi (M_P) içerisinde yer alır. Kuram, Max Weber'in akılcılık üzerine ortaya koyduğu görüşlerin ve kısmen de diğer akılcı örnekler olan Fordizm ve Taylorizmin fast-food restoranlarına uygulanmış halidir. Bu noktada Ritzer'in kendisinin de ifade edeceği gibi *"McDonald's ve McDonaldlaştırma yeni bir şeyi değil, yirminci yüzyılda ortaya çıkan bir dizi akılcılaştırma sürecinin doruk noktasını temsil"*²⁵ etmektedir.

Ritzer'in meta kuramlaştırma çabasındaki ilk isim olan Weber dört temel akılcılık şekli belirler: *Pratik, kuramsal, tözel ve formel*.²⁶ Pratik akılcılık, dünyevi faaliyeti, bireyin yalnızca pragmatik ve bencil çıkarlarıyla ilişkili olarak gören ve değerlendiren yaşamın her biçimi olarak tanımlanır. Pratik akılcı bir yaşam biçimi verili gerçekleri kabul eder ve onların sunduğu zorluklarla baş etmenin en uygun araçlarını hesaplar. Bu nedenle pratik akılcılık amaçsal akılcı eyleme yönelik insanların yeteneğinin bir belirtisi olarak mevcuttur. Pratik akılcı eylem tipine yönelik insanların yetenek ve kapasitesi, ilkel büyüünün bağları çözülür çözülmez ya tamamen seküler dönemlerde ya da ahlaki kurtuluş dinleri tarafından derin bir şekilde damgalanmış çağlarda görünür. Kendine özgü faaliyetlerin sonucu olarak tüm kentli tabakalar -özellikle tüccarlar, zanaatkarlar ve tacirler- çıkarıcı, pratik akılcı bir tutum içerisinde yaşam biçimlerini düzenlemek üzere kesin bir eğilim gösterir. Bu tabakalar sık sık entelektüel tabakanın soyut kuramsal akılcılığından ve dinsel ya da seküler-ütopyacı nitelikli değerlerinden şüphe ederler.²⁷

Diğer bir akılcılaştırma şekli olarak kuramsal akılcılık eylem aracılığıyla değil, bilişsel olarak soyut kavramlar aracılığıyla gerçekliğe ulaşmayı ifade eder. Bu noktada kuramsal akılcılık, mantıksal tümdengelim, tümevarım, nedensellik atfetme ve sembolik anlamların oluşumu gibi düşünce süreçlerini kapsar. Tarihin en erken dönemlerinde büyücüler ve rahiplerin daha sonrasında felsefeciler, yargıçlar ve bilim adamlarının bu

²⁵ Ritzer, *Toplumun McDonaldlaştırılması*, 65.

²⁶ Stephan Kalberg, "Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History", *American Journal of Sociology*, 85 (5), 1980, 1151-1159.

²⁷ Kalberg, 1152.

akılcılık tipini kullandığı görülür. Büyücüler ve rahipler, doğayı ve doğaüstünün işleyişini ararken; felsefeciler, doğa ve toplumun işleyişinin kavramsal şemalarını düşünürken; yargıçlar, siyasal kurumlar içerisinde yeni yeşermekte olan dünya görüşünü yorumlarken ve son olarak bilim adamları, bilimsel dünya görüşünü ortaya koyarken kuramsal akılcılıktan yararlanır.²⁸ Hepsini harekete geçiren şey ise tüm metafiziğin temelinde yer alan, bir bütün olarak dünyanın ve yaşamın anlamı nedir, sorusuna cevap bulma gayretidir.

Tözel akılcılık ise pratik akılcılık gibi ve kuramsal akılcılığın aksine eylemi doğrudan örüntüler içerisinde düzenler. Bu durum rutin sorunlara yönelik çözümlerin amaçsal hesaplamasına dayalı olarak değil; geçmiş, şuan ya da olası bir “değer ilkesi”yle ilişkili bir şekilde gerçekleşir. Ancak tek bir değer değil, dinsel bir öğretinin vaaz ettiği şekliyle vazifenin yerine getirilmesi (çalışmak) ya da zenginliğin olumlu değerlendirilmesi (gösteriştan uzak olmak) gibi içerik açısından çeşitlilik gösteren tüm değer kümeleri kapsanır. Tözel akılcılık değersel akılcı eyleme yönelik insanoğlunun doğal yeteneğinin bir göstergesi olarak mevcuttur. Bunun yanı sıra tözel akılcılık sınırlandırılabilir. Örneğin arkadaşlık; her ne zaman sadakat, sevgi ve karşılıklı yardım gibi değerler için bağlılık içermeye başlarsa, tözel bir akılcılık haline gelir.²⁹

Son olarak formel akılcılık, Batı’nın ayırt edici niteliği olarak öne çıkar. Pratik, kuramsal ve tözel akılcılığın aksine formel akılcılık yalnızca endüstrileşmeyle sınırlanmış, belirli alanlarda elde edilen bir hakimiyet yapısı ve yaşam alanlarıyla ilgilidir. Ekonomik, hukuki ve bilimsel alanların yanı sıra bürokratik egemenlik biçimi bu akılcılık türünün görüldüğü en önemli alanlardır. Pratik akılcılığın benzer bir araç seçimini (amaçsal) içeren formel akılcılık, ondan farklı bir şekilde evrensel olarak uygulanan kural, hukuk ve düzenlemelerle meydana gelir. Bu noktada formel kurallar ve yasalara yönelik eğilim, tüm keyfî nitelikli hareketlere karşı bir reddi içerir. Bireysel statü farklılıklarına rağmen herkes –karizmatik olanlar da dahil- biçimsel akılcı işlemlerin emirlerine bağlıdır.³⁰ Hukuki alan açısından formel akılcılık, resmi olarak eğitilmiş hukukçular tarafından devletin tüm vatandaşlarına kanunları uyguladıkları zaman var olur. Bu durum kararların nihai bir adalet varsayımına göre alındığı tözel

²⁸ Kalberg, 1153.

²⁹ Kalberg, 1155.

³⁰ Kalberg, 1158.

akılcılığa karşıdır. Benzer bir şekilde ekonomik alan açısından formel akılcılık, ticari pazarın kanunları içerisinde teknik açıdan olası tüm hesaplamaların bireysel kişilikler üzerindeki etkilerini umursamaksızın evrensel bir şekilde gerçekleştirildiği ölçüde artış gösterir. Deneysel yöntemler ise kuramsal akılcılığın bilişsel anlamda hipotez oluşturmalarına karşı olarak, bilimsel alanda formel akılcılığı ön plana çıkarır. Son olarak bürokrasi, kurallarla –yasalar ya da yönetmelikler- düzenlenmiş bir yetki alanında ve ast-üst ilişkisinin yer aldığı hiyerarşik bir düzlemde gerek kamusal, gerekse kapitalist örgütlenmelerin ihtiyaç duyacağı büyük çaplı idari işlerin ve örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesinde formel akılcılığı ifade eder.³¹

Weber'e göre bürokratikleşmenin ilk temeli, idari görevlerin nicel anlamda büyümesiyle atılır.³² Bu durum tarihsel açıdan geçmiş dönemlerin büyük siyasi oluşumlarında da –Roma ve Çin İmparatorluğu gibi- bürokratik yapılanmanın varlığının gözlenmesine neden olur. Ancak etkili bir bürokratikleşmenin temeli, formel akılcılık aracılığıyla yalnızca endüstrileşmiş modern Batı dünyası içinde atılabilir. Bu noktada tam olarak gelişme göstermiş bir bürokratikleşme makinaların, mekanik dışı üretim türlerine olan üstünlüklerine benzer bir avantaj ortaya çıkarır. Doğruluk, hız, kesinlik, dosya bilgisi, süreklilik, gizlilik, birlik, katı bağlılık; anlaşmazlığın, materyallerin ve kişisel giderlerin düşürülmesi gibi hususlar bürokratik bir yönetimde en üst düzeye çıkarılabilir.³³

Ritzer, formel akılcılığı içeren bürokrasinin ortaya çıkardığı avantajları, McDonalddlaştırmanın dört boyutuyla pekiştirir. Bunlardan ilki bürokrasinin, çok sayıda görevi gerçekleştirmenin en verimli biçimi olduğunun kabul edilmesidir. Bu bağlamda idari bir kurum olarak vergi daireleri –özellikle milyonlarla ölçülen nüfuslu ülkeler açısından- en etkin vergi toplama yönetimini oluşturur. İkinci olarak niceliksel yönleriyle bürokrasiler hesaplanabilirliğe vurgu yapar. Bu noktada sayılabilir nitelikli bir dizi işlemi yerine getirmek olarak ifade edilebilecek performans, başarıyı ölçmenin anahtarı haline gelir. Üçüncü olarak bürokrasiler, sahip oldukları kural ve yönetmeliklerle öngörülebilir bir şekilde çalışır. Bu noktada hem bürokratik kurum içinde çalışanların hem de söz konusu bu kurumlardan hizmet alan sıradan vatandaşların

³¹ Kalberg, 1159.

³² Max Weber, *Ekonomi ve Toplum II*, (Çev.: Latif Boyacı), Yarın Yayınları, İstanbul 2012, 335.

³³ Weber, 340.

davranışları öngörülebilir bir nitelik taşır. Örneğin çalışanların hepsi mesainin kaçta başlayıp, kaçta biteceğini ve benzer bir şekilde sıradan vatandaşlar da hangi saatler arasında hizmet alabileceklerini bu kurallarla bilirler. Son olarak bürokrasiler, insansız teknolojileri kullanmalarıyla çalışanlar ve hizmet alanlar üzerinde bir denetim oluşturur. Bu noktada hizmet alacaklar için elektronik sıra makinaları, otomatik ses kayıtlarıyla telefon yönlendirmeleri, çalışanlar için ise özel programlara sahip bilgisayarlar denetim aygıtları için örnek verilebilir.³⁴

Ritzer, McDonalddlaştırma kavramsallaştırması için Weber'in akılcılık ve bürokrasi ile ilgili görüşlerinin yanı sıra Frederick W. Taylor ve Henry Ford'un endüstriyel üretimde çıkır açan fikirlerinden de faydalanır. Günümüzde artık bu kişilerin isimleriyle özdeşleşmiş olan bu fikirler, *Taylorizm* ve *Fordizm*, endüstri üretiminde birbirleriyle iç içe geçmiş bir şekilde yer alır. Bu isimlerden ilki olarak Taylor, bütün günlük faaliyetlerimizden büyük işletmelerin çalışmalarına kadar ortaya çıkabilecek her türlü verimsizliğin sistematik bir yönetim anlayışıyla çözülebileceğini belirtir. Söz konusu çözüm aracı ise bir kurum olarak açıkça tanımlanmış ilkeler, kurallar ve kanunlara dayandırılmış bir bilimdir.³⁵ Bu anlayışta bilimsel yönetim ilkeleri dört temele dayandırılır. Bunlardan ilki işin her bölümü için bir bilimin geliştirilmesi, ikincisi her işçinin bilimsel olarak seçilip eğitilmesi, üçüncüsü işçilerin bilimsel yöntemlere göre çalışmasının sağlanması ve dördüncüsü işçiler ve işverenler arasında yönetim sorumluluğunun dengeli bir şekilde paylaşılmasıdır.³⁶ Bu paylaşım, tasarımın uygulamadan, planlamanın işlemlerden ve yönetimin işçiden ayrılması anlamına gelmektedir. Öyle ki geleneksel olarak ücretli işçi çalıştırma ve işten çıkarma gibi yönetimle ilgili olmasına karşın ustabaşlarına bırakılan stratejik karar alma, Taylorizm ile birlikte son bulur. Ford ise bir otomobil üreticisi olarak el yapımı otomobillerin onda bir fiyatına satış yapmasına ve mevcut piyasanın %50'sini ele geçirmesine imkan tanıyan *montaj bandı* üretim tekniğini geliştirir.³⁷ Ford'un söz konusu bant sistemi, sabit tezgahın yerini alarak üretim esnasında işçinin bir üründen diğerine koşturmasını ortadan kaldırır ve ürünün işçinin önüne getirilmesini sağlar. Böylelikle zanaatçı

³⁴ Ritzer, 49-50.

³⁵ Frederick W. Taylor, *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*, (Çev.: H. Bahadır Akın), Çizgi Kitapevi, Konya 1997, 17.

³⁶ Taylor, 43-44.

³⁷ Robin Murray, "Fordizm ve Post-Fordizm", *Yeni Zamanlar: 1990'larda Politikanın Değişen Çehresi*, (Çev.: Abdullah Yılmaz), Stuart Hall- Martin Jaques (Der.), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995, 47.

üretiminin her parçayı özel bir şekilde tasarlayıp, üretmesi ve yerleştirmesi yerine, işçinin, standart hale getirilerek seri üretilmiş parçaları bu bant üzerinde aynı modeldeki araçlara aynı şekilde yerleştirebilmesi sağlanır. Ayrıca montaj bandı üzerinde bazı işlemler, işçilerin dışında mekanik bir hale getirilebilir ve bu iş için özel amaçlı makinalar geliştirilir. Son olarak Taylorizm'e ait ilkeler montaj bandı üzerinde her görevi bileşenine ayırarak, işçilerin zamanı daha etkin bir şekilde kullanabilmeleri sağlanır.³⁸

1.1.1.3. McDonaldlaştırmanın Olumsuzlukları

Weber, avantajları kadar bu formel akılcı örgütlenmenin akıldışılığı da içerdiğini belirtir. *Demir kafes*³⁹ olarak ifadelendirilen bu durum, bürokrasinin gelişimi nihai bir noktaya ulaştığında, bürokratik örgütlenme içinde yer alan memurların çalışmalarını engelleyecek bütün kişisel, akıldışı ve duygusal unsurları ortadan kaldırır. Bu noktada Nazi Almanyası döneminde yaşanan Yahudi soykırımı formel akılcılığın şekil verdiği modern bürokrasinin akıldışılığı açısından insanlık tarihindeki önemli örneklerden birini oluşturur. Zygmunt Bauman'ın da vurguladığı gibi Yahudi soykırımı (Holocaust) modernlik öncesi barbarlık kalıntılarının akıldışı bir uzantısı olarak değil, modern Batı uygarlığın dünyası içerisinde bürokratik bir toplumun örgütlenme konusundaki başarısı olarak görülür.⁴⁰ Bauman Holocaust'un bürokrasi olmaksızın düşünülemeyeceğini belirtir. Yahudilerin fiziksel olarak yok edilmelerinin kararlaştırılmasından sonra bunun yerine getirilmesi, devletin bürokratik kurumları arasında işbirliği oluşturmak, planlama yapmak, uygun teknoloji ve donanımı tasarlamak, bütçeyi hazırlamak ve son olarak gerekli kaynakları harekete geçirmekle mümkündür.

Ritzer de McDonaldlaştırmanın benzer bir şekilde akıldışı sonuçları olduğuna değinir. Verimlilik açısından geleneksel restoranların aksine McDonald's restoranlarının ürünlerini sınırlandırması, özel isteği olan müşteriler için bir hayal kırıklığı yaratabilir. Ayrıca yine geleneksel restoranlarda olduğu gibi siparişi alıp masaya getirecek bir garsonun ve yemekler yenildikten sonra masayı toplayıp

³⁸ Murray, 47.

³⁹ Max Weber, *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*, (Çev.: Zeynep Gürata), Ayraç Yayınevi, Ankara 2002, 126-127.

⁴⁰ Zygmunt Bauman, *Modernite ve Holocaust*, (Çev.: Süha Sertabiboğlu), Versus Kitap, İstanbul 2007, 33.

temizleyecek bir kominin McDonald's restoranlarında yer almayı, verimlilik açısından müşterilerin işe koşulmasıyla aşılr. Bu noktada müşterilerin siparişlerini vermek için diğer müşterilerle birlikte kuyrukta beklemesi ve yemekler yenildikten sonra arta kalan çöplerin yine müşteriler tarafından dökülmesi McDonaldlaştırmanın verimlilik boyutunun akıldışı bir yönünü yansıtır.⁴¹ Hesaplanabilirlik açısından niceliğe yönelik çok miktarda ve çok hızlı üretebilme vurgusu ise hem çalışanlar hem de müşteriler açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkarır. Bu noktada çalışanların, yaptıkları işten kişisel bir anlam çıkarma şansları ya çok az ya da hiç yoktur. Müşteriler açısından da tüketilen yiyecekler nicelik olarak büyük, ancak nitelik açısından alelade olarak ifade edilebilir. Ayrıca ürünlerin miktarı konusunda müşteriler üzerinde yaratılan yanılsama aldatıcı bir nitelik taşır.⁴² Öngörülebilirlik de tüketim, iş ve yönetim açısından her şeyi rutin bir hale getirmesi yönüyle çalışanların zihnini uyuşturan bir hal alır. Ayrıca öngörülebilirlik açısından McDonald's çalışanlarının, psikolojik açıdan o gün öyle olmasalar dahi müşterileri karşılama ve uğurlamada mutluluk ifade eden sahte bir tebessüm takınmak zorunda kalmaları onlar için zorlayıcı bir etmendir. Eğer McDonald's çalışanları müşterilerle gerçekten dostane davranışlar sergilemek isterse - şakalaşmak veya onlara fazladan bir hizmet sunmak gibi- bunlar da bir sapma davranışı olarak yorumlanır.⁴³ Son olarak denetim, insansız teknolojilerin yoğunlaşması boyutuyla insanların yaptığı çoğu işin onlardan alınarak makinalara devredilmesine yol açarken, kalifiye olmayı gerektirmeyen diğer işler için çalışma ücretlerinin daha da aşağıya çekilmesine neden olur. Müşterilerin denetlenmesi açısından da taburelerin rahatsız edici bir nitelikte olması müşterileri yemeklerini hızlı bir şekilde yemeğe zorlamaktadır.⁴⁴

1.1.2. Sağlığın McDonaldlaştırılması

Restoran sektöründe ortaya çıkan bir kavram olarak McDonaldlaştırma bürokratik bir örgütlenme sunan sağlık alanında da görülür. Bu noktada McDonaldlaştırma hem kamusal hem de özel sağlık kurumları için genel olarak mevcut politik iktidarın uygulamalarınca şekillenen bir yönetim ve işleyiş anlayışını ifade eder.

⁴¹ Ritzer, 76-77.

⁴² Ritzer, 101-105.

⁴³ Ritzer, 127-133.

⁴⁴ Ritzer, 157-159.

McDonalddlaştırmanın dört akılcı ilkesi verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve denetim, örgütsel olarak sağlık kurumlarında da kendine uygulama alanı bulur.

Verimlilik açısından sağlığın McDonalddlaştırılması genel olarak “*montaj bandı tıbbi*”⁴⁵ ile ifade edilir. Bu ifade henüz tıpta genel bir kural haline dönüşmemekle birlikte, belirli bir alanda uzmanlık gösteren tıbbi merkezlerin, bu uzmanlık alanlarıyla ilgili rahatsızlıklarda hızlı müdahaleler ve seri ameliyatlar gerçekleştirebilmelerini vurgular. Ritzer, Teksas Kalp Enstitüsü ve Moskova Göz Mikrocerrahisi Araştırma Enstitüsü gibi merkezleri montaj bandı tıbbinin uygulandığı örnek kurumlar olarak gösterir. 1962 yılında Dr. Denton Cooley tarafından kurulan Teksas Kalp Enstitüsü, günümüze kadar gerçekleştirdiği 118.800 açık kalp ameliyatıyla dünya çapında bir üne kavuşmuştur.⁴⁶ Bu rakam dünya genelinde ortalama açık bir kalp ameliyatının 4 saat sürdüğü dikkate alındığında -yaklaşık 53 yıllık bir zamana karşılık gelir- söz konusu enstitünün verimlilik açısından ameliyat süresini daha da aşağıya çektiği görülür. Ritzer tarafından modern bir fabrikaya benzetilen Moskova Göz Mikrocerrahisi Araştırma Enstitüsü ise montaj bandı sistemini ameliyat sürecinde uygulamaya geçiren öncül merkezlerden biridir. Söz konusu enstitüde beş istasyona sahip taşıyıcı bir bant sistemi üzerine yatırılan hastalar, her bir istasyonda beklemekte olan göz cerrahlarının önünden geçerek ameliyat olurlar.⁴⁷

Verimlilik, Birleşik Devletler’de ‘*McDoktorlar*’ ya da ‘*Kutudaki Doktorlar*’⁴⁸ (*doc-in-a box*) olarak ifade edilen bağımsız acil merkezlerin de ortaya çıkmasına neden olur. Bu merkezler sınırlı sayıda ve önemsiz sayılabilecek bazı rahatsızlıklar için -genellikle hafif yaralanmalar- ayakta tedavi sunar. Bu durum böylesi rahatsızlıkları

⁴⁵ Ritzer, 79.

⁴⁶ Texas Heart Enstitution;
<http://www.texasheart.org/AboutUs/history/cooley.cfm>

⁴⁷ Ritzer, 79.

⁴⁸ ‘Doc-in-a-box’ kelimesinin basılı bir kaynaktan ilk kullanımı 1987 yılına kadar uzanır. 10 Mayıs 1987 tarihli bir New York Times gazetesinde bu kelimedden, hastanelerin hizmetlerini kamuya pazarlama çabaları olarak bahsedilir. Klinik açıdan kullanımı ise 2007’de *Atlantic Magazin* internet sitesinde randevu almaksızın girilen klinikler hakkındaki bir online tartışmada vurgulanır (<http://www.grammarphobia.com/blog/2009/03/doc-in-a-box.html>). Ayrıca söz konusu kelime Laurie Garrett tarafından gelişmekte olan ülkelerin doktor sıkıntısı çektiği bölgelerde salgın hastalıkların tedavisi ve önlenmesi çalışmalarında hizmet sunması için teknolojik tıbbi cihazlarla donatılmış olarak tasarlanan yük konteynırlarını adlandırmak için de kullanılır [Laurie Garrett, “The Challenge of Global Health”, *Foreign Affairs*, 86 (2007), 14-38].

olanlar için doktor randevusu almadan ve hastanelerin yoğun keşmekeşiyle uğraşmadan daha hızlı bir şekilde tedavi olmalarına imkan sağlar.⁴⁹

Ritzer, tıbbi verimli olmaya zorlayan bir kaç neden belirler. Bunlardan ilki kâr amacı gütmeyen kurumların dışında, Humana Inc. ve Hospital Corporation of America gibi tıpla kâr için ilgilenen özel şirketlerin sayısında bir artışın gözlenmesidir. Bu noktada profesyonel yönetici kadrolarıyla bu şirketler en çok kârı elde etmek üzere işlemleri olabildiğince verimli kılmaya çalışır. Bu durum rekabet halindeki söz konusu şirketlerin hastalar için fiyatları aşağıya çekerken kârlarını korumalarına da imkan tanır. İkinci olarak pek çok ülkenin sağlık sisteminin bel kemiğini oluşturan sosyal güvenlik kurumlarının yanı sıra sigorta şirketlerinin de verimlilik açısından tıbbi maliyetlerin azaltılması noktasında giderek artan baskıları söz konusudur. Bu bağlamda gereksiz test ve ameliyatlardan kaçınılarak, hasta işlemlerinin daha hızlı bir şekilde yapılması talep edilir. Daha fazla masrafa sebep olan yataklı tedaviler de yerini ayakta tedaviye bırakır. Üçüncü olarak modern tıp teknolojilerinin varlığı verimliliğin artmasına yardımcı olur. Örneğin lazer teknolojisinin gözle ilgili hastalıklarda verimliliği çok yukarılara çıkardığı görülür. Ameliyatların kansız olması ve hastaların aynı gün taburcu olabilmeleri lazer teknolojisinin sunduğu avantajlardır. Ayrıca doktor sayısının arttırılmasına yönelik siyasi iktidarın uygulamaları sağlığın verimli olmasında önemli bir etkidir. Bu noktada tıbbi eğitim kurumları çıkarılan yasalarla desteklenir ve yeni eğitim kurumlarının açılması sağlanır. Son olarak kamusal kurumlarca sunulan sağlık hizmetlerinin işlemler ve tedavi açısından yoğunluğu karşısında, özel hastaneleri bir alternatif olarak görenlerin (hastaların ya da diğer bir ifadeyle tüketicilerin) talepleri, rekabet ortamında verimlilik konusundaki zorlayıcı nedenlerden birini oluşturur.⁵⁰

Sağlığın McDonalddlaştırılmasının hesaplanabilirlik boyutu ise hasta sayısı, hastalara ayrılan zaman, hastalardan elde edilen kâr ve hastanın tedavi masraflarının nicel olarak ifade edilmesini içerir. Bu noktada gerek kamusal ve gerekse özel sağlık sektörü her zaman daha fazla hastaya bakmayı hedefler. Ancak kamusal sağlık sektörü vatandaşların anayasayla belirlenmiş sosyal haklarını güvence altına alma sorumluluğuyla bunu gerçekleştirmeyi hedeflerken, özel sağlık sektörü hastayı kazanç sağlayabileceği bir müşteri/tüketici olarak görerek konuya yaklaşır. Daha fazla hastaya

⁴⁹ Ritzer, 80.

⁵⁰ Ritzer, 80-82.

bakmanın en etkin yolu ise hastalara ayrılan muayene süresini kısıtlamak ve uzun süren tanı teknik ve tedavilerini uygulamaktan kaçınmaktır. Ayrıca daha fazla hastaya bakma konusunda hem kamusal hem de özel sağlık kurumları doktorların maaşlarını üretkenliğe (performans) bağlayan bir teşvik sistemi uygulayabilir. Bu sisteme göre her bir muayene veya ameliyat belli bir puanlandırmaya tabi tutulur. Doktorlar da kurum yöneticilerince belirlenen aylık puan kotalarını, gerçekleştirdikleri her tıbbi işlemle doldurmaya çalışırlar. Tüm bunların yanı sıra üçüncü taraf olarak ifade edilen özel sağlık sigorta şirketleri ya da kamusal nitelikli sosyal güvenlik kurumları da giderek artan tıbbi maliyetler karşısında ‘ne için ve ne kadar’ ödeme yapacaklarıyla ilgili listeler oluşturur. Bu noktada hangi ameliyatların ve tedavi işlemlerinin ya da hangi koşullarda hastanede yatış gerçekleştirilebileceği ve bununla ilgili ödeme bilgileri söz konusu kurumlarca belirlenir. Buna göre örneğin estetik bir ameliyat polişe kapsamı dışında görülebilir. Ya da sağlık güvenceniz dişle ilgili rahatsızlıkların tedavi masrafını içermiyor olabilir. Son olarak üçüncü taraf kurumlar, bazı durumlarda tedavi masraflarının tamamından ziyade belirli bir yüzdesini karşılayabilir.⁵¹

Öngörülebilirlik açısından da sağlığın McDonaldlaştırılması kurumsal anlamda giderek artan standartlar üzerinde durur. Tarihsel olarak sağlığı öngörülebilir kılmak hiç mümkün olmasa da pek çok etken onu böylesi bir yöne itmektedir. Sağlığın öngörülebilir olamamasının en önemli nedeni ise doktorlardır. Serbest olarak çalışan doktorlar, kendi yöntemlerini bağımsız bir şekilde kullanabilmektedirler. Bu durum doktorlar, hastane gibi kurumsal bir örgüte dahil olduklarında da kısmen devam eder. Sahip oldukları mesleki gücün etkisiyle doktorlar, davranışlarını daha öngörülebilir bir hale getiren örgütsel kısıtlamalardan kaçınabilmekte ve profesyonel idari sistemden bağımsız karar alabilmektedirler.⁵² Ancak bu durum yavaş yavaş değişmekte ve bürokrasinin artan etkisiyle doktor davranışları kural, yönetmelik ve resmi denetimlerle daha öngörülebilir bir hale getirilmektedir. Bu noktada bir sağlık kurumunda bir hasta için verilen tıbbi kararların, başka yerler ya da başka zamanlarda verilecek olanlarla benzer olması ve fazla bir değişiklik göstermemesi hedeflenir. Örneğin soğuk algınlığından dolayı bir sağlık kurumuna başvuran hasta için verilen tıbbi karar hastalığın derecesine göre genellikle istirahat, ağrı kesici ya da antibiyotik ile tedavi

⁵¹ Ritzer, 113.

⁵² Bryan S. Turner, *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev.: Ümit Tatlıcan), Sentez Yayıncılık, Bursa 2011, 184.

şeklinde sıralanabilirken, bu tedaviler başka bir sağlık kurumundaki doktor tarafından ameliyat olarak belirlenemez. Özellikle kâr amacı güden tıbbi kurumlar için bu durum en üst seviyede doktorlar üzerinde giderek artan bir öngörülebilir olma baskısı oluşturmaktadır. Ayrıca üçüncü tarafların maliyetleri azaltma isteği doktorlar tarafından bağımsız olarak verilebilecek kararları etkilemektedir. Örneğin hastanın yatması ya da yaptırması gereken testlerle ilgili kararlar doktorlar yerine artık üçüncü taraf temsilcilerince verilmektedir. Bunların yanı sıra doktorların hastanın duygularına ve onlar üzerindeki öznel gözlemlerine dayalı, daha az öngörülebilirlik sağlayan muayene yöntemleri, yerini tıbbi teknolojilerden elde edilen daha nesnel verilerin yorumlanmasına bırakmaktadır.⁵³

Son olarak denetim açısından sağlığın McDonaldlaştırılması genel olarak teknolojinin giderek daha fazla tıbbi alanda kullanılmasını ifade eder. Gerek modern tıbbi cihazların gelişmesi ve gerekse bürokrasinin kurallarla denetlenmesinin artış göstermesi bunda etkilidir. Söz konusu bu gelişmelerle birlikte doktorlar ve hastalar üzerinde kamusal denetim kurma olanağı artar. Serbest olarak çalışan doktorlar bürokratik denetimden uzak olsalar da özel ya da kamusal kurumlar içerisinde çalışan diğerleri için kurallar ve yönetmelikler belirleyicidir. Bürokratik kurumların sahip olduğu hiyerarşik yapılanma içerisinde üstler, astları denetlemenin önemli bir parçasıdır. Doktorlar, yine doktor olan üstleri tarafından denetlenir; ancak üstleri denetleyecek olanların doktor değil de profesyonel yönetici olması ihtimali giderek artmaktadır. Bu noktada öngörülebilirlik içerisinde de ifade ettiğimiz gibi çoğu durumda artık doktorların öznel değerlendirmeleri değil, bürokratik kurallar ön plandadır. Özellikle hastaların ne kadar süreyle yatması gerektiğine yönelik kararlar *ön ödeme* ve *Teşhis İlişkili Grup (TİG)* sistemlerince belirlenme eğilimindedir.⁵⁴ Doktorların rolü ise giderek hastaları uygun makina ve uzmanlara yönlendiren bir dağıtımçı konumuna dönüşmektedir. Bu sistemlerin yanı sıra teknolojik yenilikler artık hastalıkları tanımlayan bilgisayar programlarını da ortaya çıkarmaktadır. Bu ve benzeri pek çok tıbbi donanım sahip olduğu karmaşık yapısıyla onlar üzerinde denetimi sağlayacak teknisyenleri gerekli kılar. Böylece çoğu tıbbi makina üzerindeki doktor denetimi de yavaş yavaş bu uzman teknisyenler kadrosuna geçer. Bunların yanı sıra hastaların işe

⁵³ Ritzer, 138.

⁵⁴ Ritzer, 162.

koşulmasını mümkün hale getiren ve hastaların direk kendilerinin uygulayabileceği testler de artık söz konusudur. Ritzer'in "*kendi kendinin doktoru ol*"⁵⁵ olarak tanımladığı bu durum şeker, hamilelik, kolesterol, yüksek tansiyon gibi testlerin bir doktora görünmeden ya da hastaneye gitmeden kontrol edilmesine olanak tanır. Son olarak bir çok sağlık sigortası programı hastaların uzman doktorlara gitme isteğini, onların karar verebilecekleri bir durum olmaktan çıkarır. Bunun yerine böylesi istekler sağlık sigortasını sağlayan kamu veya özel sağlık kurumunun görevlendirdiği genel bir doktorun denetimine bırakılır.⁵⁶

Sağlığın McDonalddlaştırılması söz konusu bu akılcı ilkelerin avantajları kadar doktorlar ve hizmet alan hastalar üzerinde akıldışı sonuçlara da sebep olur. Ancak bu durum Ritzer'in belirttiği gibi akılcılaştırma öncesi tıbbın daha iyi olduğu ve ona geri dönülmesi gerektiği anlamını taşımaz.⁵⁷ Çünkü söz konusu bu akılcı uygulamaların önünü açan da akılcılaştırma öncesi tıbbın sahip olduğu sorunlardır.

Sağlığın McDonalddlaştırılmasının doktorlar açısından önde gelen akıldışılığı, denetimin doktorların elinden alınarak akılcılaştırılmış kurum ya da yapılara devredilmesidir. Doktorların, doktor olmayan müdür ve bürokratlar tarafından denetlenebilir bir konuma getirilmesi, işten hoşnutsuzluk ve yabancılaşmayı ortaya çıkarır. Bu noktada özellikle doktorların karşılaştıkları vakalarda tıbbi kararları kendi kişisel yargılarına güvenerek vermekten kaçındıkları ve bunun yerine kural, yönetmelik, teknoloji destekli teşhisler ya da yer aldıkları tıbbi kurum içindeki üstleri doğrultusunda verdikleri görülür. Böylesi bir denetim aynı zamanda doktorların mesleki statülerinde de azalmaya neden olur. Artık kurum yöneticilerince birer fabrika işçisi gibi görülen doktorlar McDonalddştırmanın sağladığı montaj bandı tıbbıyla daha çok hastaya bakmaya zorlanarak yeni bir mesleki yabancılaşmayı deneyimlerler.⁵⁸

Sağlığın McDonalddlaştırılmasının hastalar için sebep olduğu akıldışılıklara ise öncelikli olarak verimlilik merkezli işlemlerin uygulanmasında rastlanır. Ritzer'in vurguladığı gibi hizmet sağlayıcıların "*verimlilik dürtüsü hastaların, kendilerini tıbbi montaj bandı üzerindeki ürünler gibi hissetmelerine yol açabilir*"⁵⁹. Ayrıca yine hizmet

⁵⁵ Ritzer, 162.

⁵⁶ Ritzer, 163.

⁵⁷ Ritzer, 201.

⁵⁸ Ritzer, 202.

⁵⁹ Ritzer, 202.

sağlayıcıların verimlilik adına gereksiz olduğuna inandıkları durumlarda bazı test ve ameliyatların yapılmasından kaçındıkları ve hatta çoğu zaman yataklı tedaviden ziyade ayakta tedaviyi tercih ettikleri görülür. Bu durum çoğu kez hastaların deneyimledikleri sağlık hizmetinden doyum almadıkları ve sağlıklarının geleceği hakkında şüphe eden olumsuz bir psikolojik durum oluşturur. Öyle ki öngörülebilirlik açısından doktor ve diğer sağlık çalışanlarının hastayla aralarındaki ilişkinin belirli bir standart oluşturmak üzere kural ve yönetmeliklerle belirlendiği zamanlarda bu durum daha da artar. Hastanın duygularının görmezden gelindiği ve öznel gözlemin en önemli parçası elle muayenenin giderek kaybolduğu bir süreçte teşhis ve tedavi, daha nesnel veriler sunan tahlil sonuçlarına dayandırılmak istenir. Bu da tahlilin sonuçlanmasını beklemek ve sonuçlarla birlikte doktoru yeniden görmek için geçen süreçte hasta tarafından çoğu zaman sıkıntılı bir bekleyişin yaşanmasına neden olur.

Hesaplanabilirlik açısından da hastaların kendilerini bir kişi olarak görmekten ziyade sistemde bir numara olarak görmeleri (sıra numarası, vatandaşlık numarası ya da sosyal güvenlik numarası gibi) mümkündür.⁶⁰ Ayrıca daha fazla hastaya bakmaya çalışmanın bir sonucu olarak zamanı sınırlandırmak teşhislerin niteliğini olumsuz etkileyebilmekte ve hasta bakım kalitesinde bir azalmaya sebep olabilmektedir. Yine üçüncü taraf kurumların ne için ve ne kadar ödeme yapacakları doğrultusundaki listeler kimi durumlarda hastaların bazı sağlık bakım ve tedavilerden mahrum kalmasına ya da yüksek meblağlara ulaşan tedavi masraflarını kendilerinin karşılamasına yol açmaktadır.

Son olarak denetim kurmanın bir parçası olarak üçüncü taraf kurumların, hastaların uzman doktorlara görünme isteğini onların karar verebilecekleri bir durum olmaktan çıkarması ölümcül sonuçlar doğurabilir. Michael Moore'un ABD sağlık sistemini eleştirel bir şekilde ele aldığı 2007 yapımı SICKO belgeseli, özel sağlık ve sigorta şirketlerinin bu hususta sebep olduğu acı olayları gözler önüne serer. Belgesel, Humana Inc. adına tıbbi inceleme uzmanı olarak çalışan doktor Linda Peeno'nun 30 Mayıs 1996 yılında ABD Kongresi'nde yaptığı şahitlikte, şirketin doktorlar ve hastalar üzerindeki denetimini anlatır. Peeno, şirketin işe başlarken onlara %10 ret oranını tutturmaları gerektiğini ve ne kadar çok kişinin sağlık hizmetini reddederlerse prim alacaklarını söylediğini ifade eder. Peeno da şirketin yarım milyon dolar tasarruf etmesini sağlamak için bir hastanın hayatını kurtarabilecekken ameliyat talebini

⁶⁰ Ritzer, 202.

reddederek onun ölümüne sebep olduğunu itiraf eder. Peeno bu eyleminden sonra hiç bir kimse ya da grup tarafından bu sonuç için sorumlu tutulmadığını, aksine kendisi için iyi bir tıp direktörü olarak sağlık sigortası alanında yükselme şansını garanti altına aldığını ve talep inceleme uzmanı olarak haftada bir kaç yüz dolar kazanırken yönetici doktor olarak nasıl altı rakamlı bir maaş kazandığını anlatır.⁶¹

Tüm bunlar kadar denetimin teknolojik boyutu da akıldışılıklara sebep olur. Eczanelerden alınabilen teknolojilerle hastaların kendi testlerini yapabiliyor olması doktor ve sağlık teknisyenleriyle olan ilişkilerini kesmelerine sebep olmaktadır. Bu da tıp mesleğinin giderek insani olmaktan çıkmasını ve kişisellikten uzaklaşmasını arttırmaktadır.⁶²

1.2. METODOLOJİ

1.2.1. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Bu araştırmanın konusu, makro düzeyli sağlık sosyolojisi çalışmalarında ele alınan ‘sağlık hizmetleri’ ve ‘sağlık politikaları’dır. Araştırmanın kapsamı ise cumhuriyet öncesi ve sonrası iki dönemde Türkiye’de uygulanmış ve uygulanmakta olan sağlık politikalarının ve bu bağlamda sunulan sağlık hizmetlerinin incelenmesini içerir.

1.2.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmaların azlığının yanı sıra söz konusu çalışmaların çoğunun mikro düzeyde aksiyonel nitelikli (sembolik etkileşimcilik, etnometodoloji, alışveriş kuramı, fenomenolojik sosyoloji) olduğu görülür. Sağlık politikası ve sağlık hizmetleri gibi makro boyutlu çalışmalar ise daha çok iktisat ve ekonomi kökenli araştırmacılar tarafından ele alınır. Bu durum sosyolojik bakış açısının uzağında genelde yalnızca rakamlar, tablo ve şekillerin yer aldığı çalışmalar ortaya çıkarır. ‘Sağlığın McDonalddlaştırılması’ adlı bu tez de makro nitelikli bir çalışma olup, sosyolojik kuramlarla konuyu ele alması açısından önem taşır. Ayrıca yapılan literatür

⁶¹ Michael Moore (Yapımcı, Senarist, Yönetmen), *Sicko [Belgesel]*, The Western Company, ABD 2007.

⁶² Ritzer, 203.

taramasından da çıkan sonuçlar doğrultusunda bu tezin, McDonaldlaştırma kuramının sağlığa uygulandığı ilk çalışmalardan biri olduğu söylenebilir.

1.2.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacını 2003'ten beri Türkiye'de Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' (SDP) çerçevesinde sunulan sağlık hizmetlerinin ne derecede akılcı hale getirilip, getirilmediği sorusu oluşturmaktadır. Bu noktada McDonaldlaştırmanın boyutları doğrultusunda;

- SDP'nin verimlilik açısından geçmiş dönemin sağlık hizmetleri sunumuna değişiklikler getirip getirmediği,
- Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan 'aile hekimliği' uygulamasının verimliliğe katkı sağlayıp sağlamadığı,
- Yapılan anlaşmalarla hastaların özel sağlık kurumlarından ek ücret ödeme şartıyla faydalandırılmasının verimli olup olmadığı,
- İleri teknoloji ürünü tıbbi donanımlara sahip olmanın verimliliğin artmasında etkili olup olmadığı,
- Sağlık bilişim sistemlerinin verimliliği etkileyip etkilemediği,
- İlaç tüketimi konusunda muadil ilaç uygulamasının verimli olup olmadığı,
- Sağlık çalışanlarının sayısını arttırmak için yeni eğitim kurumlarının açılmasının verimliliği destekleyici nitelikte olup olmadığı
- Performans sistemi uygulamasının hesaplanabilirlik açısından daha fazla hastaya bakmayı mümkün kılıp kılmadığı,
- Kamu sağlık kurumlarında uygulamaya konulan tam gün çalışma zorunluluğunun daha fazla hastaya bakmayı mümkün kılıp kılmadığı,
- Öngörülebilirlik açısından sağlıkta standartlaşmanın sağlanıp sağlanamadığı,
- Çalışanlar ve hastalar üzerinde denetimin kurulup kurulamadığı,
- Sağlık alanında uygulamaya sokulan söz konusu akılcı uygulamaların olumsuz sonuçlar ortaya çıkarıp çıkarmadığı

gibi soruların cevapları da çalışma içerisinde aranmaktadır.

1.2.4. Araştırmanın Yöntemi

Tezin yöntemi tarihsel karşılaştırmalı araştırma tekniğine dayanır. Amerikalı sosyolog C.W. Mills'in de belirttiği gibi her sosyal bilim tarihsel bir bakışa sahip olmak ve tarihsel argümanlardan tam olarak yararlanmak zorundadır.⁶³ Sosyal bilimler için bir sorun ele alınacağı zaman, soruna yönelik yanıtlar ve çözümlemeler incelenen toplum ve döneme göre farklılıklar içerir. Bu da karşılaştırmalı bir incelemeyi gerektirir. Klasik sosyoloji düşünürleri Karl Marx, Max Weber ve Emile Durkheim'in çalışmalarının temelinde de bu araştırma tekniği yer alır.⁶⁴ Marx'ın tarihsel materyalizm kavramsallaştırması bir alt yapı kurumu olan ekonominin belirleyiciliğinde sınıfsal savaşlarla tarihi çözümlerken; Weber, akıl ve evrimini ve bu evrime paralel bir şekilde din, ekonomi, siyaset, hukuk ve aile gibi pek çok kurumsal yapıyı tarihsel bağlamda ele alır. Son olarak Durkheim geleneksel mekanik toplumdan, modern organik topluma geçişi toplumsal işbölümünün derecesine yönelik bir karşılaştırmayla tarihsel bir şekilde inceler. Bu örnekler doğrultusunda tarihsel bir sosyoloji çalışmasının değişmeyi ön plana aldığı görülür.⁶⁵ Değişmelerin yanı sıra bağlamsal perspektifler, ilişkiler ve güç dengeleri de tarihsel sosyolojinin boyutları arasında yer alır.⁶⁶

Tarihsel karşılaştırmalı araştırma tekniği içerisinde araştırmacının doğrudan gözlem yapması ya da olaylara dahil olması çoğu kez imkansızdır. Bu nedenle araştırmacı gerçekleşmiş bir olayı kanıtlardan hareketle yeniden inşa eder. İnşa süreci ise araştırmacının yorumlama yeteneğine bağlıdır. Bu noktada araştırmacının bağlamı oluşturan ayrıntılara hakim ve özümsemiş olması gerekir. Dönemin iletişim biçimleri, ulaşım teknolojisi ve siyasi rejimin niteliği gibi pek çok şey hakkında araştırmacının bilgi sahibi olması önemlidir. Ancak geçmişi inşa etmek kolaylıkla çarpıtmalara da sebep olabilir. Özellikle geçmişteki çoğu olaya dönemin değil de günümüz açısından bakılması, bu çarpıtmaların en temel nedenidir. Burada araştırmacının yaşadığı dönemin değerlerinden ve gerçeklerinden kendini soyutlaması gerekir. Tarihsel karşılaştırmalı yöntem içerisinde araştırmacı mikro ve makro düzeyleri birleştirir. Mikro düzeyli bir

⁶³ Charles W. Mills, *Toplumbilimsel Düşün*, (Çev.: Ünsal Oskay), Der Yayınları, İstanbul 2007, 235.

⁶⁴ W. Lawrence Neuman, *Toplumsal Araştırma Yöntemleri II*, (Çev.: Sedef Özge), 6.Baskı, Yayın Odası, Ankara 2013, 602.

⁶⁵ Sabahattin Güllülü, "Sosyoloji Çalışmalarında Tarihsel Boyutun Gerekliliği", *Tarih ve Sosyoloji Seminerleri*, Edebiyat Fakültesi Basımevi, 1990, 133.

⁶⁶ Elisabeth Özdalga, "Bir Tasavvur ve Uсталık Olarak Tarihsel Sosyoloji", Elisabeth Özdalga (Ed.) *Tarihsel Sosyoloji*, 3. Baskı, Doğu Batı Yayınları, Ankara 2011, 11.

çalışmada bir kişinin yazdığı günlükler, mektuplar; giydiği elbiseler, kişinin eğlence anlayışı, geçirdiği hastalıklar gibi pek çok şey makro düzeyde ulusal ve küresel uzamda gerçekleşen bilişim sektöründeki yenilikler, moda, salgınlar ve ekonomik gelişme veya gerilemeler gibi süreçlerle bağlantılandırılır. Bu noktada araştırmacı belirli bağlamları inceleyerek benzerlikleri ve farklılıkları vurgular. Sonrasında ise genellemelere yönelir ve genellemelerden tekrar belirli bağlamları inceler.⁶⁷

Tarihsel karşılaştırmalı araştırmaların düzenlenmesi ise üç boyutta yapılabilir. Bunlardan ilki araştırmanın kapsamıyla ilgilidir. Buna göre araştırmacı tek bir ulusu mu, yoksa pek çok ulusu mu inceleyecektir? İkincisi araştırmacının tarih ve zamanla ilişkisi üzerine odaklanır. Bu noktada geçmişte tek bir dönem mi, uzun yıllar boyunca gerçekleşen olaylar mı, yoksa şimdiki zaman mı araştırılmak istenmektedir? Üçüncüsü de verilerin niteliğiyle ilgilidir. Yani araştırmacı nicel ve nitel verilerden hangisini tercih edecektir?⁶⁸ Tezimizin metodolojik kurgusunda da bu üç boyut izlenir. Bu noktada tek bir ulus kapsamında Türkiye'nin sağlık politikası uygulamalarında ki değişimler Cumhuriyet öncesi dönemden başlatılarak günümüze değin ele alınır. Değişimlerin gözlemlenmesi noktasında ise nicel veriler tercih edilir. Türkiye İstatistik Kurumu, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development- OECD), Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı gibi kurumlar tarafından yayımlanan nicel veriler, çalışmamızda değişimlerin ortaya konmasındaki en önemli göstergelerdir.

1.2.5. Hipotez

Türkiye'de 2003'ten itibaren SDP kapsamında uygulanan sağlık hizmetlerinin geçmişe oranla daha verimli, öngörülebilir, hesaplanabilir ve denetlenebilir olduğudur.

⁶⁷ Neuman, 612-614.

⁶⁸ Neuman, 605-606.

İKİNCİ BÖLÜM

TARİHSEL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN DOĞUŞU VE GELİŞİMİ

Sağlık sosyolojisi iki farklı akademik disiplinin -çok eski zamanlardan beri hastalığın tedavisiyle ilgilenen tıbbın ve on dokuzuncu yüzyıl düşüncesinin bir ürünü olan sosyolojinin- bir noktada birleşmesini içerir. Bu birliktelik, yirminci yüzyılın ortalarına doğru bağımsız bir disiplin haline dönüşse de, sürecin erken aşamaları sağlığın, klasik dönem sosyolojisi içerisinde de ele alındığını gösterir.⁶⁹ Bu noktada Auguste Comte'un '*sosyoloji*' terimini icat etmesinden sonra, toplumbilim açısından sağlığa yönelik ilk önemli ilgi 1845'te Friedrich Engels'in '*İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*' adlı eseriyle gerçekleşir. İşçilerin yaşam koşulları ile sağlıkları arasındaki ilişki üzerinde duran Engels, gerekli geçim araçlarını zar zor elde edebilen bir sınıfın sağlıklı olamayacağını belirtir.⁷⁰ Ancak klasik döneme ait bu görüş, sağlığı, sosyal bir kurum olarak değil, sınıfsal açıdan modern toplumdaki kaynakların dağılımının bir göstergesi olarak ele alır. Bu dönemdeki bir diğer önemli çalışma da 1897'de yayımlanan Emile Durkheim'in '*İntihar*' adlı eseridir. Durkheim intiharı, Fransa'nın o günkü durumuyla acısını çekmekte oldukları ortak bir hastalığın belirli biçimlerinden biri olarak yorumlar.⁷¹ Ancak Engels gibi Durkheim'in da sağlığa yönelik ilgisi dolaylıdır. Durkheim modern ve geleneksel toplumlarda sosyal düzen ve bütünleşmenin derecesini gösteren bir olgu olarak intiharı ele alır.

Avrupa kaynaklı söz konusu bu yayınlar dolaylı da olsa sağlık sosyolojisinin temellerini atarken, Birleşik Devletler'de tıpçıların sosyoloji ile ilgilenmeye başladığı görülür. Bu ilgi o an için henüz teorik zeminden uzak bir şekilde, sağlık sosyolojisi disiplininin oluşmasında belirleyici bir rol oynarken, tıbbın, vakalar karşısında izlenecek uygulamada bireyin içinde yer aldığı sosyal düzeni de göz önünde bulundurması gerektiğini düşünen bir anlayışı yansıtır. Bunun bir sonucu olarak 'sağlık sosyolojisi'

⁶⁹ Elianne Riska- Ellen Annandale- Robert Dingwall, "Health Sociology: Conflict, Competition, Cooperation", Ann Devis, Devorah Kalekin-Fishman (Ed.), *The ISA Handbook in Contemporary Sociology*, Sage Publication, London 2009, 125-126.

⁷⁰ Friedrich Engels, *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*, (Çev.: Oktay Emre), Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2013, 121.

⁷¹ Emile Durkheim, *İntihar*, (Çev.: Özer Ozankaya), Cem Yayınevi, İstanbul 2002, 18.

(ya da medikal sosyoloji⁷²) ifadesi, sosyologlardan önce ilk kez tıpçılar tarafından kullanılır. 1894'te Charles McIntire'in '*Medikal Sosyoloji Çalışmasının Önemi*' adlı makalesi, bunun ilk örneğini oluşturur.⁷³ Yirminci yüzyıla gelindiğinde medikal sosyoloji ifadesini içeren tıp kökenli çalışmaların sayısı artar. 1902'de Elizabeth Blackwell'in cinsellik, gençlerin cinsellikle ilgili ahlak eğitimleri, hayat kadınları ve bulaşıcı hastalıklar gibi konuları içeren '*Medikal Sosyolojide Denemeler*' adlı kitabı yayımlanır.⁷⁴ Bunu 1909'da James Peter Warbasse'in '*Medikal Sosyoloji*' adlı kitabı takip eder. Sağlık sosyolojisi ve tıp bilimi olmak üzere iki bölümden oluşan kitap, sağlık eğitimini savunan bir görüş ortaya koyar.⁷⁵ Bu eserlerin yanında örgütsel olarak tıp ve sosyolojinin bir araya getirilmesi için adımlar atıldığı da görülür. Bu doğrultuda 1910'da *Amerika Halk Sağlığı Derneği* üye olarak doktorlar ve sosyal hizmet uzmanlarının yer aldığı sosyolojiye yönelik bir bölüm kurar. Kısa ömürlü olan bu bölüm 1921'de kapatılır. 1935'te Lawrence Henderson, '*Sosyal Bir Sistem Olarak Doktor ve Hasta*' adlı makalesini yayınlar; ki bu çalışma Amerikan sosyolojisinin önde gelen isimlerinden Talcott Parsons'ı da oldukça etkiler ve onun sistem teorisinde yerini alır.⁷⁶ 1930'larda ve 1940'ların başında ise sosyologların, sağlığı merkeze alan doğrudan ilgileri başlar. Bu noktada Michael M. Davis ve Bernard J. Stern sağlık, hastalık, doktorlar ve diğer tıbbi konularla ilgili çalışmalar ortaya koyar.⁷⁷

II.Dünya Savaşı'ndan sonra 1940'ların sonu ve 1950'lerin başlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sosyolojisi bağımsız bir disiplin haline dönüşür. Sağlığın din, hukuk, siyaset ve ekonominin aksine toplumu şekillendiren bir kurum olmaması, sosyolojinin merkez alanlarına nazaran bu disiplinin farklı bir yönelimle ortaya çıkmasına neden olur. Sağlık sosyolojisi tıbbi uygulama, kamu sağlık mücadeleleri ve sağlık politikası düzenlemelerinde kullanabilir sosyal bilgiyi üreten bir uygulama alanı

⁷² Aytül Kasapoğlu eski bir ifade olarak medikal sosyolojinin yerine şimdilerde sağlık sosyolojisi ifadesinin aynı anlamda kullanıldığını belirtir. Aytül Kasapoğlu, "Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık", *Toplumbilim*, 13, (Temmuz 2001), 23. Richard K. Thomas da medikal sosyoloji ifadesinin halen yaygın bir kullanıma sahip olduğunu belirtmekle birlikte sağlık ve hastalık sosyolojisi ifadesinin kullanımına doğru kesin bir yönelimin olduğunu belirtir. Richard K. Thomas, *Society and Health –Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, New York 2003, 9.

⁷³ August B. Hollingshead, "Medical Sociology: A Brief Review", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51 (4), 1973, 531.

⁷⁴ Elizabeth Blackwell, *Essays In Medical Sociology*, Ernest Bell, London 1902, 1.

⁷⁵ James Peter Warbasse, *Medical Sociology*, D. Appleton and Company, London 1909, xv-xvi.

⁷⁶ William C. Cockerham- Ferris J. Ritchey, *Dictionary of Medical Sociology*, Greenwood Press, London 1997, xiv.

⁷⁷ Hollingshead, 532.

için fon destekleyicileri ve siyasetçiler tarafından ön plana çıkarılır.⁷⁸ Bu bağlamda savaş sonrası dönemin ilk yıllarında Milbank Memorial Fund ve Russell Sage Vakfı gibi fon destekleyicilerinin çalışmaları göze çarpar. Milbank Memorial Fund'un 1947'deki sosyal hekimlik ve 1949'daki akıl sağlığını merkez alan konferansları ve yine aynı yıl Russell Sage Vakfı'nın sağlık alanındaki mesleki uygulamalarda sosyal bilimlerin kullanımını arttırmaya yönelik programları, bu çalışmalar arasında yer alır. 1940'ların sonlarına doğru bu fon destekçilerine kamusal bir kurum olarak Birleşik Devletler'de kurulan *Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü* de eklenir.⁷⁹ Destekçilerden gelen tüm bu fonlar, farklı akademik disiplindeki tıp bilimleri ile sosyal bilimlerin birlikte çalışmaları için fırsat sağlar. Bu noktada sosyolojinin tıp alanındaki ilk ortağı psikiyatri olur. Sosyolog August B. Hollingshead ve psikiyatr Frederick C. Redlich'in '*Sosyal Tabakalaşma ve Şizofreni*'⁸⁰ adlı uygulamalı bir çalışmayı içeren makalesi, bu ortaklığın sonuçlarından biri olarak yayımlanır. Makale, bireyin içinde yer aldığı toplumsal konumla şizofreniye yakalanan hastaların yaygınlığı arasında yüksek derecede anlamlı bir ilişkinin var olduğunu gösterir.⁸¹

Farklı disiplinlerle ortaklaşa gerçekleştirilen söz konusu bu ve benzeri çalışmalar, Robert Straus tarafından sağlık sosyolojisinin, sosyologların konumu ve bu konumun ortaya çıkardığı eyleme göre iki alana bölünebileceği önermesini doğurur: *tıpta sosyoloji* ve *tıbbi sosyoloji*.⁸² Tıpta sosyoloji birçok farklı disiplinden gelen kavramların, tekniklerin ve personelin bütünleşmesini içeren ortaklaşa araştırma ya da öğretimden oluşur. Burada sosyolog, belirli bir sağlık sorunuyla ilgili etkenleri çalışırken doktor ve diğer sağlık personeliyle doğrudan iş birliği içerisinde bulunur; ancak bu ilişkide ikincil bir konumda yer alır. Bu noktada tıpta sosyoloji, sosyolojik bir sorundan ziyade öncelikle tıbbi bir sorun tarafından harekete geçirilmiş uygulamalı araştırma alanı olarak ayrışır. Tıptaki sosyolog tıp okulları, hemşirelik okulu, hastaneler ve sağlık departmanlarında görev alır. Tıbbi sosyoloji ise örgütsel yapı, rol ilişkileri,

⁷⁸ Cockerham- Ritchey, xi-xii.

⁷⁹ Hollingshead, 532.

⁸⁰ 1958 yılında bu çalışma "*Sosyal Sınıflar ve Akıl Sağlığı: Bir Toplum Çalışması*" başlığı altında kitaplaştırılır. M. Aytül Kasapoğlu, "Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler", *Sağlık Sosyolojisi-Türkiye'den Araştırmalar*, Mehmet C. Ecevit (Haz.), Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara 1999, 1.

⁸¹ August B. Hollingshead- Frederick C. Redlich, "Social Stratification and Schizophrenia", *American Sociological Review*, 19 (3), 1954, 306.

⁸² Robert Straus, "The Nature and Status of Medical Sociology", *American Sociological Review*, 22 (2), 1957, 203.

değer sistemleri ve bir davranış sistemi olarak tıbbın işlevleri gibi etkenlere odaklanır. Bunu yaparken de sosyolojik bir perspektiften tıbbi çevrenin analiz ve araştırmasına yönelir. Tıbbi sosyoloji alanı içindeki sosyologlar sağlık kurumlarında çalışabilir, ancak çoğunluğu üniversitelerin sosyoloji bölümlerinde yer alır.

Straus'un ortaya koyduğu bu ayrım, kimin çalışmasının en iyi olduğu konusunda geçici bir gerilim de ortaya çıkarır. Bu noktada tıbbi sosyologlar 'faydalı sosyoloji' olarak diğer sosyologları hoşnut edecek çalışmalar ortaya koymada üniversite kimlikleriyle güçlü bir konumda yer alırken; tıptaki sosyologlar, içinde bulundukları sağlık kurumlarının avantajlarıyla ön plana geçerler.⁸³ Günümüzde artık böylesi bir ayrım yapılmasa da, 1950'den sonra sağlık sosyolojinin gelişiminin akademide yer alan sosyologlarca teorik olarak da zenginleştirildiği görülür.

2.2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE SOSYOLOJİK TEORİ

Straus'un sağlık sosyolojisini, tıpta ve tıbbi sosyoloji olarak ikiye ayırdığı görüşlerinin izinde bu alana yönelik çalışmaların 1940'lar ve 1950'ler boyunca uygulamalı sosyoloji yönünde gelişme gösterdiği görülür. Ancak Talcott Parsons'ın sistem kuramıyla birlikte teorik bir yönelim içine de girilir. Teori oluşturmaya yönelik uğraşlar, değişen toplumsal koşullar karşısında elde edilen deneysel bulguların açıklayıcı gücünü artırır. Bunun yanı sıra teori, genellikle kamu sağlığı ve sağlık hizmetleri araştırması gibi toplumsal yönelimli çalışmalardan sağlık sosyolojisindeki araştırmayı ayıran en önemli unsurdur.⁸⁴

2.2.1. Yapısal İşlevselci Teori

1951'de yayımlanan '*Sosyal Sistem*' adlı eserinde Parsons, tıbbın işlevine yönelik analizlerde bulunur.⁸⁵ Yapısal-işlevselci düşüncenin kaynağı haline gelen eser, toplumun yapıları ve bunların birbirleriyle olan karşılıklı ilişkisine değinerek, bunlar arasındaki düzenin nasıl devam ettirildiğini açıklamaya çalışır. Bu düşünceye göre düzenin devamlılığı, sistemin dengede tutulmasıyla sağlanır. Sistem içerisinde dengeyi

⁸³ Cockerham- Ritchey, xiii.

⁸⁴ William C. Cockerham, "Medical Sociology and Sociological Theory", *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, William C. Cockerham (Ed.), Blackwell Publishers Ltd., USA 2001, 3-4.

⁸⁵ Talcott Parsons, *The Social System*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London 1991, 429-433.

bozacak herhangi bir sorun, toplumsal bir konuma sahip aktörler tarafından toplumca kendilerine biçilen rolleri yerine getirmeleriyle önlenir. Hastalık gibi sistemin işleyişini bozabilecek bir sorun da doktor-hasta ilişkisi bağlamında karşılıklı rollerle giderilir. Bu noktada Parsons'ın '*hasta rolü*' kavramı sağlık sosyolojisi açısından önem taşır. Kavram, hastalıkların oluşmasında biyolojik nedenlerin yanı sıra toplumsal nedenlerin de bulunduğunu gösterir.

Parsons'a göre hasta rolü dört temel özellik etrafında tanımlanabilir.⁸⁶

1. Hastanın, hastalığı sebebiyle normal toplumsal sorumluluklarından muaf tutulması,
2. Hastanın hastalığının tıbbi otoriteler tarafından onaylanması,
3. Hastanın iyileşmeye yönelik bir çaba göstermesi,
4. Hastanın iyileşmek için doktorlardan yardım almaya istekli olması.

Böylesi bir tanım, hastalığın ne olduğu konusunda mevcut toplumun kabullerini merkeze alır. Toplumsallaşma burada anahtar konumdur. Sosyal sistem içerisinde bireyler, kültürel değerleri içselleştirerek toplumsallaşır ve sonrasında rollerini, edindikleri bu değerlere göre yerine getirirler. Hastayla etkileşimin karşı tarafında yer alan doktorun rolü ise sahip olduğu tüm bilgiyle hastasını iyileştirmeye çalışmaktır. Bunu yaparken de doktor, kapitalist bir mantıkla kâr etme güdüsünden uzakta, topluma hizmet etme ilkesiyle hastasına yaklaşır.

Parsons'ın hasta rolü kavramı Freud, Durkheim ve Weber'in temel fikirlerinin bir sentezini yansıtır.⁸⁷ Freud'un psikanaliz esnasında kullandığı '*aktarım*' ve '*karşı aktarım*' kavramlarını Parsons'ın doktor ve hasta arasındaki ilişkiye taşıması, bu sentezin ilk ayağını oluşturur. Ayrıca Freud'un kişiliğin inşası ve bilinçaltı teorisi de sosyal sistemler içerisindeki bireysel güdülenme konusunda Parsons'ın fikirlerini geliştirmesine yardımcı olur. Bu noktada sosyalleşmenin bir sonucu olarak hasta bir insan iyileşmek için güdülenebileceği gibi bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde sapkın bir davranış olarak hasta rolünün getirdiği meşrulaştırma ile yapması gereken sosyal

⁸⁶ Talcott Parsons, "Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi", (Çev.: Tülin Kurtarıcı), *Toplumbilim*, 13, (Temmuz 2001), 104.

⁸⁷ Cockerham, 5.

rollerden muaf olmayı da arzulayabilir.⁸⁸ Bu sapkın davranış karşısında toplumsal sistemin devamlılığının nasıl sağlanabileceği sorunu '*ahlak*' kavramı etrafında çözülür. Durkheim ve Weber'in ahlak konusundaki görüşleri bu noktada senteze dahil edilir. Durkheim için insanlara eylemlerinde yol gösteren bir kurallar sistemi olarak ahlak, sahip olduğu otorite ile bu kurallara boyun eğilerek bağlı kalınmasını hatırlatır. Weber de Protestan ahlakı ile çalışmayı öğütleyen bir mezhebin dinsel değerleriyle Durkheim'a katılır. Weber ayrıca yasal-ussal otoritenin bir yansıması olarak bürokrasi içerisinde kişisel ve resmi ilişkilerin birbirinden ayrıldığı ve görevde uzmanlaşmanın yüksek olduğu bir anlayışla Parsons'ın doktor-hasta ilişkisinde doktorun baskın konumunu vurgulamasına yardımcı olur.⁸⁹

Sağlık sosyolojisi açısından yapısal işlevselci teori, 1957'de Parsons'ın öğrencisi Robert K. Merton ve meslektaşları tarafından gerçekleştirilen '*Öğrenci Hekimler*' adlı çalışmayla devam ettirilir. Buna rağmen yapısal işlevselci düşüncenin sağlık sosyolojisi içindeki ömrü kısa olur.⁹⁰ Teori 1960'lar ve 1970'lerde genel olarak sembolik etkileşimciler ve çatışmacılar tarafından çeşitli eleştirilere maruz kalır. Bu eleştiriler arasında, yapısal işlevselci düşüncenin makro-sosyolojik bakışıyla bireylerin görece pasif rollere indirgenmesi ve çatışmayı reddeden yönüyle mevcut otoriteyi destekleyen muhafazakar tavrı yer alır.

2.2.2. Sembolik Etkileşimci Teori

Sağlık sosyolojisi açısından yapısal işlevselciliğe karşı ilk meydan okuma, sembolik etkileşimci teoriden gelir. George Herbert Mead'ın kurucusu olduğu ve öğrencisi Herbert Blumer'in çalışmalarıyla anılan sembolik etkileşimcilik, yapısal işlevselci düşüncenin ileri sürdüğü gibi insanların, içinde bulundukları toplumun ürünleri olmadıkları; toplumsal yapının, etkileşimde bulunan kişilerin bir sonucu olduğunu belirtir.⁹¹ Bu noktada sosyal gerçeklik, paylaşılan sembolik anlamların temeli üzerinde bireylerin karşılıklı ilişkileri tarafından mikro düzeyde inşa edilir.

⁸⁸ Cockerham, 5-6.

⁸⁹ Cockerham, 6.

⁹⁰ Cockerham, 6.

⁹¹ Margaret M. Poloma, *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (Çev.: Hayriye Erbaş), 2.Basım, Gündoğan Yayınları, Ankara 1993, 227.

Mead ve Blumer'ın sağlık sosyolojisine katkıları ise geliştirdikleri bu teoriden ibarettir. Sağlığa yönelik çalışmalar takipçilerden gelir. Anselm Strauss, Howard S. Becker, Blanche Geer ve Everett C. Hughess'ın "*Beyaz Gömlekliler*" adlı 1961 yılında yayımladıkları eser, sembolik etkileşimci teorinin sağlığa yönelik ilk önemli çalışması olur. Tıp öğrencilerini ele alan eser, doktor olma sürecinin zorluğu ve bu noktada tıp öğrencilerinin eğitimleri, birer doktor olan öğretmenleri ve içinde yer aldıkları bu meslek hakkında ne hissettikleri gibi soruların cevaplarını aramaya çalışır.⁹² Ayrıca Strauss'un, ölüm ve ölmenin sosyal süreci, hasta bakımında (özellikle acil müdahalede) zorluğu ve hızı en aza, yeniliği ve doğaçlamayı en üst seviyeye çıkaran hastane programının '*müzakereyle kurulan düzeninin*' gözlemi ve son olarak birikmiş verilerden hareketle hipotez gelişimini ön plana çıkaran '*ampirik temele dayalı teori*' metodolojisiyle de sağlık sosyolojisine yönelik katkılarda bulunduğu görülür.⁹³

Sağlık konusunda çalışmalarda bulunan, bir diğer önemli sembolik etkileşimci ise Erving Goffman'dır. Onun özellikle *Tımarhaneler* adlı 1961 yılında yayımlanan eseri, bu noktada önem taşır. Tımarhanedeki akıl hastalarının toplumsal dünyasını öğrenmek isteyen Goffman, dört yılı aşkın bir süre bu konuda bizzat (*katılımlı*) gözlemlerde bulunur.⁹⁴ Goffman'ın, birbirine benzer durumda bulunan kişilerin, toplumun genelinden belirli bir süre için tecrit edilerek, formel kurallarla yönetilen ve kapalı bir yaşam sürdürmelerini ifade eden '*tam kurum*' kavramsallaştırması da, böylesi bir kurumun örneklerinden biri olan, bu tımarhane gözlemiyle birlikte oluşturulur. Birer aktör olarak tımarhanedeki hastaların dünyasına ve davranışlarının çözümlemesine odaklanan Goffman, hastaneye kabul edilmelerinden başlayarak, onların buradaki toplumsal işleyişi öğrenecekleri zamana kadar ki geçen süreç üzerinde durur.⁹⁵

Goffman'ın bir diğer önemli kavramsallaştırması da *damgalama*'dır. Damgalama, yaşanılan toplum içerisinde bazı bireylerin o toplum tarafından tam olarak kabul görme engelini ifade eder. Goffman'a göre üç temel damga biçiminden bahsetmek mümkündür. Bunlardan ilki cücelik, sağırlık gibi fiziksel kusurlardan; ikincisi alkolizm, cinsel sapkınlık, işsizlik gibi kişinin karakterinden kaynaklanır ve üçüncüsü kişinin

⁹² Anselm Strauss- Howard S. Becker- Blanche Geer- Everett C. Hughess, *Boys in White*, 4.Edition, Transaction Publishers, London 1992, 4.

⁹³ Cockerham, 8.

⁹⁴ Poloma, 207.

⁹⁵ Poloma, 208-209.

içinde yer aldığı ırki, dini ve arkadaş çevresi gibi durumlarda söz konusudur.⁹⁶ Damgalamanın sağlık sosyolojisi açısından önemi ise damgalanmış olan insanların kusurlarını örtmek için geliştirdikleri stratejilerle belirir. Örneğin kişinin burnuyla ilgili bir sorunu estetik ameliyatla gidermeye çalışması, kel birinin peruk takması, ayakları olmayan birinin protez takıp, pantolon ve ayakkabı giyerek kusurunu örtmeye çalışması bu stratejiler içinde yer alır.

Damgalama kadar etiketleme kavramı da sembolik etkileşimci teori içerisinde sağlık sosyolojisi açısından önem taşır. Howard S. Becker'in "*Hariciler*" adlı 1963 yılına ait çalışması, grup normunun dışına çıkarak, bu grubun geneli tarafından sapkın davranış sergilediği için etiketlenen insanları ve bu etiketleme sürecini ele alır.⁹⁷ Bu kavram, Thomas Scheff ile birlikte 1966 yılında yayımladığı "*Ruhsal Yönden Hasta Olmak*" adlı eserle psikiyatriye ve akıl hastalığı araştırmasına da uygulanır. Scheff, psikiyatrist ve hasta arasındaki sosyal etkileşime yönelik etiketleme kavramını kullanarak duygusal/ilişkisel dünyayı örneklendirir. Psikiyatrist ve hasta arasındaki bir terapi kaydını ele alarak, etiketlemenin resmi olarak oluşmadan önce ilk olarak ailede başladığı sonucuna ulaşır.⁹⁸

Son olarak sembolik etkileşimciliğin '*öznel anlam*' üzerine odaklanan yapısıyla çoğu toplum bilimcinin dışladığı bir konu olarak insan duygularına yöneldiği görülür. Sembolik etkileşimciliğin bakış açısının genişlemesinin bir ifadesi olarak da yorumlanabilen bu durum, Arlie Russell Hochschild'ın 1983 yılında yayımlanan '*Yönetilen Kalp: Beşeri Duygunun Ticarileştirilmesi*' adlı eserle temellenir.⁹⁹ Sağlık sosyolojisi açısından bu durumun önemi ise duyguların, sağlığı etkileyen ve hastalık modellerini şekillendiren koşullarda sosyal yapı ile kişisel dertleri birleştirmesidir. Bu noktada stres, çaresizlik, depresyon, güvensizlik ve kontrol eksikliği gibi duygular, ölüm ve hastalığın artan düzeyleriyle ilişkilendirilebilir hale gelir.¹⁰⁰

⁹⁶ Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books, London 1990, 13.

⁹⁷ Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York 1966, 3-5. Eser, Heretik Yayıncılık tarafından 2013'te Türkçe'ye "Hariciler" olarak çevrilmiştir.

⁹⁸ Thomas J. Scheff, *Being Mentally Ill: Sociological Theory*, 3. Edition, Aldine De Gruyter, New York 1999, 157.

⁹⁹ Ruth A. Wallace- Alison Wolf, *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (Çev.: Leyla Elburuz, M. Rami Ayas), 3.Baskı, Doğu Batı Yayınları, Ankara 2012, 334.

¹⁰⁰ Cockerham, 9.

2.2.3. Çatışma Teorisi

Sağlık sosyolojisi açısından yapısal işlevselciliğe karşı ikinci cephe çatışma teorisinden gelir. Yapısal işlevselci düşüncenin toplumsal sistemlerin işleyişinde çatışmayı reddetmesi ve onun yerine oluşturdukları sistem anlayışı içerisinde böylesi durumları sapma ve işlevsel yönden bozuk olarak tanımlanması, çatışmacı düşünürlerin tepkisiyle karşılaşır. Özellikle yapısal işlevselciliğin paylaşılan değerler ve normlar tarafından toplumun bir arada tutulduğu görüşü, çatışmacı düşünürlerin saldırılarının merkezini oluşturur. Bu noktada yapısal işlevselciliğe cevaben çatışmacı teori, üç temel kabul üzerinde durur. Bunlardan ilki insanların hepsinde ortak bazı çıkarların olduğu ve toplumun, farklı çıkarları için çabalayan gruplardan oluştuğudur. İkincisi toplumsal ilişkilerin kaynağında eşitsiz bir şekilde bölünmüş olan gücün yer aldığıdır. Bu da insanların güç veren kaynakların dağılımıyla ilgilenmelerine neden olur. Son olarak değerler ve düşüncelerin, bütün toplumun ortak paydasını oluşturan ve hedeflerini gerçekleştirmelerini sağlayan araçlar değil, o toplum içindeki farklı grupların amaçlarını gerçekleştirmek için kullandığı silahlar olduğudur.¹⁰¹

Çatışma teorisinin temel öğeleri ise klasik dönemin sosyologları Karl Marx ve Max Weber'in çalışmalarına dayanır. Bu iki isim aynı zamanda çatışma teorisinin iki farklı geleneğini temsil eder: çatışmanın bir gün sona erebileceğini düşünenler ve çatışmanın her daim olacağını savunanlar.¹⁰²

2.2.3.1. Karl Marx: Sınıfsal Eşitsizlikler

Marx, tüm toplumların tarihini sınıf savaşımının tarihi olarak yorumlar.¹⁰³ Köle-efendi ve lord-serf arasında devam edegelen geçmiş dönemin mücadeleleri, modern dönemle birlikte artık burjuva-işçi arasındaki çatışmaya dönüşür. Toplumun norm ve değerleri de egemen sınıfın, yani burjuvazinin değerleridir ve egemenliklerini devam ettirmek üzere bu değerler alt sınıflara empoze edilir. Bu noktada Marx, işçilerin üretim araçlarını ele geçirerek gerçekleştirecekleri devrimle çatışmanın ortadan kalkacağı bir toplumsal düzenin kurulacağı öngörüsünde bulunur.

¹⁰¹ Wallace- Wolf, 108-109.

¹⁰² Wallace- Wolf, 109.

¹⁰³ Karl Marx- Friedrich Engels, *Komünist Manifesto*, (Çev.: Celal Üster, Nur Deriş), 5.Baskı, Can Yayınları, İstanbul 2010, 48.

Marx, sağlık sosyolojisi açısından herhangi bir çalışma ortaya koymaz. Ancak Marx'la ortak bir zemini paylaşan ve onun yakın dostu olan Engels'in *'İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu'* (1845) adlı eseri, sağlık sosyolojisi alanındaki öncül çalışmalardan biri olarak kabul edilir. Engels, erken kapitalist döneme ait bu eserde işçilerin yaşam koşullarının, sağlığa olumsuz etkilerine dair gözlemlerde bulunur. Bu dönemde, yaşamak için emek gücünü satmak zorunda olan işçilerin sağlık durumlarının işverenleri için önem taşımadığı görülür. Emek arzının yüksek olduğu bu koşullarda işçiler birbirleri için birer rakip haline dönüşmekte; iş kazasına uğrayıp, yaralanan ya da aşırı çalışma sonucu yıpranan işçiler birbirlerinin yerine geçmek için hazır ve zinde olan daha iyi işçilerle işverenler tarafından kolaylıkla değiştirilmektedir.¹⁰⁴ İşçi ve işveren arasındaki ilişkinin hukuki ve ahlaki mekanizmalar tarafından düzenlenmediği ve devlet müdahalesinin olmadığı bu dönem, yirminci yüzyılda tekelci kapitalizme evrilerek değişime uğrar.¹⁰⁵ Tekelci kapitalizme geçişle birlikte devlet, emek ve sermaye ilişkilerinde ücretleri düzenleyici olarak ve ülke genelinde sağlık ve eğitim hizmetleri sunarak müdahalelerde bulunur. Bu durum refah devleti uygulamalarıyla ivme kazanır. Ancak 1970'lerde baş gösteren ekonomik sorunlarla birlikte refah devleti uygulamaları darbe alır ve sağlığın da içinde yer aldığı pek çok sosyal harcama sınırlandırılır.¹⁰⁶ Bu noktada çatışma teorisinin sağlık sosyolojisi açısından asıl vurgusu insanların sağlık hizmetlerine ne kadar ulaşabildikleri üzerinde yoğunlaşır. Howard Watzkin'in *'İkinci Hastalık: Kapitalist Sağlık Hizmetlerinin Çelişkileri'* (1983) ve Vicente Navarro'nun *'Sağlığınıza Yönelik Tehlike: Sağlık Hizmetlerinde Kapitalizm'* (1993) adlı çalışmaları, çatışmacı bakış açısının sağlık sosyolojisi alanındaki önemli eserleri arasında yer alır. Watzkin kitabı için kullandığı *'ikinci hastalık'* adını, ünlü göğüs cerrahı Norman Bethune'un bir söyleşisinde sarfettiği cümleden ödünç alır. Bethune yakalanmış olduğu tüberküloz hastalığını (birinci hastalık) kendi kendine tedavi etmeyi başardıktan sonra bu hastalıktan muzdarip olan başka kimselere yardım etme düşüncesi içinde vicdani bir sorumluluk hissiyatını vurgulamak için ikinci hastalı(ğım)k ifadesini kullanır.¹⁰⁷ Watzkin ilaç ve tıbbi malzeme üreten şirketlerin hasta bakımında faydalar sağlayacağı

¹⁰⁴ Engels, 109.

¹⁰⁵ Bryan S. Turner, *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev.: Ümit Tatlıcan), Sentez Yayıncılık, Bursa 2011, 201-202.

¹⁰⁶ Oğuz Toprak, *Refah Devleti ve Kapitalizm*, İletişim Yayınları, İstanbul 2012, 72-74.

¹⁰⁷ Ted Allen- Sydney Gordon, *The Scalpe, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune*, McClelland & Stewart, Canada 1952, 296.

iddiasıyla sürekli olarak ortaya koydukları yeniliklerle devasa kârlar elde ederken, fakir ve azınlık gruplarına yönelik en basit hizmetleri bile sağlayamayan bir sağlık sisteminin çelişkileri üzerinde yoğunlaşır.¹⁰⁸ Navarro da benzer bir şekilde Birleşik Devletler’de dünyanın en iyi sağlık bakım sistemine sahip olmalarına karşın, vatandaşların buna ulaşmalarında yaşadıkları sorunları dile getirir. Sağlık sigortası olmadan çalışan insanlar, sağlık sigortasının kapsamı kısıtlı olanlar ya da işten çıkarıldığı için sigorta parasını ödeyemeyenlerin yaşadıkları ve bunun gibi pek çok sorun sınıf kavramı üzerinden çözümlenmeye çalışılır.¹⁰⁹

Sovyetler Birliği’nin dağılmasıyla birlikte sağlık sosyolojisi açısından çatışma teorisi, sosyalist sistemin sağlık konusundaki başarı durumunu sorgulayan sosyolojik çalışmalarla eleştiriye tutulur. Özellikle William Cockerham’ın *‘Rusya ve Doğu Avrupa’da Sağlık ve Sosyal Değişim*” (1999) adlı çalışması bunun en belirgin örneğidir. Cockerham barış zamanında endüstrileşmiş milletler arasında örgütsel açıdan sağlığın ciddi bir şekilde kötüleşmesini, modern tarihte benzeri olmayan bir durum olarak görür. Sovyetler Birliği gibi sahip olduğu komünist ideolojiyle sosyo-ekonomik yönden eşitlikçi ve herkes için sağlık söylemini destekleyen bir devletin başarısızlığı da bu noktada dikkat çekicidir.¹¹⁰ Cockerham çalışmasında genel olarak eski sosyalist ülkelerdeki yetişkin ölümlülüğünde görülen artışın nedenleri üzerinde durur.

2.2.3.2. Max Weber: Akılcılık ve Yaşam Tarzı

Çatışmacı teorinin diğer bir geleneğini temsil eden Weber ise eşitsizliğin sadece üretim araçlarının denetiminden kaynaklanmadığı, saygınlık arayışı ve siyaset arasındaki ilişkinin de bunda etkili olacağını vurgular.¹¹¹ Bu noktada bir toplumda olumlu yönden ayrıcalıkları bulunan doktorlar ve hakimler gibi yüksek saygınlık sahibi kişiler/gruplar, işçilerin yer aldığı daha az saygınlığa sahip gruplardan statüsel açıdan ayrışır. Siyaset de güç ve iktidar sahibi olmanın en önemli alanı olarak farklı grupları temsil eden partileri, sürekli bir savaşım halinde içinde barındırır.

¹⁰⁸ Howard Waitzkin, *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*, 2.Edition, Rowman and Littlefield Rublishers Inc., USA 2000, xv.

¹⁰⁹ Vicente Navarro, *Dangerous To Your Health: Capitalism in Health Care*, Monthly Review Press, USA 1993, 10-11.

¹¹⁰ William C. Cockerham, *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, Routledge, London 1999, 1.

¹¹¹ Max Weber, *Sosyoloji Yazıları*, (Çev.: Taha Parla), 8.Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul 2006, 241.

Klasik dönem toplumbilimcilerinin sağlık sosyolojisine yönelik herhangi bir çalışmalarının bulunmamasına rağmen, söz konusu düşünürlerden biri olarak Weber, bu alanda çalışmalarda bulunan çoğu akademisyene en çok doğrudan etkiyi yapmış kişidir.¹¹² Sağlık sosyolojisi ve sosyolojik teori bağıntısı içinde ele aldığımız Parsons ve tezimizin de dayandığı McDonalddlaştırma kuramının yaratıcısı Ritzer, Weber'in fikirlerinden etkilenen bu isimler arasındadır.

Weber'in sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda en çok öne çıkan kavramları ise 'akılcılık' ve 'yaşam tarzları'dır. Onun, Batı toplumunun ayırt edici özelliği olarak gördüğü formel akılcılık, sahip olduğu kural ve yönetmelikler ve ast-üst ilişkisinin var olduğu hiyerarşik bir düzlemle bürokratik alanlarda görülür. Bu noktada birer bürokratik örgütlenme modeli sunan hastanelerde doktorların mesleki bir gücü ve saygınlığı elinde bulundurmalarının yanı sıra, ileriki zamanlarda yaşanan olumsuz bir durum olarak söz konusu bu mesleki gücü ve saygınlığı yitirmeleri de sağlık sosyolojisi çalışmalarına konu edilir.

Sosyolojik bir araştırma nesnesi olarak tıp mesleğinin ilk kez ele alınması 1939 yılında yayımlanan Parsons'ın "*Meslekler ve Sosyal Yapı*" adlı makalesiyle gerçekleşir. Makalesinde Parsons *profesyonel kişi* ve *ticari kişi* arasında bir ayrımı ortaya koyar. Ona göre profesyonel kişi kişisel kârının peşinden koşmakla uğraşmayı düşünmeyen, bilimin ilerlemesi gibi kişisel olmayan değerlere yönelik hizmeti icra eden kişidir. Ticari kişi ise bencil bir şekilde başkalarının yararına değil, kendi çıkarının peşinden koşmayı düşünen kişidir. Bu noktada hekimlik, bencilliğin karşısında fedakârlığı öne alan bir profesyonel kişi işidir.¹¹³ Öyle ki profesyonel kişi için karşı taraf bir vaka ya da bir hasta; ticari kişi için ise bir müşteridir. Ancak Parsons meslekleri icra edenlerin teknik açıdan sahip oldukları alan bilgisiyle bir tür otorite oluşturduklarını belirtir. Bu durum tıp mesleğinde doktorların hastalarını sağlıklarına kavuşturmak için onlara ne yapmaları gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunduğu bir konum sağlar. Benzer bir şekilde Eliot Freidson, "*Hekimlik Mesleği*" (1970) adlı kitabında Birleşik Devletlerde profesyonel bir iş olarak tıbbın hastalar üzerinde kurduğu egemenliği ve toplumsal statü açısından hekimlerin zirvede ya da buraya yakın bir şekilde konumlandırıldıklarının

¹¹² Cockerham, "Medical Sociology and Sociological Theory", 11.

¹¹³ Talcott Parsons, "The Professions and Social Structure", *Social Forces*, 17 (4), 1939, 458.

altını çizer.¹¹⁴ Ona göre tıp mesleğinin karakteristik özelliği, uzman otoritesinden kaynaklanan bir tür üstünlüktür. Bu üstünlük hastalık ve onun tedavisi hakkında sahip olunan tıbbi bilgiden kaynaklanır. Öyle ki günümüzde tıp mesleği hastalığı teşhis ve tedavi etmek üzere resmi olarak onaylanmış bir tekel konumundadır. Freidson geçmişte tıp olarak tanımlanabilecek tek bir mesleğin olmadığını belirtir. Avrupa’da üniversitenin ortaya çıkmasından sonra tıp, öğrenilen bir meslek haline gelir.¹¹⁵ Bu noktada daha eski tarihlerde hekimlik mesleğine karşılık gelebilecek büyücülük de benzer bir şekilde toplumda saygı gören bir unsurdur. Büyücü de günümüzdeki hekimler gibi kendisine ulaşan hastalar için teşhise denk gelecek kehanetlerde bulunur, tedavi için ilaçlar yapar ve emeğinin karşılığı hediye, yani ücreti alır. Ancak büyücülüğün günümüz hekimlik mesleğinden ayrılan en önemli yanı, onun öğretilen bir şey olmaması, anne ve babadan çocuklarına genetik olarak aktarılan bir durum olmasıdır.¹¹⁶ Son olarak Ivan Illich de “*Şenlikli Toplum*” (1973) ve “*Sağlığın Gaspi*” (1975) çalışmalarıyla tıp mesleğinin sahip olduğu mesleki gücü ele alarak literatüre katkı sağlar. Illich, modern toplumda ortaya çıkan sağlık kurumunun daha iyi bir sağlık sunmak üzere karmaşık profesyonel bir yapı haline dönüşmesinin toplumu hekimlere daha da çok bağımlı kıldığını düşünür. Ona göre “*sağlık bilgisi bir erdem olmaktan çıkıp bilimin sunağında, profesyonel biçimde örgütlenmiş bir ayine dönüş(müş)tü(r).*”¹¹⁷ Bu noktada Illich kapitalist modern toplumda hekimlerin üstünlüğünün varlığını kabul eder, ancak bunu eleştirir. Onların geçmiş dönemin iyileştiricilerinden daha iyi olduğu yönündeki söylemin, bir yanılsama olduğunu belirtir. Bu bağlamda modern tıp tarihinde önemli bir dönemeç olarak 1913 yılından itibaren hastaların, tıp okulu mezunları tarafından başarılı bir şekilde tedavi görme oranının % 50’yi aşmaya başlamasını bir başarı olarak değerlendirmez. Çünkü aynı oran geçmiş dönemin şamanı ve şifalı otlardan ilaçlar yapan hekimlerinin de elde ettiği bir orandır.¹¹⁸ Illich’e göre benzer bir başarı yanılsaması (modern tıbbın ve doktorların başarısı) bazı hastalıkların ortadan kalkması ya da dikkate değer bir şekilde vakaların azalmasından sonra da yaratılır. Ona göre ise bunlara sebep olan doktorlar değil, siyasi ve teknolojik dönüşümlere bağımlı değişkenlerdir.¹¹⁹ Bu değişkenler

¹¹⁴ Eliot Freidson, *Profession of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago 1970, xv.

¹¹⁵ Freidson, 5-6.

¹¹⁶ Freidson, 7.

¹¹⁷ Ivan Illich, *Şenlikli Toplum*, (Çev.: Ahmet Kot), 3. Baskı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011, 14.

¹¹⁸ Illich, 13.

¹¹⁹ Ivan Illich, *Sağlığın Gaspi*, (Çev.: Süha Sertabiboğlu), 2.Baskı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011, 22.

arasında çevresel koşullar, yeterli beslenme, temiz içme suyu, cinsel korunma yöntemleri yer alır.

Hekimliğin toplum içerisindeki saygın konumu ve gücüne yönelik bu görüşlerin zamanla değiştiğini gösteren çalışmalar da ortaya konur. Bunlar arasında Maria R. Haug'un "*Profesyonelleşememe*" (1973), Martin Oppenheimer'in "*Profesyonelin Proleterleşmesi*" (1973) gibi bir meslek sosyolojisi altında dolaylı olarak tıp mesleğini ele alan makalelerin yanı sıra sağlık sosyolojisi altında doğrudan konuyu ele alan George Ritzer ve David Walczak'ın ortak çalışması "*Akılculuşma ve Hekimlerin Mesleki Açısından Profesyonelleşememesi*" (1988) adlı makalesi de yer alır. Haug profesyonelleşememeyi, profesyonellerin mesleklerine özgü bilgi tekelinin kırılması, kamu çıkarını gözettileri hizmet inancının ve mesleki özerkliklerinin yitirilmesi olarak tanımlar.¹²⁰ Ona göre profesyonelleşememenin bir kaç nedeni vardır. Bunlardan ilki bilgisayar teknolojisinin, profesyonellerin zihninde yerleşik olan tekelleşmiş bilgiyi kodlayarak depolanabilir ve gerektiğinde yeniden kullanabilir bir hale getirmesidir. Bu noktada bilgi özel olmaktan çıkarak herkesin ulaşabileceği bir konuma gelir. Tıp açısından bunun yansıması bilgisayarla yapılan tanıların ortaya çıkmasıdır. İkincisi, toplumda genel olarak eğitim düzeyinin artması profesyonellerin sahip oldukları bilgilere yönelik gizemin kalkarak eleştiriye tutulmasına neden olur. 'Paraya aç doktorlar' yaftası bu eleştirilerin önünde yer alır. Ayrıca profesyoneller soğuk, seçkinci ve insani duygulardan mahrum olmakla da eleştirilirler. Son olarak müşterilerin denetim kurma istekleri profesyonellerin karar verme gücünü olumsuz yönde etkiler. Profesyoneller artık yaptıkları eylemlerde saydamlık ilkesine bağlı olarak hareket ederler. Buna göre doktorlar eylemlerinin gözlemlenebilir olmasına, bu eylemlerin amaçlarının ve kullanılan tekniklerin açık olmasına zorlanarak özerkliklerini yitirmekte ve profesyonelleşememektedirler.¹²¹ Diğer bir isim olan Oppenheimer ise profesyonellerin kendi işyerlerini açmaktan ziyade başkalarının yanında istihdam edilmeye çalıştıklarını belirtir. Tıp açısından bunun yansıması doktorların özel ve ya kamusal örgütler içerisinde giderek daha fazla yer aldıklarıdır. Bu durum ise bürokratik yapılarda çalışanlar açısından proleter koşulların ortaya çıkmasına neden olur. Bu noktada proleterleşen bir profesyonel bütün bir işin belli bir parçasını, bağlı oldukları

¹²⁰ Maria R. Haug, "Profesyonelleşememe: Gelecek İçin Alternatif Bir Hipotez", (Çev.: ve Der.: Zafer Cihirlioğlu), *Meslekler ve Sosyoloji*, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996, 131.

¹²¹ Haug, 136-144.

örgütün üst bürokratlarınca belirlendiği pazar ilişkileri çerçevesinde belirli bir maaşa bağlı olarak yerine getirir.¹²² Ritzer ve Walczak ise verimliliği arttırmaya yönelik olarak özellikle sigorta şirketleri ve kamu ve özel sağlık kurumlarının doktorlar üzerinde giderek artan denetimlerini ele alır.¹²³ Bu durum, toplumsal bir değer olarak hastaya hizmet etmeyi vurgulayan tözel akılcılıktan, biçimsel akılcılığa, yani kurallar, yönetmelikler ve verimliliği ön plana alan bir anlayışa geçişi yansıtır. Artık doktorlar, üzerlerinde denetim oluşturan mercilerinin belirledikleri kurallar ve yönetmelikler dışında özgürce karar verememekte ve söz konusu kurumlarca normal işçiler gibi iş başına ücretle çalışır bir hale getirilmektedirler.

Weber'in sağlık sosyolojisi çalışmalarında yaygın bir şekilde kullanılan diğer bir kavramı ise yaşam tarzlarıdır. Weber yaşam tarzlarının iki temel bileşeni olarak *yaşamın yönetimi* ve *yaşam şanslarını* belirler.¹²⁴ Bunlardan ilki, bireyin davranışlarında özsel olarak yönlendirme ya da tercih yapabilmesi anlamına gelir. Diğeri ise bireyin sosyal konumuyla ilişkili olarak hayatta sahip olduğu şanslardır. Tercihler ve şanslar arasında yer alan karşılıklı etkileşim yaşam tarzlarının sonuçlarını şekillendirmek üzere birbirini tamamlar. Bu noktada bireyin yaşı, cinsiyeti, etnik kimliği, toplumsal konumu vb. yaşam şanslarını ifade eden değişkenler yaşam tarzı tercihlerini şekillendirir. Tercihler ise sigara ve alkol kullanmak, diyet ve spor yapmak gibi konularda kişisel kararları ifade eder. Sağlık açısından bu durum bir yaşam tarzı oluşturmakla beraber, sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz sonuçlara da sebep olabilir. Sağlık yaşam tarzları olumlu anlamda iyi bir sağlık ortaya koymayı amaçlasa da asıl hedefi tüketmeye dönük olarak sağlıklı kalmayı sağlamaktır.¹²⁵ Bu noktada çalışabilmek, güzel görünmek, kendini iyi hissetmek, boş zaman ve spor aktivitelerine katılmak ve hayattan keyif almayı sağlamak bireyin hedefleyebileceği tüketim seçenekleri olarak belirir.

¹²² Martin Oppenheimer, "Profesyonelin Proleterleşmesi", (Çev.: ve Der.: Zafer Cirhinlioğlu), *Meslekler ve Sosyoloji*, Gündoğan Yayınları, Ankara 1996, 151.

¹²³ George Ritzer- David Walczak, "Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians", *Social Forces*, 67 (1), 1988, 1-2.

¹²⁴ William C. Cockerham- Thomas Abel- Günther Lüschen, "Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles", *The Sociological Quarterly*, 34 (3), 1993, 416-417.

¹²⁵ Cockerham, 13.

2.2.4. Çağdaş Teoriler

2.2.4.1. Post Yapısalcı Teori

Post yapısalcılık, 1960'ların sonu ve 1970'lerin başlarında Ferdinand de Saussure'un dilbilim ve Claude Lévi-Strauss'un sosyal antropoloji çalışmalarının kökenlerini oluşturduğu yapısalcılıktan doğar. Tüm insan davranışlarının ve düşünsel eylemlerinin yapısal bir temele dayandığını belirten yapısalcı teori, insanın bireysel eylemlerini, algılama biçimini, düşünsel ve duygusal konumunu içine alan değişmez yapıları bulmayı amaçlar.¹²⁶ Fakat post yapısalcı teori sosyal fenomenleri organize eden söz konusu bu evrensel kuralların var olduğu düşüncesine karşı çıkar. Bu düşünürlerden biri olarak Derrida, farklı bağlamların kelimelere farklı anlamlar verdiğini; bu nedenle de dilin altında yatan yasaların araştırılmasının olanaksızlığını belirtir. Derrida bu söylemiyle neyin doğru, güzel ve haklı olduğu gibi evrensel bir sistem arayışını ifade eden Batı toplum düşüncesinin egemenliği altındaki sözmerkezciliğe karşı çıkar.¹²⁷ Diğer bir post yapısalcı isim olarak Michel Foucault ise epistemoloji, güç, tarih ve beden üzerine ortaya koyduğu görüşlerle post yapısalcı teori içerisinde yerini alır. Epistemolojik açıdan Foucault, bilginin deneye ve gözleme dayalı bir şekilde elde edilebileceği noktasındaki ampirist görüşe karşı çıkar. Ona göre şeyleri, dilimizin izin verdiği ölçüde bilebilir veya görebiliriz ve gerçeklik dil olmadan asla tek başına kavranamaz.¹²⁸ Sağlık sosyolojisi açısından Foucault'un bu epistemolojik yaklaşımı hastalıkların doğada yer alan patolojik bir durum olarak değil, toplumsal ve tarihsel süreçlerin bir sonucu olarak görülmesine neden olur. Bu noktada eşcinsellik dinsel inanç sistemi içinde bir günah, psikolojide bir davranış bozukluğu ve modern tıp bilgisi içinde bir cinsel tercih olarak görülür. Güç ve bilgi arasındaki yakın ilişkiye de değinen Foucault, bilgiyi bilimsel bir sistem içerisine yerleştirmenin 19.yüzyılın sonunda doktorlara büyük bir saygınlık ve nüfus kazandırdığını belirtir. Ona göre klinik incelemeler tıpçıların gerçekliği tanımlamasında önemli ölçüde toplumsal güç

¹²⁶ Ayşegül Yüksel, *Yapısalcılık ve Bir Uygulama: Melih Cevdet Anday Tiyatrosu*, 2. Basım, Gündoğan Yayınları, Ankara 1995, 18.

¹²⁷ George Ritzer, *Sosyoloji Kuramları*, (Çev.: Himmet Hülür), De ki Yayınları, Ankara 2013, 609-610.

¹²⁸ Michel Foucault, *Kelimeler ve Şeyler*, (Çev.: Mehmet Ali Kılıçbay), 3.Baskı, İmge Kitabevi, Ankara 2001, 129-130.

uygulayabilmelerini sağlar.¹²⁹ Bu noktada sosyolojiyi sosyal tıbbın bir alt dalı olarak gören Foucault, insanların sosyal bilimlerin yardımıyla yeniden tasarlanmasını bu bilgi/güç ilişkisi içinde açıklar. Modern ıslahevi, hastane, cezaevi ve okul gibi panoptik¹³⁰ denetim aygıtları bilgi/güç ilişkisini en iyi şekilde yansıtarak, şiddet olmaksızın düzenin kontrol altında tutulmasına yardımcı olur. Son olarak bedeni ele alan Foucault, doğum ve ölüm oranları, sağlık düzeyi, yaşam süresi ve bunları etkileyebilecek tüm koşulların önem kazandığı bir durum olarak biyo politika kavramlaştırmasını geliştirir.¹³¹ Egemen iktidar tarafından simgelenen geçmişte kalmış öldürme gücü, yerini bedenlerin yönetimine ve yaşamın hesaplı bir şekilde işletilmesine bırakır. Bu noktada biyo politika iki yönde gelişir. Bunlardan ilki disiplin konusunda ordu ya da okul gibi kurumların; öğrenme, eğitim ve toplumların düzeni üzerine düşünceler üretmesi, diğeri ise nüfus düzenlemeleri konusunda kaynakların nüfusa orantılanmasına yönelik tahminler ve zenginliklerin çizelgelere geçirilmesini içerir. Pierre Bourdieu'nun sosyal inşacı yaklaşım içerisinde ortaya koyduğu “kültürel sermaye” ve “habitus” kavramsallaştırmaları da bedeni merkeze alır. Bu noktada beden, aileden gelen kazanımlar ve alışkanlıkların gölgesinde şekillenir. Spor yapmanın önemi noktasında ailesinden kültürel sermaye aktarımı alan bir kişi, bunu alışkanlık haline getirerek gündelik yaşamının ayrılmaz bir parçasına dönüştürür.

Son olarak post yapısalıcı düşünce içerisinde ele alabileceğimiz feminist kuram, cinsiyet farklılaşmaları açısından sağlık sosyolojisine katkılarda bulunur. Avrupa tarihine bakıldığında kadın büyücülerin baskı altına alınması kadınların tıp pratiğinden dışlanmalarının en önemli nedeni olarak ileri sürülür. Bu noktada büyücülüğün son uzantılarından biri olarak da yorumlanabilecek köylerdeki bitki tedavilerini yürüten kocakarılar, tıbbın giderek daha teknik bir dil ve üniversite eğitimince desteklenen bir uzmanlık alanı halini almasıyla dışlanır ve böylece erkekler, tıbbi eylemlerde daha fazla ön planda yer almaya başlar. Erkek tıpçıların kadın ebeler üzerinde mesleki kontrol

¹²⁹ Michel Foucault, *Kliniğin Doğuşu*, (Çev.: Şule Ünsaldı), 3.Basım, Epos Yayınları, Ankara 2014, 51-53.

¹³⁰ Panaptikon, İngiliz filozof Jeremy Bentham tarafından tasarlanan daire şeklindeki bir hapisane projesini ifade etmek için kullanılır. Bu yapıda merkezde olması planlanan hapisane müdürü bütün mahkumları gözleyebilmekte ve yönetme imkanına kavuşmaktadır. Foucault açısından ise modern disiplinler bir iktidarın mimarisini temsil eder (Ahmet Cevizci, *Paradigma Felsefe Sözlüğü*, Paradigma Yayıncılık, İstanbul 2005, 1316).

¹³¹ Michel Foucault, *Cinselliğin Tarihi*, (Çev.: Hülya Uğur Tanrıöver), 3.Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2010, 103.

kurmaya çalışmaları da feminist kuramın dikkat çektiği hususlardan biri olmuştur.¹³² Bağlantılı olarak günümüz dünyasının sorunlarından biri olarak kadın hekimlerin, erkek hekimlere göre daha az eşit statüde olmaları da bu yaklaşım tarafından sağlık sosyolojisine konu edilir.

2.2.4.2. Risk Toplum Teorisi

Modern dönem, klasik sosyoloji kuramcılarınca olumlu yönleri kadar olumsuzluklarıyla da işlenir. Marx'ın 'yabancılaşma', Weber'in 'demir kafes' ve Durkheim'in 'anomi' kavramlaştırmaları modern dönemin baskın olumluluğu yanında ele alınan olumsuzluklardan bir kaçını yansıtır. Her üç düşünür de modern endüstriyel iş yaşamının olumsuz sonuçlarını gözlemler, ancak üretim güçlerinin gelişmesinin çevreye yönelik ekolojik tehditler meydana getirebileceğini öngörmezler.¹³³

Risk toplumu, Ulrich Beck tarafından modernlikten kopuşu ve yeni bir toplumsal biçimi ifade etmek için kullanılır. Ona göre modernleşmenin yerini şimdilerde öz-dönüşlü bir modernleşme alır ve böylelikle de kendisini konu ve sorun edinir.¹³⁴ Bu noktada klasik sanayi toplumunun bilim ve teknoloji anlayışı değişmekte ve modern dönemin en önemli parçası olarak güven, risk toplumuyla birlikte artık yerini kaygıya bırakmaktadır. Küreselleşmenin de etkisiyle bireyler, dünya coğrafyasının her noktasında bu kaygıyı yaşarlar. Bu noktada Beck'in "*yoksulluk hiyerarşiktir, kirliliği hava tabakası demokratiktir*"¹³⁵ sözü bu kaygının boyutunu gözler önüne serer. Çernobil gibi nükleer felaketler sınır tanımadan radyasyonu bulutlar ve yağmur olarak insanlara getirirken, ölümcül bir virüs de yine sınır tanımadan bir kuşun bedeninde ülkeden ülkeye yayılabilir. Sağlık sosyolojisi açısından bu kaygı durumu, bireyi tehlikelerin kol gezdiği bir korku kültürü içine hapseder.¹³⁶ Bunun bir yansıması olarak Batı dünyasında riskin en aza indirilmeye çalışılması, sağlık harcamalarını giderek arttırır. Özellikle kitlesel iletişim araçlarıyla her gün milyonlarca insanın ilk kez karşılaştığı yüzlerce yeni hastalık ve onların ölümcül tehlikelerinin gündeme getirilmesi bu hastalıklardan

¹³² Turner, 131.

¹³³ Anthony Giddens, *Modernliğin Sonuçları*, (Çev.: Ersin Kuşdil), 3.Baskı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2004, 17.

¹³⁴ Ulrich Beck, *Risk Toplumu*, (Çev.: Kâzım Özdoğan, Bülent Doğan), İthaki Yayıncılık, İstanbul 2011, 9.

¹³⁵ Beck, 49.

¹³⁶ Frank Furedi, *Korku Kültürü*, (Çev.: Barış Yıldırım), 2.Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2014, 49.

korunmak amacıyla genellikle koruyucu aşı ve diğer ilaç kullanımlarını aşırı derecede tetikleyen bir durum yaratır.¹³⁷ Bu noktada önceden tıbbi olmayan sorunlar artık birer tıbbi sorun olarak belirlenerek, tedavi edilmesi gereken bir süreç haline dönüşür. Bu noktada yüksek kolesterol, menopoz, dikkat eksikliği ve osteoporoz gibi pek çok durum bir hastalık olarak tıbbileştirilir.¹³⁸

Tablo 2.1. Castels’e Göre Sağlıkta Yeni Paradigmalar

TEHLİKELİLİK	RİSKE GEÇİŞ
BELİRTİLER (Tıbbi Bakımın Hedefi)	KİŞİNİN ÖZELLİKLERİ
KONU/ÖZNE KLİNİĞİ	EPİDEMİYOLOJİK KLİNİK
DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ	UZMANLAR/EKİP İLİŞKİSİ
TEŞHİS VE TEDAVİ BİRLİKTE	TEŞHİS VE TEDAVİ AYRI
BAKIM İŞLEVİ BİLİRKİŞİ	MÜŞTERİ DEĞERLENDİRME
HEKİMLER BAĞIMSIZ	HEKİMLERİN İDARECİLERİN ASTI
SAĞLIK YÖNETİCİLERİ	STRATEJİST HALİNDE

Kaynak: Aytül Kasapoğlu, Sağlık Sosyolojisi

2.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Batı sosyolojisinin gelişim sürecinde sağlığa yönelik bir alt disiplinin gecikmeli olarak ortaya çıkışı, imparatorluktan cumhuriyete dönüşen Türkiye açısından da benzer bir durum oluşturur. İronik bir şekilde Avrupa tarafından ‘hasta adam’ olarak görülen Osmanlı İmparatorluğu’nun içinde bulunduğu kötü gidişe bir çare bulma düşüncesinin sonucu olarak temellenen Türk sosyolojisinin¹³⁹ sağlığı merkeze alan çalışmaları yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren şekillenmeye başlar. Bu şekillenişin ilk evreleri Mahmut Tezcan tarafından hazırlanan sosyoloji bibliyografyasında, tıp sosyolojisi başlığı altındaki 43 akademik yayınlara gerçekleşir.¹⁴⁰ Ancak Robert Straus’un tıpta sosyoloji ve tıbbi sosyoloji ayrımı burada da söz konusudur. Tezcan’ın listesinde yer alan çalışmalar çoğunlukla tıpçılar tarafından ortaya konur. Hamdi Dilevurgun, Rasim Adasal, Nusret Fişek gibi tıpçılar bu isimlerden bir kaçını oluşturur. Tıpçılar tarafından ortaya konan söz konusu yayınlar göz önüne alındığında, Batı’dakine benzer bir şekilde Türk sağlık sosyolojisinin bu dönemdeki önde gelen ilgi alanının akıl sağlığı

¹³⁷ Ray Moynihan- Alan Cassels, *Satılık Hastalıklar*, (Çev.: Gökçesu Tamer, Evren Yıldırım), 4.Baskı, Hayy Kitap, İstanbul 2012, 9-12.

¹³⁸ Peter Conrad, “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, 209.

¹³⁹ H. Bayram Kaçmazoğlu, *Türk Sosyoloji Tarihi I- Önkoşullar*, Kitabevi Yayınları, İstanbul 2010, 8.

¹⁴⁰ Mahmut Tezcan, *Türk Sosyoloji Bibliyografyası: 1928-1968*, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, Ankara 1969, 1057-1065.

olduğu görülür. Listede sosyolog kimliğiyle yer alan Orhan Türkdoğan ise Türkiye’de sağlık sosyolojisi açısından ilk önemli çalışmayı gerçekleştirir. Bu çalışma 1966 yılında “*Erzurum Bölgesinde Sağlık-Hastalık Probleminin Sosyal Yönden Araştırılması*”¹⁴¹ adlı doçentlik teziyle ortaya konur. Yine aynı yıl Türkdoğan’ın “*Türk Köy Sosyolojisine Yardımcı Olması Bakımından Medikal Sosyoloji, Saha ve Problemleri*” adlı makalesi sağlık sosyolojisi disiplininin sınırlarını belirlemeye yönelik bir deneme olması açısından önem taşır.

1970’lere gelindiğinde bu disiplinde herhangi bir çalışma ortaya konmazken 1982’de Aytül Kasapoğlu, “*Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri*” adlı doktora teziyle literatüre katkı sağlar. Kasapoğlu’nun teziyle birlikte 1990’lı yılların başına kadar sürececek bir zaman diliminde ortaya koyduğu bir dizi çalışma da 1999’da Mehmet Ecevit tarafından yayına hazırlanan, “*Sağlık Sosyolojisi-Türkiye’den Araştırmalar*” başlığı altında toplanarak bir araya getirilir.

1989’da Bahattin Akşit ve Belma Akşit’in “*Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Sosyo-kültürel Belirleyicileri*” adlı çalışması yayımlanır. Bunu UNICEF’in desteğinde yayımlanan “*Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı: Antalya’nın Bir Gecekondu Bölgesinde Hızlı Antropolojik Bir Araştırma*” (1994) adlı çalışma takip eder. Son olarak 1997’de “Mother’s Education, Differential Child Valuation and Infant/Child Mortality” adlı çalışma Akşit tarafından yayımlanır.

1996’da Sezgin Kızılcıkel’in “*Türkiye’nin Sağlık Sistemi-Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*” ve 2002’de Nurşen Özçelik Adak’ın “*Sağlık Sosyolojisi- Kadın ve Kentleşme*” adlı sonradan kitaplaştırdıkları doktora tezleriyle de literatüre katkı sağlanır. Makro-sosyolojik bir bakış açısına sahip olan Kızılcıkel’in çalışması, kuram olarak Parsons’ın geliştirdiği genel sistem teorisine dayanır. Bu noktada çalışmasında bir alt sistem olarak sağlığı ele alan Kızılcıkel, uygulamalı bir sosyolojik çözümleme sunar. Adak da kadını merkez alan çalışmasında Kızılcıkel gibi uygulamalı bir çözümleme gerçekleştirir.

Türkiye’de sağlık sosyolojisinin gelişiminde önemli safhalardan biri de 1998’de *Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği*’nin kurulmasıyla yaşanır. Kuruluş amacını, “*Sosyal*

¹⁴¹ Türkdoğan’ın bu çalışması, 1991 yılında Milli Eğitim Bakanlığı tarafından “*Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*” başlığında yayınlanırken, 2006 yılında IQ Kültür Sanat Yayıncılık tarafından “*Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*” adı altında yeniden basılır.

*Bilimler bilgi ve yöntemlerini sağlık alanına uygulayarak bireylerin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmak*¹⁴² şeklinde ifade eden dernek, sağlık bilimleri ile sosyal bilimlerin kuramsal ve uygulamalı çalışma alanları arasında köprü oluşturmaya çalışır.

Sağlık sosyolojisinin akademik yönden genişleyen popülaritesi, 2001 Temmuz ayında *Toplumbilim Dergisi*'nin 13.sayısının bu alana yönelik özel bir sayıyı da çıkarmasına neden olur. Dergide halk sağlığı, geleneksel ve modern tıp ayrılığı, halk hekimliği, sağlık ve antropoloji ilişkisi, sağlıkta eşitsizlik, kadın ve ruh sağlığı, tımarhane ve rasyonelleşme ilişkisi, ötenazinin ele alınmasının yanı sıra Michel Foucault ve Talcott Parsons gibi isimlere ait çevirilere de rastlanır. Bu noktada çevrilmiş çok fazla eseri olmayan Parsons'ın "*Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi*" adlı makalesi, önem taşır.

2001 yılı içerisinde yayımlanan diğer bir çalışma ise Zafer Cirhinlioğlu'nun "*Sağlık Sosyolojisi*" isimli ders kitabıdır. Söz konusu çalışma, yaklaşık olarak beş yıl alanındaki tek ders kitabı olur. 2006'da Burhan Baloğlu'nun "*Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*" ve 2012'de sosyolog Özgür Sarı ve doktor Kadir Gökhan Atılğan'ın birlikte kaleme aldıkları "*Sağlık Sosyolojisi- Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*" isimli çalışmalar da literatüre eklenen diğer ders kitaplarıdır.

2008'de Aytül Kasapoğlu'nun editörlüğünde "*Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*" adlı çalışma yayımlanır. Kanser, AIDS, diyabet, hepatit C, böbrek yetmezliği, MS, kronik bronşit ve astım gibi kronik hastalıkların yanı sıra menopoza ve hamilelik dönemine ilişkin uygulamalı çalışmaları içeren kitap, biyopsikososyal yaklaşım eşliğinde Aktör İlişkiler Ağ Kuramına dayanır. Derinlemesine mülakatlarla toplanan veriler ise hastalardan, hastalıkları ve kendileriyle ilgili istenen çizimlerle görsel bir sosyoloji denemesine dönüşür.

2011'de *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*'nin güz ve bahar dönemlerine ait her iki sayısında sağlığa yönelik çalışmalar yayımlanır. Bunlar Zuhal Yonca Odabaş ve Günnur

¹⁴² Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği;
<http://www.sasbil.org/content/tüzük>

Ertong'un "*Kuş Gribinin Sosyal Etkileri: Türkiye ve Endonezya Karşılaştırması*" ve Şehriban Şahin Kaya'nın "*Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık*" adlı çalışmalarıdır.

Buraya kadar sıralan çalışmalar sosyologlar tarafından ortaya konmuş olmakla birlikte, ortak payda olan 'sağlık' multidisipliner olarak pek çok sosyal bilim araştırmalarının merkezindedir. Bu noktada özellikle insan bedenini merkeze alan çalışmalara yönelik yoğun bir talep olduğu görülür. Cenk Özbay, Ayşecan Terzioğlu ve Yeşim Yasin'in gözetiminde hazırlanan 2010 tarihli "*Neo-liberalizm ve Mahremiyet*" ve Kadir Canatan'ın editörlüğünü yaptığı 2011 tarihli "*Beden Sosyolojisi*" isimli çalışmalar bunlara örnektir. İletişimci gözüyle Deniz Sezgin'in "*Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*" (2011) adlı çalışması, işletmeci ve ekonomistlerin sağlığı sosyal politika düzleminden ele alan çok sayıda çalışması, Ayşe Buğra- Çağlar Keyder'in derleyenler arasında yer aldığı "*Sosyal Politika Yazıları*" (2011) ve yine Çağlar Keyder'in "*Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*" (2007) adlı derleme çalışması pek çok toplumbilimcinin sağlık ilgisini bir araya getiren örnekler arasındadır.

Son olarak tıpçılardan da sağlık politikalarını, doktorları, doktor-hasta ilişkilerini, özel sermaye ve tıp ilişkisini eleştirel bir şekilde ele alan çalışmalar yayımlanmaktadır. Ahmet Rasim Küçükusta'nın "*Bir İki Üç Tıp*" (2011) ve "*Kalbime Koy Başını Doktor*" (2011); Şükrü Hatun'un "*İnsancıl Bir Tıp İçin*" (2012); İlknur Arslanoğlu'nun editörlüğünü üstlendiği "*Tıp Bu Değil 1*" (2012) ve "*Tıp Bu Değil 2*" (2013); İsmail Hakkı Aydın'ın "*Rabbim Beni Doktorlardan Korum*" (2013) ve Selda Ökten'in "*Kırmızı Alarm*" (2014) adlı çalışmaları bunlara örnektir. Hatta kronolojik bir şekilde takip ettiğimiz bu bibliyografyanın dışında yer alacak şekilde 2006'da tıpçılar tarafından "*Eleştirel Bir Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*" yayımlanır.¹⁴³ Sol bir bakış açısının hakim olduğu sözlük, Marksist kavramlar ve sağlıkta eşitsizliği ön plana alan maddeleri içerir.

Sağlık Sosyolojisi günümüzde lisans ve lisansüstü eğitim aşamalarında Türkiye'nin pek çok devlet ve vakıf üniversitesinde ders olarak verilmekte, bu alana yönelik ilgi yüksek lisans ve doktora çalışmalarıyla gün geçtikçe zenginleşmektedir.

¹⁴³ *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*, Nazım Kitaplığı, İstanbul 2006.

2.4. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN KONUSU

Sağlık sosyolojisinin konusunun ne olduğuna yönelik ilk girişim Aytül Kasapoğlu'nun aktarımıyla Kerdal ve Merton tarafından yapılır. Bu sınıflamaya göre sağlık sosyolojisi dört noktada araştırmalarda bulunur¹⁴⁴:

- Hastalık nedenleri ve çevre bilim
- Sağlığın korunması ve hastalığa tepkiler
- Sağlık olanaklarının örgütlenmesi
- Mesleki eğitim.

Bu sınıflandırmanın daha geniş bir versiyonu ise David Mechanic tarafından yapılır.¹⁴⁵

- Hastalıkların dağılımı ve nedenleri
- Hastalığa toplumsal ve kültürel tepkiler
- Sağlık hizmetinin sosyo-kültürel yanı
- Ölüm oranları
- Nüfus içerisinde hastalıkların görülme sıklığı
- Sağlık uygulamalarının örgütlenmesi
- Tedaviye yönelik mesleklerin sosyolojisi
- Hastane sosyolojisi
- Toplum sağlığı örgütlenmesi
- Toplumsal değişim ve sağlık hizmeti
- Sağlık hizmeti örgütlerinin karşılaştırılması
- Tıbbi eğitim
- Sağlık hizmetlerinin kullanımı
- Halk sağlığı
- Stres, hastalık ve bunlarla baş etme
- Değişen toplumsal davranışlara yönelik yeni teknolojiler
- Toplumsal psikiyatri
- Hukuksal ve etiksel konular

¹⁴⁴ Aytül Kasapoğlu, "Medikal Sosyoloji Konu Alanları", *Sağlık Sosyolojisi-Türkiye'den Araştırmalar*, Mehmet C. Ecevit (Haz.), Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara 1999, 362.

¹⁴⁵ David Mechanic, *Medical Sociology*, 2.Edition, The Free Press, New York 1978, 3-14.

- Sağlık ekonomisinin toplumsal yönleri
- Davranış sorunları ve sağı hizmetleri
- Yarı-profesyoneller
- Sağlık politikaları ve siyaset

Tüm bu konu başlıkları genel olarak değerlendirildiğinde Bryan S. Turner sağlık sosyolojisinin üç analiz düzeyinde incelenebileceğini belirtir.¹⁴⁶ Bunlar sırasıyla birey, mikro ve makro düzeylerdir. Birinci düzeyde rahatsızlık deneyimi birey açısından ele alınır. Bunu yaparken de fenomenoloji ve sembolik etkileşimcilik gibi farklı sosyolojik perspektiflerden konuya yaklaşılr. İkinci düzey uzman meslek gruplarının bireyleri sınıflandırmak ve düzenlemek için kullandıkları hastalık kategorilerinin sosyal inşasına odaklanır. Son düzeyde ise sağlık hizmetlerinin toplumsal organizasyonları, devlet ve ekonomiyle ilişkileri ele alınır.

Tablo 2.1. Analiz Düzeyine Göre Sağlık Sosyolojisi Araştırma Konuları

DÜZEY	ARAŞTIRMA KONUSU	PERSPEKTİF
Birey	Rahatsızlık Deneyimi	Fenomenoloji
Mikro	‘Kültürel’ rahatsızlık kategorileri	Roller, normlar ve sapma sosyolojisi
Makro	Sağlık Hizmetleri Sistemleri ve sağlık politikaları	Rahatsızlığın ekonomi politiğı

Kaynak: Bryan S. Turner, Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi.

2.5. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMI

2.5.1. Sağlık ve Hastalığı Tanımlamaya Yönelik Yaklaşımlar

‘Sağlık’ ve ‘hastalık’, biyolojik varlığın durumunu niteleyen iki kavram olarak zamana ve içinde yaşanan topluma bağı bir şekilde farklı biçimlerde anlamlandırılır. Sağlık ve hastalığa yönelik ilk önemli yaklaşım, iki bin yıl boyunca etkili olmuş Antik Yunan tıbbından gelir. Buna göre sağlık, bedenin dört salgısı -kan, salya, sarı safran ve kara safran- arasındaki bir iç denge olarak görülür.¹⁴⁷ Bu dengede meydana gelecek herhangi bir bozukluk ise hastalık olarak adlandırılır. Batı dünyası için baskın bir

¹⁴⁶ Turner, 13.

¹⁴⁷ Ray Porter- Georges Vigarello, “Beden, Sağlık ve Hastalıklar”, *Bedenin Tarihi I*, (Çev.: Saadet Özen), Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 2008, 274.

konumda yer alan Yunan tıbbının sağlık ve hastalığa yönelik bu tanımlaması, Rönesans'la birlikte yaşanan değişimler sonrasında yeniden gözden geçirilir. Öyle ki Rönesans'a kadar Yunan tıbbı insan bedeni içindeki fizyolojik süreçlerden hiç bir şekilde haberdar değildir. Bir bilinmez olarak kutsanan beden, bu dönemde ortaya konan kadavra incelemeleriyle büyüsunü kaybederek doğallaşır ve bir makinaya benzetilerek, fizik yasalarıyla işleyişinin anlaşılabilceğı düşünülür. Bu incelemelerin açtığı yolda 19.yüzyılda Louis Pasteur tarafından özellikle mikrobun keşfiyle sağlık, modern tıbbın da temelini oluşturacak bir şekilde yeniden tanımlanır. Bu tıbbi, yani *biyomedikal* tanım açık bir biçimde teşhis edilebilir klinik semptomların varlığı üzerinde durur. Bu noktada hastalık belirgin semptomların varlığının ifadesiyken, sağlık bunun tersi olarak herhangi bir semptomun olmayışını ifade eder.¹⁴⁸ Başka bir deyişle sağlık ve hastalık biyolojik açıdan bir *normallik* ve *anormallik* durumudur. Ancak biyomedikal bakış beden ve zihni işleyiş açısından birbirinden ayırır. Bu nedenle hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutları göz ardı edilir.

Sağlık ve hastalığın tanımlanmasına yönelik bir diğer yaklaşım, *işlevsel* bakış açısınca ortaya konur.¹⁴⁹ Buna göre sağlık ve hastalık bireyin fiziksel değil, sosyal açıdan çevresine yansıttığı durum dikkate alınarak tanımlanır. Örneğin bir kişi klinik olarak teşhis edilebilir semptomlara sahipse ve sosyal işlevlerini yerine getirebiliyorsa o kişinin iyi olduğu düşünülür ya da tam tersi bir şekilde klinik açıdan teşhis edilebilir bir semptomu yokken sosyal işlevini yerine getiremiyorsa, o kişi hasta olarak görülebilir. Bu açıklamaya göre bir alkolik eğer işini yapabiliyor ve ailesiyle yeterli bir şekilde ilgilenebiliyorsa, medikal açıdan hasta olarak kabul edilse bile, işlevsel açıdan hasta olarak görülmez. Burada öne çıkan nokta bireyin hasta ya da sağlıklı olduğuna yönelik tanımların tıbbi anlamda uzman olmayan sosyal gruplar tarafından yapılıyor olmasıdır.

Sosyal grupların tanımları kadar bireyin öznel olarak direk kendisinin ortaya koyduğu sağlık ve hastalık tanımlamaları da mevcuttur. *Psikolojik* bakış açısınca ortaya konan bu tanıma göre eğer kişi kendini iyi hissediyorsa iyi, kötü hissediyorsa kötüdür.¹⁵⁰ Bu yaklaşım hastalığın meydana gelişinde stresin önemine ve çoğu fiziksel rahatsızlığın strese bir tepki olarak ortaya çıktığına vurgu yapar. Ayrıca sağlık ve

¹⁴⁸ Richard K. Thomas, *Society and Health –Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, New York 2003, 16.

¹⁴⁹ Thomas, 18.

¹⁵⁰ Thomas, 19.

hastalığın biyomedikal tanımlamasında birbirinden ayrılan beden-zihin ilişkisi, psikolojik bakış açısıyla birlikte yeniden keşfedilir.

Tüm bunların yanı sıra genellikle ruhsal hastalıklar açısından kullanılan *hukuki* tanımlama şekline de rastlanır.¹⁵¹ Burada bireyin zihinsel ve akli açıdan yeterliliği sorgulanır. Sorgulamada onayı verecek olan doktor olsa da son karar hukuki sistemce oluşturulmuş ölçütlere göre görüş bildirecek mahkemece verilir.

Sağlık ve hastalığı tanımlamaya yönelik söz konusu bu dört yaklaşıma, biyomedikal görüşe bir eleştiri ve daha bütüncül bir açıklama ihtiyacının altını çizmek üzere gelişen, *biyopsikososyal* yaklaşım da eklenir. George L.Engel tarafından ortaya konan bu yaklaşım sağlık ve hastalığı tanımlamada biyolojik faktörlerin tek başına yeterli olmayacağını, bunun yanında psikolojik ve sosyal etkenlerin de yer alacağı bir bakış açısını içerir.¹⁵² Geleneksel biyomedikal görüşün hastalığı belirlemede biyolojik göstergeleri dikkate alması ve bu noktada olumlu laboratuvar bulgularına sahip bazı kimselerin tedaviye gereksinim duyarken tam tersi bir şekilde kendini hasta hisseden bazı kişilerin hiç bir hastalık belirtisine sahip olmaması birbirine zıt durumlar oluşturur. Hastalık kadar hastayı da içine alan biyopsikososyal bakış, her iki unsuru da kapsar. Bu bakış açısından doktorun görevi kişilerin tıbbi yardım aramasına, hasta rolünü benimsemesine ve hasta olma statüsünü kabul etmelerine yol açan rahatsızlık ve vücutlarındaki herhangi bir işlev bozukluğunu açıklamaktır.¹⁵³

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımlaması da biyopsikososyal bakışın bütüncül tavrıyla örtüşür. DSÖ'ne göre sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali olarak tanımlanır.¹⁵⁴ Bu tanım ölüm ve hastalık gibi tıbbi göstergelerle yapılan sağlık tanımlamasının yanında sosyo-ekonomik ve politik etkenleri de gündeme getirir. Bunun bir sonucu olarak sağlık, tanımlanmasında belirleyici ve baskın bir konumda bulunan tıbbi alandan, daha geniş bir perspektifte farklı bilim dallarının da etkileşimde bulunarak katkılarda bulunduğu bir

¹⁵¹ Thomas, 19.

¹⁵² George L. Engel, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, New Series, 196 (4286), 1977, 131-132.

¹⁵³ Engel, 133.

¹⁵⁴ Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) Anayasası'nın birinci ilkesini oluşturan sağlık tanımı, 19-22 Temmuz 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda 61 ülkenin temsilcisinin imzasıyla kabul edilmiştir. *Constitution of the World Health Organization*, (1946) apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf.

düzleme kavuşur.¹⁵⁵ Tıpçılar kadar artık sosyologlar, sosyal psikologlar, antropologlar ve ekonomistler tarafından da sağlık ve hastalık konusuna ilgi gösterilmeye başlanır.

2.5.2. Hastalık, Rahatsızlık ve Hastalık Durumu

Sağlıklı olmama durumunu ifade eden ve İngilizce'den Türkçe'ye genel olarak benzer anlamlarda çevrilen, ancak farklı durumları niteleyen bir kaç kelime mevcuttur: *hastalık* (disease), *rahatsızlık* (illness) ve *hastalık durumu* (sickness).¹⁵⁶ Bunlardan hastalık (disease) fizyolojik ve biyolojik nitelikli sorunları niteleyen tıbbi yönlü bir tanımlamayken, rahatsızlık (illness) ve hastalık durumu (sickness) medikal sosyologların sağlık ve hastalığın öznel doğasından ve toplumsal açıdan bu durumlara uygun düşen rollerden hareketle ortaya koydukları tanımlamalardır. Bu noktada hastalık (disease) klinik açıdan tanımlanabilir ve ölçülebilir semptomları ifade ederken, rahatsızlık (illness) böylesi bir durumun sadece o kişi tarafından farkındalığını ifade eder. Örneğin sabah uyandığında baş ağrısı çeken bir kişi, bu konuda tıbbi yardım almayı düşünmez ve günlük işlerini yerine getirerek başka bir kimseye yaşadığı sıkıntıyı anlatmaz ise, bu durum rahatsızlık (illness) olarak adlandırılır. Ancak tıbbi bir yardım seçeneğini seçer ve doktor tarafından bir teşhis konulursa, o kişinin yaşadığı durum hastalık (disease) olarak adlandırılır. Hastalık durumu (sickness) ise kişinin rahatsızlığını (illness) başkalarına söylediği ya da başkaları tarafından bu durumun gözlemlenebilir olduğu zaman kullanılan bir ifadedir. Bu noktada hastalığın, bireyin içinde yer aldığı toplum tarafından nasıl tanımlandığı önem kazanır.

Sağlıklı olmama durumunu ifade eden söz konusu bu üç kavram, aynı zamanda mesleki bir iş bölümüne de yol açar. Buna göre doktor hastalıkla (disease), klinik

¹⁵⁵ İlker Belek, *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*, Sorun Yayınları, İstanbul 1998, 26.

¹⁵⁶ Nurşen Adak'ın kurumsal yönüyle sağlığı ele alan yazısında *illness* ve *disease* arasındaki fark anlatılmakla birlikte, Türkçe karşılığı her ikisinde de *hastalık* olarak verilmektedir. Nurşen Adak, "Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık", *Kurumlara Sosyolojik Bakış*, Sevinç Güçlü (Ed.), Kitabevi Yayıncılık, İstanbul 2011, 338. Ancak bizim metin içerisinde *disease*, *illness* ve *sickness* için kullandığımız *hastalık*, *rahatsızlık* ve *hastalık durumu* ifadeleri, alıntılarımızın kitabın çevirmeni tarafından bu kelimeler arasındaki ayrımın Türkçe olarak belirtilmeye çalışılmasının bir yansımasıdır. Bryan S. Turner, *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev.: Ümit Tatlıcan), Sentez Yayıncılık, Bursa 2011, 11. Aytül Kasapoğlu da *disease* için *hastalık* ve *illness* için *rahatsızlık* Türkçe karşılık olarak kullanmıştır. Aytül Kasapoğlu, *Madalyon'un İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*, Phoenix Yayınevi, Ankara 2008, 15.

psikiyatr rahatsızlıkla (illness) ve klinik sosyolojide çalışanlar hastalık durumuyla (sickness) ilgilenirler.¹⁵⁷

2.5.3. Fiziksel ve Ruhsal Hastalık

Geleneksel toplumlarda aynı görünmekle birlikte, günümüz modern toplumlarında fiziksel ve ruhsal hastalık arasında açık bir ayrım söz konusudur. Modern toplumların tıbbi yaklaşım içerisinde mikrobun keşfiyle biyolojik nedenler üzerindeki vurgusu, fiziksel ve ruhsal hastalık arasındaki ayrımın da başlangıcını oluşturur.¹⁵⁸ Bu noktada fiziksel hastalık klinik açıdan tanımlanabilir semptomlarla belirlenirken, ruhsal hastalık genel olarak bu belirleme şeklinin dışında yer alır. Ruhsal hastalık ruh hali, davranış ve düşünce modellerinin bozukluğunu yansıtır ve fiziksel rahatsızlığı bulmaya yönelik tıbbi teşhis teknikleriyle (röntgen, kan tahlili vb.) ortaya konamaz. Ayrıca çoğu ruhsal hastalığın kronik ve bu nedenle tedavi edilemez olduğu düşünülür.¹⁵⁹ Bu yönüyle de fiziksel hastalıktan ayrılan ruhsal hastalık, sadece kontrol altında tutulabilir. Tedaviye yönelik olarak ise bazı durumlarda ilaç ve nadir de olsa ameliyata başvurulsa da, çoğu ruhsal hastalığın merkezinde psikoterapi söz konusudur.

Kurumsal olarak da fiziksel ve ruhsal hastalıkların sebep olduğu ayrımlara rastlanır. Günümüzde akıl hastaneleri diğer genel hastanelerden ayrılarak özerkleşmiştir ve bu noktada ruhsal hastalıklarla uğraşan doktorlar da *psikiyatr* olarak ayrılmıştır.

Son olarak ruhsal hastalık, sağlık ve hastalığı tanımlamaya yönelik yeni bir yaklaşım ortaya çıkarır: *Toplumsal tepki yaklaşımı*.¹⁶⁰ Bu yaklaşımın taraftarlarına göre bilimsel anlamda ruhsal hastalık diye bir şey yoktur. Ruhsal hastalık, sapkın davranışı kontrol etmek amacıyla toplum tarafından inşa edilmiştir. Bu noktada toplumun olumsuz bir şekilde tepki verdiği davranış ve tavırlar, ruhsal hastalık olarak damgalanır.

¹⁵⁷ Turner, 11.

¹⁵⁸ Thomas, 28.

¹⁵⁹ Thomas, 29.

¹⁶⁰ Thomas, 29.

Tablo 2.2. Sağlık ve Hastalığı Tanımlamaya Yönelik Yaklaşımlar

Yaklaşımlar	Tanımlayanlar	Tanımlama Unsuru
Biyomedikal	Tıp alanında uzman kişiler	Teşhis edilebilir klinik semptomlar
İşlevsel	Tıp alanında uzman olmayan sosyal gruplar	Toplumsal rolleri yerine getirebilme
Psikolojik	Doğrudan bireyin kendisi	Bireysel farkındalık
Hukuki	Tıp alanında uzman kişiler ve hukuki kurum	Teşhis edilebilir klinik semptomlar ve hukuki kurallar
Biyopsikososyal	Tıp alanında uzman kişiler	Teşhis edilebilir klinik semptomlar, psikolojik ve sosyal faktörler
Toplumsal Tepki	Güçlü sosyal gruplar	Toplum tarafından kabul edilmiş semptomlar

Kaynak: Richard K. Thomas, *Society and Health*.

2.6. SAĞLIK STATÜSÜ

Sağlık statüsü, nesnel bazı ölçümler ya da öznel bir şekilde yapılan bazı değerlendirmeler aracılığıyla bir kişi, grup ya da nüfusun sağlık düzeyinin belirlenmesini ifade eder. Sağlık statüsünü belirlemek için tüm dünyada yaygın olarak kullanılan uygun sağlık göstergeleri ise *ölüm oranları* (mortalite) ve *hastalık ölçümleri* (morbidite)'dir.¹⁶¹

2.6.1. Ölüm Oranları (Mortalite)

Ölüm kayıtları doğru ve tam olarak tutulduğunda ölümlerin nedenleri ve bu kayıtların tutulduğu bölge veya ülkenin sağlık seviyesi hakkında bir yoruma ulaşılabilir. Ölümlerin nicel verileri ve niteliği aracılığıyla mevcut sorunlar belirlenip, gerekli önlemler alınarak sağlık hizmetleri yeniden planlanabilir. Bunun yanı sıra ölüm oranları bölgeler ve diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapmamıza da olanak sağlar. Ölümlere yönelik doğru bir değerlendirme ve uygun bir sağlık hizmet planlaması mevcut bölgedeki ölümlerin tam sayısı ve ölenlerin yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, ölüm nedeni, medeni durumu vb. özelliklerin elde edilmesiyle sağlanabilir. Ancak ölümlere yönelik veriler bazı konuların aydınlatılması için sınırlı bir bilgi sunar. Buna göre ölüm istatistikleri akut nitelikli ve hafif bulgular taşıyan hastalıklar hakkında bilgi vermez.

¹⁶¹ Yusuf Çelik, *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitapevi, Ankara 2011, 27.

Yani yaşamakta olan bireylerin yaşam düzeyleri hakkında bilgileri ölüm istatistikleri ile elde edemeyiz. Ölüm oranlarında dikkate alınan üç gösterge ise *kaba ölüm hızı*, *bebek ölüm hızı* ve *doğumda beklenen yaşam süresi*'dir.¹⁶²

2.6.1.1. Kaba Ölüm Hızı

Kaba ölüm hızı bir yıl içerisinde bir bölgede ve/veya bir ülkede kaydedilen ölümlerin sayısının nüfusun geneline bölünmesi ve çıkan sonucun 1000 ile çarpılmasıyla elde edilir. Kaba ölüm hızı toplum geneline yönelik ortalama ölüm tehlikesini ölçmek ve başka ülkelerle karşılaştırmalar yapabilmek için kullanılır.

2.6.1.2. Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı bir yıl içerisinde bir bölgede ve/veya bir ülkede bir yaşına girmeden ölen bebek sayısının, o yıl canlı doğan bebek sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bebek ölüm hızı ülkeler arası sağlık düzeyi karşılaştırmalarında en çok kullanılan göstergelerden biridir. Bu noktada bebek ölüm hızları eğer bir toplumda yüksek ise koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu, eğitim, gelir dağılımı, beslenme, barınma, çevre kirliliği gibi pek çok konuda sorunların olduğunu gösterir. Bebek ölüm hızını hesaplamak için belirlenen bir yıllık süreç, *neonatal* ve *postneonatal* olmak üzere iki döneme ayrılarak incelenir.¹⁶³

0-28. gün arasında gerçekleşen bebek ölümlerinin, o yılki canlı doğum sayısına bölünmesiyle neonatal bebek ölüm hızı tespit edilir. Bu aralıkta gerçekleşen ölümlere doğum öncesi oluşan etmenler neden olur. Bu etmenler arasında doğuştan sakatlıklar, doğum travmaları, prematüre doğumlar, kan uyuşmazlıkları vb. gibi yer alır. Söz konusu bu etmenlerin yol açacağı ölümleri engellemek çok zor ya da imkansızdır. Postneonatal bebek ölüm hızı ise 29.-365. gün aralığında gerçekleşen bebek ölümlerinin o yılki canlı doğum sayısına bölünmesiyle ya da bebek ölüm hızından neonatal ölüm hızının çıkarılmasıyla elde edilir. Postneonatal bebek ölümleri bağışıklama, beslenme,

¹⁶² Çelik, 28-29.

¹⁶³ Çelik, 31.

bebek bakımı ve anne eğitimi gibi ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle önlenebilecek niteliktedir.¹⁶⁴

2.6.1.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Doğumda beklenen yaşam süresi bir kişinin ortalama kaç yıl yaşayacağını gösteren istatistiki bir ölçüttür. Ülkeler arasında karşılaştırma yapma olanağı sunan bu ölçüt, kadın ve erkeğe göre de ayrı hesaplanarak farklı yorumların elde edilmesine olanak tanır. Bu noktada gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelere nazaran daha uzundur. Cinsiyet açısından ise dünya genelinde kadınların erkeklerden daha yüksek bir beklenen yaşam süresi oranına sahip oldukları görülmekle birlikte, bu oran ülkelere göre farklılık gösterebilir. Hindistan bu noktada erkeklerin kadınlardan daha fazla yaşam süresi oranına sahip olduğu ülkeler arasında gelir.¹⁶⁵

2.6.2. Hastalık Ölçümleri (Morbidite)

‘Hastalık’ anlamına gelen morbidite kavramı, belirli bir bölgede ya da ülkede belirli bir hastalık türüne yakalanan kişi sayısının tüm nüfusa oranını ifade eder. Burada temel nokta kişilerin hastalığa yakalanmış, fakat ölmemiş ve yaşamlarını devam ettirmekte olmalarıdır.

Morbidite en sorunlu sağlık statüsü göstergelerindendir.¹⁶⁶ Verilerin elde edilmesi ve ulaştırılmasında karşılaşılan sorunlar bunda etkilidir. Bu sorunlar arasında doktorlar tarafından konulan teşhisin doğruluğu ve buna bağlı olarak gerçekleşen tedavi oranları, rahatsızlığı olanların doktora gidip gitmemeleri, bazı rahatsızlıkların hastalık olarak yorumlanmaması vb. yer alır.

Morbidite bölgeler ve ülkeler arasında karşılaştırma yapma olanağı da sağlar. Ancak karşılaştırmanın farklı hastalıklar arasında değil, benzer hastalıklar üzerinden yapılması gerekir. Bu noktada grip oranları çiçek hastalığı oranlarıyla karşılaştırılamaz. Ülkeler arasında en çok karşılaştırması yapılan hastalıklar ise obezite, AIDS, kalp krizi, şeker ve kanserdir. Hastalıklar politik erkin bunların oranını azaltmak ya da tamamıyla

¹⁶⁴ Çelik, 32.

¹⁶⁵ Çelik, 33.

¹⁶⁶ Çelik, 33.

önlemek üzere toplum yaşamına dönük bazı müdahalelerde bulunmasına da sebep olur. Bu müdahaleler arasında sigara ve içki satışına yönelik olarak yaş sınırlamasının getirilmesi, fiyatlarının arttırılması, içilecek yerlerin sınırlandırılması vb. yer alır.

2.7. SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİ EDEN ETMENLER

Sağlık statüsüne etki eden etmenler genel olarak iki grupta ele alınabilir. Bunlardan birincisi biyolojik bir varlık olarak insan bedenini kuşatan bünyesel etmenleri, ikincisi ise bu bedene yönelik dışarıdan gelen her türlü dış etkeni içerir.

2.7.1. Bünyesel Etmenler

Yaş, etnik köken, genetik miras ve cinsiyet bünyesel etmenleri oluşturur. Her canlı organizma gibi insan bedeni de mekân içindeki var oluş süreci boyunca geçirdiği dönüşümlerle yaşlanır. Anne karnında başlayan ve dünyaya geldiği andan itibaren her nefes alışıyla bu dönüşümü yaşayan insan bedeni, yaşam sürecinin ileri ve son safhasında, pek çok kişinin gözlemlediği bir durum olarak hastalığa yakalanma yönünden olumsuz bir niteliğe bürünür. Bunun bir sonucu olarak yaşlılıkla birlikte kronik hastalıklar artarken, akut hastalıklar azalır.¹⁶⁷ Bu noktada yaşlılarda yüksek tansiyon, kireçlenme ve kalple ilgili süreklilik arz eden; gençlerde ise yaralanma, ateşlenme veya soğuk algınlığı gibi daha çok kısa süreli olarak ortaya çıkan hastalıklar görülür.

Bireyin yaşı kadar, ait olduğu etnik köken de sağlık durumunu belirlemede etkin bir rol oynar. Bu noktada pek çok farklı etnik grubu içinde bulunduran Birleşik Devletler’de beyazlarla bunların dışında kalan diğer etnik gruplar arasında sağlık açısından farklılıkların olduğu gözlenir. Genel tablo beyazların sağlık durumlarının, ülkenin diğer etnik gruplarına nazaran daha iyi olduğu yönündedir.¹⁶⁸ Ayrıca Birleşik Devletler’de etnik grupların yakalandıkları kanser türlerinin dağılımında da farklılıklara rastlanır. Örneğin beyazların daha çok kolon, meme ve mesane kanserine; Afro-Amerikalıların ise akciğer, prostat, mide ve yemek borusu kanserine yakalandıkları görülür. Örnekler daha da özelleştirildiğinde Polonyalı Amerikalılar arasında akciğer ve

¹⁶⁷ Thomas, 182.

¹⁶⁸ Thomas, 191.

yemek borusu; İtalyan Amerikalılar arasında mesane, bağırsak ve gırtlak; Japon Amerikalılar arasında mide ve son olarak Amerikalı Yahudi kadınlar arasında rahim kanserine yakalanma oranının diğerlerine oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılır.¹⁶⁹ Genetik miras, yaşanan çevre ve sürdürüle gelen alışkanlıklar da bu farklılıkların oluşmasında etnik kökeni etkiler.

Ebeveynler aracılığıyla yeni kuşaklara aktarılan genetik miras da sağlığın olumlu ve ya olumsuz olmasında belirleyici bir etmendir. Anne ve babadan aktarılan eş sayıda kromozom; cinsiyet, saç, göz, ten rengi vb. fizyolojik özelliklerin yanı sıra çeşitli hastalıkların ve bedensel kusurların oluşmasında belirleyici olur. Bu noktada aktarılan ten rengine bağlı olarak açık tenli insanların, koyu tenlilere oranla daha fazla deri kanserine yakalandığı görülür.¹⁷⁰ Bunun yanı sıra genellikle akraba evlilikleri sonucu görülen çeşitli kalıtsal hastalıklara rastlanır. Akraba çiftlerin sahip olduğu kusurlu ortak bir gen, dünyaya getirecekleri bebeklerinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir kalıtım sorunu olarak belirir.

Son olarak cinsiyet, biyolojik (*sex*) ve toplumsal (*gender*) anlamıyla erkekler ve kadınlar arasında sağlık ve hastalık açısından farklılıklar oluşturur. Biyolojik yönden, özellikle üreme sistemleriyle ilgili cinsiyet farklılıkları, erkeklere ve kadınlara özgü hastalıkları ortaya çıkarır. Bu noktada kadınlar erbezi kanserine ve erkekler de yumurtalık kanserine yakalanamazlar. Ayrıca nedeni bilinmemekle birlikte kireçlenme kadınlarda daha yaygın bir hastalık olarak görülürken, Parkinson tam tersi olarak erkeklerde daha fazla yaygınlık kazanır.¹⁷¹ Toplumsal cinsiyet açısından da farklılıklar görmek mümkündür. Örneğin eğer ölüm bir gösterge olarak seçilirse, günümüz gelişmiş toplumlarında erkeklerin, her yaş aralığında kadınlardan daha fazla ölüm oranına ve daha az yaşam beklentisine sahip olduğu görülür.¹⁷² Koroner kalp hastalığı da bu ölümlerin üçte birini oluşturur. Bu noktada hastalığın nedeni kadın ve erkek arasındaki biyolojik farklılıkların ötesindedir. Hastalığın erkeklerde yaygın olarak görülmesindeki temel bir kanı, erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara tüketmesi şeklinde düşünülebilir, ancak sigara içmeyen erkeklerde de bu hastalık sigara içmeyen kadınlara

¹⁶⁹ Thomas, 192.

¹⁷⁰ Walter F. Bodmer, "Genetic Diversity and Disease Susceptibility", *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 352 (1357), Human Genetics: Uncertainties and the Financial Implications Ahead, 1997, 1046.

¹⁷¹ Michael Bury, *Health and Illness*, Polity Press, UK 2005, 42.

¹⁷² Bury, 44.

oranla daha fazladır. Bu noktada sosyo-kültürel süreçlerce etkilenmiş biyolojik farklılıkların önemli bir rol oynadığı görülür. Özellikle erkeklerin kalbin işleyişine sekte vuracak şekilde karın bölgelerinde kadınlardan daha fazla kilo almaları bunda etkilidir.¹⁷³ Ayrıca kadın ve erkeğin risk davranışlarında rastlayabileceğimiz farklılıklar da sağlık ve hastalığı etkileyen önemli bir unsurdur. Örneğin trafikte kadın ve erkeklerin davranışlarında gözlemleyebileceğimiz farklılıklar. Hızlı araç kullanma, emniyet kemeri takmama, içkili araba kullanma gibi öne çıkan riskli eylemlerin erkekler tarafından kadınlardan daha fazla sergilendiği görülür.

2.7.2. Dış Etmenler

Sağlık statüsüne etki eden etmenler iç içe geçmiş pek çok unsuru kapsayacak, karmaşık bir yapılanmayı oluşturur. Göran Dahlgren ve Margaret Whitehead tarafından ortaya konan bu durum¹⁷⁴, yaş, cinsiyet ve genetik miras gibi bireyin fizyolojik edinimlerini merkeze alır. Bu merkez, ilk olarak bireysel yaşam tarzının meydana getirdiği etkenlerce çevrelenir. Bireyin yemeyi tercih ettiği gıdalar, spor, sigara ve içki alışkanlıkları yaşam tarzının ortaya çıkardığı, sağlığı yükseltici ya da zarar verici etkenlere örnek gösterilebilir.

İkinci katman sosyal ve ortak iletişim ağlarıdır. Burada söz konusu olan bireylerin birbirleriyle karşılıklı etkileşim içerisinde oldukları ve içinde yaşanılan topluluğun üyeleri arasında sağlığın devam etmesini sağlamak üzere karşılıklı olarak desteğin verilmesidir. Bu destekler aile ve arkadaşlardan gelebileceği gibi komşular ve mahalli topluluklardan da gelebilir.

Üçüncü katman kişilerin yaşam ve çalışma durumlarıyla ilgilidir. Çalışma ortamı, işsizlik, tarım ve besin üretimi, eğitim, su ve koruyucu sağlık önlemleri, sağlık hizmetleri ve son olarak barınma bu katman içindeki alt etken başlıklarını oluşturur. Bunları irdeleyecek olursak kişinin içinde yer aldığı çalışma ortamı fiziksel ve psiko-sosyal yönüyle sağlık üzerinde etkili olur. Buna göre çalışma ortamının fiziksel yönü mesleki kazalara ve hastalıklara, psiko-sosyal yönü ise bireyi ruhen rahatsız edecek bir strese yol açabilir. Bunun yanı sıra çalışma koşulları, kişinin maaş düzeyi ve eğitim

¹⁷³ Bury, 45.

¹⁷⁴ Göran Dahlgren- Margaret Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Future Studies, Stockholm 1991, 11.

geçmişiyse de çok yakından ilişkilidir.¹⁷⁵ Kişinin eğitim düzeyinin düşük olması ve daha az bir maaşa talip olması, onu sağlıklı çalışma koşullarına iter. Bu da daha fazla mortalite ve morbitideye neden olur. Kolektif hakların savunucusu sendikalar bu tür riskleri azaltmaya yönelik zorlayıcı bir kuvvet oluşturmuş olsalar da neo-liberal ekonomik sistem içerisinde muhalefet oluşturmakta giderek zorlandıkları görülür.¹⁷⁶

Uygun olmayan bir iş ortamında çalışmak kadar işsizlik de bir o kadar sağlığın bozulmasına ve erken ölümlere neden olabilmektedir. Özellikle de yalnız başına hayatını devam ettirmekte olan anneler, az gelirli aileler, vasıfsız işçiler ve eğitim seviyeleri düşük kişiler için bu risk çok belirgindir. Destekleyici bir sosyal çevreye sahip olamamaları da bu kişilerin ve grupların dirençlerinin çabucak kırılmasına neden olur. İşsizlik baş gösterdiğinde eğer kişinin bunu telafi edecek bir kurtuluş yolu yoksa yoksulluk çizgisine hızla yaklaşmaya başlar. Bu da barınmadan, beslenmeye ve sağlık hizmetine kadar her şeyi olumsuz yönde etkiler.¹⁷⁷

İnsan sağlığını doğrudan etkileyen bir etken olarak beslenme ise besin maddelerinin teminini en öncelikli duruma getirmektedir. Besin temininin düzgün bir şekilde sağlanmadığı yerlerde açlık ciddi sağlık sorunlarına neden olsa da bu konuda herhangi bir sıkıntısı olmayan ülkelerde de açlığın yol açtığı sorunlar görülebilir. Daha zayıf görünmenin takıntı haline dönüştüğü ve gönüllü bir şekilde aç kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan *Anoreksia* modern topluma ait böylesi bir hastalıktır. Aç kalmak kadar sağlık açısından uygun olmayan bir beslenme de kalp damar hastalıkları ve kanser gibi sorunlara neden olabilir. Tarımsal açıdan alınan siyasi politikalarla da beslenmeye ve dolayısıyla sağlığa yön verilebilir.¹⁷⁸ Bu noktada gümrük vergileri aracılığıyla çiftçilerin pazarlarını koruyarak üretim yapmaya devam etmeleri sağlanır. Ancak çoğu zaman gümrük vergileri aşırı yağlı yiyecekleri destekleyip balık, sebze ve meyve tüketimini engelleyen tutumuyla sağlıklı bir beslenme alışkanlığını tetikler. Bu noktada cips ve kola gibi ürünler aşırı ucuz iken, sebze ve meyvenin değeri giderek artar. Bu da az gelirli grupların onlara yönelmesini engeller. Benzer bir gümrük vergisi uygulaması sigara ve alkol tüketimi üzerinde de belirleyici bir etken oluşturur.

¹⁷⁵ Dalhgren- Whitehead, 20.

¹⁷⁶ Annie Thébaud-Mony, *Çalışmak Sağlığa Zararlıdır*, (Çev.: Ayşe Güren), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2012, 14.

¹⁷⁷ Dalhgren- Whitehead, 23.

¹⁷⁸ Dalhgren- Whitehead, 24.

Geçmiş çağlardan bu yana barınma da bireyin temel ihtiyaçlarından birini ifade eder. Mülkiyet ve yerleşik yaşam, yaygın bir fikir haline dönüşmeden önce ağaç gövdeleri ve mağaralar avcı ve toplayıcı grupların vahşi hayvanlardan ve değişken hava olaylarından korunmak için temel barınaklarını oluşturur. Korunma içgüdüğü modern insan için de değişmez bir gerçekliktir. Bu noktada evsiz olmak kişinin ve sağlığının korunmasız olmasında önemli bir rol oynar. Barınılacak bir yerin yokluğu kadar mevcut olanın fiziksel durumunun iyi ya da kötü olması da sağlık üzerinde etkilidir. Engels'in İngiltere'de yoksul işçilerin yerleşim yerlerinde yaptığı gözlemler bunu çok iyi yansıtır. Bunun yanı sıra günümüzde kentsel dönüşümlerle yavaş yavaş bu tür sağlıksız yerlerin yıkılarak yerine yenilerinin yapılması da olumsuz sonuçlar doğurabilir. Öyle ki yeniden inşa edilen bu yerler, mevcut sakinleri için daha pahalı kiralari gündeme getirir. Bu da onları taşınmaya ve belki de evsiz kalmalarında zorlayıcı bir etken oluşturur. Son olarak barınmanın üst sınıflar için rezidans ve merkez dışındaki banliyöler içinde gelişmesi alt sınıflarla sosyal yönden bir kopmanın yaşanmasına neden olur. Bunun tehlikesi varoşların korunmasız bırakılarak uyuşturucunun, işsizliğin ve sosyal sorunların merkezi haline dönüşmesine sessiz kalınmasıdır. Bu durum söz konusu yerlerdeki yerleşimciler için sağlık statülerini derinden etkileyecek bir yaşamın deneyimlenmesine yol açar.¹⁷⁹

Bireylerin sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürebilmesi, çeşitli bilgi ve değerleri öğrenmelerine bağlıdır.¹⁸⁰ John Locke'un zihni doğuştan boş bir levha olarak kabul ettiği *tabula rasa* kavramını göz önünde bulundurursak, insanın varlığı bu levhayı dolduracak bilgilere bağlıdır. Sosyalleşme aracılığıyla ya da toplumsal kurumlar tarafından verilen eğitimle bu bilgiler elde edilir. Bu noktada bireyin eğitim düzeyi toplumsal statüsünü de doğrudan etkiler. Kazanılmış statü olarak ifade edebileceğimiz bu durum, bireyin toplumun hangi katmanında yer alacağı konusunda da belirleyici olur. Üst bir tabakaya mensubiyet iyi bir iş, barınma ve beslenme imkanı sağlarken, alt tabakaya mensubiyet tüm bu sıralanan noktalarda olumsuz bir yön alır. Bunun yanı sıra eğitim bireyin yaşam tarzı üzerinde de etkili olabilir.¹⁸¹ Bu noktada içki, sigara ve uyuşturucu gibi maddelerin kullanımı ya da aşırı yağlı ve şekerli besinlerin tüketimi eğitim düzeyine bağlı olarak

¹⁷⁹ Dalhgren- Whitehead, 28.

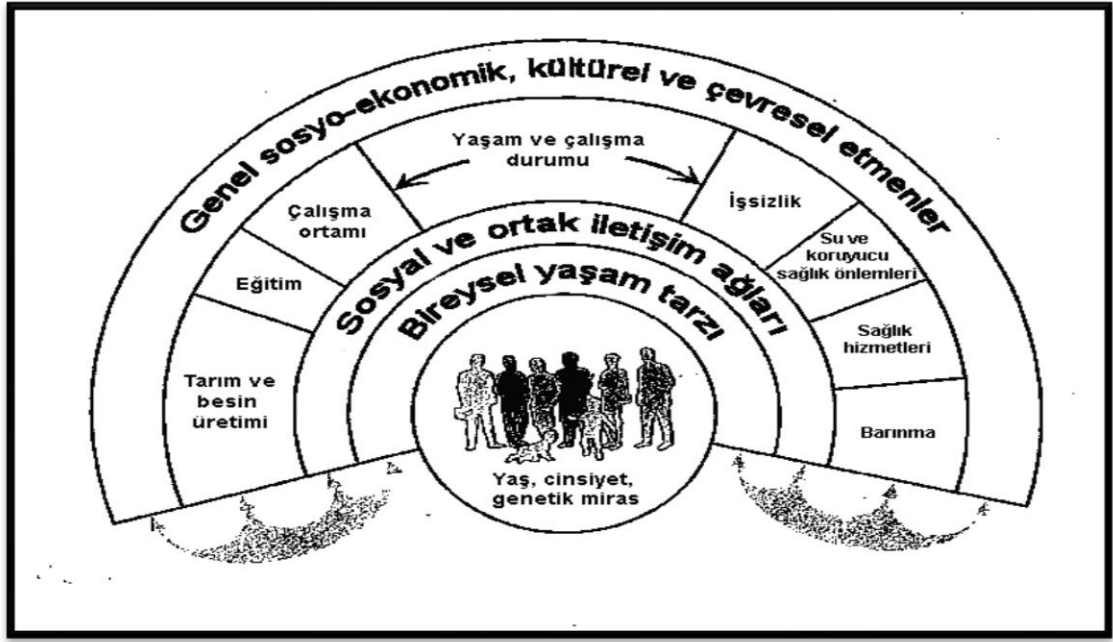
¹⁸⁰ Hüseyin Akyüz, *Kurumlar Sosyolojisi- Tanımlar, Kuramlar ve Uygulamalar*, Siyasal Kitabevi, Ankara 2008, 143.

¹⁸¹ Dalhgren- Whitehead, 31-32.

değişkenlik gösterebilir. Benzer bir durum bireyin trafikte araç kullanırken emniyet kemeri takıp takmaması seçeneğinde de görülebilir.

Son olarak sağlık hizmetlerine erişim imkanı da sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkidir. Bireyin içinde yaşadığı ülkenin sahip olduğu olanaklar, sağlık hizmet mantalitesi ve bununla ilişkili bir şekilde dördüncü katman sektörleri olan bireyin sosyo-ekonomik, kültürel ve ortamsal şartları sağlık hizmetine erişimi belirler. Bu noktada ülkenin olanakları doğrultusunda sağlık hizmeti tüm vatandaşların faydalanabilmesi için ücretsiz bir şekilde sunulabileceği gibi kamusal ya da özel sigortalar aracılığıyla belirli miktarlarda sabit ücret ödemelerini de içerebilir. Bu durum herhangi bir ödeme yapması mümkün olmayan yoksullar için sağlık hizmeti erişimini olumsuz yönde etkiler. Kültür ise sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki ilişki bağlamında sağlık hizmeti erişimini belirler. Özellikle nüfus içinde yer alan etnik azınlık grupların ya da göçmen işçilerin yer aldıkları ülkenin baskın dilini konuşmıyor olması sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sınırlar. Ortamsal bir durumu ifade etmesi açısından bireyin köy, kasaba, ilçe ya da merkezde ikamet ediyor olması da sağlık hizmetlerine ne sıklıkta ve ne kadar hızlı bir şekilde ulaşabileceği noktasında önem taşır. Özellikle acil müdahale gerektiren durumlarda bu etken bireyin sağlık statüsü üzerinde çok büyük bir öneme sahiptir. Tüm bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin çevreye ve bireye yönelik denetimleri de benzer bir etki oluşturur. Çevreye yönelik olarak su kaynaklarının denetiminin yanı sıra besinlerin üretim ve işlenmesinde hijyenin sağlanması; bireye yönelik olarak da bağışıklama, doğurganlığın denetimi, ilaçla tedavi gibi pek çok koruyucu hizmet, sağlık statüsünü belirler.¹⁸²

¹⁸² Dalhgren- Whitehead, 34-39.



Şekil 2.1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri

Kaynak: Dahlgren ve Whitehead (1991).

Sağlık statüsü üzerindeki bu dört etki tabakası, aynı zamanda dört siyasi müdahale düzeyini ortaya çıkarır. Bunlardan ilki uzun soluklu yapısal değişiklikleri meydana getirmeyi amaçlar. Ekonomik stratejiler, vergi politikaları, ülkeler arası ticaret ve çevre anlaşmaları bu yapısal değişiklikler arasında yer alır. Bu noktada söz konusu bu değişiklikler çoğunlukla hem ulusal hem de uluslararası siyasi eylemleri gerekli kılar. İkinci siyasi düzey, bir ya da daha fazla sektörde iyi nitelikli kamu ya da iş stratejileri aracılığıyla yaşam ve çalışma koşullarını geliştirmeyi amaçlar. Ulusal, bölgesel ya da yerel düzeyde, sosyal güvenlik sektörü aracılığıyla sosyal yardımın, sağlık hizmet sektörü aracılığıyla sağlık hizmetlerinin, tarımsal sektör aracılığıyla gıda ve beslenme politikalarının ve son olarak hizmet sektörü aracılığıyla istihdam politikalarının sağlanması bu düzey içerisinde yer alır. Üçüncü düzey aileler kadar bireylere yönelik sosyal ve kamu desteğini kuvvetlendirmeyi amaçlar. Son olarak dördüncü düzey bireysel yaşam tarzı ve tutumlarını etkilemeyi amaçlar. Yaşlılar için öğle yemeği kulüpleri ve bu noktada sağlık eğitimi yoluyla bireysel yeme alışkanlıklarını etkilemeye çalışır.¹⁸³

¹⁸³ Dahlgren- Whitehead, 12.

2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Sağlık hizmetleri, bir toplumda genel olarak hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için yapılan çalışmalar bütünüdür. Bu hizmetlerin nasıl olması gerektiği konusundaki soruya verilen cevaplar ise geçmişten günümüze farklı anlayışların var olduğunu gösterir. Sağlık hizmetlerinin gelişimi, Thomas Kuhn'un bilimsel ilerleme görüşünün temelinde yer alan *paradigma* kavramıyla çözümlenebilir. Bu noktada Kuhn, bilimsel ilerleme konusunda geleneksel görüşün 'birikim'i merkeze alan düşüncesine karşı çıkar. Ona göre bilimsel ilerleme birikimle değil, devrimle gerçekleşir.¹⁸⁴ Buna göre her bilim, bilim olmadan önce bir '*bilim öncesi dönem*'e sahiptir. Bilim adamlarından birinin bir teori ortaya koyup, bunun benimsenmesiyle bilimsel bir paradigma meydana gelir. Bir çok kişinin de bu paradigmaya bağlı kalarak çalışması '*olağan bilim dönemi*'ne geçişi sağlar. Ancak olağan bilim döneminde mevcut paradigmanın cevaplandıramadığı bir takım problemler, anomaliler ortaya çıkar ve '*bunalım dönemi*'ne girilir. Bu noktada başka bilim adamlarınca söz konusu problemlere cevaplar sunabilen ve eskisiyle bağdaşmayan yeni bir paradigma ortaya sürülür. Bunun kabul görmesiyle '*bilimsel devrim*' gerçekleşir.¹⁸⁵ Yeni paradigmayı benimseyenler tarafından çalışmalar da ortaya konduğunda, yeni olağan bilim dönemine girilir ve ilerleme bu şekilde devam eder.

Kuhn'un çözümlemesinin izinde sağlık hizmetleri beş evrede/paradigmada ele alınabilir: *ilkel sağlık hizmeti, bilim öncesi sağlık hizmeti, ilk bilimsel sağlık hizmeti, ilk teknolojik sağlık hizmeti ve Batı tıbbının yükselişi*.¹⁸⁶

2.8.1. İlkel Sağlık Hizmeti

Çok eski zamanlardan beri insanoğlunun sağlıkla ilgili sorunlarla başa çıkmak üzere ilkel bazı sağlık hizmet biçimlerini geliştirdiği görülür. Bunlar, teknolojik olarak belirgin bir şekilde ilkel olmalarına karşın, çok azında alet ve edevata rastlanır. İlkel sağlık hizmeti '*halk tıbbı*' ve '*ilkel tıp*' olmak üzere iki bileşene ayrılır.¹⁸⁷ Halk tıbbı toplumun tüm üyelerince bilinen tedavi, ilaç ve eylemleri içerir. Geleneksel toplumlarda

¹⁸⁴ Thomas S. Kuhn, *Bilimsel Devrimlerin Yapısı*, (Çev.: Nilüfer Kuyaş), 6.Baskı, Alan Yayıncılık, İstanbul 2003, 69.

¹⁸⁵ Kuhn, 156.

¹⁸⁶ Thomas, 77.

¹⁸⁷ Thomas, 78.

hemen herkes karşılaştığı sağlık sorunları için tıbbi etkilere sahip bazı bitkileri ve maddeleri bilir ve tedavi amaçlı bunları kullanır. Bu uygulamalar günümüzde halen kullanılmakla birlikte kocakarı ilacı olarak da adlandırılır. Tedavi amaçlı ilaçların yapımı kadar vücutta herhangi bir uzvun kırılması ya da kesiğin oluşması durumlarında da geleneksel toplumda nasıl bir tedavinin uygulanacağı yaygın bir bilgi konumundadır. Ancak geleneksel toplumlar pek çok hastalığın kaynağını açıklayamadığında, cevaplar artık doğaüstü güçlerde aranmaya başlanır. Bu noktada ilkel sağlık hizmetinin açıklayıcı paradigmasını *doğaüstücülük* teşkil eder.¹⁸⁸ İlkel tıp da bu arayışın bir sonucu olarak ortaya çıkar. İlkel tıbbın uygulayıcısı ise bazı özel yeteneklere sahip olduğu düşünülen şaman ya da din adamıdır. Geleneksel toplumların dünyevi olanı kutsallaştırma pratiği içerisinde şaman, doğaüstü güçlerle iletişime geçmek, geleceği bilmek ve etkilemek gibi vasıflarla toplumun kendisinden beklediği faydayı sağlamaya çalışır.¹⁸⁹ İlkel sağlık hizmeti bireyin, toplumsal grubu ve doğa ile arasındaki dengeyi göz önünde bulundurur. Şaman tarafından teşhisi konulan bir hastalık ise dengesizliğe vurgu yapar. Toplumsal geleneklerin ihlali ya da bir toplum üyesinin diğerlerine karşı haince eylemleri bu teşhisler arasında yer alır. Bu noktada şamanın muayenesi fiziksel bulgu ve işaretlerden ziyade sosyal psikolojik etkenler üzerinde yoğunlaşır. Bu yönüyle ilkel sağlık hizmeti bütüncül bir şekilde yaklaşarak bireyin sağlık durumunu sadece doku ve organların toptan bir mevcudiyeti olarak değil, sosyal bir ağın ayrılmaz bir parçası olarak görür.¹⁹⁰

2.8.2. Bilim Öncesi Sağlık Hizmeti

Bilim öncesi sağlık hizmetinin kökleri, 10.-12.000 yıl öncesinin ilk Ortadoğu medeniyetlerine kadar uzanır. Söz konusu sağlık hizmeti doğaüstü paradigmayla eş zamanlı olarak varlık gösterir. Ancak ondan temel kopuş, insanoğlunun hastalık görüşünü akılcılaştırması ve sağlık sorunlarını geçmişe oranla daha bilimsel bir şekilde tedavi etmek için ilk adımları atmasıyla gerçekleşir. Bu uygulamaların izleri Babil, Mısır ve Hindistan alt kıtasına kadar uzanır.¹⁹¹ Sağlık hizmetinin ilk kez düzenlenmesi; katarakt, fitik gibi ameliyatları detaylı bir şekilde anlatan tıbbi kitapların yazılması bilim

¹⁸⁸ Thomas, 78.

¹⁸⁹ Mevlüt Özben, *Kutsallıkların Ölümcül Sıçrayışı: Yapay Kutsallıklar*, 2.Baskı, Kadim Yayınları, Ankara 2012, 36.

¹⁹⁰ Thomas, 79.

¹⁹¹ Zeki Tez, *Tıbbın Gizemli Tarihi*, 2.Baskı, Hayy Kitap, İstanbul 2010, 15-26.

öncesi sağlık hizmeti uygulamaları arasında yer alır. Ancak bu uygulamalar doğaüstüne yönelik inançların yeniden canlanmasıyla duraksamaya başlar. Bu durum bilimsel yeniliklerin toplum tarafından kabul edilmesini de sınırlandırır. Zamanla ilk uygarlıklar tarihe karışırken M.Ö.2000’de Yunan kültürü baskın bir hale gelmeye başlar ve sağlık hizmetinin evrimsel gelişiminde büyük yükselişler yaşanır. Bu süreçte Yunanlı filozoflar ve tıpla uğraşanlar doğaüstücü paradigmadan bilimi ayıran ilk sistematik denemeyi gerçekleştirir ve *doğalcılığa* (natüralizm) dayanan yeni bir paradigma ortaya konur.¹⁹² Paradigmanın kaynağı ise hastalığın doğasına yönelik yeni buluşlar ya da bilgiler değil, akılcılığa dayanan yeni bir felsefi yönelimdir. Bu felsefeyle birlikte zamanına göre oldukça radikal bir yenilik olan hastalığın seyrinin detaylı bir şekilde gözlemlenmesi benimsenir. Akılcı ve sistematik anlayışın bu dönemdeki temsilcisi olan ve modern tıbbın da babası sayılan Hipokrat, ilk klinik gözlemleri gerçekleştirerek, bunları kayda geçirir. Bunun yanı sıra epilepsinin halk arasında kutsal hastalık olarak ifade edilmesine karşı çıkararak, onun, fizyolojik nedenlere dayanan bir beyin hastalığı olduğunu belirtir.¹⁹³ Hipokrat diyet, istirahat, egzersiz ve temiz hava gibi pek çok doğal terapiyi de tedavi olarak kullanır ve tıbbi etiğin ilkelerini belirleyen ilk kişi olur. Ancak tüm bunlara rağmen sağlık ve hastalık konusundaki bu akılcı bakış açısı doğaüstücü görüşün yanında azınlık olarak kalır.

Antik Yunan tarafından geliştirilen söz konusu tıbbi bilginin büyük çoğunluğu, Romalılar tarafından miras alınır. Romalılar iyi bir planlamacı olarak bu bilgiye yönelik bazı düzenlemeler gerçekleştirir. Bu noktada ilk halk sağlık sistemleri ve sıhhi önlemler Romalılar tarafından ortaya konur. Bunun yanı sıra ücretsiz kamuya açık hamamlar, tıbbi bakım hizmeti ve savaşçı bir topluluk olmanın getirdiği ihtiyaç olarak yaralıların tedavisi için hastane kavramının geliştirilmesi de Romalılar tarafından sağlanır.¹⁹⁴ M.S.700’lerde Roma İmparatorluğu’nun gerilemesiyle birlikte Ortaçağ dönemi baş gösterir. Bu dönemde mevcut çoğu bilgi korunamayarak yok olur. Ancak Arap kültürü ve Katolik Kilisesi tarafından pek çok eserin ve bilginin muhafaza edilebildiği görülür.

Ortaçağ döneminde Avrupa Kıtası çok sayıda sağlık sorunları ve sosyal karmaşayla yüzleşir. Böylesi bir ortamda artış gösteren sağlık tehditlerine karşı bir

¹⁹² Thomas, 81.

¹⁹³ Esin Kahya, “Hipokrat”, *İslam Ansiklopedisi*, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara 1998, XVIII, 120.

¹⁹⁴ Tez, 41-45.

cevap vermek ise pek mümkün değildir. Ancak Kilise bazı tıbbi bilgileri korumuş olmanın verdiği birikimle bu dönemdeki ana sağlık hizmet sunucusu halini alır. Bunun yanı sıra Kilisenin, yardıma muhtaç ve ölmek üzere olan düşkünler için hastaneler kurduğu görülür. Rahip ve rahibeler ise bu hastanelerde iyileştirici olarak hizmette bulunur. Bu hizmet tıbbi olmaktan çok dinsel ve sosyal bir nitelik taşır.¹⁹⁵

Ortaçağın karanlık yüzü, Rönesans'la birlikte değişime uğrar. Antikçağa ait bilgilerin yeniden doğuşuna öncülük eden Rönesans, bilimsel tıbbın kurulmasına yönelik ilk çabaları da ortaya çıkarır. Bu noktada Kilise tarafından korunan bilgiler değerlendirilir ve Arap dünyasının tıp ilmi yeniden keşfedilir. Bu dönemde sağlık hizmetleri açısından pek çok gelişmeye şahit olunur. Bunlar arasında sağlık ve hastalığa yönelik klasik bazı yaklaşımların yeniden canlandırılması, sıhhi yöntemlerin eski haline getirilmesi yer alır. Ayrıca bilinen ilk beden incelemeleri (diseksiyon) bu dönemde gerçekleştirilir ve anatominin ilkeleri oluşturulur.¹⁹⁶ En büyük gelişme ise deneycilik ve akılcılığa yönelik yeni bir vurguyla tıbbın felsefeden ayrılmasıdır.¹⁹⁷

Güçlü ulus devletlerin ortaya çıkmasıyla birlikte Katolik Kilisesinin çoğu yetkisi devlet tarafından devralınır. Devralınanlar arasında var olan bir kaç hastanenin yönetimi ve kamu sağlığına yönelik sorumluluklar yer alır.

2.8.3. Erken Dönem Bilimsel Sağlık Hizmeti

18.yüzyıl Batı tarihinde pek çok devrimsel gelişmenin yaşandığına tanık olunur. Amerikan ve Fransız devrimleri özellikle mevcut kurumların geçerliliğini sorgulamaya başlar. Feodal ve tarımsal sistemlerin yerini kapitalizm alır ve Avrupa, Endüstri Devrimini deneyimler. Hümanistik tıp çağı olarak adlandırılan bu dönemde sağlık ve hastalığın sosyal yönlerine yönelik bir ilgi canlanır. Hatta kamu sağlık hareketinin kökleri bu döneme dayandırılır. Bu noktada sosyal reformlar aracılığıyla pek çok epidemik hastalık, tıbbi bakıma gereksinim duymadan ortadan kaldırılır. Sosyal tıp kavramı gelişir ve sağlık hizmetine yönelik nüfus temelli bir yaklaşım benimsenir. Mikroskobun kullanımı mikroorganizmaların anlaşılmasına yol açar ve bağışıklığın

¹⁹⁵ Thomas, 83.

¹⁹⁶ Mary Lindemann, *Erken Modern Avrupa'da Tıp ve Toplum*, (Çev.: Mehmet Doğan), Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul 2013, 18-21.

¹⁹⁷ Thomas, 83.

önemi anlaşılır. İlk bilimsel hastalık sınıflandırması gerçekleştirilir ve böylece teşhis süreçlerinin gelişmesindeki ilk adımlar atılmış olur.¹⁹⁸

2.8.4. Erken Dönem Teknolojik Sağlık Hizmeti

19.yüzyıl, Batı tarihinde gelenekselden modern olana yönelik bir dönüşümü ifade eder. Bu dönemde tıp, sosyal bir bilim olarak düşünülür. Bunun yanı sıra sağlığın korunması görevinin de devletin sorumluluğu altında olduğu görüşü yaygınlaşır. Ancak bireyden ziyade toplum hasta olarak görülür. Bu noktada toplumun sağlık statüsüne yönelik olarak yaşam tarzı, çevre ve sosyo-ekonomik gibi dış etkenlerin önemi kabul edilir.¹⁹⁹ Gelişmelere rağmen çoğu sağlık sorunu karşısında ise tıp hala yetersiz bir konumdadır. Bu dönemde tek bir tıp değil, farklı teknolojileri kullanan, rekabet halinde sayısız paradigmayı temsil eden tıplar vardır. Aktarlar, hipnozcular ve botanik, manyetik ve elektrik yaklaşımlarının uygulayıcıları bu paradigmlar arasında yer alır.²⁰⁰

2.8.5. Batı Tıbbının Yükselişi

Modern Batı tıbbının ortaya çıkışı 19.yüzyılın sonlarında mikrop kuramıyla birlikte hastalık ve mikroorganizmalar arasındaki ilişkinin deneysel açıdan keşfedilmesiyle gerçekleşir. Söz konusu bu yeni paradigma hastalığın nedenlerine yönelik bir açıklama sağladığı gibi doğru bir tedavi için de yol gösterici olur. Bunun yanı sıra hastalık artık önlenabilir. Bu noktada zararlı mikroorganizmalara sınırlı bir düzeyde maruz kalınarak yani aşılanarak tedavi elde edilebilir. 20.yüzyılın başlarında bu bilimsel yöntemin keşfi, onu benimseyip uygulayanlar için kamu nezdinde meşrulaşma ve güç elde etmelerinin de yolunu açar. Öyle ki bu paradigma içinde yer alan yeni tıp bilim adamları kadrosu, resmi tıp uygulayıcı lisansı almak için hükümet yöneticilerine talepte bulunarak meşruluklarına yönelik ilk adımı atarlar. Taleplerinin kabul görmesiyle birlikte rakiplerinin de bu yola başvuracağını öngörerek kendi yaklaşımlarının dışında başka hiç bir yaklaşımın meşru olmayacağı konusunda hükümet kanalıyla lobi faaliyetlerinde bulunurlar. İstediklerini elde ettiklerinde ise artık lisansı olmadan bir kişinin tıbbi hizmet sunması bir suç olarak kabul görür. Bu hamle

¹⁹⁸ Thomas, 83-84.

¹⁹⁹ William Bynum, *Tıp Tarihi*, (Çev.: Nur Gökçeoğlu), Dost Yayınları, Ankara 2011, 97-98.

²⁰⁰ Thomas, 84.

rakiplerinin çoğunu saf dışı bırakırken, diğerlerini de yeraltına inmeye zorlar. Bunun yanı sıra tıbbın araştırma konusu artık bu alanın dışında kalanlar için anlaşılması çok esrarlı bir hal alır.²⁰¹

2.9. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ

Sağlık hizmeti dört şekilde sunulur: *koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri*.²⁰²

2.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumu hastalık yapıcı etkenlerden uzak tutmaya ve söz konusu etkenlerin yok edilmesine yönelik çalışmaları kapsar. Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bireyin yaşamını sürdürdüğü ortam içerisinde sağlığı olumsuz olarak etkileyecek biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok etmeyi içerir. Bu konuda verilen hizmetler özel eğitim almış mühendis, kimyager veteriner, biyolog ve çevre teknisyeni gibi meslek sahipleri tarafından yürütülür. Bu hizmet kapsamı katı atıkların, hava ve gürültü kirliliğinin ve radyolojik zararlıların denetimi; su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, zararlı canlılarla (haşere) mücadele, besin sanitasyonu (besinlerin üretim ve işlenmesindeki hijyen) ve iş sağlığını içerir.²⁰³ Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise toplumsal birlikteliğin en küçük yapı taşı bireyi hedef alır. Bireyin sağlığı toplumu oluşturan diğer bireylerin sağlığı açısından da önemlidir. Doktor, hemşire, ebe gibi sağlık meslek üyeleri tarafından yürütülen bu hizmetler, bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın denetimi, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimini kapsar.²⁰⁴ Koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumlar şöyle sıralanabilir: Sağlık Evi, İşyeri Reviri, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Dispanserler, Laboratuvarlar ve Çevre Sağlığı Birimleri.²⁰⁵

²⁰¹ Thomas, 85.

²⁰² Şahin Kavuncubaşı- Selami Yıldırım, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara 2012, 34.

²⁰³ Kavuncubaşı- Yıldırım, 36.

²⁰⁴ Kavuncubaşı- Yıldırım, 37.

²⁰⁵ Kavuncubaşı- Yıldırım, 38.

2.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta kişilerin, herhangi bir sağlık kurumuna başvurdıklarında bu kurumların doktor ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan örgütlü yapısıyla sağlık durumlarının düzeltilmesine yönelik verilen gününbirlik (ayakta) ve yataklı tedavi hizmetlerini kapsar. Hastanın sağlık durumu, hizmetin düzeyini belirler ve hizmetin türü, kapsamı, yoğunluğu veya karmaşıklığı farklı hizmet düzeylerini ortaya çıkarır. Bu noktada sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılır.²⁰⁶ Birinci basamak sağlık hizmetleri hastanın sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur. Birinci basamak uzmanlaşmamış tıp ve sağlık personeli tarafından daha çok koruyucu sağlık hizmetini ve bunun yanında sınırlı düzeyde ayakta tedaviyi içerir. Koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlar birinci basamak sağlık hizmetleri için de geçerlidir. İkinci basamak sağlık hizmetleri ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu ve sınırlı tedavi kapsamının dışında kalan durumlarda, uzman tıp ve sağlık personelinin yer aldığı, farklı boyutlardaki hastaneler tarafından verilen tedavidir. Son olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri, tedavi amacı ön planda olan; birinci ve ikinci sağlık hizmetleri sunan kurumlarca tedavi edilemeyen; yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren durumlarda başvuru alan hizmet ayağıdır. Bölge hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinin verdiği hizmetler bu basamakta yer alır. Bu üç düzeyin genel bir değerlendirmesi yapıldığında hizmetin kapsamı ve maliyeti birinci basamaktan üçüncü basamağa doğru artarken, hizmete ulaşılabilirlik aynı doğrultuda daralır.²⁰⁷

2.9.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Rehabilitasyon edici hizmetler, hastalık ya da bir kaza sonucu kişilerin kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin yeniden kazandırılmasına yönelik olarak yataklı veya yataksız bir şekilde verilebilen tıbbi ve sosyal nitelikli hizmetlerdir. Tıbbi rehabilitasyon duruş bozukluğu, protez kullanımı, görme ve işitme hataları gibi kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesine yönelik bir hizmetken, sosyal rehabilitasyon söz konusu

²⁰⁶ Kavuncubaşı- Yıldırım, 40-41.

²⁰⁷ Kavuncubaşı- Yıldırım, 41.

kişilerin yaşama etkin bir şekilde katılmaları, başkalarına bağımlılıktan kurtulma ve bir iş bularak ona uyum sağlamayı öğreten daha çok psikolojik nitelikli bir hizmettir.²⁰⁸

2.9.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin mevcut durumlarını daha da üst düzeye çıkarmak için verilen hizmetlerdir. Beden ve zihin sağlığı, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin uzatılması bu hizmetin amacıdır. Burada temel sorumluluk ise bireyin kendisindedir. Sağlık eğitim merkezleri, aile sağlık merkezi, fitness ve spor merkezleri, zayıflama klinikleri bireylerin sağlıklarını devam ettirmeleri ve geliştirmeleri konusunda ki kurumsal yapılardır.²⁰⁹

2.10. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli paranın nasıl temin edileceği sorunu, sağlığın finansmanını oluşturmaktadır. Bu durum kaynak yaratmak, kaynakları verimli kullanmak, finansmanda hakkaniyeti sağlamak ve kaynak temin ederken bireyin yoksullaştırılmasını engellemeyi içerir.²¹⁰

Sağlık hizmetlerinin finansmanının üç temel işlevi bulunur. Bunlar *gelir toplama*, *fon havuzlama* ve *hizmet sunucularına ödeme yapmaktır*. Gelir toplama bir fon oluşturma süreci olarak kimin, nasıl, ne kadar ödeme yapacağını; bu ödemelerin neleri ve kimleri kapsayacağını ve son olarak ödemeleri toplayacak kurumların kimler olacağını ortaya koyar. Gelir toplama vergiler, sosyal ve özel sağlık sigortası primleri, cepten ödemeler, bireysel tıbbi tasarruf hesapları ve bağışlar gibi doğrudan veya dolaylı olarak vatandaşlardan sağlanır. Gelir toplama işi, kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar (sivil toplum örgütlerince oluşturulmuş olanlar) ve kamu kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir.²¹¹ Burada önemli olan finansman gelirlerinin, sağlık hizmetin kullanımından önce toplanmasıdır.

Fon havuzlama ise sağlık hizmeti ödemelerine katkı sağlayan tüm katılımcılar temelinde bir gelir biriktirme ve yönetim işidir. Burada temel amaç, ne zaman ortaya

²⁰⁸ Kavuncubaşı- Yıldırım, 39.

²⁰⁹ Kavuncubaşı- Yıldırım, 39.

²¹⁰ Çelik, 171.

²¹¹ Çelik, 171.

çıkacağı belli olmayan sağlık ihtiyaçlarının finansal riskini bölüşmektir. Fon havuzu sağlık hizmeti için gerekli finansman akışını garantilediğinden hizmet sunan kurumlar için de belirsizlikleri ortadan kaldırmakta ve onların yeni yatırımlara yönelmelerini teşvik etmektedir. Ayrıca finansmanda adaletin sağlanması önemlidir. Bu nedenle gelirlerin bireysel bazda toplanması söz konusu olduğunda, özellikle düşük gelirli için, çeşitli sistemler içerisinde farklı düzenlemeler mevcuttur. Fon havuzlamanın tek bir kuruluş tarafından yapılması da riskin ve gelirin bütün üyeler arasında yeniden dağıtımını çok daha iyi sağlamaktadır.²¹²

Son olarak hizmet sunucularına ödeme yapmak, sağlık hizmetlerinden yararlanan üyelerin masraflarının, fon havuzlarında toplanan gelirlerden hizmet sunucularına aktarılmasını ifade eder. Fonu havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar çoğunlukla aynı olmakla birlikte, ödeme yöntemlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar *hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme* ve *bütçe ödemesinden oluşur*.²¹³

Hizmet başına ödeme, sağlık kurumlarınca hastaya ayakta ya da yatarak sunulan hizmetlerin karşılığı için yapılan ödemedir. Bu durum olumlu yanırları kadar olumsuzlukları da içerir. Olumlu yanırları her hizmeti garanti ederek hizmetin kalitesini arttırmasıdır. Olumsuzlukları ise öncelikli olarak hizmet sunanların daha fazla kar amacıyla ihtiyaç dışı hizmetleri de hastaya sunması ya da sunmuş gibi gösterebilmesinden kaynaklanır. Bunu önlemenin bir yolu olarak hizmet başına ödeme yöntemi bütçe yönetimiyle birlikte kullanılır. Diğer bir olumsuz yanırları ise hizmetlerin gerçekleşip gerçekleşmediği konusunda yapılan denetim maliyetlerinin yönetim maliyetlerini arttırmasıdır.²¹⁴

Gün başına ödeme, yataklı tedavilerde hastanın hizmet aldığı sağlık kurumunda kaldığı gün sayısı dikkate alınarak yapılan ödemedir. Yönetimi kolay olmasına rağmen gün başına ödemede de olumsuz bir yön bulunur. Bu noktada hizmet sunucularının daha fazla kâr elde etmek için gereğinden fazla ya da gereksiz yere kişinin hastaneye

²¹² Çelik, 172-173.

²¹³ Çelik, 173.

²¹⁴ Çelik, 173.

yatırılmasına sebep olduğu görülebilir. Uzun süreli yatışı engellemenin yolu ise belli bir süreden sonra günlük ödeme bedelini azaltmaktır.²¹⁵

Vaka başına ödeme, ayakta ve yatarak tedavilerde hastaya konan teşhise göre yapılan ödemedir. Ödeme miktarının belirlenmesi, vaka sınıflandırma sistemlerinin kullanılmasıyla gerçekleştirilir. Bu sistemlerden biri olarak TİG, klinik ve maliyet verileri aracılığıyla hastaların gruplandırılmasını ve aynı türden hastalıkların benzer gruplara atanmasını sağlar. Hastaneleri kıyaslamayı ve performanslarını ölçmeyi mümkün hale getiren bu sistem, hastanelerde maliyet kontrolü ve verimliliği teşvik eder.²¹⁶ Sistemin olumsuz yanı ise gereksiz hizmet sunumunu arttırmasıdır.

Kişi başına ödeme ise ayakta ve yataklı tedavilerde hizmet sunulan kişi sayısına göre yapılan ödemedir. Bu ödeme şekli gereksiz hizmet sunumuna neden olmamakta ancak gerekli hizmetin sunulmasını da zorlaştırmaktadır. Bu noktada hizmet kullanım oranlarıyla denetim yapmak, hizmetin gereğinden az kullanımını engellemek için önemlidir. Bu ödeme şeklinin zayıf yönü ise hastaların üst basamak sağlık hizmetlerine sevinde görülür. Böylesi durumlar maliyetlerin kontrol altına alınmasını zorlaştırmaktadır.²¹⁷

Son olarak bütçe ödemesi hizmet sunucularına yapılan sabit ödemelerdir. Bu ödemeler genel olarak personelin ücret ödemeleri için kullanıldığından, gerekli tıbbi donanım ve ilaç maliyetlerinin yoksunluğuna ve sağlık hizmetlerinin yeterli bir şekilde uygulanamamasına neden olur.²¹⁸

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ise iki şekildedir: *kamu ekonomisi* ve *piyasa ekonomisi* aracılığıyla gerçekleştirilen finansmanlardır.

2.10.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisiyle karşılanmasında iki model mevcuttur. Bunlardan ilki *Bismark*, diğeri ise *Beveridge* modelidir.²¹⁹ 1883 yılında Otto Van Bismark tarafından dizayn edilen ve zorunlu sosyal sigorta yöntemini içeren Bismarck

²¹⁵ Çelik, 173.

²¹⁶ İrfan Şencan- Muzaffer Şeker- Mehmet Demir, *Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları*, Pozitif Matbaa, Ankara 2013, 3.

²¹⁷ Çelik, 174.

²¹⁸ Çelik, 174.

²¹⁹ Selin Ertürk Atabey, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara 2012, 31-32.

modeli, devlet tarafından oluşturulan bir sosyal sigorta ağının bireylerin maaşlarından kesilen aylık primlerle finanse edilmesini içerir. Başlangıçta olmasa da daha sonraları finansmana devletin de katkılarda bulunduğu görülür. Söz konusu finans modelinin ortaya çıkışında, özel sağlık sigorta uygulamalarına katılımın beklenenden az olması ve özel sektörde çalışan pek çok kişinin sağlık haklarının işverenleri tarafından göz ardı edilmesi önemli bir rol oynar. Bismark modeli muhafazakar ve devlet merkezli yönüyle formel istihdamın görece az olduğu ülkelerde varlık bulur.²²⁰ Almanya, İtalya ve İspanya gibi ülkeler tarafından deneyimlenen bu model, tüm yurttaşlara eşit derecede bir hizmet sunmayı vaat etmez. Bu modelde öncelik erkeklere verilir; kadınlar ise kocalarından ya da babalarından dolayı sağlık hizmetinden ücretsiz faydalanabilir. Meslekler açısından da memurlar birinci, işçiler ikinci ve kendi adına çalışanlar üçüncü sırada yer alır.²²¹

Sağlık hizmetlerinin kamu aracılığıyla karşılandığı ikinci model ise İngiliz ekonomist William Henry Beveridge tarafından 1942’de ortaya konan rapordan adını alır. Sağlık ve eğitim hizmetlerinin devlet tarafından doğrudan üstlenilmesi gerektiğini ifade eden Beveridge’nin modeli, genel vergiler aracılığıyla sağlığın finanse edilmesini amaçlar. Hizmet alan ve veren kurumlar arasında doğrudan bir para ilişkisinin bulunmadığı bu modelde, söz konusu ilişkiler üçüncü bir kurum tarafından düzenlenir. Danimarka, Hollanda, Norveç ve İsveç Beveridge modelini deneyimleyen ülkeler arasındadır.²²²

2.10.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Piyasa ekonomisi aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi iki biçimde gerçekleştirilir. Bunlardan ilki *özel sigortalar* aracılığıyla sağlanan finansman ve diğeri hizmet sırasında *cepten* yapılan ödemelerle sağlanan finansmanlardır.²²³ Özel sigortalar aracılığıyla gerçekleştirilen sağlık hizmet finansmanı, kamusal nitelikli zorunlu sağlık sigortalarından farklı olarak bireysel başvurular sonucunda kişilerin hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak yapılır. Buna göre sağlık hizmeti ihtiyaçlarını özel sigorta aracılığıyla karşılamak isteyen ve bunun için başvuruda bulunan bir kişi, sahip olduğu

²²⁰ Çağlar Keyder, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İletişim Yayınları, İstanbul 2007, 16.

²²¹ Keyder, 16.

²²² Atabey, 32-33.

²²³ Atabey, 34-35.

yaş, kilo, boy ve kronik hastalıklar gibi değişkenlerce belirlenen bir risk ölçeğinde değerlendirilir. Eğer sahip olunan riskler fazlaysa özel sigorta şirketi tarafından o kişi reddedilir ya da yüksek miktarlarda prim ödemesinde bulunması istenir. Bu noktada şirketin finans havuzu için her bireyden aynı miktarlarda prim alınmaz. Kişinin özel sigorta poliçesinin kapsamına göre de bu durum şekillenir. Özel sigorta finansmanının zorunlu sigorta finansmanından ayrıldığı bir diğer nokta ise bu sigortanın emekliliği içermiyor olmasıdır. Emeklilik için kişilerin başka bir sigorta poliçesiyle ödemelerde bulunması gerekir.

Cepten ödeme ise doğrudan finansman olarak adlandırılır ve sağlık hizmeti almak isteyenlerin, alacakları hizmetin bedelini üçüncü bir taraf olmadan kendilerinin karşılamasını içerir.²²⁴ Bireyin hasta olma ve tedaviye ihtiyaç duyma gibi riskini tek başına paylaştığı bu finansman, günden güne artan sağlık maliyetlerinin bireysel olarak karşılanamayacağı bir durum yaratsa da pek çok nedenden ötürü varlığını halen sürdürür. Bu nedenler arasında sağlık hizmetlerinin özel şirketler tarafından şekillendirildiği bazı yerlerde bireylerin özel sağlık sigortasına başvurusunun riskli görülerek reddedilmesi veya bu riskin başvuruda bulunan kişinin özel sigorta aidatını ödeyemeyecek kadar pahalı çıkarması, sağlık turizmi çerçevesinde başka bir ülkeden gelme ve bireyin hiç bir şekilde düzenli olarak ödeme yapacak bir durumunun olmaması yer alır.

²²⁴ Atabey, 34.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNEMLERE AYRILMASI VE SAĞLIĞIN McDONALDLAŞTIRILMASI

3.1. CUMHURİYET ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Cumhuriyet öncesi devrin sağlık hizmetleri 19.yüzyılın belirleyici bir nokta oluşturduğu iki başlıkta incelenebilir. Bunlardan ilki bu yüzyılın öncesini, geleneksel İslam tıbbının hüküm sürdüğü süreci, diğeri ise sonrasını, II.Mahmut’un hükümdarlığında uygulanan Batılılaşma çabalarının bir sonucu olarak sağlık hizmetlerini ele alır.

3.1.1. Geleneksel İslam Tıbbının Hükümlerinde Sağlık Hizmetleri

Batılılaşma öncesi Osmanlı Devleti’nde sağlık bilgisi içerik açısından Antik Yunan ve Ortaçağ İslam tıbbi ilkelerine dayanır.²²⁵ Buna göre kişinin sağlığı *Ahlât-ı Erbaa* yani dört madde olarak adlandırılan kan, balgam, sarı safran ve kara safranın insan bedenindeki dengesi göz önünde bulundurularak değerlendirilir. Bu yaklaşım Çin, Hint ve Avrupa ülkeleri gibi dünyanın pek çok uygarlığında da o an için yaygın olarak kullanılan bir sağlık görüşüdür.

Osmanlı Devleti’nde sağlıktan sorumlu kişi ise *hekimbaşısıdır*. Hekimbaşının öncelikli görevi padişah ve ailesinin sağlığını korumak, sonra da devletin sağlık politikasını yürütmek ve yönlendirmektir. Geçmiş dönemin pek çok geleneksel devlet yapısında var olan hekimbaşı, Uygurlarda *Otacı İligi*, Selçuklularda *Melikü’l Hükemâ* ve diğer İslam medeniyetlerinde de *Reisü’l Etibbâ* gibi farklı adlarla anılır.²²⁶ Ancak hekimbaşının Osmanlı Devleti içinde kurumsal oluşumu 16. yüzyılın başlarında II.Beyazıt döneminde meydana gelir. Bu yüzyıla kadar ise hekimlerin hükümdarlarla olan ilişkisi hükümdar sağlığına kavuşuncaya dek bir alıkonulmadan ibarettir. Bu durumdaki bir hekimin, devletin sağlık politikasına herhangi bir katkıda bulunması ya

²²⁵ Osman Şevki, Beşbuçuk Asırlık Türk Tabâbeti Tarihi, (Sadeleştiren: İlter Uzel), Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara 1991, 21.

²²⁶ Ali Haydar Bayat, “Osmanlı Devletinde Hekimbaşılık ve Hekimbaşılar”, *Tıp Tarihi Araştırmaları*, (9), 1999, 62.

da yön vermesi de söz konusu değildir. Hekimbaşı olarak görev yapmış kişilerin hemen hepsi eğitimlerini Osmanlı medreselerinde tamamlamış olup, resmi hiç bir tıp eğitimine sahip değildir. Bu dönemin medreselerinde eğitim gören hemen herkes birer din, hukuk, fıkıh, edebiyat, felsefe ve tıp alimi olarak görülür. Eğitimlerini tamamlayanlar İbni Sina'nın *El-Kanun fi't-Tıb* (Tıbbın Kanunu) adlı kitabının yanı sıra Yunancadan Arapça ve Farsçaya çevrilmiş mevcut tıp kitaplarından yaptıkları okumalarla ve kimi sağlık kurumlarında usta-çırak ilişkisi içinde bazı üstatlar aracılığıyla hekimliğe dair tıbbi bilgilerini edinirler. Tıbbın mesleki bir bilgi olarak ayrı bir medresede okutulması ise Kanuni Sultan Süleyman tarafından gerçekleştirilir.²²⁷ Kurumsal bir kimliğe büründükten sonra ise hekimbaşlıların görevleri şöyle sıralanabilir: Topkapı Sarayı'nda yer alan eczane ve hastanelerin düzenli bir şekilde çalışmalarını sağlamak, görev yapacak hekim ve cerrahların tayinini yapmak, savaşta padişahın yanında bulunmak ve savaşa gidecek hekim ve eczacıları belirlemek, İstanbul'da bulunan yerli ve yabancı hekimleri yeterlilik konusunda sınav yapmak, sınavda başarısız olanlarının muayenehanelerini kapatmak ve onları denetlemek.²²⁸

Son olarak bu döneme ait sağlık merkezleri yani hastaneler, çoğunlukla Selçuklulardan kalma *Darüüşşifa*, *Darüssıhha*, *Bimaristan* ve *Maristan* gibi isimlerle anılır. Bu hastanelerin gereksinimleri ise vakıflar aracılığıyla karşılanmakta ve yönetilmektedir. Selçuklulardan kalan bu merkezlere Osmanlı devleti tarafından yenileri de eklenir. Bu eklemeler Edirne, İstanbul ve Bursa olmak üzere üç başkentte yoğunlaşır.²²⁹

3.1.2. Batılılaşma Çabalarının Bir Sonucu Olarak Sağlık Hizmetleri

16.yüzyılın ikinci yarısından itibaren duraklayan Osmanlı Devleti, 17.yüzyılın sonu ve 18.yüzyılın başlarında imzaladığı Karlofça (1699) ve Pasarofça (1718) anlaşmalarıyla gerileme sürecine girer. Gerilemenin nedeni, Batının askeri açıdan üstün olmasına bağlanır. Bu noktada III.Ahmet ve III.Selim'in askeri alandaki yenilik çabaları Patrona (1730) ve Kabakçı (1807) isyanlarıyla sekteye uğrasa da sonrasında tahta geçen II.Mahmut 1826'da *Vakayy-i Hayriye* olarak adlandırılan olayla batılılaşmanın

²²⁷ Osman Nuri Ergin, *Türkiye Maarif Tarihi I-II*, Eser Neşriyat, İstanbul 1977, 143-144.

²²⁸ Erdem Aydın, *Dünya ve Türk Tıp Tarihi*, Güneş Kitabevi, Ankara 2006, 204.

²²⁹ Erdem Aydın, "19.Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması", *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, (15), 2004, 188.

önündeki en büyük engellerden biri olan yeniçerileri ortadan kaldırır. Yeniçerilerin yerini alacak ordu ise *Asakir-i Mansure-i Muhammediye* adını alır. II.Mahmut yeni kurulan bu ordunun ihtiyaçları için *Mühendishane, Tıbbiye* ve *Harbiye* okullarının açılmasını sağlar.²³⁰

19.yüzyıl Osmanlı Devleti'nde askeri açıdan söz konusu bu gelişmeler yaşanırken, tıp tarihi açısından da Avrupa'da yeni gelişmeler baş gösterir. Bu gelişmeler arasında teorik tıptan uygulamalı tıbbı geçiş ve mikrobiyoloji çalışmaları ön sırada yer alır.²³¹ Uygulamalı tıpla hastaneler, hastaların ölümü bekledikleri bir yer olmaktan çıkarak deneysel bir şekilde hastalıklara çözüm arandığı merkezi kurumlar haline dönüşür. Mikrobiyoloji çalışmalarıyla da çıplak gözle görülemeyecek kadar küçük canlıların hastalığa sebep olabileceği düşüncesi ispatlanır. Bu noktada mikrobiyoloji bu küçük canlıların toplum sağlığını etkileyebileceğini ve devletin bir sorumluluk olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulayıcılığını üstlenmesi gerektiği düşüncesini ortaya çıkarır.

II.Mahmut ordunun ihtiyaçları doğrultusunda 1827'de Batılı tarzda bir eğitim kurumu olan *Tıphane-i Âmire*'yi kurar. 1830'da ise bu kuruma ek olarak *Cerrahhane*'yi açar. Ordunun hekim, eczane ve cerrah ihtiyaçlarını karşılayan bu kurumlar 1839'da *Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şâhane* adı altında birleştirilir.²³² Eğitim dilinin Fransızca ve süresinin altı yıl olduğu bu kurumda yerli hekimler kadar yabancı hekimler de eğitimci olarak istihdam edilir. Okulun açılış töreninde öğrencilere hitaben bir konuşma yapan II.Mahmut, eğitim dilinin neden Türkçe değil de Fransızca olduğunu açıklar. II.Mahmut tıp alanında o an için ellerinde Türkçe eğitim kitaplarının bulunduğunu, ancak bu kitaplarda yer alan terimlerin çoğunun Arapça olduğunu ve uzun bir süredir İslam bilginleri tarafından bu kitapların okutulmaması nedeniyle ilmi terimlerin karşılıklarının unutulduğunu belirtir. Ona göre bunları okuyup dilimize çevirmek güçtür ve uzun bir zaman gerektirir. Ancak II.Mahmut Avrupalıların bu kitapları çok öncesinden alarak kendi dillerine çevirdiğini ve geçen süreçte bu bilgilere yenilerini eklediklerini belirtir. Ona göre vakit kaybetmeden yapılacak şey orduların ve yurdun ihtiyacı olan hekimleri bir an önce yetiştirmek ve Türkçe tıp kitapları hazırlamaktır. Bu noktada II.Mahmut

²³⁰ Niyazi Berkes, *Türkiye'de Çağdaşlaşma*, Ahmet Kuyaş (Haz.), 6.Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 2004, 184.

²³¹ Aydın, *Dünya ve Türk Tıp Tarihi*, 127-133.

²³² Berkes, 185.

öğrencilerden bu ilmi öğrenerek Türkçeleştirmelerini ve devlet sınırları içinde hekim sıfatıyla gezen sahtekarların önüne geçmelerini ister.²³³

Mektebi Şahane 1839'da 237 olan öğrenci sayısını 1841'den itibaren alınan gayrimüslim öğrencilerle daha da arttırır. Buna göre 1842-1843 eğitim yılında Mektebi Şahane'de 38 gayrimüslim ve 303 Müslüman öğrenci öğrenim görmektedir. 1839'da okulda üç yıllık eczacılık eğitimi de verilmeye başlanır. Ancak yeterli sayıda öğrenci yetiştirilemez ve eczacı ihtiyacı çıraklıktan gelenlerin imtihana tabi olmalarıyla karşılanmaya çalışılır. Reçete yazma uygulaması da bu tarihlere denk gelir. Son olarak 1840'da Mektebi Şahane bünyesinde ebelik okulu açılırken, 1841'den itibaren II. Mahmut'un izniyle anatomi dersleri kadavra üzerinden verilmeye başlanır.²³⁴

1831-1833 yılları arasında ise Hindistan'da başlayan ve oradan da Ortadoğu ve Avrupa'ya sıçrayan kolera salgını, Osmanlı Devleti'nde toplum sağlığıyla ilgili olarak karantina uygulamalarının başlatılmasında önemli bir rol oynar. Bu amaçla 1840'da *Meclis-i Tahaffuz* (Karantina Örgütü) kurulur.²³⁵ Ancak kuruluşunda Batılı ülkelerin, salgınların kendilerine ulaşmadan önce Osmanlı topraklarında önlenmesi isteği yattığından, söz konusu kurumun ülke içinde hizmet üretmek gibi bir kaygısı oluşmaz. Karantina uygulaması temel olarak salgın hastalığın yaygın olarak görüldüğü ülkelerden mal getiren kara ve deniz taşıma araçlarının daha önceden belirlenmiş yerlerde belli bir süre bekletilmelerini içerir. Buna göre karantina sürecinde söz konusu taşıma aracında ölümler yaşıyorsa, aracın ve malların ülkeye girişine izin verilmez.²³⁶

1846 yılında Osmanlı Devleti toplum sağlığına yönelik ihtiyaçlara daha hızlı cevap verebilmek için bazı pratik çözümler de ortaya koyar. Bu çözümlerden biri çiçek aşısı uygulamalarında görülür. 13-18 yaşları arasında olan ve okuma yazma bilen öğrenciler aylık maaşla çalıştırılmak üzere kurs görerek ikamet ettikleri yerlerde

²³³ Rıza Tahsin, *Tıp Fakültesi Tarihçesi I-II*, Özel Yayınları, İstanbul 1991, 10.

Öğretim dilinin Türkçeleştirilmesi konusunda benzer ifadeler Niyazi Berkes tarafından da paylaşılmışa rağmen (Berkes, 184) II.Mahmut'un bu konuda herhangi bir söyleminin olmadığına yönelik tartışmalar da mevcuttur. Ekmeleddin İhsanoğlu- Mustafa Kaçar, "II.Mahmut'un Mekteb-i Tıbbiye Ziyaretinde İrad Ettiği Nutkun Hangisi Doğrudur?", *Tarih ve Toplum*, 14 (83), 1990, 44-48. Burada önemli olan nokta ise Türkçe tıp eğitiminin, sonrasında kurulacak okullarda benimsenmesidir.

²³⁴ Türkiye Bilimler Akademisi, *Türkiye'nin Sağlık Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı*, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara 2010, 26.

²³⁵ Aydın, "19.Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması", 189.

²³⁶ Nuran Yıldırım, "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Koruyucu Sağlık Uygulamaları", *Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi*, İletişim Yayınları, İstanbul 1983, V, 1322.

görevlendirilir. Benzer bir şekilde iki yıllık *küçük sıhhiye* okulları da açılır. Bu okuldan mezun olanlar aşılama ve bunun gibi işlerde çalıştırılır.²³⁷

1861 yılında mevcut sağlık personelinin oluşturan hekim ve ebelerin sayıları ve kimlikleri hakkında bilgi edinmek ve onların eğitim ve çalışmalarını kayda geçirmek amacıyla *Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname* çıkarılır. Nizamnamede ülkede görev yapmakta olan yerli, yabancı ve sonradan çalışmak üzere ülkeye gelecek olan doktorların Mektebi Tıbbiyye-i Şahane'ye başvurmaları ve yeterlilik sınavına tabi tutulmaları zorunluluğu belirtilir. Bunun yanı sıra artık Mektebi Tıbbiyye-i Şahane'nin dışında okuyanlara hekimlik diploması verilmeyeceği vurgulanır.²³⁸

1866 yılında ise padişah Abdülmecit tarafından sivil nitelikli ilk tıp okulu *Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye* kurulur. Okulun açılış gerekçesinde devlet sınırları içinde yer alan pek çok şehir ve kasabanın hekim ihtiyacı gösterilir. Mektebi Tıbbiyye-i Şahane'nin öğrenci sayısını arttırarak bunu sağlamak mümkünse de bu durum masrafların artmasına neden olacağı ve mezunlardan bazılarının sivil hekimliğe atandıklarında rütbe olarak yükselmeleri mümkün olmayacağından bu görevi istemeyecekleri belirtilir. Bu noktada Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye'de eğitim masraflarının kısılması için okuyanların yatılı kalmadan ve maaşsız bir şekilde gündüzleri eğitim almaları; rütbe ilerlemesine karşılık buradaki hekimlere bir takım ayrıcalıkların tanınması ve mezun olanların maaşlarının atandıkları yerlerdeki belediyeler tarafından karşılanması tasarlanır. Eğitimin altı yıl ve Türkçe verildiği okulda ilk mezuniyet 1874'te 25 öğrenciyle gerçekleşir. 1909 yılına kadar mezun olanların sayısı ise toplam 725'tir.²³⁹ Mezuniyetlerinin ardından Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye öğrencileri ihtiyaç duyulan yerlerde *Memleket Tabibi* olarak görevlendirilir.

Memleket tabiplerinin görevleri konusunda 1871'de *İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi* yayımlanır. Bu nizamnameye göre memleket tabiplerinin kura usulüne dayalı olarak iki yılı kazada ve üç yılı da livada olmak üzere toplam beş yıl zorunlu hizmet yapmaları öngörülür. Ayrıca belediye tarafından memleket tabiplerinin tayin edildikleri yerde haftada iki gün, zengin-fakir ayrımı gözetmeksizin ücretsiz olarak hastaları muayene edecekleri belirtilir. Yine nizamnamede yer aldığı şekliyle eğer bir

²³⁷ *Türkiye'nin Sağlık Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı*, 26.

²³⁸ Aydın, 190-191.

²³⁹ Aydın, 195.

kişi tabibin yanına gelemeyecek kadar hasta ise tabibin onun evine gitmek zorunda olduğu ve bu noktada söz konusu kişinin fakir ve aciz bir durumu yok ise belediye tarafından belirlenen tabip ücretini ödemesi gerektiği vurgulanır. Daha da önemlisi memleket tabipleri görev yaptıkları bölgede bir salgın hastalık ortaya çıkarsa durumu hemen mahalli hükümet yetkilisine bildirmek, hastalığın neden meydana geldiğini tespit etmek ve hastalıkla ilgili gerekli tedbirleri almakla görevlendirilir. Bu durum hekimlerin tedavi edici sağlık hizmetinin yanında koruyucu sağlık hizmeti görevini de üstlendiğini gösterir. Bunun yanı sıra memleket tabipleri görev yaptığı bölgeyle ilgili raporlar hazırlayarak bunları Nezareti Tıbbiyye-i Mülkiye'ye sunmalıdır. Nezaretten alacağı emirlerle de hekimler, yerel hükümet yetkilisini gerekli tedbirleri alması konusunda uyarma hakkına sahiptir. Son olarak adli vakalarda (cinayet) da ihtiyaç görülürse memleket tabipleri görevlendirilebilirler.²⁴⁰

Memleket tabipliğinin bir sonucu olarak hekimlik mesleği bir devlet memuriyeti konumunu alsa da, hekimlerin maaşları ve hizmet sunacakları mekan, belediyeler tarafından temin edilir. Bu durum 1888 yılına kadar devam eder. Bu tarihten itibaren devlet, doğrudan memleket tabiplerinin maaşlarını ödemeye ve hekimlerin memuriyet sicillerini tutmaya başlar. Ayrıca hekimler görev yaptıkları yere göre kaza, liva ve vilayet tabibi ve denetleyici olarak da müfettiş gibi bir sınıflandırmaya tutulurlar.²⁴¹

II. Abdülhamit dönemine gelindiğinde tıp okullarının yeniden düzenlenmesi gündeme gelir ve buna bağlı olarak *Gülhane Askeri Tıp Akademisi* 1898'de Harbiye Nezaretine bağlı olarak kurulur. 1908'de ise Mektebi Şahane ile Mektebi Mülkiye birleştirilir ve *Tıp Fakültesi* adını alarak *Dürülfünun-ı Osmani*'ye bağlanır. Yine bu dönemde yaşanan Balkan Savaşları (1912-1913), yaralılarla ilgilenecek hastabakıcı ihtiyacını ortaya çıkarır. Bu zamana kadar Osmanlı Devleti'nde erkekler tarafından yürütülen bu hizmet, yeterli sayıda hastabakıcı olmaması nedeniyle kadın hemşirelerin ortaya çıkmasını sağlar. Bu noktada hemşire adayı genç kızlar, altı aylık bir eğitim kursu sonunda mesleklerini icra etmeye başlayabilirler. Son olarak teknolojik bir unsur olarak röntgen ışınları da Avrupa'da icat edilmesinden iki yıl sonra Osmanlı

²⁴⁰ Aydın, 197.

²⁴¹ Aydın, 199.

Devlet’inde savaşta yaralananların kurşun yerlerini tespit etmek için ilk kez II.Abdülhamit döneminde kullanılmaya başlanır.²⁴²

1913 yılında ise *Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi* yürürlüğe konur. Nizamnameyle birlikte memleket tabipliği ifadesinden vazgeçilerek, yerine *hükümet tabipliği* ifadesi getirilir. Bunun yanı sıra her ile sağlık işlerinden sorumlu olmak üzere birer *Sıhhiye Müdürü* (Sağlık Müdürü) görevlendirilir. Sıhhiye müdürleri nizamnamenin altıncı maddesi gereğince sorumlu oldukları ilde genel çiçek aşısının yapılması, salgın hastalıkların önlenmesi, karantinaların kurulması, doğum oranları hakkında tetkikler düzenlemek, pek çok kurumun yanı sıra üretim tesisleri ve konaklama yerlerinin temizliğinin denetlenmesinden sorumludur. Son olarak bulunan yerin idari sorumlularının yer aldığı *Sıhhiye Meclisleri* kurulur. Vilayet, liva ve kaza olmak üzere üçe ayrılan bu sıhhiye meclisleri haftada bir toplanarak toplum sağlığını ilgilendiren pek çok sorunla ilgili kararlar alır.²⁴³

3.2. CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetleri beş dönemde incelenebilir. Bunlar 1920-1946 arası tek parti dönemi, 1946-1960 arası çok partili yaşama geçiş ve Demokrat Parti dönemi, 1960-1980 arası sosyalizasyon dönemi, 1980-2002 arası Neo-liberal dönem ve 2002’den günümüze kadar halen devam etmekte olan Adalet ve Kalkınma Partisi dönemidir. Son dönem aynı zamanda McDonaldlaştırma analizini yapacağımız süreci içerir.

3.2.1. 1920-1946: Tek Parti Dönemi

İstanbul’da Damat Ferit Paşa hükümetinin başında yer aldığı Meclisi Mebusan’ın lağvedilmesinden sonra, Mustafa Kemal Paşa Üçüncü Ordu Müfettişi sıfatıyla 19 Mayıs 1919’da Samsun’a ayak basarak, Milli Mücadele Döneminin ilk adımını atar. Erzurum ve Sivas kongrelerinin ardından Ankara’ya geçen Mustafa Kemal, 23 Nisan 1920’de 115 milletvekilinin katılımıyla Büyük Millet Meclisini açar. 3 Mayıs 1920’de ise 3 sayılı kanunla Bakanlar Kurulu (*İcra Vekilleri Heyeti*) oluşturulur. 11 bakanlıktan

²⁴² *Türkiye’nin Sağlık Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı*, 27.

²⁴³ Aydın, 204.

meydana gelen kurulda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (*Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye*) da yer alır. Milletvekillerinden 15'inin doktor olduğu bu mecliste²⁴⁴, kendisi de bir doktor olan Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı olarak görev alır. Söz konusu hükümetin sağlığa dair ise elinde hiç bir bilgi kaydı bulunmamaktadır. Adıvar, ilk iş olarak sağlık konusunda ülkenin mevcut durumunun ne olduğunu belirlemeye çalışır. Bu noktada mesleğini devam ettirmekte olan doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının isimleri öğrenilerek kaydedilir. Ayrıca sağlık konusunda Osmanlı Devletinden kalan bütün kanun ve tüzükler gözden geçirilerek eksiklikler tespit edilir ve yeni bir mevzuat geliştirilmeye çalışılır.²⁴⁵

TBMM Hükümeti, Osmanlı dönemindekine benzer bir sağlık örgütlenmesine yönelir. Buna göre merkezde *Hıfzıssıhha Dairesi* ve *Sicil Dairesine* ek olarak *Muhasebe* ve *Evrak Kalem*i yer alır. Taşra örgütlenmesinde ise Sağlık Müdürlükleri, Hükümet ve Karantina Tabipliklerinin yanı sıra Küçük Sıhhiye Memurlukları aynen korunur. Ayrıca teftiş kadro sayısı 3'e yükseltilip, Meclis-i Sıhhi-ı Âli kaldırılır. Kuduz Tedavi Kurumu (Daül kelp), Aşıhane (Telkihane) ve Bakteriyolojihane'nin kurulması kabul edilir. Mahalli yönetimlere ait hastaneler ise olduğu gibi bırakılır. Frengi hastalığıyla mücadele için kurulan hastaneler de yine mahalli yönetimlere devredilir. Veremliler için Burgaz Adasında bir sanatoryum açılır. Adli vakalarda ihtiyaç duyulan hekimlere yönelik resmi çerçeve de 1920 yılında 38 sayılı *Tababet-i Adliye* (Adliye Tabipliği) *Kanunu*yla belirlenir.²⁴⁶

10 Mart 1921'de Adıvar, Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılır ve yerine yine bir doktor olan Refik Saydam getirilir. Saydam'ın kısa ömürlü olan bakanlık sürecinde 5 Haziran 1921'de yayımlanan nizamnameyle *göçmen işleri* İçişleri Bakanlığından alınarak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlanır. 24 Aralık 1921'de ise Saydam, Sağlık Bakanlığı görevini doktor Rıza Nur'a bırakır. Fazla uzun sürmeyen bu bakanlık döneminde de Kurtuluş Savaşının ilerleyen safhalarında düşmandan geri alınan yerlerde, Kızılay ile birlikte eşya ve yiyecek yardımı çalışmalarında bulunulur. Bunun yanı sıra 1923 yılı başlarında Sağlık Bakanlığının bir uzantısı olan Sosyal Yardım

²⁴⁴ Melih Tinal, "Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Döneminde Doktor Milletvekilleri", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2 (6), 2009, 618.

²⁴⁵ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara 1973, 31.

²⁴⁶ *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, 32.

Şubesinin görev kapsamı genişletilir. Söz konusu şubeye, öksüz yurtlarının da dahil edilmesiyle birlikte Sosyal Yardım ve Öksüz Yurtları Genel Müdürlüğü (*Muvazenet-i İçtimaiyye ve Dar-ül Eytamlar Umum Müdürlüğü*) ismi verilir.²⁴⁷

Sağlık konusunda ortaya konan bu uygulamaların izinde Mustafa Kemal, 1 Mart 1922’de Büyük Millet Meclisinin üçüncü toplanma yılı açılış konuşmasında sağlık ve sosyal yardım konusunda izledikleri hedefi şu şekilde ifade eder:

*“Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun arttırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi...”*²⁴⁸

Cumhuriyetin ilanından sonra Refik Saydam yeniden Sağlık Bakanlığı görevine getirilir. 25 Ekim 1937 yılına kadar Saydam’ın 14 yıl devam ettireceği bu yeni bakanlık süreci, sağlık politikası açısından üç noktada ele alınabilir: Bunlar *ilke, örgütlenme* ve *insan gücü sorunlarıdır*.²⁴⁹ Saydam’ın sağlık politikası, koruyucu hekimliğe önem verilmesi yönündedir. Tedavi edici hekimlik ise ona göre hükümetin değil, yerel yönetimlerin hizmet alanındadır. Hükümetin konumu yerel yönetimlere yol gösterici olmaktır. Bu noktada Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da yerel yönetimlerce daha sonradan kurulacak hastanelere örnek olması için Sağlık Bakanlığına bağlı numune hastaneleri açılır. Her ne kadar Saydam tedavi hizmetlerini yerel yönetimlerin görevi olarak görse de bakanlığı süresince sıtma, trahom, frengi ve diğer bazı bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için ülkenin en icra köşelerine kadar elindeki pek çok imkanı kullanmaya çalışır.²⁵⁰

Örgütlenme politikası açısından ise Saydam, Hükümet Tabipliği- Sağlık Müdürlüğü örgütünü temel birim olarak benimseyerek, her ilçede kurulmasını sağlar. Bunun yanı sıra sıtma, frengi ve trahom gibi ülke genelinde yaygın olarak görülen hastalıkların çözümlenmesi için sağlık müdürlüğüne bağlı olmayan örgütler de kurulur. Sıtma Savaş Teşkilatı bu örgütlerden biridir. Hükümet tabiplerinin görevleri bulaşıcı hastalıklarla savaş, adli tabiplik, genel idari işler ve yoksul hastaların parasız muayene

²⁴⁷ *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, 32.

²⁴⁸ Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü, *Atatürk’ün Söylev ve Demeçleri I*, Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayınları, İstanbul 1945, 217.

²⁴⁹ Nusret Fişek, *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara 1985, 159.

²⁵⁰ Fişek, 159.

olabilmelerini sağlamak şeklinde sıralanabilir. Ayrıca özel muayene açma hakları da bulunan hükümet tabipleri, bulundukları yerlerde eğer eczane yoksa ilaç yapıp satabilirler.²⁵¹

Son olarak sağlık insan gücü açısından cumhuriyetin ilk yıllarında karşılaşılan en önemli sorun yeterli sayıda doktor, hemşire ve ebenin olmamasıdır. 1925 yılında gerçekleştirilen *I.Milli Tıp Kongresi* kapsamında da ele alınan bu soruna yönelik Saydam, bir sağlık programı hazırlayarak uygulamaya koyulur. Doktor sayısını arttırmak üzere Saydam mevcut tıp fakültelerine öğrenci bulmaya çalışır. Bu amaçla 1924'te eğitim masraflarının hükümet tarafından karşılanması koşuluyla 200 öğrenci kapasiteli *İstanbul Leylî Tıp Talebe Yurdu* açılır. Ayrıca 8 Kasım 1923'te kabul edilmiş olan 369 sayılı *Etibbanın Hizmeti Mecburiyeti Hakkında Kanun* ile tıp fakültesi öğrencilerine mezun olduklarında Anadolu kentlerinde mecburi hizmet şartı getirilir. 1932'de Mecburi hizmet şartı kalksa da bu yurttaki kalanlar için devam ettirilir. Doktorların yanı sıra ebe ihtiyacını karşılamak için de 1924'te Tıp Fakültesine bağlı iki yıllık bir ebe okulu açılır. Ortaokul mezunu kızlar ve kadınların kabul edildiği bu okula öğrenci çekebilmek için 50 kişilik bir ebe öğrenci yurdu açılır. Ancak burada kalan öğrenciler için de iki yıl mecburi hizmet zorunluluğu getirilir.²⁵² Saydam'ın doktor yetiştirme konusundaki çabaları etkili olsa da ebe ve hemşire gibi kadın sağlık personelinin yetiştirilmesine fazla bir etkinlik göstermediği için olumlu neticeler alamadığı görülür.

Sağlık insan gücü açısından Saydam'ın bir diğer önemli katkısı ise 1 Nisan 1926'da çıkarılan *Umuru Sıhhiyeye Müteallik Bütçelerle Bilumum Memurini Sıhhiye Hakkındaki Kanun*'la gerçekleşir. Bu kanunla atama, terfi ve cezalandırma işleri tek bir elde, Sağlık Bakanlığı'nda toplanır. Böylelikle Sağlık Bakanlığı fiili olarak hizmeti yürüten bir kurum haline gelir. Ayrıca hekimlerin, memurlar gibi aylık bir maaşa bağlanmaları benimsenir. Ancak hekimlerin mesai saatleri bitiminde özel olarak çalışabilmelerinin de önü açılır. Bunun yanı sıra Saydam koruyucu hekimlik ile tedavi edici hekimlik arasında da bir denge gözetir. Bu noktada Saydam, koruyucu hekimliğe daha fazla önem vererek, onların, tedavi edici hekimlikte çalışanlardan daha fazla maaş

²⁵¹ Fişek, 161.

²⁵² *Türkiye'nin Sağlık Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı*, 50.

almalarını konusunda düzenlemelerde bulunur. Böylelikle koruyucu hekimliğin gereksinim duyduğu yüksek maaşlı kadrolar, tedavi edici sağlık hizmetlerinden bu maaşı almak isteyen deneyimli ve uzman hekimler arasından seçilebilme imkanı bulur.²⁵³

Saydam'ın Bakanlığında çıkarılan ve halen günümüzde yürürlükte olan sağlığa yönelik diğer kanunlar ise şöyle sıralanabilir. 1927 tarih ve 992 sayılı *Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu*, 1928 tarih ve 1962 sayılı *İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu* (Eczacılık ve Tıbbi İlaçlar Kanunu), 1928 tarih ve 1219 sayılı *Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun* (Hekimlik ve Şubelerinin Mesleklerinin İcrasına Dair Kanun), 1930 tarih ve 1593 sayılı *Umumi Hıfzısıhha Kanunu* (Genel Sağlığı Koruma Kanunu), 1936 tarih ve 3017 sayılı *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu* ve 1937 tarih ve 3153 sayılı *Radyoloji, Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun*.²⁵⁴

Son olarak sonuçları itibariyle bu döneme rastlayan önemli bir gelişme dünyanın yeni bir savaşa sürüklenmesidir. 1 Eylül 1939'da Almanya'nın Polonya'yı işgali ile birlikte II.Dünya Savaşı patlak verir. Birincisinin yaraları daha sarılamamışken yeni dünya savaşı Türkiye açısından elverişsiz bir ekonomik ortamda belirir. Bu savaşa istemeden de olsa her an dahil olunabileceği düşüncesi de 500.000 kişinin silah altına alınmasına yol açar. Genel itibariyle tarıma dayalı bir ekonomik üretimin baskın olduğu düşünülürse Türkiye açısından bu durum tarımsal üretimde azalmaya ve yer yer de kıtlığın yaşanmasına neden olur.²⁵⁵ Bu koşullar altında Türkiye'nin genel sağlık durumunda belirgin bir bozulma yaşanır. Sıtma, tifüs ve çiçek hastalıklarında büyük salgınlar görülür ve ölüm düzeyi artar. Bu noktada sağlık konusunda ortaya konan gelişmelerden biri 1945'te *Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu*'nun çıkarılmasıdır.

3.2.2. 1946-1960: Çok Partili Hayat ve Demokrat Parti Dönemi

15 Ağustos 1945'te Hiroşima ve Nagazaki'ye atılan atom bombalarıyla II.Dünya Savaşı sona ererken, Nazizm ve faşizm gibi baskıcı ideolojilere sahip devletler savaşın

²⁵³ Fişek, 160.

²⁵⁴ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2003, 9.

²⁵⁵ İsmail Cem, *Türkiye'de Geri Kalmışlığın Tarihi*, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul 2007, 257.

yenilen tarafında yer alır. Böylesi bir ortamda tek parti iktidarına sahip Türkiye, gerek iç ve gerekse de dış etkenlerce demokratik yönetimin ihtiyacı olan çok partili bir parlamenter sisteme yönelir. 19 Mayıs 1945'te İsmet İnönü'nün çok partili sisteme geçileceği konusunda beyanatta bulunmasının ardından 21 Temmuz 1946'da genel seçim yapılır. Cumhuriyet Halk Partisi, Demokrat Parti, Liberal Demokrat Parti, Türkiye İşçi ve Çiftçi Partisi ve Yalnız Vatan İçin Partisi'nin katıldığı genel seçimden CHP 397 milletvekili çıkararak kazanan parti olur.²⁵⁶

Yeni dönemin Sağlık Bakanı doktor Behçet Uz'dur. Uz'un başkanlığında hazırlanan *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı* Yüksek Sağlık Şurası'na onaylanır. 12 Aralık 1946'da açıklanan bu plana göre yaklaşık olarak 20.000 nüfusa denk gelen her 40 köy için bir sağlık merkezinin kurulması planlanır. Bu merkezlerde 10 hasta yatağı, 2 hekim ve koruyucu ve tedavi edici hizmetleri beraber yürütecek 11 yardımcı sağlık personelinin yer alması öngörülür. Bu plan, şehir ve kasaba nüfusunun yanında köylünün sınırlı ölçüde faydalanabildiği tedavi hizmetini örgütlü olarak köye ulaştırmayı amaçlamasından dolayı önem taşır.²⁵⁷ Bu amaçla Milli Sağlık Planının ülkeyi yedi sağlık bölgesine ayırdığı görülür. Buna göre bölgeleri temsilen Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun ve Seyhan'da birer tıp fakültesi kurularak, hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması hedeflenir. Ancak plan bir buçuk yıl içinde bir kanun tasarısı haline gelse de hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamaz. Sonraki Sağlık Bakanı Kemali Beyazıt tarafından da plan geri çekilir. 1947 yılında ise *Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı*'nda *Biyolojik Kontrol Laboratuvarı* kurularak, bir aşı istasyonu hizmete açılır. Aynı yıl bu istasyondan BCG (verem aşısı) üretimine geçilir. 1948 yılında da boğmaca aşısının üretimine başlanır.²⁵⁸

Demokrat Parti iktidarından önce sağlık alanında yaşanan diğer gelişmeler ise sivil toplum kuruluşları olan derneklerde gözlenir. Bu derneklerden ilki Kurtuluş Savaşında büyük hizmetler ortaya koyan *Osmanlı Hilâliahmer Cemiyeti*'dir. 1923'te Cumhuriyetin ilanından sonra *Türkiye Hilâliahmer Cemiyeti* adını alan dernek, 1935'te *Türkiye Kızılay Cemiyeti* ve son olarak 1947'de *Türkiye Kızılay Derneği* adını alır. Özellikle doğal afetlerde görevler üstlenen dernek, kamu yararı gözettiği göz önünde

²⁵⁶ Erem Sarıkoca, *Türkiye'de Seçim Sistemleri ve Demokrasi*, Fenomen Yayıncılık, Erzurum 2010, 169.

²⁵⁷ Fişek, 162.

²⁵⁸ Sağlık Bakanlığı, *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2012, 46-48.

bulundurularak bir çok ayrıcalığa sahip özel bir hukuki tüzelkişilik konumundadır. Cumhuriyet öncesi dönemde temellenen derneklerden biri de 1918’de kurulan *Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti*’dir. İstanbul’un işgal edilmesiyle kapan derneği 1923’te İzmir’de kurulan *Veremle Mücadele Cemiyet-i Harbiyesi* ve 1927’de kurulan *İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti* takip eder. Tüm bunlar 1948’de *Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği* adı altında birleştirilir.²⁵⁹

Çok partili döneme ait ikinci genel seçimler CHP, DP, Millet Partisi ve Milli Kalkınma Partisi’nin katılımıyla 14 Mayıs 1950’de gerçekleştirilir. Seçimlerin galibi ise oyların %53’ünü alan Demokrat Parti’dir. 1945’te 8 olan sağlık merkezi sayısı, DP’in iktidara gelmesiyle 1950’de 22’ye, 1955’te 181’e ve 1960’ta da 283’e yükselir. Ayrıca bu dönemde yaşanan yoğun çocuk ölümleri karşısında 1952’de *Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü* kurulur. Bu noktada UNICEF ve DSÖ gibi milletlerarası kuruluşlarla iş birliği yapılarak, yardım temin edilir. DP’nin iktidara geldiği dönemde bebek ölüm hızı binde 233 iken bu oran DP iktidarının sonlandığı 1960’da binde 176’ya düşürülerek bir başarı yakalanır.²⁶⁰ 1946’da kurulan *İşçi Sigortaları İdaresi* (Sosyal Sigortalar Kurumu) de 1952’den başlamak üzere sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açarak, sağlık hizmeti vermeye başlar. Ancak kurumun sigortalı işçiler için sağlık giderlerini finanse eden bir kurum olmaktan öteye geçerek, hastaneler kurması ve buralarda teşkilatlanma uğraşına girmesi olumsuz sonuçlar doğurur. Bu noktada Refik Saydam döneminde getirilen kamu sektöründe çalışacak hekimlerin ve sağlık personelinin tayin edilmesinde Sağlık Bakanlığına ait tekelin kınılarak, İşçi Sigortaları İdaresi’ne hastaneleri için kendi hekimlerini tayin etme yetkisinin verilmesi sektörler arasında personel dağılımını olumsuz yönde etkiler.²⁶¹ Bir diğer sosyal güvenlik sistemi olan Emekli Sandığı’nın kurulmasına yönelik çalışmalara da DP döneminde başlanır.

1953’te İl Özel İdarelerine bağlı hastaneler devletleştirilir ve hasta tedavisi bir devlet hizmeti olarak kabul edilir. Devletleştirmeye birlikte hasta tedavisi hizmet standardının yükseltilmesi, her ilde eşit sağlık olanaklarının sağlanması, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerin bir arada yürütülmesi mümkün hale gelir. 1954’te Behçet Uz, yeniden Sağlık Bakanlığı görevine getirilir. Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde

²⁵⁹ Gencay Gürsoy, “Sağlık”, *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, İletişim yayınları, İstanbul 1983, VI, 1721.

²⁶⁰ *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 47-48.

²⁶¹ Fişek, 162.

yeni bir sağlık programı hazırlayan Uz, 8 Aralık 1954'te sağlık planlaması ve organizasyonu hakkında *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler*'i açıklar. 1946 programından farklı olarak yeni program tedavi edici hizmetleri ön plana alır. Ayrıca 1946 programındaki 7 sağlık bölgesi 16'ya çıkarılır. Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon ve Van bu çerçevede planlaması yapılan iller arasındadır.²⁶² Sağlık insan kaynağı açısından ise İstanbul ve Ankara Üniversitelerinin ardından üçüncü bir tıp fakültesi 1955'te Ege Üniversitesine bağlı olarak açılır.

Son olarak bu dönemde sağlık alanında mesleki örgütlenmelere yönelik bazı mevzuatlara da rastlanır. Bunlar arasında 1953 tarihli 6023 sayılı *Türk Tabipleri Birliği Kanunu* ve 6197 sayılı *Eczacılar ve Eczaneler Kanunu*, 1954 tarihli 6283 sayılı *Hemşirelik Kanunu* ve 1956 tarihli 6643 sayılı *Türk Eczacılar Birliği Kanunu* yer alır.²⁶³

3.2.3. 1960-1980: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

27 Mayıs 1960'da Türk Silahlı Kuvvetlerin yönetime el koymasıyla DP iktidarı sonlanır. Bu müdahalenin ardından 37 subaydan oluşan *Milli Birlik Komitesi* kurulur. Komite, yeni bir anayasa oluşturulup genel seçimler gerçekleştirilinceye kadar yasamayı elinde bulundurur. Bu dönemin sağlık açısından öne çıkan ilk gelişmesi ise MBK tarafından çıkarılan 224 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*'dur. Söz konusu kanunun fikir önderi ise o dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı Nusret Fişek'tir. Kanunla birlikte Türkiye'de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu ilkesi benimsenir.²⁶⁴ Bu noktada birinci basamak sağlık hizmetlerinin (sağlık ocağı) köylere kadar ulaştırılması hedeflenir. Bunun yanı sıra her sağlık ocağının 5.000-10.000 kişilik bölgelerden sorumlu olacağı bir görev alanında koruyucu ve tedavi edici hekimliğin bir arada yürütülmesi planlanır. Sağlık ocaklarının hizmetli kadrosunda ise bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2-4 ebe ve bir tıbbi sekreterin yer alması öngörülür. Ancak sosyalleştirme kapsamında çalışan hekimlerin serbest olarak çalışması yasaklanır.

²⁶² *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 47.

²⁶³ *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 48.

²⁶⁴ Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, (1961), *T.C. Resmi Gazete*, 10705, 05 Ocak 1961.

9 Temmuz 1961’de MBK tarafından oluşturulan *Kurucu Meclis*’in hazırladığı yeni anayasa halk oylamasına sunulur ve %61.7 oranında evet alarak kabul edilir.²⁶⁵ Yeni anayasa öncekilerden farklı olarak ilk kez sosyal devlet ilkesini benimser. Bu noktada anayasanın 48. ve 49. maddesi önem taşır:

“*Madde 48: Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindendir.*

Madde 49: Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”²⁶⁶

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik ilk uygulama 1963’te Muş’ta başlar. 1979 yılına kadar da 45 ile yayılır. Ancak sosyalleştirmenin genel itibariyle başarılı olamadığı görülür. Başarısızlığın nedenleri arasında bazı Sağlık Bakanlarının ve onlara bağlı yüksek mevkili yöneticilerin kanunun başarılı olacağına inanmamaları, hastane ve sağlık ocaklarına yeterli sayıda hekimin atanmaması, hekim ve diğer sağlık personelinin hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilememesi, sağlık ocakları ve hastaneler arası işbirliğinin kurulamamış olması, il düzeyinde sağlık yönetiminin yetersiz olması ve son olarak kanun gereği verilmesi gereken ödeneklerin hiç bir zaman yeterli miktarlarda verilmemesi yer alır.²⁶⁷

1963’te milli tasarrufu artırmak, yatırımları toplum yararına, gerektirdiği önceliklerle yöneltmek ve iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek üzere *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* hazırlanır. Bu ve bundan sonraki kalkınma planları, sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir unsur haline dönüşür. Bu noktada ilk kalkınma planı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi paralelinde şekil alır. Halkın sağlık seviyesinin yükseltilmesini ana ilke olarak benimseyen ilk kalkınma planı, koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verir. Koruyucu hizmetler içerisinde çevre sağlığı şartlarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme

²⁶⁵ Sarıkoca, 182.

²⁶⁶ 1961 Anayasası, (1961), *T.C. Resmi Gazete*, 10816, 31 Mayıs 1961.

²⁶⁷ Fişek, 166.

şartlarının geliştirilmesi ve nüfus planlaması gibi konular yer alır.²⁶⁸

1945'ten sonra nüfus artış hızındaki önlenemez yükselme 1960'da nüfusun, 27.830.000 kişiye ulaşmasına neden olur. Bu rakam cumhuriyetin kuruluş yılındaki nüfusun yaklaşık iki katına eşittir. Nüfustaki artışın yanı sıra kırsal nüfus oranında da giderek bir azalma görülür. Kırsalı terk eden nüfus, şehirlere doğru yoğunlaşır. Ancak şehirlerin durumu gelen bu nüfusa uygun bir yaşam koşulunu sağlamanın çok gerisindedir. Öyle ki şehir konutlarının % 30'u oturulamayacak bir haldedir ve en büyük üç şehirdeki nüfusun % 30'u tek odalı evlerde yaşamlarını sürdürmektedir. Gecekondularda yaşayan insan sayısı da 1,2 milyon kişiye ulaşmaktadır.²⁶⁹ Bu noktada 1965'te çıkarılan 557 sayılı “*Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*”la nüfus arttırıcı politikalar terkedilerek, artışı sınırlayıcı politikalar benimsenir. Kanunda nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları şeklinde ifade edilir. Gebeliği önleyici tedbirlerin halka duyurulması, bunların eğitim ve uygulamalarının yürütülmesi ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının himayesine bırakılır.²⁷⁰

Tablo 3.1. Türkiye'nin Nüfusu (1927-1960)

	1927	1935	1940	1945	1950	1955	1960
Nüfus (000)	13.648	16.158	17.821	18.790	20.947	24.065	27.830
Nüfus artışı (%)		1,9	1,6	1,07	2,20	2,82	2,95
Köylü Oranı (%)	82,2	80,1	79,0	78,7	78,2	74,4	71,3

Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1963-1967).

Son olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uğraşısı içinde 1967'de *Genel Sağlık Sigortası*'na yönelik bir kanun taslağı hazırlanır, ancak taslak Bakanlar Kuruluna sevk edilemez. 1968-1972 yıllarını kapsayan *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* ise Genel Sağlık Sigortasının kurulmasını yeniden gündeme getirir.²⁷¹ Bu plan doğrultusunda 1971'de TBMM'ne gönderilen taslak kabul edilmez.

²⁶⁸ Devlet Planlama Teşkilatı, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1963-1967), Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1963, 406.

²⁶⁹ *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1963-1967), 2.

²⁷⁰ Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, (1965), *T.C. Resmi Gazete*, 11976, 10 Nisan 1965.

²⁷¹ Devlet Planlama Teşkilatı, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı* (1968-1972), Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1968, 223.

3.2.4. 1980-2003: Neo-liberal Politikaların Ortaya Çıkışı

12 Eylül 1980’de Türk Silahlı Kuvvetlerinin yönetime el koymasıyla Türkiye Cumhuriyeti’nin tarihindeki ikinci askeri müdahale yaşanır. Müdahaleyi gerçekleştiren komutanlar kendilerine *Milli Güvenlik Konseyi* sıfatını verir. Devlet ve MGK başkanlığı görev ve yetkileri de Genelkurmay Başkanı Orgeneral Kenan Evren tarafından üstlenilir. Bu yeni sürecin sağlıkla ilgili ilk düzenlemesi ise 2368 sayılı *Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun*’la gerçekleşir. Söz konusu kanun kamu personeli olan doktorların muayenehane açma yasağını yürürlükten kaldırarak, çalışma serbestisi getirir.²⁷²

MGK tarafından oluşturulan Kurucu Meclis ile de yeni bir anayasa yapımı çalışmalarına başlanır. Hazırlanan anayasa halk oylamasına sunulur ve 18 Ekim 1982’de kabul edilir. Yeni anayasasının sağlık ve sosyal güvenlik açısından öne çıkan maddeleri ise şöyledir:

“Madde 56: Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşam hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

*Madde 60: Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.”*²⁷³

Anayasanın ilan edilmesinden sonraki süreçte 6 Kasım 1983’te Anavatan Partisi, Halkçı Parti, Milliyetçi Demokrasi Partisi ve bağımsız adayların katılımıyla genel seçim gerçekleştirilir. Seçim sonucunda oyların %45,1’ini alan ANAP tek başına siyasi iktidarın başına gelir. Söz konusu iktidar 29 Kasım 1987 seçimlerinde de başarısını tekrarlar.²⁷⁴

²⁷² Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, (1980), *T.C. Resmi Gazete*, 17207, 31 Aralık 1980.

²⁷³ 1982 Anayasası, (1982), *T.C. Resmi Gazete*, 17844, 20 Ekim 1982.

²⁷⁴ Sarıkoca, 205-208.

1980’lerde dünyaya baktığımızda ise kapitalist batı ülkelerinde yürütölmekte olan refah devleti uygulamalarının çökmeye başladığı göröölür. Özellikle neo-liberal ideoloji, genel anlamda refah devletini hedef alan çeşitli eleştiri noktaları geliştirir. Bunlar refah devletinin ekonomik, üretken ve verimli olmadığı; sonuç alıcı ve etkin çalışmadığı; despotik bir niteliğe sahip olduğu ve bireylerin seçim özgürlüğünü zedelediğı yönündedir.²⁷⁵ Bu noktada neo-liberallere göre refah devleti uygulamaları bireyler üzerindeki vergi yükünü arttırır ve mülkiyet haklarını ihlal eder. Piyasa düzenine müdahalelerde bulunur. Bu durum gerek ulusal ve gerekse uluslararası sermayenin yatırım yapma isteğini engeller. Aynı zamanda toplumsal bir ödev olarak bireylerin yerine getirmesi gereken çalışma isteğini ortadan kaldırır. Üretken bir niteliğe sahip olmayan kamu bürokrasisini hızla genişletir. Kendisine ayrılan büyük miktarda kaynaklara rağmen yoksulluğu ortadan kaldıramaz. Aksine devlet yardımına bağımlı gruplar yaratır. Refah devletinin korumacı ve tekelci uygulamaları, hizmet sunumundaki çeşitliliğı ortadan kaldırarak bireylerin seçimlerini sınırlandırır. Bu yönüyle toplumun tümünü devletin eline ve isteğine razı olmaya zorlar.²⁷⁶ Bu eleştiri noktaları doğrultusunda neo-liberal politikalar piyasaya müdahalede bulunmayan, yasaların üstünlüğünü sağlayan ve mülkiyet hakkını koruyan sınırlı bir devlet anlayışını ileri sürer. Bunun yanında ekonominin ve sermayenin küreselleşmesini, bu anlamda küresel sermayenin diğör üyeleriyle bütünleşmeyi ve özelleştirmelerde bulunmayı ekonomik hedefler olarak belirler.

ANAP iktidarıyla birlikte Türkiye’de de neo-liberal politikaların uygulanmaya başlandığı göröölür. Uygulamaların kökeni ise 24 Ocak 1980’de kamuoyuna duyurulan ekonomik istikrar programıdır. Programda, ekonomik karar mekanizmaları olan Devlet Planlama Teşkilatı, Maliye Bakanlığı, Merkez Bankası ve Ticaret Bakanlığı arasındaki koordinasyonun sağlanması, serbest kur politikasının uygulanması; gübre, demiryolu ve maden kömürü dışında sübvansiyonların kaldırılması, banka sisteminde tasarrufların teşvik edilmesi ve bu amaçla tasarrufa verilen gelirlerin faizlerinin serbest bırakılması, devlet yatırımlarının ağır sanayi sektöründen alt yapı sektörüne kaydırılması, özel teşebbüs, kapalı ekonominin terk edilerek dışarıya açılması ve son olarak harcamaların

²⁷⁵ Songöl Sallan Gül, *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*, 2.Baskı, Ebabil Yayıncılık, Ankara 2006, s135-136.

²⁷⁶ Sallan Gül, 135-136.

disiplin altına alınması öngörülür.²⁷⁷ Ancak ideolojik ve siyasi çatışmaların en üst noktada olduğu bu dönemde programın başlaması mümkün olmaz. Söz konusu program 12 Eylül müdahalesinden sonra rahat bir uygulama ortamı bulur. Bu noktada askeri müdahale ile birlikte özellikle iş gücü piyasasını disipline etmeye yönelik eylemler sergilenir. Sendikal faaliyetlerin engellenmesi, Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) yöneticilerinin yargılanması, grev yasağı ve son olarak işçi ücretlerinin belirlenmesinde toplu sözleşme uygulamasından vaz geçilerek Yüksek Hakem Kurulu kararlarının kabul edilmesi bu eylemler arasında yer alır.²⁷⁸

1985-1989 yıllarını kapsayan *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*'nda da sağlığa yönelik neo-liberal eğilimlerin ağırlığı hissedilir. Bu noktada devletin sağlık hizmet sunumunu yavaş yavaş tedavi edici sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine kaydırmayı planladığı görülür. Bunun yanı sıra hastane işletmeciliğinin rasyonel ve verimli olması açısından çok fazla yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesinden vazgeçileceği belirtilir. Bir diğer önemli nokta da özel sağlık kurumlarının ve hastanelerin teşvik edileceğidir.²⁷⁹ Bu planlar doğrultusunda 1987'de ANAP iktidarınca 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu* çıkarılır. Kanunun beşinci maddesi Milli Savunma Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının, kamu tüzelkişiliğini elinde bulunduran sağlık hizmetlerine dönüştürülecekleri belirtilir.²⁸⁰ Söz konusu ifadeyle örneğin SSK hastaneleri özel hastane statüsünde çalışabilir. Bu noktada hastane yönetimi verimliliği göz önünde bulundurarak gerekli yatırımı yapmak ve personel istihdamını sağlamakla görevlendirilir. Ancak personel istihdamının sözleşmeli olmasına dikkat edilir. Bu da verimsiz olan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sürekli istihdam edilmeyip, görev sürelerinin bitiminde sözleşmelerinin yenilenmemesine olanak tanır. Söz konusu kanun, Sosyal Demokrat Halkçı Parti (SHP)'nin itirazları sonucu Anayasa mahkemesine taşınır. Bazı maddelerin anayasa mahkemesi tarafından iptal edilmesiyle de kanunun tümüyle uygulanmadığı görülür.

²⁷⁷ İstanbul Ticaret Odası, *24 Ocak Kararlarının Değerlendirilmesi*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul 1982, 17-19.

²⁷⁸ Korkut Boratav, "İktisat Tarihi (1981-2002)", *Türkiye Tarihi V*, 6.Basım, Sina Akşin (Ed.), Cem Yayınları, İstanbul 2005, 191.

²⁷⁹ Devlet Planlama Teşkilatı, *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1985, 152.

²⁸⁰ Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, (1987), *T.C. Resmi Gazete*, 3359, 15 Mayıs 1987.

1987’de Genel Sağlık Sigortası tekrar gündeme getirilir; ancak konuyla ilgili hukuksal düzenlemelerin gerçekleştirilememesinden dolayı bir sonuç alınamaz. Kamusal nitelikli sigortalar konusunda ise Emekli Sandığı, SSK ve BAĞ-KUR’un yer aldığı üç başlı bir yapı mevcuttur. Böylesi bir yapılanmanın sonucu olarak her üç kurumun aynı sağlık hizmetine farklı fiyatlandırmalarda bulunabildiği ve verilen hizmetlerin kuruma göre farklılıklar gösterdiği durumlar görülür.²⁸¹ 1992’de ise 3816 sayılı kanunla hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayamayacak durumdaki Türk vatandaşları için Yeşil Kart uygulamasına başlanır. Bu uygulamanın Genel Sağlık Sigortasına geçilinceye kadar devam ettirilmesi planlanır. Yeşil Kart’tan yararlandırılacak vatandaşların tespiti de köy ve mahalle ihtiyar heyetleri, muhtarlar, jandarma ve emniyet görevlilerinin, bu kişileri, il ve ilçe kurullarına bildirmeleriyle gerçekleşir.²⁸² Yine aynı yıl TBMM’ne sunulmak üzere *Ulusal Sağlık Politikası Taslağı* hazırlanır. Taslağın konu ve hedefleri ise şöyle sıralanabilir:

- *Sağlığın Geliştirilmesi*: Ulusal sağlık akademisinin kurulması, sağlık enformasyon sisteminin oluşturulması, sağlığın hukuki yapısına yönelik yapılanma, teknolojik donanımın doğru bir şekilde dağıtımı, fonksiyonel mimaride sağlık yapıları inşa etmek ve sağlık hizmet finansmanı sorunlarını çözmek.
- *Çevre Sağlığı*: Hava ve su kirliliğinin ve atıkların denetlenmesi, gıda emniyetini sağlama, yerleşim alanlarına yönelik alt yapıların hazırlanması ve iş güvenliği ile işçi sağlığına yönelik önlemlerin alınması.
- *Yaşam Biçimi*: Sağlıklı davranış kalıplarının özümsemesi için eğitim aracılığıyla yönlendirme programları.
- *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu*: İlaç ve denetimi, hastaneler, sağlık insan gücü ve yönetim örgütlenmesi üzerindeki aksaklıkların giderilmesi.

²⁸¹ *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 50.

²⁸² Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, (1992), *T.C. Resmi Gazete*, 3816, 03 Temmuz 1992.

- *Sağlıklı Türkiye Hedefleri*: Bebek, çocuk, anne, yaşlıların sağlığı konusunda iyileştirmeler; bulaşıcı hastalıkların ve kazaların azaltılmasına yönelik hedefler.²⁸³

1998’de ve 2000’de Genel Sağlık Sigortası yeniden gündeme gelir, ancak bir sonuç alınamaz. Bu konuda şimdiye kadar ortaya konan çalışmaların çoğu, uygulanamadan birer teori olarak kalır. Bu teorilerin uygulanması ise 2003’ten sonraki süreçte mümkün olur.

3.2.5. 2003’ten Günümüze: Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlıkın McDonalddlaştırılması

3 Kasım 2002’de gerçekleştirilen genel seçimle birlikte Adalet ve Kalkınma Partisi oyların %34,3’ünü alarak tek başına iktidara gelir. Seçim sonucunda AKP’den 363, CHP’den 178 ve bağımsız olarak da 9 milletvekili mecliste yer alır.²⁸⁴ Yeni hükümetin parti programı, 1980’lerde başlayan neo-liberal politik anlayışının devam ettirildiğini gösterir. Programa göre devletin ekonomiye doğrudan müdahalede bulunmayacağı ve üretim faaliyetlerinde yer almayacağı belirtilir. Bunun yerine politika oluşturma, alt yapı, kaynak yaratma, standart koyma ve denetimlerde bulunmak devletin uğraşısı içerisinde sıralanır. Program dahilinde mevcut sağlık sistemine yönelik tespitler ve eleştiriler ise bir kaç maddede ifade edilir. Bunlardan ilki mevcut sistemin kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı açısından ihtiyaca cevap veremeyecek bir halde olduğudur. Yapılacak köklü değişikliklerle bu sistem yerine herkesin ulaşabileceği, nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemi hedeflenir. İkincisi mevcut sisteminin maliyetlerinin çok arttığı, bu nedenle sağlık hizmetinin ulaşılamaz ve standart birliğinin kalmadığı yönündedir. Özellikle sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık işleri ile uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellediği gibi onları verimsiz bir hale de getirmektedir. Üçüncüsü nüfusun ne kadarının sağlık sigortası kapsamında olduğuna yönelik tespitlerdir. Buna göre nüfusun %81’i sağlık sigortası kapsamında iken geriye kalan %19’un herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Bu noktada devletin, herkesin sağlık ihtiyacını karşılamak üzere gerekirse özel sektörle de işbirliği yapacağı

²⁸³ Sağlık Bakanlığı, *TBMM’ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Bakanlığı, Ankara 1992, 3-76.

²⁸⁴ Sarıkoca, 218.

belirtilir. Nitelikli bir sağlık hizmeti için de ngrlenler şöyle sıralanır: devlet hastanesi, sigorta hastanesi ve kurum hastanesi arasındaki ayrımın kaldırılması ve hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması; Sağlık Bakanlığının da bu yeni sisteme göre yapılandırılması ve sağlık sektöründe rekabet ortamının yaratılması; sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve Genel Sağlık Sigorta Sisteminin kurulması; aile hekimliği uygulamasının başlatılması ve sağlam bir hasta sevk zinciri sisteminin oluşturulması ve son olarak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojilerinden en st seviyede yararlanılması ve sağlık bilgi sisteminin kurulmasıdır.²⁸⁵ Tüm bunlar Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında uygulamaya konur.

3.2.5.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı

3.2.5.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Amacı

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003'te yayımlanan *Sağlıkta Dönüşüm* adlı kitapıta programın amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetle uygulanması için bu hizmetlerin organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması şeklinde ifade edilir.²⁸⁶ Bu noktada sağlık hizmetinin etkili olması, halkın sağlık düzeyinin ne kadar ykseltildiğine bağlıdır. Dönüşüm kapsamında mortalite ve morbidite göstergelerinde geçmişe oranla sağlanacak düşüşler, başarının somut kanıtları olarak kabul edilir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ile de maliyetlerin düşürülüp, ayrılan sağlık bütçesinden daha fazla hizmetin üretilmesi hedeflenir. Sağlık insan gücünün dağılımı, sağlık işletmeciliği, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu bağlamda ele alınması söz konusudur. Verimliliği arttırmak üzere ülkedeki sağlık hizmet sektörü de bütünüyle ele alınarak sisteme dahil edilir. Son olarak hakkaniyet ile halkın sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamak ve hizmetin karşılığında herkesin maddi durumlarına göre katkıda bulunacağı bir sağlık finansmanının oluşturulması hedeflenir. Ayrıca kırsal ve kentsel alanların yanı sıra ülkenin doğusu ile batısı arasında

²⁸⁵ 58.Hükümet Programı;

www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukumet-programi.pdf

²⁸⁶ *Sağlıkta Dönüşüm*, 24.

sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık durumu göstergeleri açısından farklılıkların azaltılması hakkaniyet hedefi içerisinde yer alır.²⁸⁷

3.2.5.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri dokuz maddede sıralanır. Bunlar;

1. *İnsan merkezilik*: Sağlık hizmetinin sunumu ve planlamasının, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesi.
2. *Sürdürülebilirlik*: Ortaya konacak sağlık sisteminin ülkenin koşullarına ve kaynaklarına uyumlu olmasını ve aynı zamanda bu kaynaklardan kendini besleyerek devamlılığını sağlayabilmesini ifade eder.
3. *Sürekli kalite gelişimi*: Sunulan hizmetin niteliği ve kalitesinin ne kadar iyi olursa olsun bununla yetinilmeyip hep daha iyisinin aranmasıdır. Bu noktada sistemin eleştirel olarak değerlendirilmesini sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması hedeflenir.
4. *Katılımcılık*: Sistemin uygulanması ve geliştirilmesinde tüm tarafların fikir ve tavsiyelerinin alınması amacıyla bir tartışma platformunun sağlanmasıdır. Aynı zamanda sistem içerisinde sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin toplanarak kaynak birliğinin elde edilmesini içerir.
5. *Uzlaşmacılık*: Sağlık sektörünün çeşitli temsilcileri arasında karşılıklı çıkarların gözetilerek ortak bir paydada buluşma çabasıdır. Bu noktada yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında standartların sağlanmasının yanı sıra tarafların bunlara uyması hedeflenir.
6. *Gönüllülük*: Birey veya kurum ayrımı gözetmeksizin sistemde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara göre davranmalarının sağlanmasıdır. Buna göre sistem içerisinde hizmet alan ve üreten kesimlerin zorlamayla değil, teşvik edilerek gönüllü bir şekilde yer almaları hedeflenir.
7. *Güçler ayrılığı*: Sağlık hizmetlerinin finansman, planlama, denetim ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılmasıdır. Böylece çıkar çatışması ortadan kaldırılarak daha verimli ve kaliteli bir hizmet sunumu sağlanabilir.

²⁸⁷ Sağlıkta Dönüşüm, 24.

8. *Desantralizasyon* (merkezileşmeme): Kurumların işleyişinde hantal bir yapı oluşturan merkezi yönetimin terk edilmesidir. Bunun yerine değişen koşullara ve çağdaş anlayışa cevap verebilecek yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenir. Bu noktada idari ve mali açıdan bağımsız işletmelerin karar mekanizmaları daha hızlı olacağı gibi kaynaklarını da daha verimli bir şekilde kullanabilecektir.
9. *Hizmette rekabet*: Sağlık hizmet sunumunun devletin tekelinden çıkarılarak belirli standartlar çerçevesinde diğer hizmet sunucularının katılımının sağlanmasıdır. Böylelikle sağlık hizmet sunumunda sürekli bir kalite artırımının yanı sıra maliyetlerin azaltılmasına yönelik de bir teşvik ortamının oluşması mümkün hale gelir.²⁸⁸

3.2.5.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri sekiz başlıkta toplanır. Bunlar;

1. *Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı*: Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığının, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve bunları denetleyen bir konumda olacağı belirtilir. Bu noktada Bakanlığın, kamu veya özel kurum ve kuruluşların kaynaklarının verimli, etkili ve hakkaniyetle kullanılması için yönlendirmelerde bulunması ve bunun bir sonucu olarak da Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkesi doğrultusunda yapılanması hedeflenir. Böylece Sağlık Bakanlığının tek elden planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşacağı ifade edilir. Bakanlığın odaklanması gereken konular da koruyucu sağlık hizmeti kapsamında salgın hastalıkların gözetimi ve halk sağlığı işlevlerinin yönetimi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi ve son olarak sağlık sektörünün önceliklerinin ortaya konması şeklinde belirlenir.²⁸⁹
2. *Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası*: Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında herkesin maddi imkanları doğrultusunda belirli oranlarda katkılarda bulunacağı bir sigorta modelinin oluşturulması gerektiği belirtilir.

²⁸⁸ *Sağlıkta Dönüşüm*, 25.

²⁸⁹ *Sağlıkta Dönüşüm*, 27.

Mevcut durumda SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi kurumlar bu amaç doğrultusunda görev yapsalar da söz konusu kurumların emeklilik ve sağlık sigortalarını birbirinden ayırmadığı, akılcı olmayan düzenlemeler nedeniyle de açıklar verdikleri ve bunların da bütçeden karşılandığı görülür. Yeşil Kart ile de sigortası olmayanların bir kısmı sağlık güvencesine kavuşturulmuş olmasına karşın, halen sağlık güvencesi olmayan vatandaşlara rastlanır. Bu noktada herkesi kapsayacak zorunlu bir sağlık sigortası sistemine ihtiyaç vurgulanır. Bu sistemin adı Genel Sağlık Sigortası (GSS) olarak adlandırılır. GSS kapsamında herkese bir MERNİS numarası verileceği, sağlık sigortasının emeklilik sigortasından ayrılacağı, sigorta primlerinin takibinin sağlık kuruluşlarının üzerinden alınarak sigorta kurumlarına devredileceği ve hizmet üreten kurumların ödemelerinin zamanında yapılacağı ifade edilir. Bunların gerçekleştirilmesinde ise Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile koordineli çalışmalar yürütüleceği belirtilir. Ayrıca GSS'nın yanında özel sağlık sigortalarının desteklenerek tamamlayıcı bir rol almaları beklenir.²⁹⁰

3. *Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti:* Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim konusunda kır-kent farklılığından ziyade doğu-batı farklılığının oldukça derin olduğu görülür. 1960'larda başlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çalışmalarıyla güçlü bir sağlık ocağı ağı oluşturulsa da günümüze kadar gelen süreçte mevcut eksiklikler hala söz konusudur. Bölgelerin sağlık olanaklarını eşitlemek için planlanan ise bazı bölgelerde kısıntılar yaparak diğer bölgelere ya da özel sektöre aktarmak değil, aksine eksiklik çekilen yerlerde olanakların geliştirilmesi ve mevcut olanların da niteliğinin artırılmasıdır. Bu noktada koruyucu hekimlik kapsamında yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylerin kendi doktorlarını seçebileceği bir aile hekimliği uygulamasının başlatılması hedeflenir. Aile hekimliği uygulaması ile doktorlar tarafından bireylerin sağlık kayıtlarının tutulmasının yanı sıra kontrol ve takip işlemlerinin de yapılması öngörülür. Ancak mevcut durum göz önüne alındığında uzman olarak aile hekimlerinin sayısı az olmakla birlikte, pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitim ardından uygulama içinde çalışmaları ve uygulama süresince verilecek sürekli eğitimle

²⁹⁰ *Sağlıkta Dönüşüm*, 28-29.

desteklenmeleri planlanmaktadır. Böylece pratisyen hekimlerin maruz kaldıkları prestij kaybı ortadan kaldırılarak yeniden itibar kazanmaları sağlanacaktır. Hasta sevk zincirinin ilk ayağını oluşturan aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlardaki gereksiz yığılmaların önüne geçilmesi için de önemli bir birimdir. Bir çok rahatsızlığın tanı ve tedavisi birinci basamakta yer alan aile hekimliği merkezlerince doğru bir şekilde yapılabilir. Ancak genellikle güvensizlik kaynaklı nedenlerden dolayı hastaların aile hekimliği merkezlerini atlayarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yöneldiği görülmektedir. Bu noktada aile hekimliğinin çekiciliğini arttırmak, ikinci ve üçüncü basamak kurumlardaki yığılmaları azaltacağı gibi buralardaki hizmetin kalitesinin de artmasına ve sağlık harcamalarındaki israfın azaltılmasına yardımcı olacaktır. Tüm bunların yanı sıra Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde ülkedeki bütün hastanelerin hiç bir ayrım gözetmeksizin bütün vatandaşlarımıza hizmet vermesinin sağlanacağı ifade edilir. Bu noktada sağlık finansmanında kurumlar değil, bireyler desteklenecek ve hizmet sunumunda bulunanlar ürettikleri hizmet oranında sistemden pay alacaklardır. Mevcut durumda kamu hastanelerinin daha verimli olması için idari ve mali açıdan özerklik tanınacaktır. Buna göre öncelikle söz konusu hastanelerde hizmet sunumu açısından bir birlik sağlanacak ve sonra her tesis için ayrı ayrı özerklik verilecektir. Özerklikle birlikte kamu sağlık kuruluşlarının artık kendilerini finanse edebilmeleri istenecek, ancak bunu yaparken de daha fazla kâr elde etmek için hizmet kalitelerini düşüren bir anlayışı benimsemelerine izin verilmeyecektir. Bu noktada özerk olan her hastane sunduğu hizmetin kalite ve verimliliğinin yanı sıra idari kararlarından sorumlu olacaktır. Verimlilik konusunda ifade edilen bir diğer nokta da performans yönetiminin benimseneceğidir. Buna göre performans göstergeleri belirlenerek, bu performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilecektir. Son olarak tasarruf sağlamak için yataklı tedaviden ziyade ayakta tedavinin ön plana alındığı görülür. Bunun için de ikinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının gelişmiş bir poliklinik ve laboratuvar sisteminin yanı sıra gündelik cerrahi merkezlerini barındıracak şekilde donanmaları hedeflenir. Özürlülere yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin ise

tedavi edici hizmetlerden bağımsız ama bağlantılı olarak uzmanlaşmış sağlık merkezlerinde verilmesi ve bu amaçla bu tür merkezlerin açılmasının teşvik edileceği belirtilir.²⁹¹

4. *Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü:* Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarının Avrupa Birliği uyum süreci dikkate alınarak tanımlanacağı belirtilir. Bunun yanı sıra hekim ihtiyacı doğrultusunda tıp eğitiminin geliştirileceği ifade edilir. Bu noktada özellikle birinci basamakta yer alan aile hekimliği için yeni bir müfredat programının geliştirilmesi planlanır. Yine birinci basamak sağlık hizmetleri içinde dış hekimlerinin bulunacağı belirtilmekle birlikte uzman dış hekimleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alacaklardır. Tüm bunların yanı sıra hemşirelik eğitiminin üniversite ile temellendirilmesi ve uluslararası standartlara ulaştırılması için düzenlemelerin yapılacağı ifade edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde '*aile sağlığı hemşireliği*'nin geliştirilmesi planlanır. Bu durum aile sağlığı merkezlerinin ihtiyacı olan hemşirelerin karşılanması için büyük önem taşır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilmesi düşünülen uygulamalardan biri de hekimlikten bağımsız bir şekilde sağlık yöneticiliğinin geliştirilmesidir. Mevcut durumda hekimler tarafından gerçekleştirilen işletme yöneticiliğinin, çok fazla sayıda tecrübesizlikten kaynaklanan kararların alınmasına ve hekimlerin amaç dışı bir şekilde kullanılmalarına neden olmaktadır. Bu yüzden yeni yapılanma için gerekli planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine öncelik verileceği vurgulanır. Tüm bunların yanı sıra sağlık çalışanlarının gönüllülük temelli teşvik politikalarıyla ülke geneline dengeli bir şekilde dağılımlarının sağlanması hedeflenir. Bu noktada zorunlu hizmetin kaldırılarak, *çakılı sözleşmeli personellerin* istihdam edilmesiyle kamu kurumlarında daha istekli ve verimli bir çalışmanın özendirileceği belirtilir.²⁹²

5. *Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları:* Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi ve sürekli kılınması için sektörle ilgili analizler yapabilecek, araştırmalar planlayabilecek, hükümetlere

²⁹¹ *Sağlıkta Dönüşüm*, 30-32.

²⁹² *Sağlıkta Dönüşüm*, 32-33.

danışmanlık yapabilecek ve sağlık alanında çalışacaklara mezuniyetleri sonrası eğitimler verebilecek bir kurumsal yapılanmaya ihtiyaç vardır. Bu noktada tıp fakülteleri bünyesi altında yer almayan, multidisipliner nitelikli bir halk sağlığı biliminin kurulması hedeflenir. Bunun yanı sıra Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında tıp eğitiminin, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık olarak algılanmasının önüne geçileceği belirtilir. Tıpta uzmanlık eğitimi için müfredatın sağlık meslek örgütlerinin de katkılarda bulunacağı bir şekilde geliştirilip denetlenmesi öngörülür. Son olarak tıpta uzmanlık eğitiminin planlanıp, standart bir hale getirilmesi ve denetimlerinin yapılması için *Sağlık Akademisi* veya *Sağlık Uzmanlık Kurumu*'nun oluşturulması planlanır.²⁹³

6. *Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon*: Sağlık sektöründe sunulan hizmetin kalitesini üst seviyede tutmak ve bunun sürekliliğini sağlamak üzere ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon (denklik) işlemlerini düzenleyecek, özerk bir yapıda ve yönetiminde sağlık sektörü temsilcilerinin yer alacağı bir *Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumunun* oluşturulması hedeflenir. Bu kurum aracılığıyla sağlık sonuçlarını ölçmek üzere sistemlerin geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunan kurumlar için performans göstergeleri içeren veri tablolarının oluşturulması ve iyi uygulamaların tanımlanarak uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi planlanır. Bunun yanı sıra etik değerlerin korunabilmesi için yaptırım yetkisine sahip, geniş yetkilerle donatılmış bir etik kurulu kurumunun oluşturulması hedeflenir.²⁹⁴

7. *Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma*: İlaç, tıbbi malzeme ve cihazların belirli standartları barındırmasının sağlanması, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı bir şekilde yönetilmesi için uluslararası ölçütlere sahip kurumlara ihtiyaç vardır. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ulusal nitelikli ilaç ve cihaz kurumlarının oluşturulması gerektiği belirtilir. İlaçla ilgili olarak mevcut durumda Türkiye'de ilaç kullanımının ve bunlara yönelik harcamaların oldukça yüksek olduğu görülür. Oluşturulacak Ulusal İlaç Kurumu ile birlikte ilaca yönelik politikaların belirlenmesi; ilacın

²⁹³ *Sağlıkta Dönüşüm*, 33-34.

²⁹⁴ *Sağlıkta Dönüşüm*, 34.

ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı ve ARGE faaliyetlerinin düzenlenmesi ve desteklenmesi sağlanabilir. Bağımsız olarak uygulamalarda bulunacak bu kurum aracılığıyla ruhsatlandırma sürecinin daha etkili, şeffaf ve hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi öngörüldüğü gibi fiyatlandırma konusunda da tüm taraflarla uzlaşıcı bir yaklaşımın benimseneceği belirtilir. Bunların yanı sıra ülkemizde üretilen ilaçların ihraç edilebilmesi ve yurtdışında Türk ilaç sanayinin yatırımlarda bulunması Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde ele alınan öncelikli konulardır. Tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri açısından ise mevcut durum daha çok ithal menşeli ürünlerin kullanıldığını gösterir. Bunların denetimi, kalite belgesi ve kalibrasyonu da yurt dışı referanslara göre yapılmaktadır. Bu noktada uluslararası standartların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesinin düzenlenmesi yerli üretimi harekete geçirecektir. Yerli üretime geçilmesi halinde kaynak israfı önlenebileceği gibi bunların ihraç edilmesiyle de ülke ekonomisine bir katkı sağlanacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanır. Bu kurum ile birlikte bilgi veri tabanların oluşturulması, tıbbi cihazların karşılaştırılarak değerlendirilmesi ve çıkan sonuçlara göre söz konusu cihazların satın alınması ve bunun planlanması; güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere yönelik bilginin sağlanması ve son olarak internet üzerinden sürekli eğitim programlarının üstlenilip, uygulamalı araştırmaların desteklenerek üçüncü şahısların bu noktada finanse edilmesi hedeflenir. Bu hedef doğrultusunda sağlık hizmetinde uluslararası standartlara uygun bir şekilde cihaz ve sarf malzemesinin kullanılmaya başlanması zaman ve malzeme israfını önleyeceği gibi kalitenin yükselmesine ve sağlık turizminin yolunu açarak ekonomik katkı sağlayacağı öngörülür.²⁹⁵

8. *Karar sürecinde etkili bilgiye erişim için sağlık bilgi sistemi:* Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinde koordinasyonun sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, hastalara ait tıbbi kayıtların korunması, hastanın sevk edilirken bilgilerinin de transfer edilmesi, sağlığa yönelik verilerin toplanması ve kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını

²⁹⁵ Sağlıkta Dönüşüm, 34-36.

görebilmek için etkili bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu belirtilir. Sağlık bilgi sisteminden elde edilecek veriler, ülkenin sağlık sektöründeki sorunlarını yansıtacağı gibi önlemlerin alınması ve planlamanın yapılmasını sağlayacak politikaların da şekillenmesine yardımcı olabilir. Sistemin işleyişinin ise mevcut iletişim olanakları ile kullanılabilen bir ortak veri tabanı üzerinden sağlanması planlanır. Bu sistemde herkesi tanımlayan bir MERNIS numarası kullanılır. MERNIS numarası hizmet sunan kurum tarafından tedaviye başvuran hastanın sigortalı olup olmadığını hızlı bir şekilde kontrol etmesine imkan sağlarken, denetleyiciler tarafından sigorta sistemindeki verilerle hizmetin kullanımına ilişkin verilerin de karşılaştırılmasını kolaylaştıracaktır. Sağlık bilgi sistemiyle ayrıca yapılabilecekler de şöyle sıralanabilir: entegre olarak çalışacak bir ilaç provizyon sistemiyle ilaç denetimi, sağlık hizmet sunumunun dağılımı ve doluluğunu denetleme, elektronik randevu hizmeti, aile hekimleri ile hastalarını ilişkilendirme ve sistemde yetkilendirme.²⁹⁶

3.2.5.2. Türkiye’de Sağlıkın McDonaldlaştırılması

3.2.5.2.1. Verimlilik

Verimlilik açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hedeflenen uygulamalardan biri birinci basamak sağlık hizmetlerinin tercih edilip, kullanılabilirliğini arttırmaktır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan aile hekimliği, gerek koruyucu hekimliğin en önemli unsuru olarak hastalıklara karşı bağışıklamada ve gerekse üst basamak sağlık hizmetlerini meşgul etmeye değmeyecek rahatsızlıklara karşı sunduğu tedavi hizmetleriyle verimliliğin en önemli unsurlarından birini oluşturur. Bu amaçla aile hekimliği konusunda AKP tarafından 24.11.2004’de 5258 sayılı “*Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*” çıkarılır. Kanunun uygulamaya başlanması 15.09.2005’te ilk kez Düzce’de gerçekleşir. 2010’da ise aile hekimliği 81 ilde uygulamaya konur. Söz konusu kanunla birlikte uygulamanın yapılacağı yerlerde, en az 1000 ve en fazla 4000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde ücretsiz sağlık hizmeti sunulur. Aile hekimliği hizmetinden faydalananlar ise isterlerse kayıtlı oldukları aile hekimini değiştirebilirler. Aile hekimliği kapsamında

²⁹⁶ Sağlıkta Dönüşüm, 36-37.

kişiyeye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağıık hizmetleri sunulmasının yanı sıra kişisel sağıık kayıtlarının tutulması da yer alır. Aile hekimleri bu görevlerini hemşire, ebe ve sağıık memurundan oluşan yardımcı sağıık personeliyle yürütür. Kanuna göre aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtlar, kişilerin sağıık dosyaları ile raporlar, sevk belgesi ve reçete gibi belgeler resmi kayıt ve evrak olarak değerlendirilir. Bu belgeler hekimin ayrılması veya kişinin hekimini değıştirmesi halinde eksiksiz bir şekilde yeni hekime devredilir. Aile hekimliğı sistemi içerisinde kişi, hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olursa olsun, üst basamak bir sağıık hizmet kurumuna sevk olmak istediğinde aile hekimin onayını alması gerekir. Ancak aile hekiminin sevkı olmaksızın bir kişi sağıık kurum ve kuruluşlarına müracaat ederse, bu kurumlara muayene olmak için katkı payı ödemesi zorunludur.²⁹⁷ Bu durum kişilerin üst basamak sağıık kuruluşlarına yönelik gereksiz yönelimlerini azaltmada caydırıcı olabilmektedir. Benzer bir caydırıcılık 27.01.2012’de Sağıık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan “*Acil Sağıık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması*” adlı genelgede görülür. Genelgeye göre yataklı sağıık tesisleri içindeki acil servislerde, yeşil alan uygulaması kapsamında değerlendirilecek sağıık hizmetleri için katılım payı alınacağı belirtilir. Bu noktada yüksek risk taşımayan hafif derecedeki her türlü ağrı; aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü; genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti; basit yaralar, küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler, kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar yeşil kod içerisinde değerlendirilir.²⁹⁸

Tablo 3.2 ve Şekil 3.1’de görüldüğü gibi aile hekimliğine müracaat edenlerin sayısı giderek artmaktadır. Özellikle 2010’da 81 ilde uygulama imkanına kavuşan aile hekimliğine müracaat sayısı 108.976.049’dan, 2011’de %120 artarak 240.298.753’e yükselir.

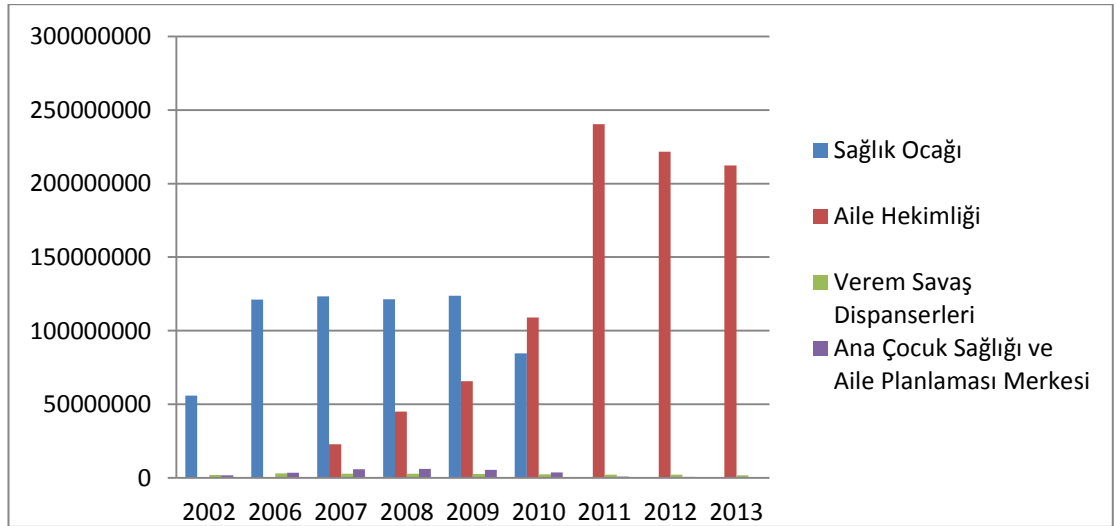
²⁹⁷ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, (2004), *T.C. Resmi Gazete*, 5258, 24 Kasım 2004.

²⁹⁸ Yataklı Sağıık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Ek-7, (2009), *T.C. Resmi Gazete*, 27378, 16 Ekim 2009.

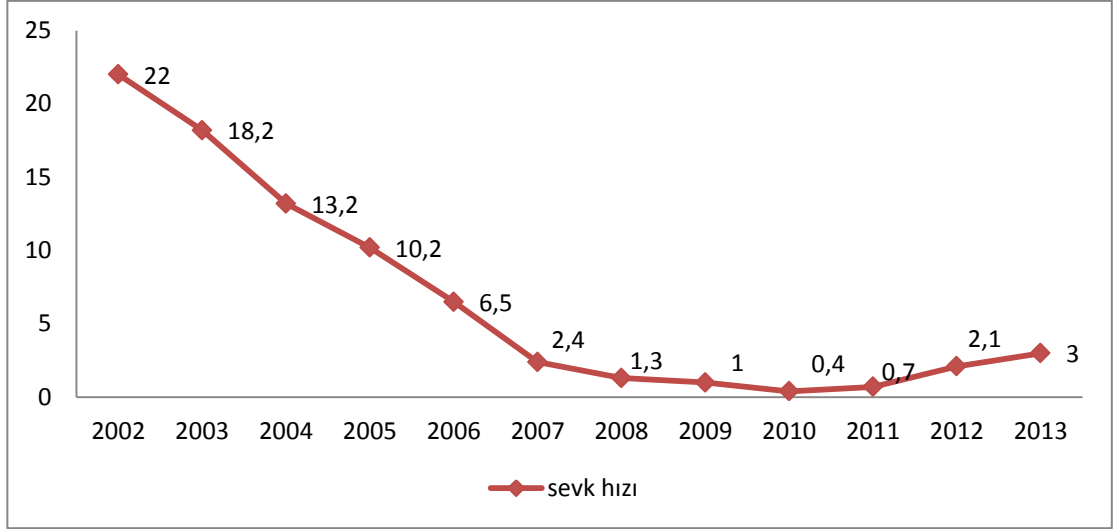
Tablo 3.2. Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Müracaat Sayısı

Yıllar	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği	Verem Savaş Dispanseri	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Sağlığı Merkezi
2002	55844883	0	2012458	1869385
2006	121101156	0	3034848	3610177
2007	123259825	22902118	2818945	5993934
2008	121441948	45111103	2781992	6079527
2009	123851458	65716898	2557787	5578183
2010	84629163	108976049	2378998	3831859
2011	0	240298753	2219534	944842
2012	0	221672029	2143765	630583
2013	0	212318024	1815805	536707

Kaynak: 2002-2009 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2009'dan ve 2009-2013 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2009'dan alınmıştır.

**Şekil 3.1.** Yıllara Göre Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Müracaat Grafiği

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2009'dan alınan verilerle 2002-2009 yılları ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2013'ten alınan verilerle de 2009-2013 grafikleri oluşturulmuştur.

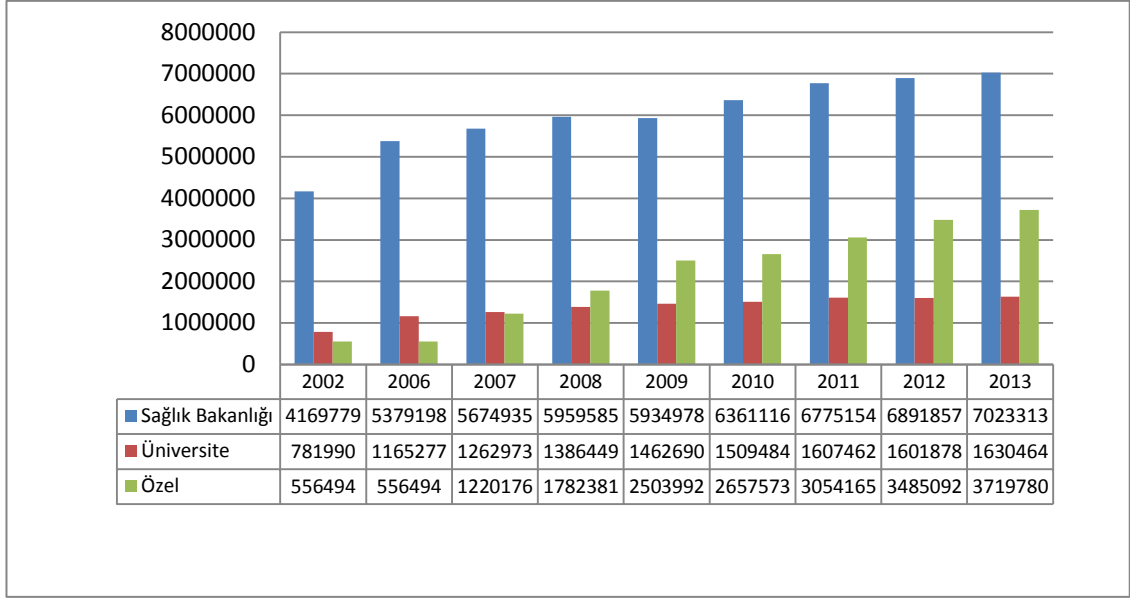


Şekil 3.2. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Kuruluşların Sevk Hızı (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

Müracaat sayısının artması kadar, kişilerin yaşadıkları sağlık sorunlarına ne kadar cevap alabildikleri de önemlidir. Şekil 3.2.'de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak hizmetlerden üst basamak hizmetlere sevk hızı 2002'de %22 iken bu oran giderek düşmeye başlar ve 2010'da %0,4'e kadar geriler.

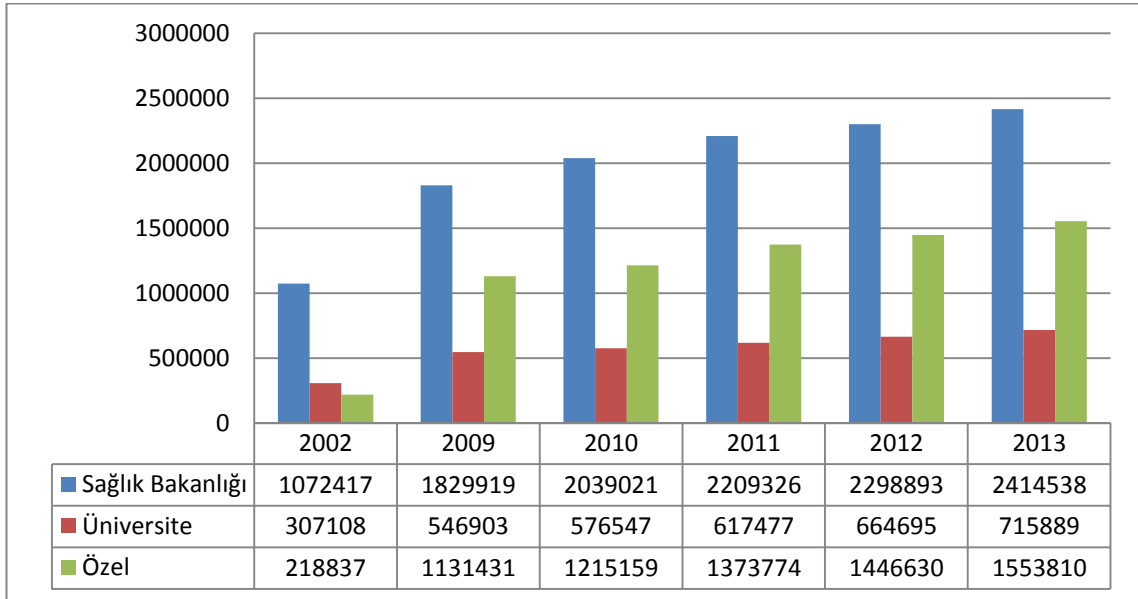
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında can bulan uygulamalardan biri de 26.06.2006'da 5510 sayılı "*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*"yla birlikte sağlık sigortasına sahip vatandaşların özel hastaneler ve tıp merkezlerinden ilave ücret ödeyerek hizmet alması yolunun açılmasıdır. Bu durum kısıtlı bir hacimde de olsa varlık gösteren özel sağlık sektörünün rekabetçi bir şekilde pazarda hareketlenmesini sağlar. Şekil 3.3'te görüldüğü gibi 2002'de Sağlık Bakanlığına ait hastanelerde yatan hasta sayısının, özel hastanelerde yatan hasta sayısına oranı %649 iken, bu oran 2013'te azalarak %88'e kadar geriler.



Şekil 3.3. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye’de Yatan Hasta Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

Şekil 3.4’e bakıldığında da 2002’de Sağlık Bakanlığı’na ait hastanelerde yapılan ameliyat sayısının, özel sektörde yapılan ameliyat sayısının yaklaşık 5 katı olduğu; 2013’te ise bu oranın 1.5 kata kadar azaldığı görülür. Bu noktada 2002’de her yüz ameliyatın 67’si Sağlık Bakanlığına ait hastanelerde, 19’u üniversite hastanelerinde ve 13’ü özel hastanelerde yapılırken; bu oran 2013’te Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 52, üniversite hastanelerinde 15 ve özel hastanelerde 33 şeklinde değişir.

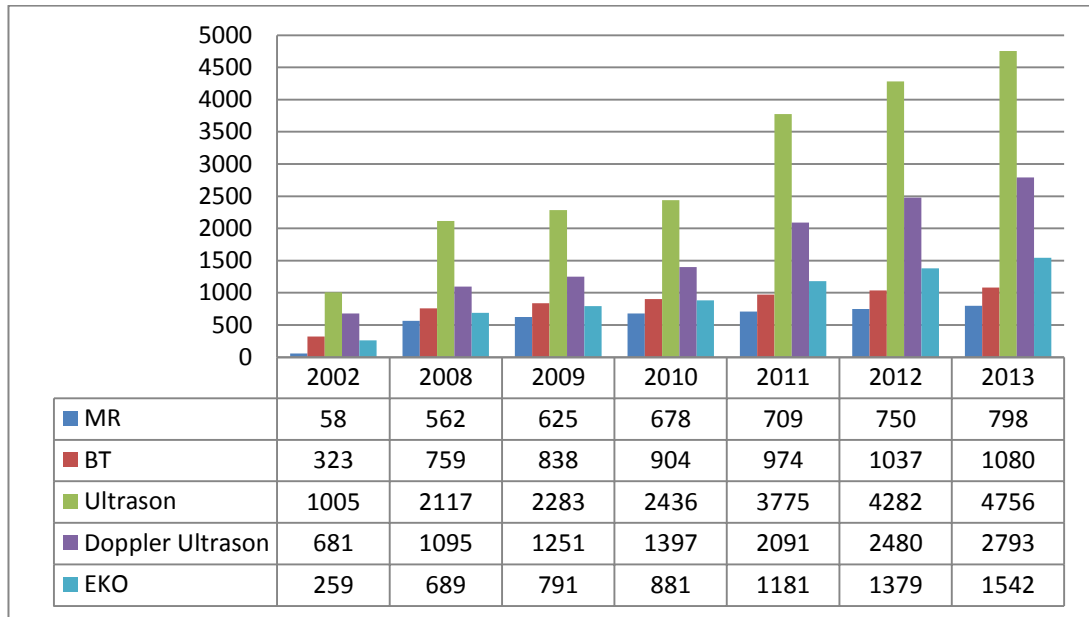


Şekil 3.4. Sektörlere göre Türkiye’de Ameliyat Sayılarının Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

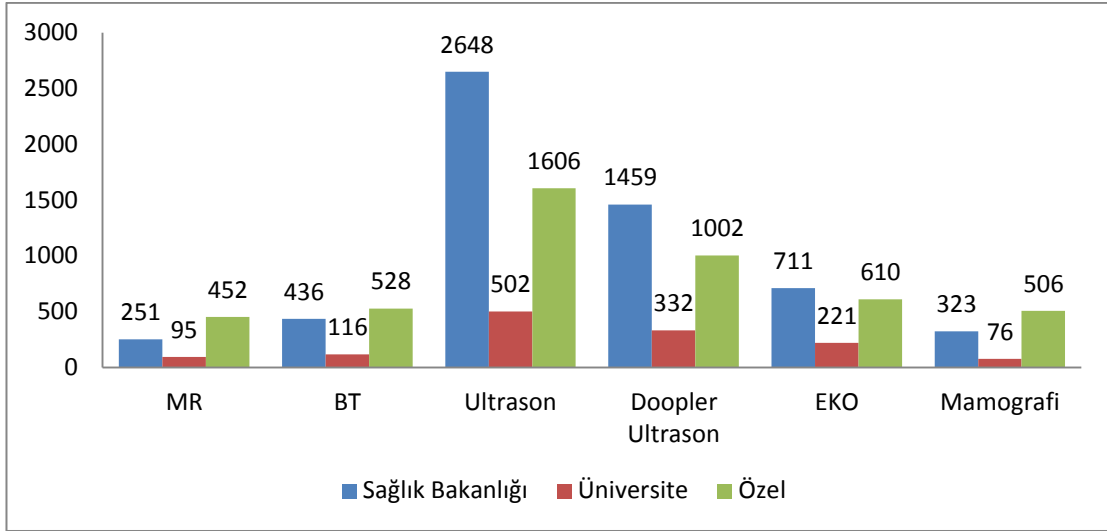
Sağlıkta verim almanın bir başka yolu da ileri teknoloji içeren donanımlara sahip olmaktır. Şekil 3.5'te sıralanan cihazlar, normal bir muayeneye göre görülemeyecek olan insan teninin altındaki işleyişi bize yansıtır. Bu noktada kanserli dokular, gebelik döneminde bebeğin sağlık durumu ve kalp ile ilgili sorunlar bu cihazlarla çok daha büyük bir doğrulukta teşhis edilir. Şekil 3.5'te görüldüğü gibi 2002'den 2013'e sıralanan her cihazın sayısında artışlar yaşanır. Ancak özellikle MR (Manyetik Rezonans Görüntüleme) cihazlarının 2002'ye göre 13 kat arttığı, diğer cihazlarda ise bu artışın 3,5 ile 6 katı arasında kaldığı görülür.

Şekil 3.6'da yer alan sektörlere göre tıbbi cihazların sayısının dağılımına baktığımızda ise 2013 yılı itibarıyla özel sektörünün Sağlık Bakanlığı'na oranla %80 MR, %21 BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve % 56 mamografi cihazına sahip olduğu görülür. Ancak Sağlık Bakanlığı da özel sektöre oranla %64 Ultrason, %45 Doppler Ultrason (renkli ultrason) ve %16 EKO (Ekokardiyografi) cihazına sahiptir.



Şekil 3.5. Yıllara Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları

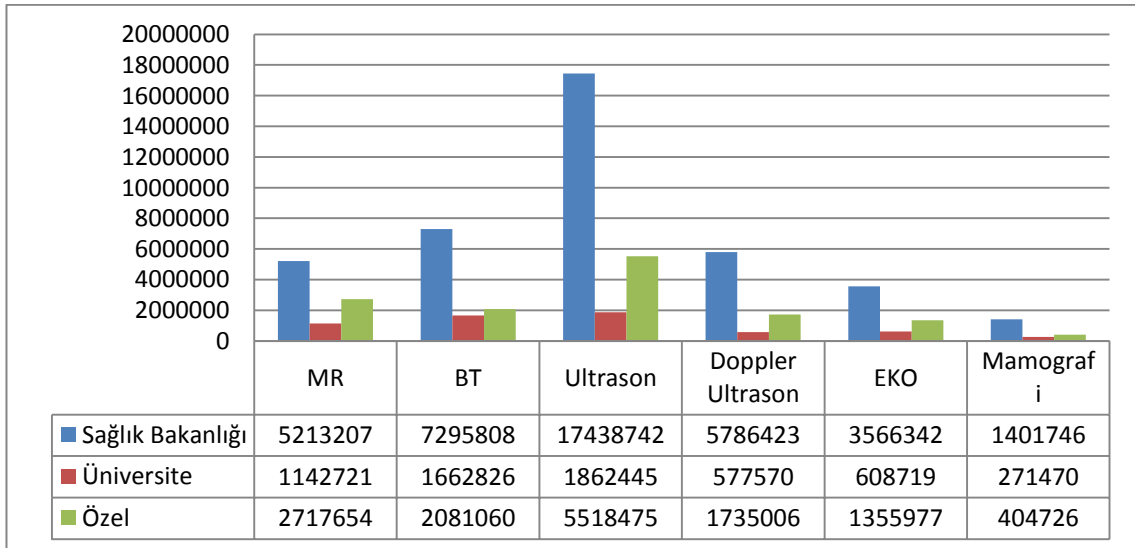
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’de yer alan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.



Şekil 3.6. Sektörlere Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları, 2013

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’de yer alan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

Cihazların kullanımına bakıldığında ise Şekil 3.7’de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığına ait hastanelerde her cihazın görüntüleme sayısı üniversite ve özel hastanelere oranla daha fazladır. Özel sektörün, sayısal açıdan daha fazla sahip olduğu MR, BT ve Mamografi cihazlarında dahi görüntüleme sayısı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde daha yüksektir.



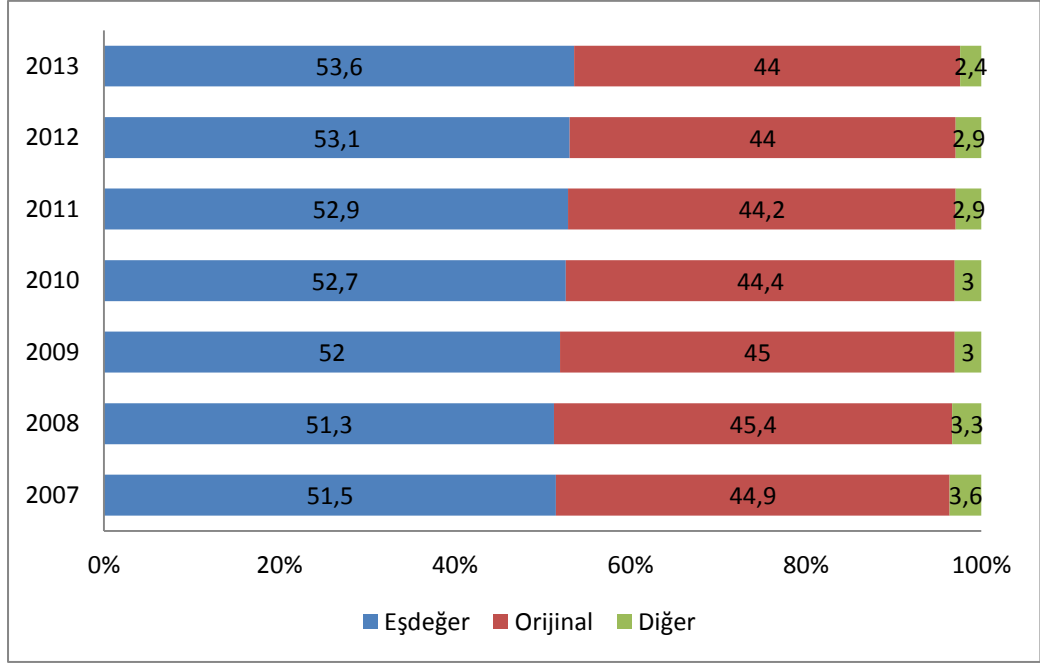
Şekil 3.7. Sektörlere Göre Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihazların Görüntüleme Sayısı, 2013

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’de yer alan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

Teknoloji açısından tıbbi cihazlar kadar sağlık bilişim sistemleri de verimliliği arttırılabilir. Özellikle 2010'da kurularak faaliyete geçen *İlaç Takip Sistemi (İTS)*, devleti zarara sokan kupür sahteciliğinin önünün alınmasında etkili olur. Buna göre İTS, üretici veya ithalatçı, ecza deposu ve eczanelerden alınan bildirimleri, geri ödeme kurumlarından alınan satış onaylarıyla karşılaştırılarak bir ilacın yalnızca bir kez satılmasını sağlar. Ayrıca ilaç kutularının yasadışı olarak yeniden basılması ve daha önce geri ödeme kurumlarına satılmış ilaçların kutularından çıkarılıp yeni bir kutuya konarak defalarca satılması gibi yolsuzlukların da önüne geçmek mümkün hale gelir. İTS öncesi bu sahtekarlıklara yönelik yapılan kupür kesme uygulaması ise ilaçların kutularının açılmasına sebep olup ilacın güvenirliliğini azaltırken, İTS'nin her bir ilacın üzerine basılan karekodları takibe alan uygulamasıyla o ürünün giriş ve çıkışı raporlanarak, ürünün son görüldüğü konum, zaman ve durum kaydedilir ve gerçek zamanlı olarak veri tabanında saklanması sağlanır.²⁹⁹

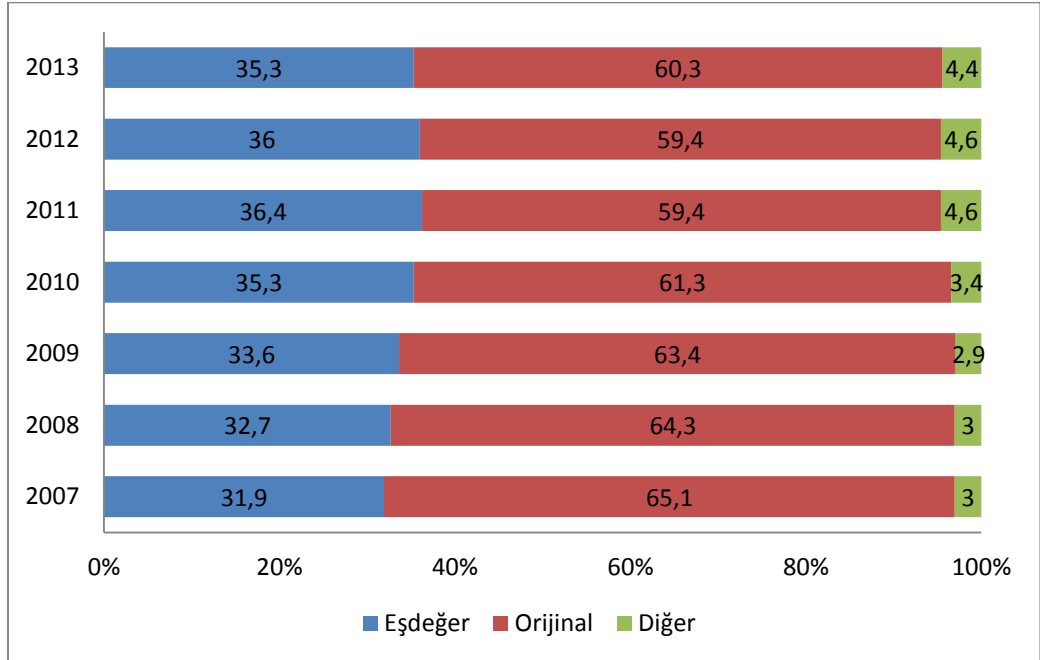
Sağlık açısından ilaçlar genellikle tedavinin en önemli parçasını oluşturur. Bu noktada sağlık harcamalarının da en önemli kalemlerinden biri ilaçlardır. Verimlilik açısından ilaçların tüketimi bilişim sistemleriyle kontrol edilmeye çalışılsa da jenerik (eşdeğer) ilaç uygulamasıyla da harcamanın miktarını düşürmek mümkündür. Buna göre eşdeğer ilaç orijinal ilaçla aynı etken maddeyi aynı miktarda içermeli; aynı formülasyonda ve farmasötik şekilde olmalıdır. Hepsinden önemlisi eşdeğer ilacın, orijinal ilaçla biyo-eşdeğer olduğunu kanıtlamış olması gerekir. Şekil 3.8.'de görüldüğü gibi 2007 yılından bu yana tüketilen ilaçların yarısından fazlasını jenerik ilaçlar oluşturmaktadır ve 2013'e kadar % 4 oranında bir artış vardır. Ancak buna rağmen harcama dağılımlarına gelindiğinde orijinal ilaçların yüzdesinin daha fazla olduğu Şekil 3.9.'da görülebilir. Bu noktada 2013 yılı itibarıyla eşdeğer ilaçların harcamadaki payı yüzde 35,3 iken, orijinal ilaçların oranı %60,3'tür.

²⁹⁹ İlaç Takip Sisteminin Kazanımları;
<http://itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=19&mp=3,22>



Şekil 3.8. Yıllara ve Referans Türüne Göre Türkiye’de İlaç Tüketimlerinin Dağılımı (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

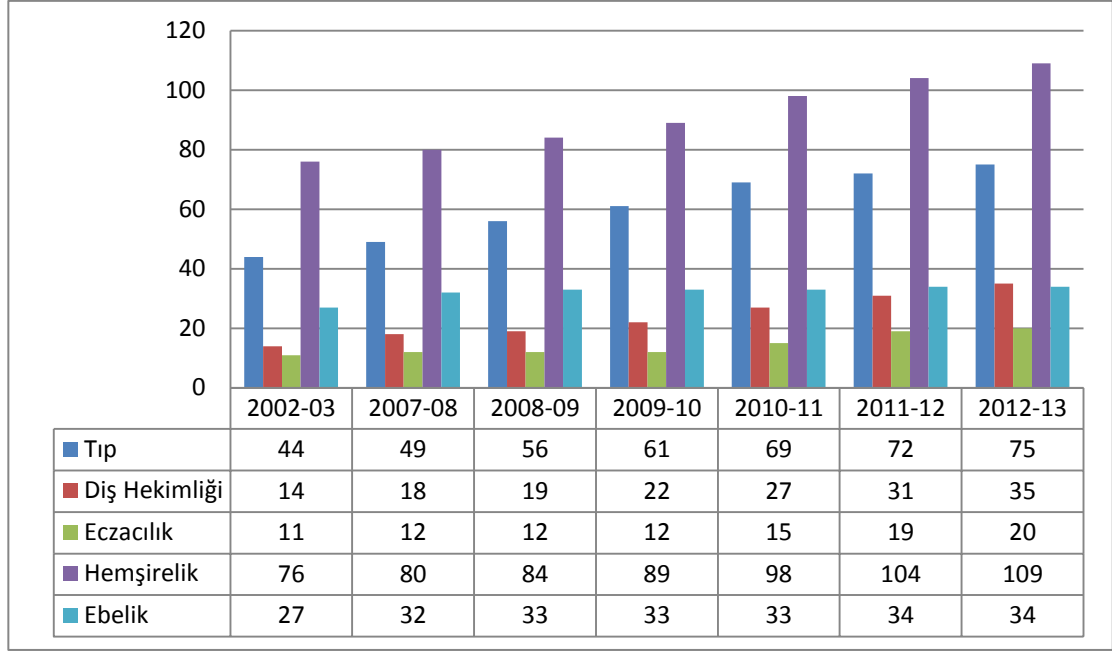


Şekil 3.9. Yıllara ve Referans Türüne Göre Türkiye’de İlaç Harcamalarının Dağılımı (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

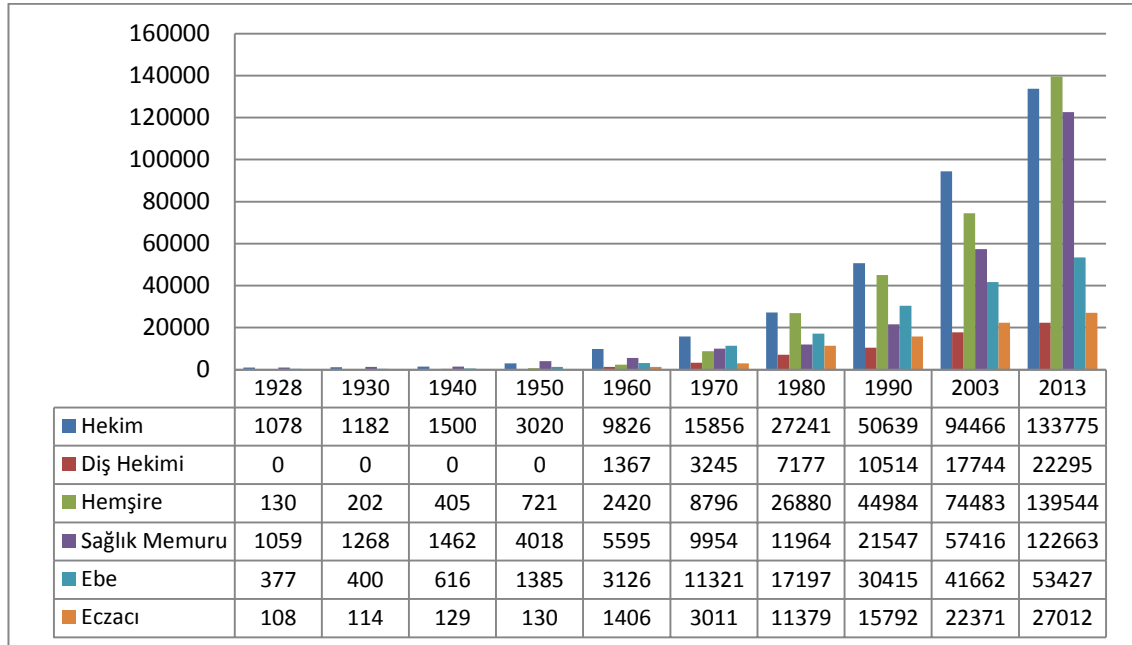
Verimlilik arttırmaya yönelik uygulamalardan biri de siyasi iktidarın doktor, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanların sayısını arttırmaya yönelik olarak eğitimi desteklemesidir. Şekil 3.10'da görüldüğü gibi AKP'nin iktidara geldiği dönemde 44 tıp, 14 diş hekimliği ve 11 eczacılık fakültesi; 76 hemşirelik ve 27 ebelik okulu mevcutken, eğitime yönelik yatırımlarla 10 yıllık süreçte büyük artışlar kaydedilir. Tıpta %70, diş hekimliğinde %150, eczacılıkta %81, hemşirelikte %43 ve ebelikte %25 artış gözlenir.

Sağlık eğitimine yönelik desteklerin sağlık çalışanlarının sayısı üzerindeki etkisi ise Şekil 3.11'de görülebilir. Buna göre hekimlerin sayısındaki ilk gözle görülür artış %101 ile 1950'de yaşanır. 1960'da da yine bir rekor kırılarak hekim sayısında %225'lik bir artış gerçekleşir. AKP'nin iktidara geldiği 2003'de 94.466 olan hekim sayısı on üç yıl öncesine göre %86'lık bir yükselişi yansıtır. Ancak 2013'te bu rakam 129.772 hekim ile %37'lik bir oranda artış göstererek geçmişe kıyasla bir düşüş yaşar. Diş hekimliğini incelediğimizde ise 1951 yılına kadar bu alanda bir sağlık personelinin olmadığı görülür. 1960'da 1367 olan diş hekimi sayısı 1970 ve 1980'de %100'ün üzerinde artışlar gerçekleştirir. 2003'de 17.744 diş hekimi ile %68'lik bir artış mevcut iken, 2013'de 22.295 diş hekimi ile %25'lik bir artış kaydedilir. Genel olarak baktığımızda hekimlerin artış yüzdelerinde düşüşler yaşanırken, hemşire ve sağlık memurların sayısındaki artış yüzdelerinde yükselmeler görülür. Buna göre 1950'de 721 olan hemşire sayısı, 1960, 1970 ve 1980'de %200'lük artış gösterir. 1990 ve 2003'te ise yükselme oranlarında düşüş yaşanır ve önce %67'lik sonrasında %65'lik yükselmeler kaydedilir. 2003-2013 arası dönemde hemşire sayısının artış oranında yeniden yükselme eğilimi başlar ve %87'lik artışla 139.544 hemşire sayısına ulaşılır. Yardımcı sağlık hizmet sınıfının diğer üyesi olan sağlık memur sayısında da 1980-1990 arası dönemde %80, 1990-2003 arası dönemde %166 ve 2003-2013 arası dönemde %113'lük artış oranları kaydedilir. Ebelerin sayısında ise 1960-1970 arası dönemde %262'lik bir artış söz konusu iken bu oranın giderek düştüğü ve 2003-2013 arası dönemde %28'lik bir artışla 53.427'ye ulaştığı görülür. Son olarak eczacı sayısı 1990-2003 arası dönemde %41'lik artıştan 2003-2013 arası dönemde %20'lik bir artış oranına gerileyerek 27.012'ye ulaşır.



Şekil 3.10. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Tıp, Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakültesi Sayıları ile Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik ve Ebelik Okul Sayıları

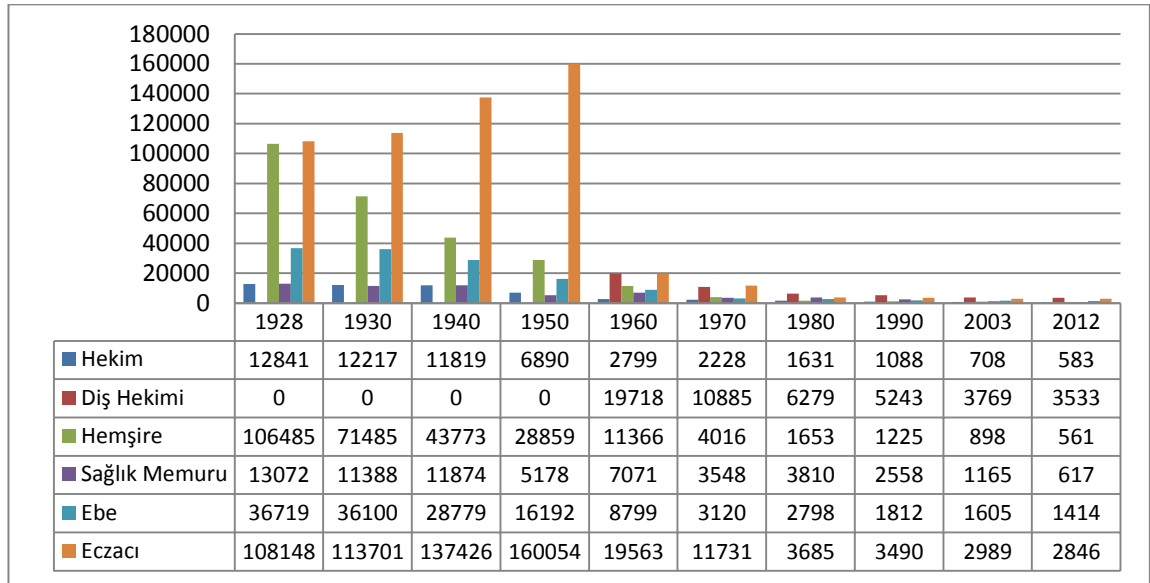
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’de yer alan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.



Şekil 3.11. Yıllara Göre Sağlık Personel Sayıları

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 linkinde yer alan 1928-2003 yıllarına ait veriler kullanılarak oluşturulmuş olup, 2013 verileri Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’den alınmıştır.

Şekil 3.12’de yer alan sağlık personeli başına düşen kişi sayısına baktığımızda ise eczacılık hariç her branşta yıllara göre bir azalma yaşanır. Ancak 1950’den sonraki süreçte eczacılık branşında da genel bir düşüş eğilimi görülür. Bu düşüşte doktor sayılarında yaşanan artış kadar, 1960’tan itibaren nüfus artış oranında baş gösteren azalmanın da etkisi vardır. Buna göre 1950-1960 arası %32’lik nüfus artış oranı, 1960-1970’de %28, 1970-1980’de %25, 1980-1990’da %24, 1990-2003’te %21 ve 2003-2012’de %13 olarak bir azalma eğilimi gösterir.³⁰⁰



Şekil 3.12. Yıllara Göre Sağlık Personeli Başına Düşen Kişi Sayısı

Kaynak: TÜİK, www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 linkinde yer alan veriler kullanılarak oluşturulmuştur.

3.2.5.2.2. Hesaplanabilirlik

Niceliğe vurgu yapan hesaplanabilirlik hasta sayısı, hastalara ayrılan zaman, hastalardan elde edilen kâr ve hastaların tedavi masrafları gibi konular üzerinde durur. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlığın McDonaldlaştırılması açısından hesaplanabilirliğin en önemli ögesi performans sisteminin uygulamaya konmasıdır. 09.01.1961’de 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”un 5.maddesinden yasal dayanağını alan performans sistemi, ilk olarak 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak uygulamaya başlanır. 09.02.2004 tarihli ve 417 sayılı

³⁰⁰ Bu oranlar Şekil 3.3.’ün verileriyle Şekil 3.2.’nin aynı branşta yer alan değerlerin çarpımıyla elde edilmiştir. Çarpım sonucunda 2012 yılına ait Türkiye nüfusu 75.657.076 olarak hesaplanmıştır.

Makam onayı ile de yürürlüğe giren “*Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge*” ile önce tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında, sonra da ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında performans sistemi uygulamaya konur. 12.05.2006’da Resmi Gazete’de yayımlanan 26166 sayılı “*Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*” ile de performans sistemi detaylandırılır. Yönetmeliğe göre Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı hariç olmak üzere Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlardaki görevli memurlar ek ödeme kapsamında değerlendirilir. Bu noktada İl Sağlık Müdürlüğü ile bünyesindeki sağlık grup başkanlıkları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, ilçe-belde gün hastaneleri ve benzeri birinci basamak sağlık kuruluşları ile Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumları söz konusu yönetmeliğin uygulama alanındadır. Ek ödeme miktarının belirlenmesinde ise personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmamasının yanı sıra muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışmak gibi unsurlar etkilidir.³⁰¹

Performans sistemi kadar sağlık çalışanlarının tam gün çalıştırılmasına yönelik kanun da hesaplanabilirlik açısından önemli bir diğer uygulamadır. 30.01.2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 5947 sayılı “*Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*” la birlikte 209 sayılı “*Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun*”un 5. maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “*serbest çalışıp çalışmaması*” ibaresi “*tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri*” şeklinde değiştirilerek kamu hekimlerin serbest çalışması engellenir.³⁰²

³⁰¹ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, (2006), T.C. Resmi Gazete, 26166, 12 Mayıs 2006.

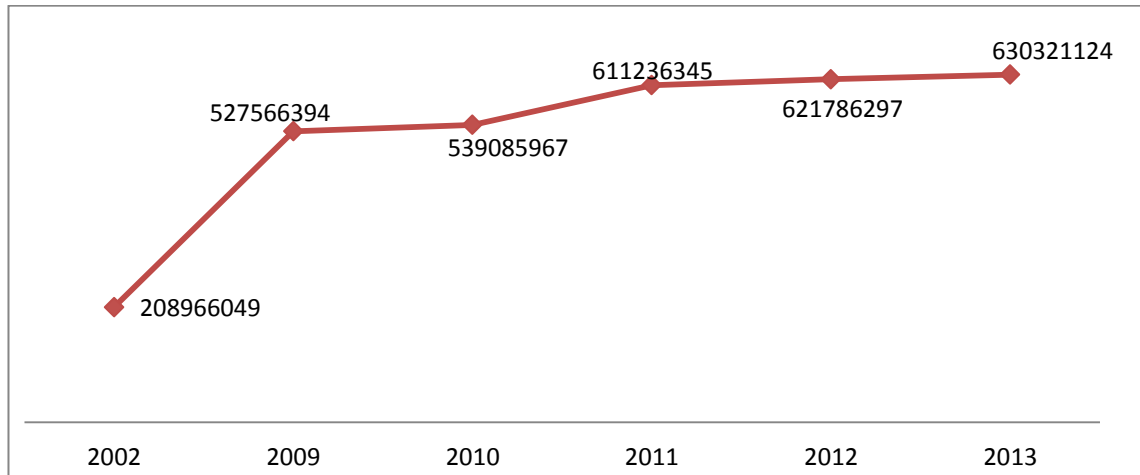
³⁰² Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (2010), T.C. Resmi Gazete, 5947, 30 Ocak 2010.

Sağlığın McDonalddlaştırılması açısından hesaplanabilirliğinin amacı daha fazla hastaya bakmaktır. Bu durum özel hastaneler için kâr elde etmek anlamı taşıırken, kamu hastaneleri için mevcut kaynağın daha fazla kişi için kullanılmasını ifade eder. Bu noktada Tablo 3.3'e ve Şekil 3.13'e baktığımızda AKP'nin iktidara geldiği 2002 yılından 2013'e kadar hasta müracaatlarında yıllara göre %300'ün üzerinde bir artışın yaşandığı görülür.

Tablo 3.3. Yıllara Göre Tüm Sektörlerde Türkiye'de Toplam Hekime Müracaat Sayıları

Hizmet Basamağı	2002	2009	2010	2011	2012	2013
1.	74.827.588	200.221.251	202.313.421	244.346.102	235.137.151	220.252.781
2. ve 3.	134.138.659	327.345.143	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343
Toplam	208.966.049	527.566.394	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.124

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.



Şekil 3.13. Yıllara Göre Tüm Sektörlerde Türkiye'de Toplam Hekime Müracaat Sayıları Grafiği

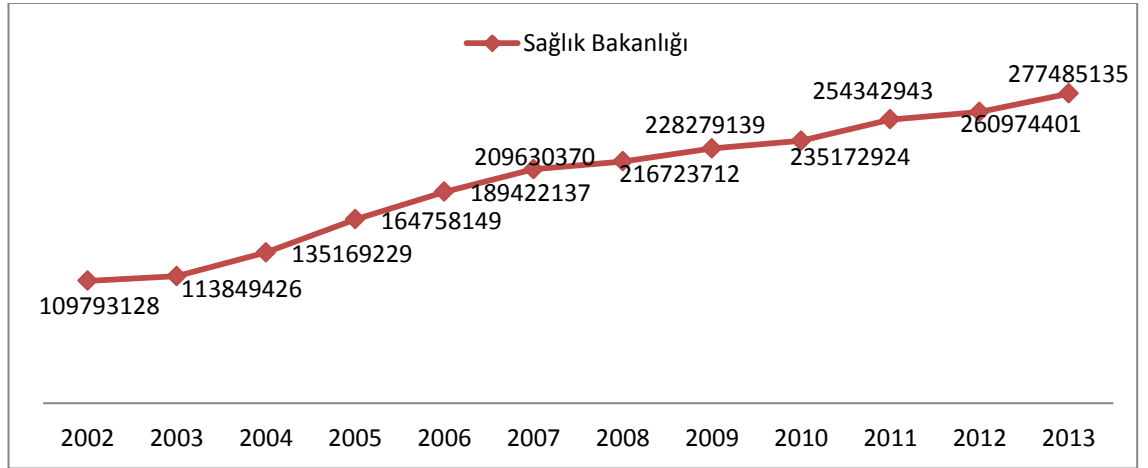
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

Türkiye'de hekime müracaat sayılarını Tablo 3.4.'te yer aldığı şekliyle daha ayrıntılı olarak özelleştirdiğimizde ise 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm sektörlerle göre hastanelere müracaat sayılarında da artışların olduğu görülür. Buna göre 2002'den 2013'e Sağlık Bakanlığı hastanelerine %150, Üniversite hastanelerine % 239 ve son olarak özel hastanelere %1152 oranında müracaatta artış yaşanır.

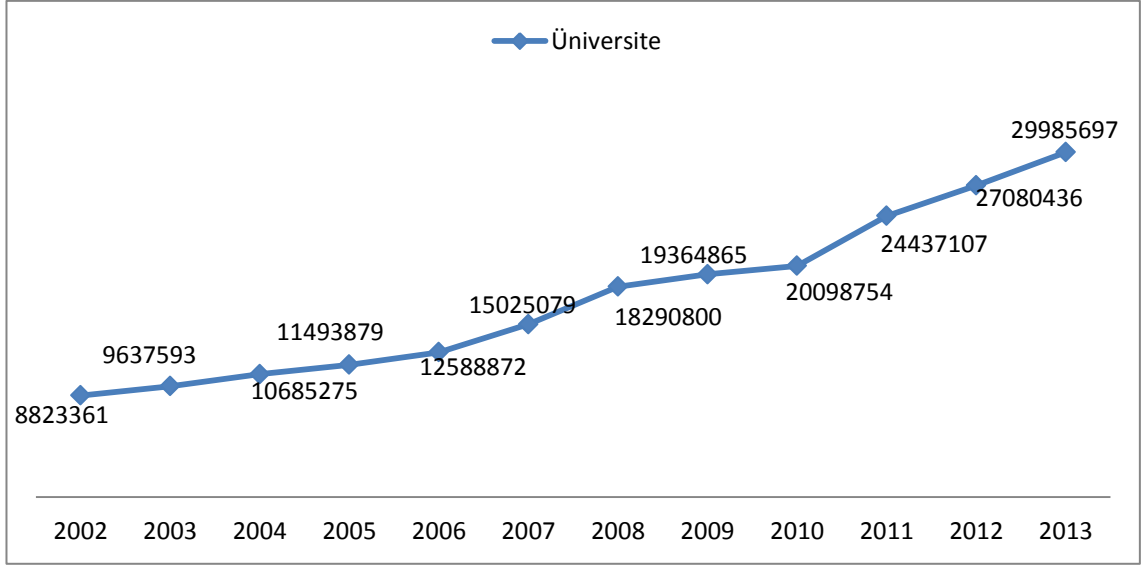
Tablo 3.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye’de Hastanelere Müracaat Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	109.793.128	8.823.361	5.697.170	124.313.659
2003	113.849.426	9.637.593	6.157.609	129.644.628
2004	135.169.229	10.685.275	6.993.905	152.848.409
2005	164.758.149	11.493.879	10.978.090	187.230.118
2006	189.422.137	12.588.872	15.529.416	217.540.425
2007	209.630.370	15.025.079	24.485.650	249.141.059
2008	216.723.712	18.290.800	38.688.313	273.702.825
2009	228.279.139	19.364.865	47.618.186	295.262.190
2010	235.172.924	20.098.754	47.712.540	302.984.218
2011	254.342.943	24.437.107	59.069.486	337.849.536
2012	260.974.401	27.080.436	66.582.098	354.636.935
2013	277.485.135	29.985.697	71.341.411	378.812.243

Kaynak:2002-2011 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den, 2012-2013 verileri ise Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınmıştır.

**Şekil 3.14.** Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Müracaat Sayıları Grafiği

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 ve 2013.



Şekil 3.15. Yıllara Göre Türkiye’de Üniversite Hastanelerine Müracaat Sayıları Grafiği
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 ve 2013.

Hastanelerin daha fazla müracaata cevap verebilmesi, hastanelerde yatan hasta sayısına da yansır. Tablo 3.5.’teki yıllara ve sektöre göre Türkiye’de yatan hasta sayısı incelendiğinde her bir sektörde giderek daha fazla hastaya hizmet verildiği görülür. Buna göre 2002’de 5.508.263 olan yatan hasta sayısı 2013’te %124 artış göstererek 12.371.557’ye ulaşır. Bu artış Sağlık Bakanlığı hastaneleri için %68, üniversite hastaneleri için %108 ve özel hastaneler için %568’dir.

Tablo 3.5. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye’de Yatan Hasta Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	4.169.779	781.990	556.494	5.508.263
2003	4.277.747	838.486	618.855	5.735.088
2004	4.860.433	921.735	658.632	6.440.800
2005	5.042.382	1.025.614	908.942	6.976.938
2006	5.303.347	1.165.277	1.220.176	7.688.800
2007	5.674.935	1.262.973	1.782.381	8.720.289
2008	5.959.585	1.386.449	2.338.211	9.684.245
2009	5.934.978	1.462.690	2.503.992	9.901.660
2010	6.361.116	1.509.484	2.657.573	10.528.173
2011	6.775.154	1.607.462	3.054.165	11.436.781
2012	6.891.857	1.601.878	3.485.092	11.978.827
2013	7.023.313	1.630.464	3.719.780	12.371.557

Kaynak: 2002-2011 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den, 2012-2013 verileri ise Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınmıştır.

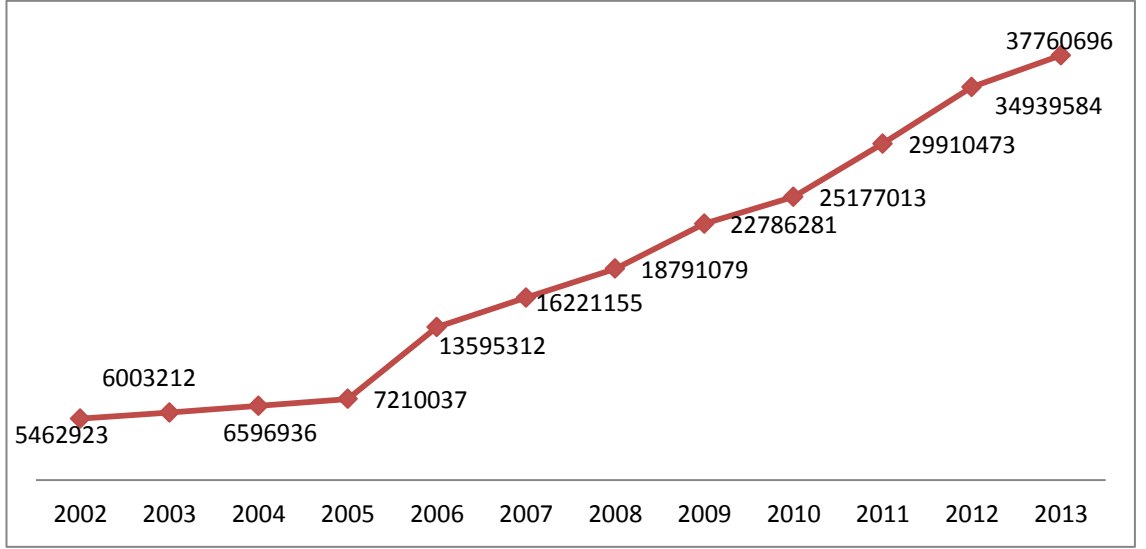
Tablo 3.6’da yıllara ve sektöre göre Türkiye’de gerçekleştirilen toplam ameliyat sayıları incelendiğinde de artışların olduğu görülür. Buna göre toplam ameliyat sayısında 2002’den 2013’e %193 oranında artış yaşanır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri için söz konusu artış oranı %125, üniversite için %133 ve özel için %610’dur.

Tablo 3.6. Yıllara ve Sektörlere Göre Türkiye’de Toplam Ameliyat Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	1.072.417	307.108	218.837	1.598.362
2003	1.130.023	326.441	236.906	1.693.370
2004	1.442.076	375.473	260.114	2.077.663
2005	1.689.797	452.326	392.671	2.534.794
2006	1.985.405	508.129	579.771	3.073.305
2007	2.217.413	560.275	787.297	3.564.985
2008	2.464.291	638.028	1.086.975	4.189.294
2009	1.829.919	546.903	1.131.431	3.508.253
2010	2.039.021	576.547	1.215.159	3.830.727
2011	2.209.326	617.477	1.373.774	4.200.577
2012	2.298.893	664.695	1.446.630	4.410.218
2013	2.414.538	715.889	1.553.810	4.684.237

Kaynak:2002-2011 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığınca veriler hizmetler olup, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den alınmıştır. 2012-2013 yıllarına ait veriler ise tüm sektörleri kapsamakta olup, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2013’ten alınmıştır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine başvurularda da benzer bir durum mevcuttur. Buna göre Şekil 3.16’da görüldüğü gibi 2002’de 5.462.923 kişi ağız ve diş sağlığı hizmetlerine müracaat ederken, bu sayı 2013’te %591 oranında artışla 37.760.696 kişiye ulaşır.



Şekil 3.16. Yıllara Göre Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine Müracaat Sayısı
Kaynak: 2002-2011 yıllarına ait veriler Sağlık Bakanlığınca veriler hizmetler olup, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den alınmıştır. 2012-2013 yıllarına ait veriler ise tüm sektörleri kapsamakta olup, Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2013’ten alınmıştır.

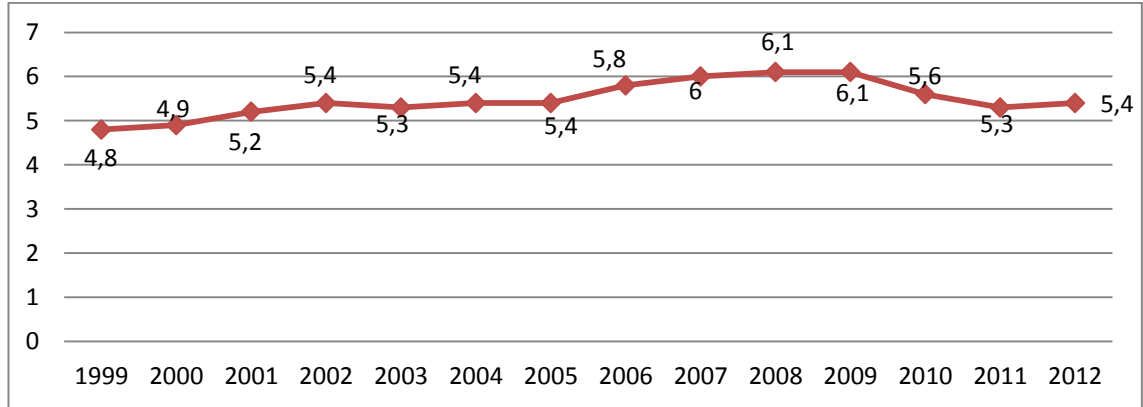
Sağlık harcamalarına gelince Tablo 3.7’de görüldüğü gibi AKP’nin iktidara geldiği 2002 yılı itibariyle toplam sağlık harcaması 18.774.000.000 TL’dir. 2012’de ise bu rakam %306 artışla 76.358.000.000 TL’ sına ulaşır. Yine 2002 yılında %5,4 olan sağlığa ayrılan bütçe oranı, 2008 ve 2009’da %6,1’e kadar ulaşır. Ancak daha sonra bir azalma eğilimi görülür ve 2012’de bu oran % 5,4’e kadar geriler. 2008’den sonra yatırım harcamalarında da bir azalma görülür. Buna göre 5.420.000.000 TL olan yatırım oranı 2012 itibariyle 3.538.000.000 TL’ye geriler.

Tablo 3.7. Yıllara Göre Türkiye’de Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamaları (000.000 TL)

Yıllar	GSYİH (Milyon TL)	Cari Sağlık Harcaması	Yatırım Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması (Cari + Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)
1999	104.596	4.786	199	4.985	4,8
2000	166.658	7.888	360	8.248	4,9
2001	240.224	12.086	310	12.396	5,2
2002	350.476	18.331	443	18.774	5,4
2003	454.781	23.676	603	24.279	5,3
2004	559.033	28.616	1.405	30.021	5,4
2005	648.932	33.292	2.067	35.359	5,4
2006	758.391	40.949	3.120	44.069	5,8
2007	843.178	46.495	4.409	50.904	6,0
2008	950.534	52.320	5.420	57.740	6,1
2009	952.559	55.294	2.616	57.911	6,1
2010	1.098.799	58.623	3.054	61.678	5,6
2011	1.297.713	65.372	3.236	68.607	5,3
2012	1.415.786	72.820	3.538	76.358	5,4

Kaynak: www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

*Cari sağlık harcamaları; hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta vd. kapsar.



Şekil 3.17. Yıllara Göre Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)

Kaynak: www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084

3.2.5.2.3. Öngörülebilirlik

Sağlığın McDonalddlaştırılmasında üçüncü boyut olan öngörülebilirlik, standartlaşma üzerinde yoğunlaşır. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Programı

kapsamında 06.01.2005’de 5283 sayılı “*Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun*” ile birlikte kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilerek sağlıkta standartlaşmanın ilk adımları atılır. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Türk Silahlı Kuvvetleri, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri ile Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğüne ait sporcu eğitim ve sağlık merkezleri ise kanun kapsamı dışında tutulur. Kanunun gerekçesinde mevcut sistemdeki kaçaklar nedeniyle maliyetlerin çok arttığı ve bir standart birliğinin olmaması nedeniyle de sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntıların yaşandığı vurgulanır. Bunun yanı sıra üçüncü taraf olarak ifade edilen sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık hizmeti sunuculuğu yapmasının, bu kuruluşların asli hizmetlerinde performans düşüklüğüne yol açtığı, bunun da kaynak israfına ve plansızlığa neden olduğu belirtilir. Standartlaşmamanın en önemli nedeni ise Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda çok başlı bir yapının var olmasıdır. Bu çok başlılığın bir sonucu olarak sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, SSK ve diğer kurumlar ve bunlara bağlı diğer sağlık kuruluşları arasında bir koordinasyonun oluşmadığı görülür. Bu koordinasyonsuzluk ise söz konusu kurumların hizmet ve yatırım planlamalarını, toplumsal ihtiyaçları göz önünde bulundurmadan yapmasına neden olur. Kanunla birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarının açılış, kapanış ve denetimlerinde aynı standartların uygulanabilmesi, sağlık personelinin farklı kurumlarda çalışmalarından kaynaklanan özlük ve diğer malî haklarındaki farklılıkların ortadan kalkması ve ülke genelinde bütün hastaların ayakta ve yatarak tedavileri sırasında kullanacakları ilaçların aynı standartlarda temin edilmesi amaçlanır.³⁰³

Sağlık açısından öngörülebilir hale getirilmek istenen şeylerden biri de hekimlerin bağımsız kararlar almasının önüne geçilmesidir. Bu amaçla uygulanan yöntemlerden biri Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ödeme sistemidir. TİG, hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını sağlayan bir hasta sınıflandırma yöntemidir. Teşhisi konulan hastanın ne kadar süreyle hastanede yatması gerektiği ve teşhisin gerektirdiği tedavi hizmetinin kuruma geri ödemesinin ne miktarda olduğu, bu program aracılığıyla otomatik olarak hesaplanır. TİG çalışmalarına yönelik Türkiye’de ilk

³⁰³ Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, (2005), *T.C. Resmi Gazete*, 5283, 06 Ocak 2005.

uygulama 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesinin (HUAP) bir alt projesi olarak 7 hastanede başlar. 2009 yılında çalışmalar Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü altında yürütülür. 2012 yılında ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı kurulur. 2013'te özel ve üniversite hastanelerin de sisteme entegre edilmeleriyle birlikte 523 hastanede TİG ödeme sistemi uygulanır.³⁰⁴

Öngörülebilir olması istenen şeylerden biri de sağlık emekçilerinin çalışma davranışlarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından pek çok alanda sağlık çalışanlarının davranışlarına rehberlik edecek kitapçıkların hazırlandığını görülür. Bunlar arasında *Reçete Yazma Rehberi* (2004), *Yaralar: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Hekimler İçin El Kitabı* (2004), *Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz* (2004), *Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberi* (2007), *Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi* (2008) vb. pek çok kitapçık yer alır.

3.2.5.2.4. Denetim

Sağlığın McDonalddlaştırılması açısından son boyut olan denetim, teknolojik donanımın ağırlık kazandığı bir yapılanmayı ortaya çıkarır. Bu tarz bir yapılanma sağlık gibi çok fazla veri giriş ve çıkışının olduğu geniş kapsamlı bir alanda insan faktöründen kaynaklanacak hataların en aza indirilmesini amaçlar. Denetim başlığı altında ele alacağımız ilk teknolojik uygulama Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 25.05.2007 tarihli, 26532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "*Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*" içerisinde yer alan ve Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 13.08.2007'de bir genelgeyle tüm sağlık kurumlarına duyurulan MEDULA bilişim sistemidir. Tıbbi haberleşme anlamında kullanılan 'Medikal Ulak' tamlamasının kısaltılmışı olarak MEDULA, SGK ile sağlık kurumları arasında, sağlık kurumlarının iç süreçlerine müdahale etmeksizin, SGK kapsamında yer alan kişilere verilen hizmetin elektronik ortamda kaydedildiği ve faturalandığı, kayıtlar üzerinden gerekli incelemelerin yapılabilirdiği ve son olarak elektronik hizmetlerin ödemesinin gerçekleştirildiği bir sistemdir. MEDULA; optik sistemi, eczane sistemi,

³⁰⁴ Sağlık Bakanlığı SHGM, *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*, Sağlık Bakanlığı SHGM, Ankara 2014, 8.

malzeme sistemi ve hastane uygulama sistemi olmak üzere dört alanda kullanılır. Bu dört alanda MEDULA, kullanıcılarına hak sahipliği ve sözleşme doğrulama (provizyon alma), ödeme sorgulama, ödeme durum kontrol, fatura bilgisi kaydı ve sevk, reçete, tetkik bildirimleri konularında denetim imkanı verir. MEDULA'nın yanı sıra İlaç Takip Sistemi de verimlilik boyutu içerisinde ele aldığımız karekod uygulamasıyla sağlık hizmet sunucularına ürün üzerinde denetim oluşturma imkanı verir.

Süreç konusunda ise *Merkezi Hastane Randevu Sistemi* (MHRS), denetim boyutunda değerlendirilebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilen uygulamalardan biri olan MHRS, vatandaşların 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerine telefon veya web üzerinden randevu alabilmelerini sağlar. Telefonla ALO 182 aranarak bağlanılan canlı operatöre/asistana TC numarası söylenip bilgiler doğrulattırdıktan sonra istenilen hastane, poliklinik ve hekim bilgilerine göre sunulan tarih ve saatlerden tercih yapılır. Web üzerinden yapılacak işlemlerde ise tercih edilen hastanenin internet sitesinde yer alan *Online Randevu Sistemi* linki tıklanarak gelen *Vatandaş Giriş* ekranında kayıt oluşturulup, randevu alınabilir.³⁰⁵ Hizmet sunucular açısından ise MHRS hastanelerde kuyrukların azaltılması ve kayıtlar üzerinden sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olur.

MHRS gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya çıkmış diğer bir iletişim hattı ise Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) ALO 184'tür. 7/24 açık olan bu hat, Sağlık Bakanlığı'nın devasa boyutlara ulaşmış bürokratik yapılanmasından kaynaklanan aksaklıklardan zamanında haberdar olunup, eş zamanlı bir şekilde müdahalede bulunmak için geliştirilmiş bir sistemdir. Burada tarafların çoklu katılımının sağlanarak interaktif yönetimin etkin kılınması hedeflenir. Bu noktada sağlık hizmetlerini planlayıp yönetenler, sağlık hizmetlerini sunanlar ve sağlık hizmetlerinden yararlananların uzlaşmaya dayalı bir platformda etkili iletişim sağlamaları amaçlanır. ALO 184'ü arayan herkes, sağlıkla ilgili her türlü konuda bilgi alabilmelerinin yanı sıra eleştiri ve önerilerde bulunup, karşılaştıkları aksaklıkları ve sıkıntıları dile getirebilirler.³⁰⁶ Bu yönüyle SABİM sağlık çalışanları üzerinde her daim denetimin varlığını hissettirir.

³⁰⁵ MHRS Portal;
<https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/>

³⁰⁶ SABİM Temel Amaç ve Hedefimiz;
www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html

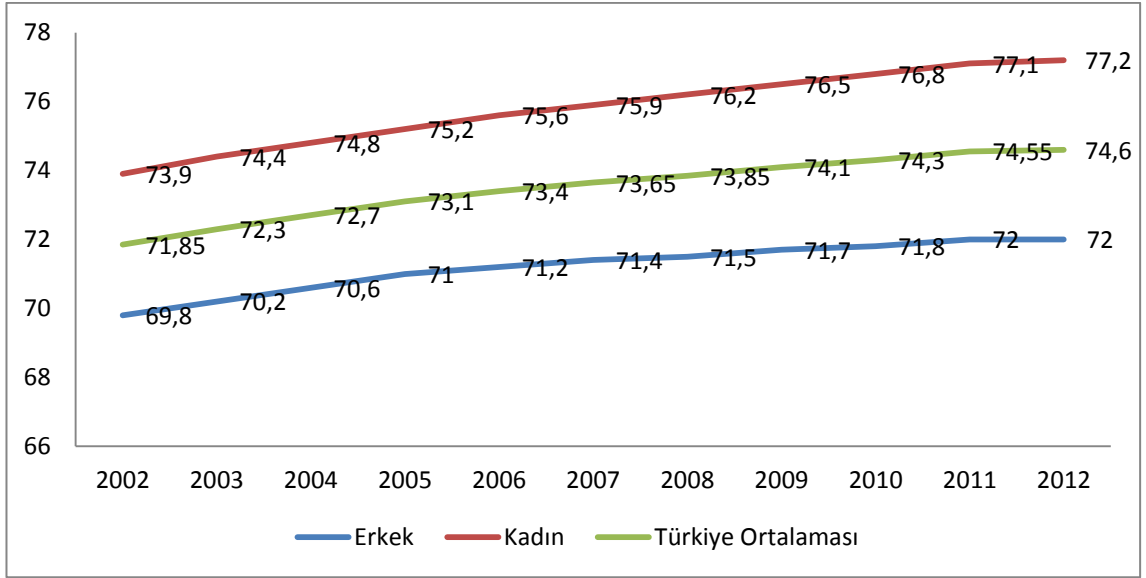
Son olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 01.12.2013 tarihinden beri özel sağlık hizmet sunucularında uygulanması zorunlu hale getirilen *biyometrik kimlik kaydı*, hastanın denetlenmesine yönelik bir yöntem oluşturur. Biyometrik kimlik, ‘parmak damar tanıma’ ve ‘avuç içi damar tanıma’ olmak üzere iki şekilde yapılır. Birincisinde özel hastaneye başvuran bir kişinin sensör üzerine getirilen parmağı kızıl ötesi ışınlarla taranarak, parmak damar haritası alınır ve veritabanına kaydedilir. Kişi söz konusu hastaneye yeniden müracaatta bulunduğu parmağı yeniden taranarak bir öncekiyle karşılaştırılır. Avuç içi damar taramada ise el üzerinde yer alan deri altı damar görüntüsü alınır. Bu görüntü üzerinden ana damar hatları ayrılır ve çıkarma algoritması uygulanarak kişiye özel bir şablon oluşturulur. Bu şablon en ileri şifreleme algoritması ile şifrelenerek veritabanında saklanır.³⁰⁷ Avuç içi damar taramasında da hastanın taramaları bir öncekiyle karşılaştırılarak eşleştirilir. 12 yaş ve altı, 65 yaş ve üstü kişiler ve acil hastaların (yeşil kodun dışında kalanlar) yanı sıra organ, doku ve kök hücre nakli tedavilerinde alıcının üzerinden donör takibinin alındığı durumlarda ve son olarak yenidoğan için anne TC. Kimlik numarası üzerinden takip alınan durumlarda biyometrik kimlik kaydının yaptırılması zorunlu değildir.

3.2.5.2.5. Türkiye’de Sağlık Alanındaki Akılcı Uygulamaların Olumsuzlukları

Verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve denetim açısından sağladığı avantajlarıyla Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen akılcı uygulamalar, sonuçları itibarıyla de pek çok olumsuzluğu içinde barındırır. Her ne kadar, Sağlık Bakanlığı’nın başarının somut kanıtı olarak kabul edeceğini söylediği yıllara göre karşılaştırmalı mortalite ve morbidite verilerinde olumlu sonuçlar elde edilmiş olsa da McDonaldlaştırmanın her boyutunda akılcılaştırmadan kaynaklanan olumsuzluklara rastlamak mümkündür.

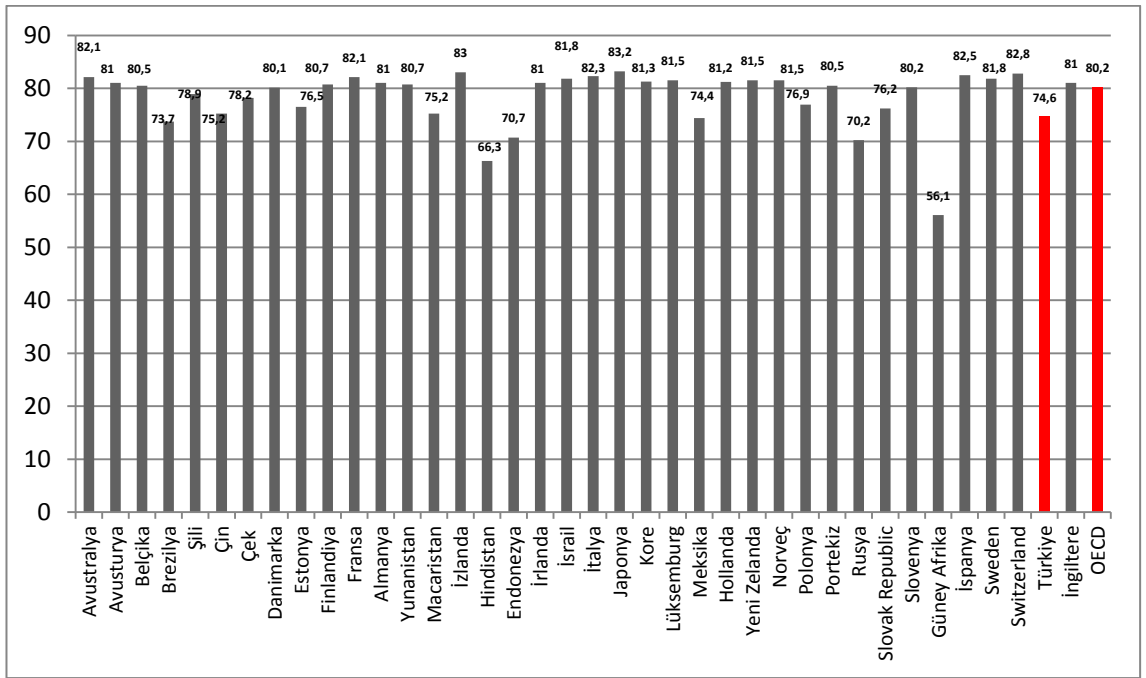
Mortalite verileri içinde ele alınabilecek ilk gösterge doğumda beklenen yaşam süresidir. Buna göre Şekil 3.18.’de görüldüğü gibi Türkiye’de AKP iktidarı boyunca ortalama insan ömründe %3,82’lik bir artış söz konusudur. Ancak uluslararası bir karşılaştırma yapıldığında Türkiye’nin ortalama insan ömrü (74,6), OECD’nin ortalamasının (80,2) gerisinde kalmaktadır.

³⁰⁷ Biyometrik Yöntemlerle Kimlik Doğrulama Sistemi İle İlgili Sık Sorulan Sorular; www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/18e6fa45-da5d-43ac-adba-22a438c40480/sss_biyometri_20131205.pdf?MOD=AJPERES



Şekil 3.18. Yıllara ve Cinsiyete Göre Türkiye’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Kaynak: www.oecd.org/statistics/compare-your-country.htm

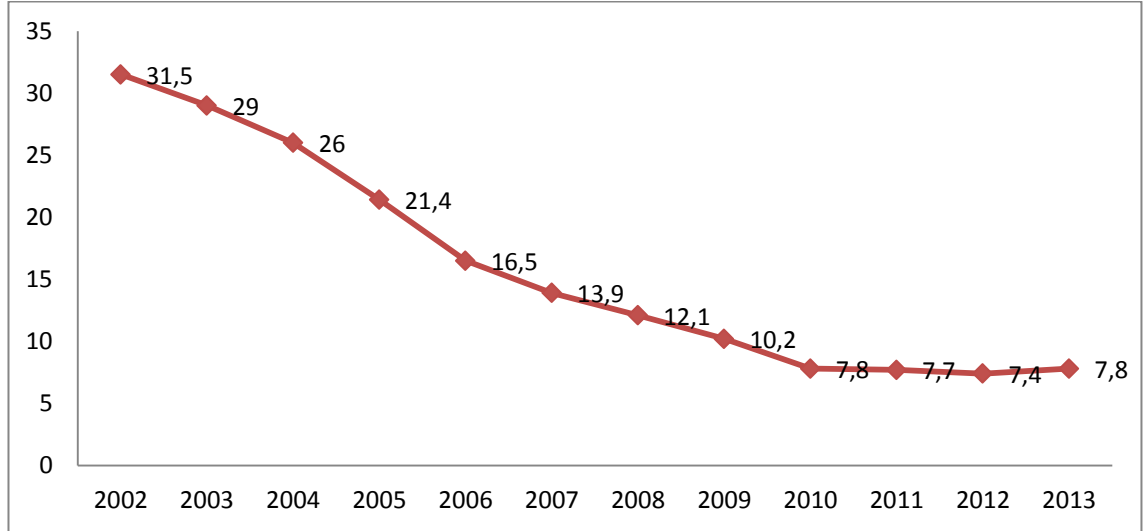


Şekil 3.19. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi OECD Karşılaştırması, 2012

Kaynak: data.oecd.org/healthstat/life-expectancy.htm

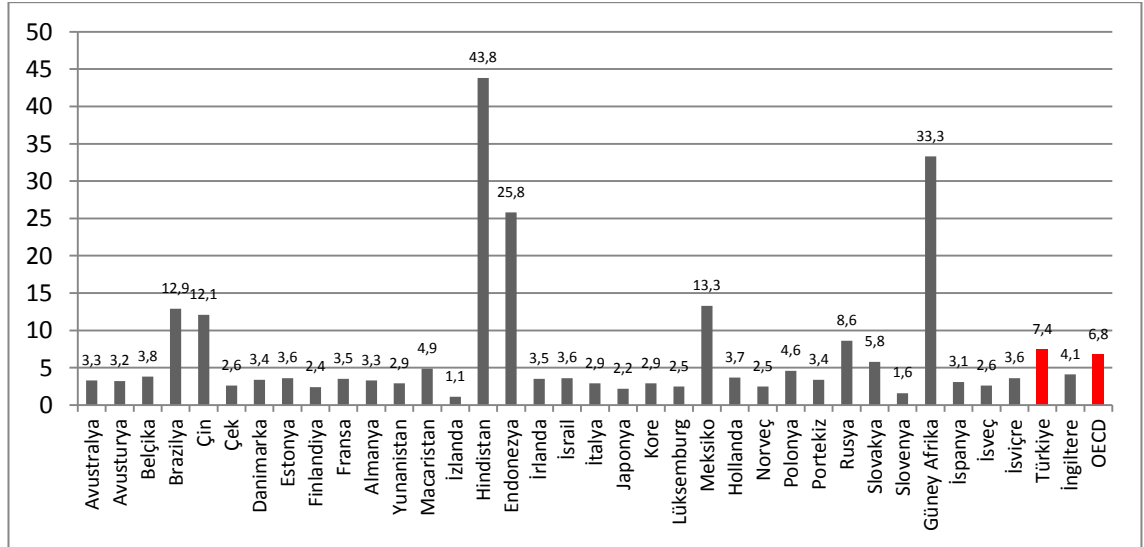
Türkiye’de AKP’nin iktidara geldiği dönemden bu zamana kadar geçen süreçte bebek ölüm hızında da gözle görülür bir düşüş yaşanır. Şekil 3.20’yi incelediğimizde 2002’de 31,5 olan bebek ölüm hızı, 2013 itibariyle 7,8’e kadar geriler. Şekil 3.21’deki

OECD ortalamasıyla karşılaştırdığımızda ise bu rakamının yine yüksek olduğu görülür. Şekil 3.22’de yer alan Türkiye’deki anne ölüm hızına bakıldığında da 2002’de 100.000 doğumda 64 anne hayatını kaybederken, 2013’te bu oran 15,9’a kadar düşürülür.



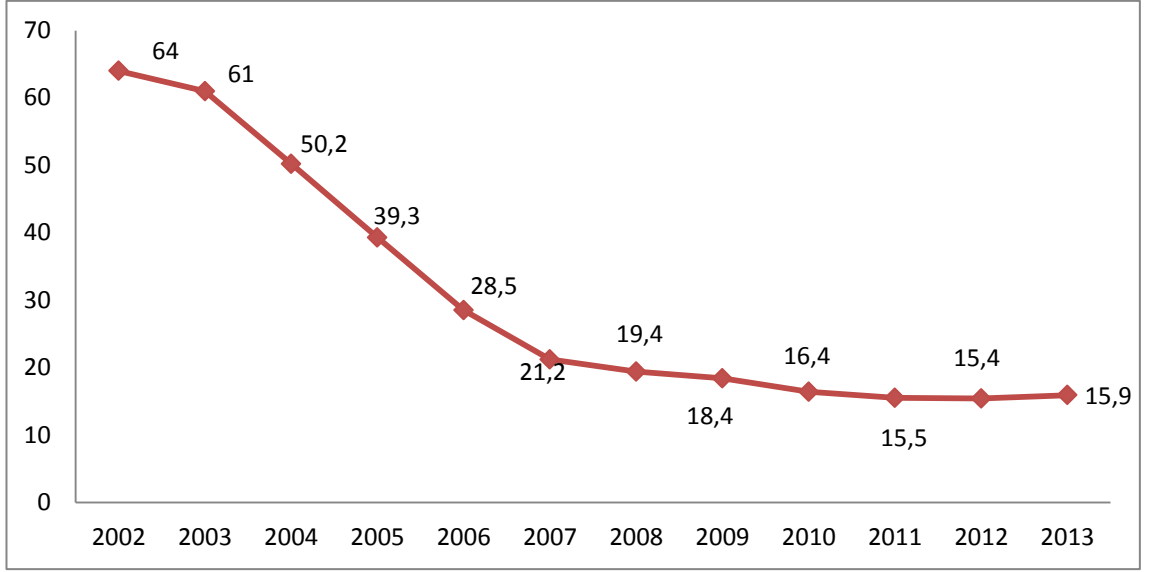
Şekil 3.20. Yıllara göre Türkiye’de Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)

Kaynak: 2002-2012 yıllarına ait veriler OECD’den (data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart), 2013 yılına ait veri Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınmıştır.



Şekil 3.21. Bebek Ölüm Hızı (1000 Canlı Doğumda), OECD Karşılaştırması, 2012

Kaynak: data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart



Şekil 3.22. Yıllara Göre Türkiye’de Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda)

Kaynak: 2002-2011 yılları arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den; 2012 yılı verisi Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012’den ve 2013 yılı verisi de Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınarak şekil oluşturulmuştur.

Morbitide göstergelerine baktığımızda ise enfeksiyon hastalıklarının insidansında (görülme sıklığı) genel olarak bir azalma söz konusudur. Buna göre Şekil 3.23.’te görüldüğü gibi enfeksiyon hastalıkları arasında AIDS hariç, kızamık, tüberküloz ve sıtma vakalarının insidansı 2002’den bu yana bir azalma eğilimindedir. Bu dört enfeksiyon hastalığının 2012 itibariyle Avrupa Birliği ortalaması ve DSÖ Avrupa bölgesi ortalaması açısından bir karşılaştırmasının yapıldığı Tablo 3.8.’e baktığımızda da Türkiye’nin sahip olduğu oranların diğerlerine göre daha düşük olduğu görülür.

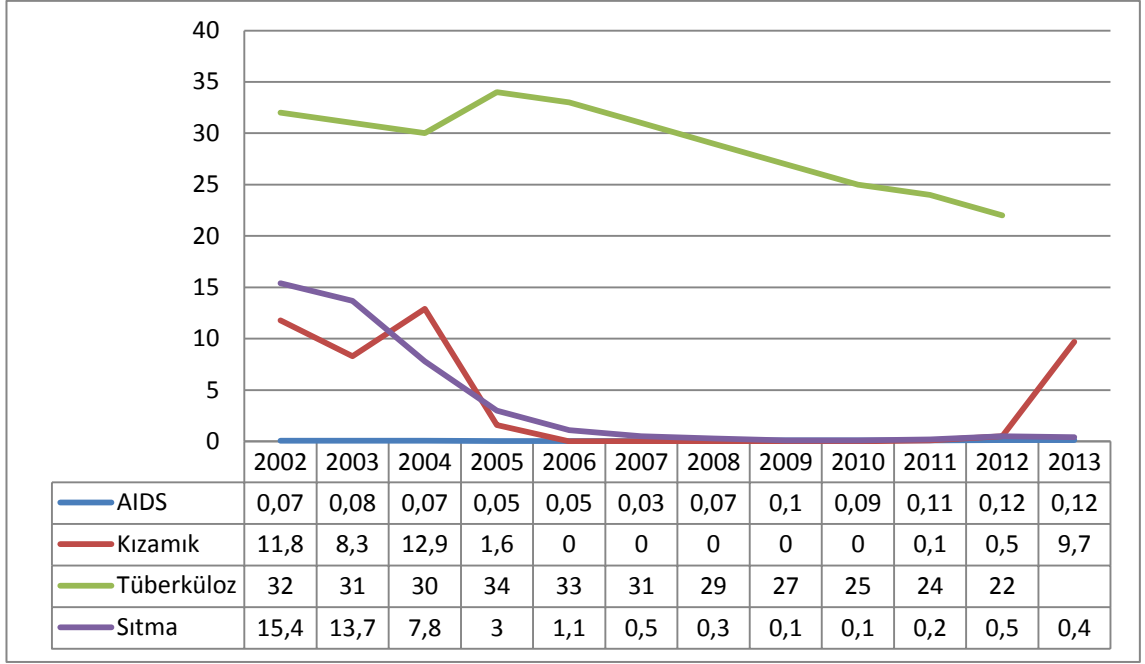
Tablo 3.8. Enfeksiyon Hastalıkların Uluslararası İnsidans Karşılaştırması, (100.000 Nüfusta), (2012)

AIDS			Kızamık			Tüberküloz			Sıtma		
TR	DSÖ A.B.	AB	TR	DSÖ A.B.	AB	TR	DSÖ A.B.	AB	TR	DSÖ A.B.	AB
0,12	1,27	0,86	0,5	4,7	5,3	22	40	23*	0,5	0,8	1,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

TR: Türkiye, DSÖ A.B.: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, AB: Avrupa Birliği

*Bu rakam kaynak kitapta Üst Gelir Grubu Ülkeleri temsilen kullanılmıştır.



Şekil 3.23. Yıllara Göre Türkiye’de Enfeksiyon Hastalıklarının Görülme Sıklığı (100.000 Nüfusta)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

Kansere yakalanma oranlarını incelediğimizde ise olumlu bir gelişme yoktur. Tablo 3.9’da görüldüğü gibi 2002’den 2009’a Türkiye’de 100.000 kişide 133,5 olan kanser vaka sayısının %65,9 artışla 221,5’e yükseldiği görülür.

Tablo 3.9. Yıllara ve Cinsiyete Göre Türkiye’de Toplam Kanser İnsidansı (100.000’de)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kadın	113,0	127,9	142,9	149,7	158,1	165,1	172,0	173,3
Erkek	154,2	168,7	236,3	246,5	256,4	279,0	280,5	269,7
Ortalama	133,5	148,3	189,6	198,1	207,3	222,0	226,3	211,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.

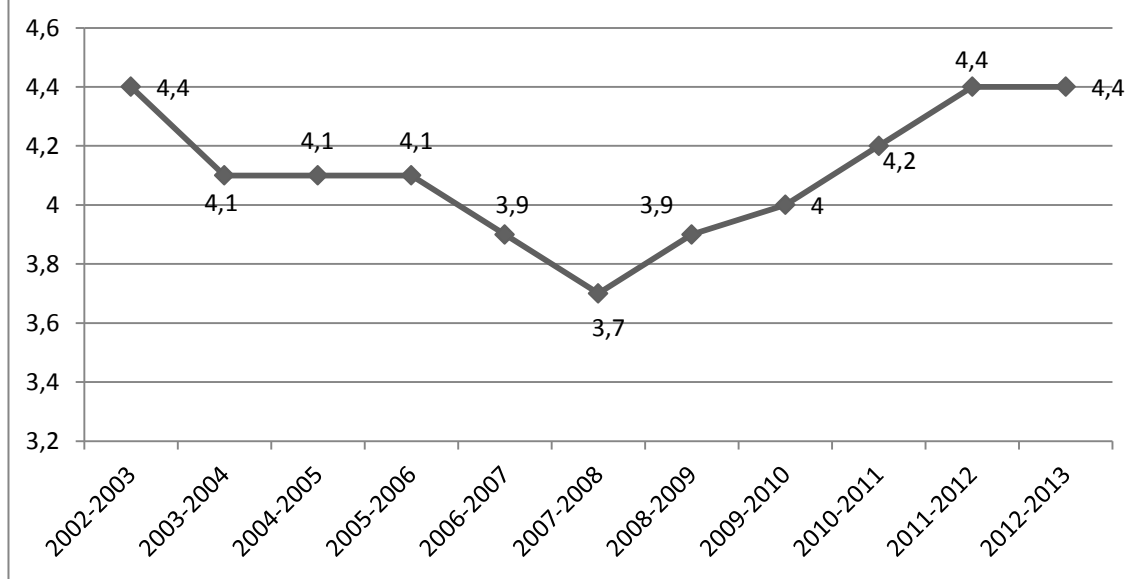
Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki akılcı uygulamaların ortaya çıkardığı olumsuzluklara değinirsek, öncelikli olarak sağlık personeli ihtiyacını azaltmak üzere yıldan yıla sayıları giderek artan fakülteleri ve buralardaki eğitimi ele almak gerekir. Tablo 3.10.’da görüldüğü gibi 2002-2003 öğretim yılında Tıp fakültesi sayısı 44’den 2012-2013 öğretim yılında 72’ye yükselir. Buna paralel olarak da 2002-2003 öğretim yılında 31.719 olan öğrenci sayısı %46 artışla 41.664 öğrenciye ve 7.172 olan öğretim üyesi sayısı %39 artışla 9.479 kişiye ulaşır. Bu noktada Şekil 3.22’ye bakıldığında 2002-2003 öğretim yılında öğretim üyesi başına öğrenci sayısı 4,4 iken, 2007-2008

yılında bu oran 3,7'ye kadar geriler. Ancak bu tarihten itibaren tekrar yükselişe geçerek 2012-2013 öğretim döneminde 4,4'e ulaşır.

Tablo 3.10. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğretim Elemanı Sayısı
2002-2003	44	31.719	7.172
2003-2004	46	32.118	7.794
2004-2005	46	32.552	7.881
2005-2006	46	32.985	8.077
2006-2007	47	33.537	8.512
2007-2008	49	33.802	9.182
2008-2009	56	35.454	9.192
2009-2010	61	38.369	9.479
2010-2011	69	41.664	9.970
2011-2012	72	46.383	10.440
2012-2013	75	51.445	11.741

Kaynak: 2002/3-2010/11 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011'den, 2011/12-2012/13 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013'ten alınmıştır.



Şekil 3.24. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı

Kaynak: 2002/3-2010/11 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011'den, 2011/12-2012/13 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013'ten alınmıştır.

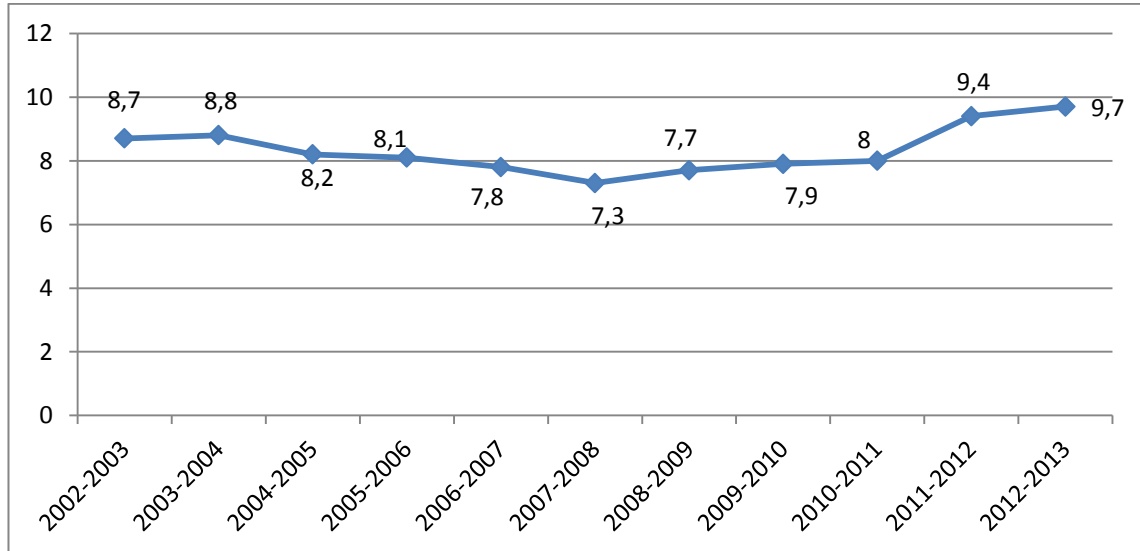
Diş hekimliği fakültelerine baktığımız zaman ise Tablo 3.11.'da görüldüğü gibi 2002-2003 öğretim yılında 14 olan fakülte sayısı, 2012-2013 öğretim yılında 35'e

yükselir. Öğrenci ve öğretim elemanı sayılarını ele aldığımızda ise 2002-2003 öğretim yılında 5.256 öğrenci ve 605 öğretim elemanı bulunurken, 2012-2013 yılında öğrenci sayısında %111’lik artışla 11.133 öğrenciye ve %90.2’lik bir artışla da 1.151 öğretim elemanı sayısına ulaşılır. Şekil 3.25’e baktığımızda ise 2002-2003 yılında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının 8,7’den 2012-2013’te 9,7’ye yükseldiği görülür.

Tablo 3.11. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Diş Hekimliği Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğretim Elemanı Sayısı
2002-2003	14	5.256	605
2003-2004	14	5.343	605
2004-2005	14	5.422	664
2005-2006	15	5.609	691
2006-2007	17	5.873	749
2007-2008	18	5.926	808
2008-2009	19	6.322	823
2009-2010	22	7.082	879
2010-2011	27	7.528	945
2011-2012	31	9.358	998
2012-2013	35	11.133	1.151

Kaynak: 2002/3-2010/11 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den, 2011/12-2012/13 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınmıştır.



Şekil 3.25. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye’de Diş Hekimliği Fakültelerinde Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı

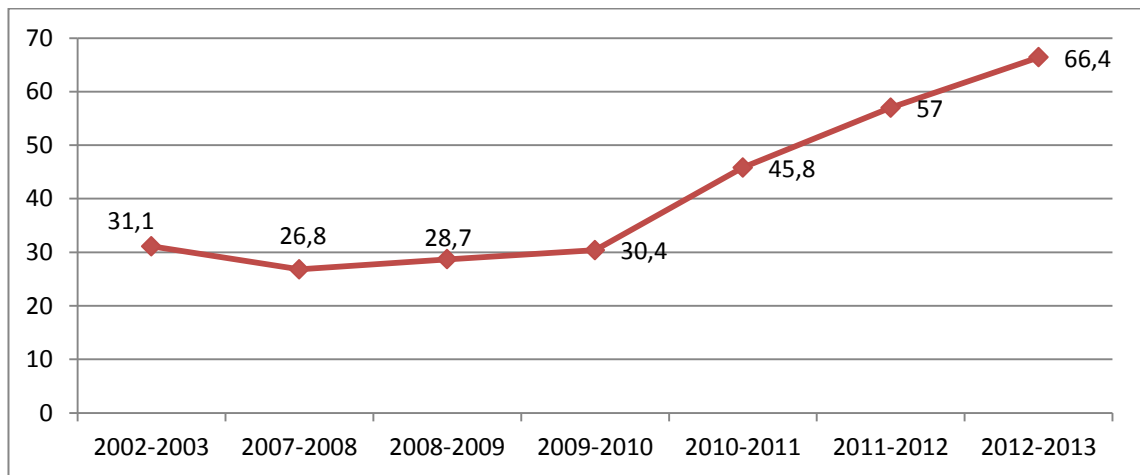
Kaynak:2002/3-2010/11 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011’den, 2011/12-2012/13 arası veriler Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013’ten alınmıştır.

Sağlık sisteminin iş yükünü en çok omuzlarında taşıyan hemşirelerin eğitime yönelik olarak Tablo 3.12'e baktığımızda 2002-2003 öğretim yılında 76 olan lisans düzeyindeki hemşirelik okul sayısının, 2012-2013 öğretim yılında 109'a yükseldiği görülür. Buna paralel olarak 2002-2003 öğretim yılında 16.423 olan öğrenci sayısı %13,2 artışla 38.112'ye ulaşır. Ancak öğretim elemanı sayısında düzensizliklerin olduğu görülür. 2002-2003 öğretim yılında 528 olan öğretim elemanı sayısı, 2009-2010 öğretim yılında 827'ye yükselirken, bu tarihten itibaren bir düşüş çizgisi de oluşmaya başlar ve 2012-2013 öğretim döneminde 574 öğretim elemanına kadar bir azalma yaşanır. Bunun bir sonucu olarak şekil 3.26'te de görüleceği gibi 2002-2003 öğretim yılında öğretim elemanı başına 31,1 öğrenci düşerken, bu oran 2012-2013 öğretim yılında 66,4'e yükselir.

Tablo 3.12. Öğretim Yıllarına Göre Türkiye'de Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik Okulları, Öğrenci ve Öğretim Elemanı Sayıları

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı	Öğretim Elemanı Sayısı
2002-2003	76	16.423	528
2007-2008	80	20.442	762
2008-2009	84	22.481	783
2009-2010	89	25.176	827
2010-2011	98	28.791	628
2011-2012	104	33.186	582
2012-2013	109	38.112	574

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013



Şekil 3.26. Öğretim Yıllarına Göre Lisans Düzeyinde Eğitim Veren Hemşirelik Okullarında Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Genel olarak değerlendirildiğinde sağlık personel sayısını arttırmak amacıyla fakülte sayısını yükseltmek, nicelik olarak öğrenci sayısının artmasına yardımcı olsa da özellikle yeni kurulan fakültelerde eğitimin niteliğinin sorgulanmasına yol açmaktadır. Benzeri sorgulamalar 1990’ların başında da politik bir mesele olarak mevcuttur. Bu yıllarda tıp eğitimine yönelik ilk politik ilgi Hatay milletvekili Ali Uyar’ın, tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları iddiasını ve bu yetersizliklerinin nedenlerini tespit etmek amacıyla bir meclis araştırması açılmasına yönelik önergesinde görülür. Meclis Araştırmasının Komisyon Raporu’nda öncelikli olarak 1980’lerden itibaren plansız ve programsız bir şekilde kurulan fakültelerin gerekli kadro, araç ve gereçten yoksunluğu belirtilir. Raporda ayrıca 1989-1990 öğretim yılında 24 tıp fakültesinin olduğu, bir öğretim üyesine 12,4 tıp öğrencisi düştüğü, gelişmiş ülkelerde ise bu oranın 5,8 olduğu vurgulanır.³⁰⁸ 08-09 Mart 2013’te Afyon’da düzenlenen “*Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Öncelikli Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı*”nda da ülkemizde faal 74, toplam 82 tıp fakültesinin olduğu ve 25 yeni tıp fakültesi başvurusunun daha sırada beklediği belirtilir. Çalıştaya göre Türkiye dünyada 1 milyon nüfus başına 1,12 ile en fazla tıp fakültesine sahip ülkedir.³⁰⁹ Bu noktada benzer bir konunun ele alındığı 05-06 Aralık 2013’te Dicle Üniversitesi tarafından Diyarbakır’da düzenlenen “*Tıp Eğitiminde Sorunlar ve Güncel Yaklaşım Sempozyumu*”nda nüfusa orantılı tıp fakültesi sayısının uluslararası karşılaştırması Avrupa’da 0.54, K. Amerika’da 0.60 ve Okyanusya’da 0,72 olarak verilir.³¹⁰ Yine aynı sempozyumda ifade edilen diğer bir nokta öğretim üyesinin yetersizliğidir. Buna göre Avrupa’da öğretim üyesi başına 3.31, Amerika’da 2.50 öğrenci düşüyorken; Türkiye’de bu oranın 5.10 olduğu ifade edilir.

Türkiye Tabipler Birliği tarafından 2010’da hazırlanan “*Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu*”nda ise yeni açılan tıp fakültelerinde bir çok anabilim dalının kurulmadığı ve kurulanların bazılarında da öğretim üyesi olarak bir profesör ya da

³⁰⁸ TBMM, Hatay Milletvekili Ali Uyar ve 40 Arkadaşının, *Tıp Fakültelerinden Mezun Olan Öğrencilerin Gerekli Bilgi ve Beceriye Sahip Olmadıkları İddiasını ve Bu Yetersizliklerinin Nedenlerini Tespit Etmek Amacıyla Anayasanın 98 inci, içtüzüğün 102 ve 103 üncü Maddeleri Uyarınca Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi ve Meclis Araştırması Komisyonu Raporu* (Rapor No: 10/64), TBMM, Ankara 1991. (<https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem18/yil01/ss566.pdf>)

³⁰⁹ Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Öncelikli Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı; <http://www.tipdek.org/pdf/tipsaglikbilimleri.pdf>

³¹⁰ Tıp Eğitiminde Sorunlar ve Güncel Yaklaşım Sempozyumu Tutanak Özeti; <http://www.tipdek.org/pdf/dicletutanak.pdf>

doçentin yer almadığı belirtilir. Buna göre 2006'da kurulan ve 2009'da öğrenci almaya başlayan Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Temel, Cerrahi ve Dahili Tıp Bilimleri altında yer alan 35 anabilim dalının 12'sinde doçent ya da profesör bulunmazken, 2 anabilim dalına öğretim görevlileri başkanlık etmektedir.³¹¹ Raporda ayrıca Türkiye'de Tıp Fakültelerinin Temel Tıp Bilimlerindeki öğretim üyelerinin sayısının Cerrahi ve Dahili bölümlerine oranla daha az olduğu belirtilir. 1962 yılında kurulan Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Cerrahi Tıp Bilimlerinde 36 profesör ve 13 doçent; Dahili Tıp Bilimlerinde 45 profesör ve 27 doçent yer alırken; Temel Tıp Bilimlerinde 18 profesör ve 7 doçent bulunur.³¹² Yine 1974 yılında kurulan Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Cerrahi Tıp Bilimlerinde 33 profesör ve 15 doçent; Dahili Tıp Bilimlerinde 43 profesör ve 17 doçent yer alırken, Temel Tıp Bilimlerinde 18 profesör ve 7 doçent bulunur.³¹³ Bu noktada yeni açılan tıp fakültelerinin eğitici kadroları tam olarak oluşturulmadığı için temel bilimler dersleri daha önce kurulan tıp fakültelerinin öğretim görevlilerince yürütülmektedir. Örneğin 2000 yılında kurulan ve 2003 yılında öğrenci almaya başlayan Kars Kafkas Üniversitesinin tıp fakültesi öğrencileri Atatürk Üniversitesi'nde eğitim görmektedirler. Bunların sonucu olarak Türkiye'de tıp fakültelerinde 1 temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22,57 öğrenci düşmektedir. Ayrıca yeni tıp fakülteleri kadar yeni dış ve sağlık bilimleri fakültelerinin de sayısının artmakta ve tıp fakültelerinin temel bilimler öğretim üyelerinden buralardaki derslere de girmeleri istenmektedir.³¹⁴

Niteliği etkileyen diğer bir neden ise öğretim üyelerinin iş yüküdür. Bu noktada öğretim üyeleri muayene, ameliyat, asistan eğitimi, tez danışmanlığı, araştırma faaliyeti, kongreler ve makale yazımı gibi pek çok görevi yerine getirmektedirler.³¹⁵ Özellikle 2010 yılından itibaren uygulanmaya başlanan üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalıştırılmasına yönelik düzenlemeyle bu iş yükü daha da artar. Bunun bir sonucu olarak öğretim üyeleri öğrencilerine gereken ilgiyi gösterememekte ve çoğu zaman

³¹¹ Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Web Sayfası;

www.balikesir.edu.tr/tip

³¹² Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Web Sayfası;

www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi

³¹³ Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Web Sayfası;

www.cumhuriyet.edu.tr/fakulte.php?cubid=z8Tg4tTp19ToyemyoZucx9vl0uHZ3Nlnppk=&Dil=

³¹⁴ Türk Tabipleri Birliği, *Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu-2010*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara 2010, 14-15.

³¹⁵ Ahmet Rasim Küçükusta, *Bir İki Üç Tıp*, Hayy Kitap, İstanbul 2011, 15.

asistanlarıyla derslerini geçiştirmektedir.³¹⁶ Bu noktada pek çok öğrenci mezun olduğunda pratisyen hekim unvanıyla görev aldıkları birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmak için kendilerini yeterli hissetmemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında getirilen performans sistemi, sonuçları açısından pek çok olumsuzluğa neden olan diğer bir akılcı uygulamadır. Özellikle tam gün çalışma kanunuyla birlikte performans sistemi, sağlık çalışanları üzerinde aşırı bir iş yoğunluğu oluşturmaktadır. Bu noktada Türkiye Tabipler Birliği tarafından hekimlerin çalışma koşulları, iş yükü ve işgücüne ilişkin 2010'da yapılan ortak görüş anketi, sonuçları açısından önemli veriler sunar. Hekimlerin günde 8 saatin üzerinde çalıştırılmasının uygun görülmediği uluslararası kıstaslarda, Tablo 3.13'de görüldüğü gibi pratisyen hekim haftada 59.4, uzman hekim 68.2 ve asistan hekim 85,2 saat çalışmaktadır. Bu rakamları bir güne oranladığımızda ise pratisyen 8.4, uzman 9.7 ve asistan hekimin 12.1 saat çalıştığı görülmektedir. Bu durum Marx ve Engels'in yıllar öncesinde Komünist Manifesto'da belirttiği gibi avukatlık, rahiplik ve şairlik gibi el üstünde tutulan mesleklerden biri olarak hekimliğin tüm saygınlığını yitirmesine ve ücretli bir emekçiye dönüştürülmesine yol açar.³¹⁷ Oppenheimer'ın 'profesyonelin proleterleşmesi' olarak da ifade ettiği şey tam da bu noktada Türkiye'de kamu sektöründe yer alan hekimler için gerçekleşir. Bu bağlamda Çağla Ünlütürk Ulutaş tarafından gerçekleştirilen "*Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*" adlı 2011'de yayımlanan çalışması sonuçları itibariyle önem taşır. Çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hasta sayısı ve iş yükünün 2-3 kat arttığı, pratisyen hekimlerin gelirlerinin düştüğü ve bunun, hekimliğin yüksek statüsüyle uyuşmayan bir dönüşüme yol açarak yaşam tarzlarını ve sosyal ilişkilerini etkilediği sonucuna varır. Başka bir deyişle Ulutaş, hekimlerin mesleklerine yabancılaştığını belirtir.³¹⁸

³¹⁶ Küçükusta, 14.

³¹⁷ Marx-Engels, 51.

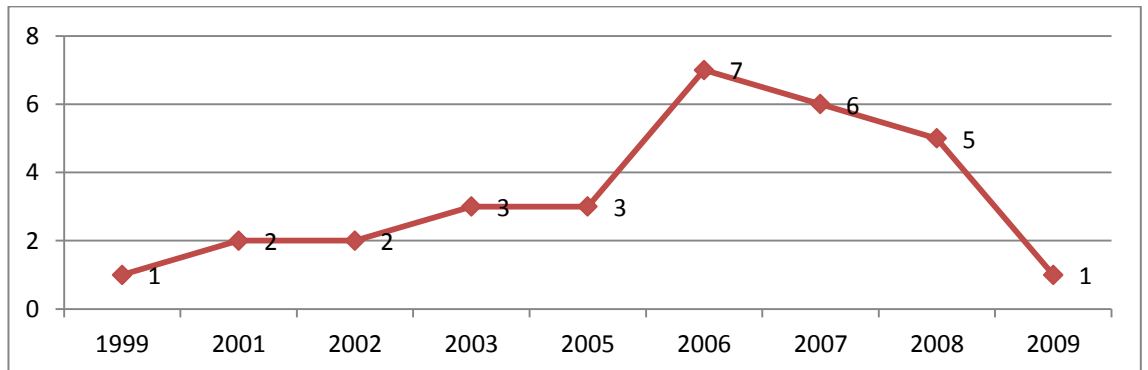
³¹⁸ Çağla Ünlütürk Ulutaş, *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, NotaBene Yayınları, Ankara 2011, 261-266.

Tablo 3.13. Belirli İş Grupları İçin Haftalık Ortalama Çalışma Süresi (Saat)

İş Grupları	Pratisyen	Uzman	Asistan
Muayene/Tetkik	28,6	27,5	31,2
Cerrahi İşlem	1,1	7,2	6,7
Serviste Bakım	2,0	6,4	17,9
İdari İşler/Yönetim	9,3	4,5	3,7
Öğretim	2,4	3,8	2,8
Sürekli Tıp Eğitimi/Mesleki Gelişim	3,2	4,1	4,1
Araştırma	1,3	2,9	3,8
Tüm icapçı işler	5,6	8,1	7,7
Meslek örgütü işleri (ücretsiz)	1,5	1,2	1,3
Bu listede olmayan diğer işler	4,4	2,4	5,9
Toplam	59,4	68,2	85,2

Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, Ortak Görüş 2010 Anketi

Performans sisteminin neden olduğu diğer bir olumsuz sonuç ise muayene sürelerinin kısılmasıdır. Pek çok vakada ortalama 10 dakika olması gereken muayene süresinin 3 dakikaya kadar indiği görülür. Bu durum muayenenin niteliğini büyük ölçüde etkilemekte ve hasta açısından psikolojik tatminsizliklere neden olmaktadır. Söz konusu tatminsizlik çoğu zaman doktorun ve duruma göre diğer sağlık çalışanlarının kendileriyle ilgilenmedikleri söylemiyle sözlü ve fiziki şiddet eylemlerine dönüşebilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemleri geçmişte de yaşanmış olmasına rağmen, Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konmasıyla vakalarda bir artış görülmektedir. Öyle ki Şekil 3.27’de görüldüğü gibi sağlıkta şiddet konusunda Türkiye’de 1999-2002 arasındaki dönemde toplam 5 çalışma, 2003-2009 arasındaki dönemde 25 çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalara son olarak 2013’te tamamlanan TBMM’nin araştırma komisyonunun raporu da eklenebilir.

**Şekil 3.27.** 1999-2009 Yılları Arasında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Çalışmaların Sayısı

Kaynak: TBMM 454 Sıra Sayılı Meclis Araştırma Raporu 2013.

TBMM tarafından 2013'te 454 sıra sayılı *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporunun* sonuçlarına göre şiddetin nedenleri arasında;

- Mental ve davranış bozukluğu
- Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama
- Çok sayıda muayene ve test yapılması
- Stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar
- Hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması
- Uzun bekleme süreleri
- Sağlık Çalışanı yetersizliği
- Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar

yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından da sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının engellenmesi amacıyla yeni uygulamalar ortaya konur. Bunlardan ilki “*Beyaz Kod*” uygulamasıdır. Buna göre hasta/hasta yakını ve çalışanların başına gelebilecek hırsızlık, fiziksel saldırı ve taciz durumlarında güvenlik personelinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilebilmesi için (1111) numaralı güvenlik odasının aranarak “ kod ve gerçekleşen yerin” bildirilmesini içerir. Güvenlik odası da alınan ihbarı telsizden geçerek en yakın güvenlik birimlerinin olaya müdahale etmesini amaçlar. Beyaz kod uygulamasının yanı sıra pek çok tebliğ, yönetmelik ve genelge hayata geçirilir. Bu noktada ilk olarak şiddet olayların %79'unun acil servislerde meydana gelmesinden dolayı 16.10.2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’de “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*”, 06.04.2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmi Gazete’de “*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*”, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” ve Sağlık Bakanlığı tarafından “*Çalışan Güvenliğinin Sağlanması*”na yönelik genelge yayımlanır. Son olarak güvenlikçi sayısı arttırılır. Buna göre 2002’de 905 olan güvenlikçi sayısı, 2012’de 13.761’e yükseltilir.

Son olarak sağlıkta teknolojik donanımların giderek daha fazla kullanılması da sağlık çalışanlarının proleterleşmesi kadar onların vasıfsızlaşmasına yol açmaktadır. Ulutaş'ın çalışmasını yeniden ele alacak olursak dâhili branşlarda hekimlerin tanı için radyoloji ve laboratuvar tetkiklerine olan yoğun isteği, onların tıbbi maharet ve becerilerinde körelmelere neden olabilmektedir. Aynı zamanda tanı ve tedavi süreçlerinin *Sağlık Uygulama Tebliği* ve *Bütçe Uygulama Talimatı* ile denetim altında tutulması hekimlerin özerkliklerini sınırlandırır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı belli bir miktarın üzerinde fiyatlanan testlerin ödemesini hastanın cebinden karşılamasını talep etmekte; bu da hekimlerin istedikleri testleri yapmalarını engellemektedir.³¹⁹

³¹⁹ Ünlütürk Ulutaş, 301.

SONUÇ

Fast-food sektöründen hareketle George Ritzer tarafından ortaya atılmış bir kuram olan McDonalddlaştırma, Weber'in döneminde ileri sürülen bürokrasi modelinden daha iyi bir akılcılaşıma modelini günümüz toplum yaşamında sunarak sosyoloji literatüründeki yerini alır. Bu anlamda diğer pek çok sektörde McDonald's'ın ticari başarısının taklit edilmeye çalışıldığı ve Ritzer tarafından çözümlenen bu işleyişin ilkelerinin sağlık gibi yaygın ve geniş bir sektörde de kayıpların en aza indirilmesi ve kazancın en üst noktaya çıkarılabilmesi için uygulandığı görülür. Sağlık sektörünün büyük bir çoğunluğunun devlet tarafından yürütüldüğü Türkiye'de de 2003 yılından itibaren AKP tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında McDonalddlaştırmanın ilkeleriyle uyuşacak düzenlemelere rastlanır. McDonalddlaştırmanın dört akılcı boyutu olan verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve denetimin yanı sıra akılcılığın akıldışılığı olarak da ifade edilen uygulamaların olumsuz yanları McDonalddlaştırılmış bir sağlık sistemini doğrular.

Verimlilik boyutunun can alıcı ögesini oluşturan aile hekimliği uygulaması tüm Türkiye'de 81 ile yayılmış bir durumdadır. Koruyucu hekimlik uygulamalarının sürdürülmesinin yanı sıra geçmiş dönemin sağlık ocağı uygulamasından farklı olarak kişilerin hastalık bilgi ve kayıtlarının belirli bir doktor altında toplandığı aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin gereksiz yere meşgul edilmesini önlemek üzere başvuruların büyük bir çoğunluğuna da cevap verebilmiş bir konumdadır. Bu noktada gerek birinci basamak ve gerekse ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları gerekli teknolojik ekipmanla donanmış ve personel ihtiyacı da açılan pek çok lisans düzeyindeki fakültelerle desteklenmiştir. Böylece doktor başına düşen hasta sayısı geçmiş dönemlere nazaran daha aşağıya çekilebilmiştir.

Hesaplanabilirlik boyutu açısından ise performans sistemi ve tam gün uygulamaları daha fazla hastaya bakmayı mümkün hale getirmiştir. Bu noktada gerek birinci basamak ve gerekse ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde poliklinik, ameliyat ve diş operasyonları geçmiş dönemin rakamlarına göre artış göstermiştir. Geçmiş dönemlere nazaran artan sağlık harcamaları dalgalı bir yükseliş izlese de yaşadığı zirvelerden sonra aşağı yönlü bir yönelime geçmiş ve sağlık yatırımlarında yaşanan duraksamayla cari harcamalar dengelenmiştir.

Öngörülebilirlik boyutu açısından da standartlaşmaya önem verildiği görülür. Bu noktada kamu sağlık sektöründeki çok başlılık ortadan kaldırılır. Böylece fiyat konusunda da bir standartlaşma sağlanmış olur. Bunun için yine sektöre ve ihtiyaçlara özgü bilgisayar yazılımları geliştirilir ve gerek kamusal ve gerek anlaşmalı özel sektör temsilcilerinin bu yazılımları edinmeleri sağlanır. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının davranışlarının öngörülebilir olması için de Sağlık Bakanlığınca rehber kitapçıklar hazırlanır.

Son olarak denetim boyutuyla hastanelerin işleyişini daha rahat bir hale getirmek amacıyla diğer teknolojik donanım ve yazılımlara da önem verildiği görülür. Bireysel hataları en aza indirecek olan bu sistemler hastaların tıbbi araç ve ilaç kullanımlarını denetleyebildikleri gibi muayeneyi doktor ve hasta açısından da kaotik bir ortamdan düzenli ve planlı bir yapıya kavuşturur. Ayrıca şikayet hatlarıyla birlikte doktorlar üzerinde denetim sağlanabildiği gibi sistemin aksayan diğer yanlarına da hızlı bir şekilde müdahale edilebilir. Pek çok sahtekarlığın önüne geçilmek ve bu yönüyle de hasta üzerinde denetimin de kurulabilmesi mümkün hale gelir.

McDonalddlaştırmanın özelliklerinden biri olarak söz konusu bu akılcı uygulamalar, akıldışı sonuçları da ortaya çıkarmıştır. Her ne kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında AKP kendi iktidarı döneminde, kendinden öncekilerin sağlık göstergeleri açısından daha iyi bir mortalite ve morbitide oranlarına sahip olsa da uluslararası karşılaştırmalarda gösterge seviyelerinin çoğunlukla geride kaldığı görülür. Akılcı uygulamaların akıldışı sonuçlarına gelindiğinde de öncelikli olarak verimlilik boyutu içerisinde sağlık personeli yetiştirmek üzere açılan çok sayıda eğitim kurumunun nicelik olarak doktorların sayılarını arttırdığı ancak nitelik olarak doktorların yeterlilik açısından olgunlaşmadan mezun oldukları vurgulanır. Bu konuda pek çok rapor ve araştırmanın verileri ışığında öğretim üye sayısı başına düşen doktorların yeni kurulan fakültelerde yetersiz kaldığı görülür. Ayrıca tam gün çalışma uygulaması içinde yer alan öğretim üyeleri iş yoğunluğu altında yeterli bir şekilde öğrencilerle ilgilenememektedir. Bu ilgisizlik performans sistemiyle daha fazla hastanın muayene edilmeye çalışıldığı bir noktada hastaların tatmin olma düzeylerini de etkiler. Bu ise sonucu çoğunlukla şiddetle sonuçlanan eylemlerin ortaya çıkmasına neden olur. Pek çok sağlık personeli bu şiddetten mustarip bir hal alır. Hastalar kadar doktorlar da yaptıkları işlerden dolayı bir tatminsizlik, yabancılaşma yaşamaya başlarlar. Özellikle

mesleğin gereği olan statülerinin kaybolarak, proleterleşmeleri bunda etkilidir. Bu durum bürokratik olarak uymak zorunda oldukları yönetmelik ve önergelerle daha da katmerlenir.

Genel olarak değeriendirildiğinde McDonaIdlaştırma kuramının gereği olarak dört akılcı boyutunun Türkiye'nin sağlık sistemi içerisinde başarılı olarak uygulandığı ancak, sonuçları itibariyle olumsuzlukların da nedeni olduğu görölür.

KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen, “Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık”, Sevinç Güçlü (Ed.), *Kurumlara Sosyolojik Bakış*, (ss.335-372), Kitabevi Yayıncılık, İstanbul 2011.
- Akyüz, Hüseyin, *Kurumlar Sosyolojisi- Tanımlar, Kuramlar ve Uygulamalar*, Siyasal Kitabevi, Ankara 2008.
- Allen, Ted- Gordon, Sydney, *The Scalpe, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune*, McClelland & Srewart, Canada 1952.
- Atabey, Selin Ertürk, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara 2012.
- Aydın, Erdem, “19.Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması”, *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, (15), 2004, 185-207.
- , *Dünya ve Türk Tıp Tarihi*, Güneş Kitapevi, Ankara 2006.
- Bauman, Zygmunt, *Modernite ve Holocaust*, (1989), (Çev.: Süha Sertabiboğlu), Versus Kitap, İstanbul 2007.
- Bayat, Ali Haydar, “Osmanlı Devletinde Hekimbaşılık ve Hekimbaşılar”, *Tıp Tarihi Araştırmaları*, (9), İstanbul 1999, 62-72.
- Beck, Ulrich, *Risk Toplumu*, (1986), (Çev.: Kâzım Özdoğan, Bülent Doğan), İthaki Yayıncılık, İstanbul 2011.
- Becker, Howard S., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, New York 1966.
- Belek, İlker, *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*, Sorun Yayınları, İstanbul 1998.
- Berkes, Niyazi, *Türkiye’de Çağdaşlaşma*, Ahmet Kuyaş (Haz.), 6.Baskı, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 2004.
- Blackwell, Elizabeth, *Essays In Medical Sociology*, Ernest Bell, London 1902.
- Bodmer, Walter F., “Genetic Diversity and Disease Susceptibility”, [Genetik Farklılık ve Hastalık Duyarlılığı] *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 352 (1357), Human Genetics: Uncertainties and the Financial Implications Ahead, 1997, 1045-1050.

- Boratav, Korkut, “İktisat Tarihi (1981-2002)”, *Türkiye Tarihi V*, (ss.187-246), 6.Basım, Sina Akşin (Ed.), Cem Yayınları, İstanbul 2005.
- Bury, Michael, *Health and Illness*, Polity Press, UK 2005.
- Bynum, William, *Tıp Tarihi*, (2008), (Çev.: Nur Gökçeoğlu), Dost Yayınları, Ankara 2011.
- Cem, İsmail, *Türkiye’de Geri Kalmışlığın Tarihi*, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul 2007.
- Cevizci, Ahmet, *Paradigma Felsefe Sözlüğü*, Paradigma Yayıncılık, İstanbul 2005.
- Cockerham, William C., “Medical Sociology and Sociological Theory”, William C. Cockerham (Ed.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, (ss.3-22), Blackwell Publishers Ltd., USA 2001.
- , *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*, Routledge, London 1999.
- Cockerham, William- Abel, Thomas- Lüschen, Günther, “Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles”, [Max Weber, Formel Akılcılık ve Sağlık Yaşam Tarzı], *The Sociological Quarterly*, 34 (3), 1993, 413-428.
- Cockerham, William C.- Ritchey, Ferris J., *Dictionary of Medical Sociology*, Greenwood Press, London 1997.
- Conrad, Peter, “Medicalization and Social Control”, [Tıbbileşme ve Sosyal Kontrol], *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, 209-232.
- Çelik, Yusuf, *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara 2011.
- Dahlgren, Göran- Whitehead, Margaret, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute of Future Studies, Stockholm 1991.
- Devlet Planlama Teşkilatı, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1963.
- , *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1968.

-----, *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara 1985.

Durkheim, Emile, *İntihar*, (1897), (Çev.: Özer Ozankaya), Cem Yayınevi, İstanbul 2002.

Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, Nazım Kitaplığı, İstanbul 2006.

Engel, George L., “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, [Yeni Bir Tıbbi Modele İhtiyaç: Biyotıbbi Bir Meydan Okuma], *Science*, New Series, 196 (4286), 1977, 129-136.

Engels, Friedrich, *İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu*, (1970), (Çev.: Oktay Emre), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2013.

Ergin, Osman Nuri, *Türkiye Maarif Tarihi I-II*, Eser Neşriyat, İstanbul 1977.

Fişek, Nusret H., *Halk Sağlığı’na Giriş*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara 1985.

Foucault, Michel, *Cinselliğin Tarihi*, (1984), (Çev.: Hülya Uğur Tanrıöver), 3.Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2010.

-----, *Kelimeler ve Şeyler*, (1966), (Çev.: Mehmet Ali Kılıçbay), 3.Baskı, İmge Kitabevi, Ankara 2001.

-----, *Kliniğin Doğuşu*, (1963), (Çev.: Şule Ünsaldı), 3.Basım, Epos Yayınları, Ankara 2014.

Freidson, Eliot, *Profession of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago 1970.

Furedi, Frank, *Korku Kültürü*, (1998), (Çev.: Barış Yıldırım), 2.Basım, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2014.

Garrett, Laurie, “The Challenge of Global Health”, [Küresel Sağlığın Meydan Okuması], *Foreign Affairs*, 86, 2007, 14-38.

Giddens, Anthony, *Modernliğin Sonuçları*, (1990), (Çev.: Ersin Kuşdil), 3.Baskı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2004.

- Gilbert, Sara, *Built For Success: The Story of McDonald's*, Creative Education, USA 2009.
- Goffman, Erving, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books, London 1990.
- Gül, Songül Sallan, *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa*, 2.Baskı, Ebabil Yayıncılık, Ankara 2006.
- Güllülü, Sabahattin, “Sosyoloji Çalışmalarında Tarihsel Boyutun Gerekliliği”, *Tarih ve Sosyoloji Seminerleri*, Edebiyat Fakültesi Basımevi, 1990, 133-138.
- Gürsoy, Gencay, “Sağlık”, *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, İletişim Yayınları, İstanbul 1983, VI, 1319-1338.
- Haug, Maria R., “Profesyonelleşmeme: Gelecek İçin Alternatif Bir Hipotez”, (Çev. Ve Der.: Zafer Cırhinlioğlu), *Meslekler ve Sosyoloji*, (ss.129-150), Gündoğan Yayınları, Ankara 1996.
- Hollingshead, August B., “Medical Sociology: A Brief Review”, [Medikal Sosyoloji: Kısa Bir İnceleme], *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51 (4), 1973, 531-542.
- Hollingshead, August B.- Redlich, Frederick C., “Social Stratification and Schizophrenia”, [Sosyal Tabakalaşma ve Şizofreni], *American Sociological Review*, 19 (3), 1954, 302-306.
- Illich, Ivan, *Sağlığın Gaspı*, (1975), 2.Baskı, (Çev.: Süha Sertabiboğlu), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011.
- , *Şenlikli Toplum*, (1973), 3.Baskı, (Çev.: Ahmet Kot), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011.
- İhsanoğlu, Ekmeleddin- Kaçar, Mustafa, “II. Mahmud’un Mekteb-i Tıbbiye Ziyaretinde İrad Ettiği Nutkun Hangisi Doğrudur?”, *Tarih ve Toplum*, 14 (83), 1990, 44-48.
- İstanbul Ticaret Odası, *24 Ocak Kararlarının Değerlendirilmesi*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul 1982.
- Kaçmazoğlu, H. Bayram, *Türk Sosyoloji Tarihi I- Önkoşullar*, Kitabevi Yayınları, İstanbul 2010.

- Kahya, Esin, “Hipokrat”, *İslam Ansiklopedisi*, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara 1998, XVIII, 119-121.
- Kalberg, Stephan, “Max Weber’s Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History”, [Max Weber’in Akılcılık Türleri: Tarihte Akılcılaşıma Süreçlerinin Analizine Yönelik Köşetaşları], *American Journal of Sociology*, 85 (5), 1980, 1145-1179.
- Kasapoğlu, Aytül, “Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim*, (13), (Temmuz 2001), 23-37.
- , *Madalyon’un İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*, Phoenix Yayınevi, Ankara 2008.
- , “Medikal Sosyoloji Konu Alanları”, Mehmet C. Ecevit (Haz.), *Sağlık Sosyolojisi – Türkiye’den Araştırmalar*, (ss. 360-367), Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara 1999.
- , “Sağlık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler”, Mehmet C. Ecevit(Haz.), *Sağlık Sosyolojisi – Türkiye’den Araştırmalar*, (ss.1-13), SosyolojiDerneği Yayınları, Ankara 1999.
- Kavuncubaşı, Şahin – Yıldırım, Selami, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara 2012.
- Keyder, Çağlar, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İletişim Yayınları, İstanbul 2007.
- Kroc, Ray, *Grinding It Out: The Making of McDonald’s*, 2.Edition, Berkeley Medallion Books, USA 1968.
- Kuhn, S. Thomas, *Bilimsel Devrimlerin Yapısı*, (1962), (Çev.: Nilüfer Kuyaş), 6.Baskı, Alan Yayıncılık, İstanbul 2003.
- Küçükusta, Ahmet Rasim, *Bir İki Üç Tıp*, Hayy Kitap, İstanbul 2011.
- Lindemann, Mary, *Erken Modern Avrupa’da Tıp ve Toplum*, (2009), (Çev.: Mehmet Doğan), Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul 2013.
- Marx, Karl- Engels, Friedrich, *Komünist Manifesto*, (1848), 5.Baskı, (Çev.: Celal Üster, Nur Deriş), Can Yayınları, İstanbul 2010.
- Mechanic, David, *Medical Sociology*, 2.Edition, The Free Press, New York 1978.

- Mills, Charles W., *Toplumbilimsel Düşün*, (1959), (Çev.: Ünsal Oskay), Der Yayınları, İstanbul 2007.
- Moynihan, Ray- Cassels, Alan, *Satılık Hastalıklar*, (2005), (Çev.: Gökçesu Tamer, Evren Yıldırım), 4.Baskı, Hayy Kitap, İstanbul 2012.
- Murray, Robin, “Fordizm ve Post-Fordizm”, Stuart Hall- Martin Jaques (Der.), *Yeni Zamanlar: 1990’larda Politikanın Değişen Çehresi*, (ss.46-62), (Çev.: Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1995.
- Navarro, Vicente, *Dangerous To Your Health: Capitalism in Health Care*, Monthly Review Press, USA 1993.
- Neuman, W. Lawrence, *Toplumsal Araştırma Yöntemleri II*, (2006), (Çev.: Sedef Özge), 6.Baskı, Yayın Odası, Ankara 2013.
- Oppenheimer, Martin, “Profesyonelin Proleterleşmesi”, (Çev. ve Der.: Zafer Cihirlioğlu), *Meslekler ve Sosyoloji*, (ss.151-168), Gündoğan Yayınları, Ankara 1996.
- Özben, Mevlüt, *Kutsallıkların Ölümcül Sıçrayışı: Yapay Kutsallıklar*, 2.Baskı, Kadim Yayınları, Ankara 2012.
- Özdalga, Elisabeth, “Bir Tasavvur ve Ustalık Olarak Tarihsel Sosyoloji”, Elisabeth Özdalga (Ed.), *Tarihsel Sosyoloji*, (ss.9-22), 3.Baskı, Doğu Batı Yayınları, Ankara 2011.
- Parsons, Talcott, “Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi”, (Çev.: Tülin Kurtarıcı), *Toplumbilim*, 13, (Temmuz 2001), ss.99-107.
- , “The Professions and Social Structure”, [Meslekler ve Sosyal Yapı], *Social Forces*, 17 (4), 1939, 457-467.
- , *The Social System*, Routledge & Kegan Paul Ltd., London 1991.
- Poloma, Margaret M., *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (1979), 2.Basım, (Çev.: Hayriye Erbaş), Gündoğan Yayınları, Ankara 1993.
- Porter, Ray- Vigarello, Georges, “Beden, Sağlık ve Hastalıklar”, Georges Vigarello, Alain Corbin, Jean Jacques Courtine (Ed.), *Bedenin Tarihi I*, (ss.273-300), (Çev.: Saadet Özen), Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 2008.

- Riska, Elianne- Annandale, Ellen- Dingwall, Robert, "Health Sociology: Conflict, Competition, Cooperation", Ann Devis, Devorah Kalekin-Fishman (Ed.), *The ISA Handbook in Contemporary Sociology*, (ss.124-139), Sage Publication, London 2009.
- Ritzer, George, "Metatheorising in Sociology", [Sosyolojide Meta-kuramlaştırma], *Sociological Forum*, 5 (1), 1990, 3-15.
- , *Sosyoloji Kuramları*, (2010), (Çev.: Himmet Hülür), De Ki Yayınları, Ankara 2013.
- , *Toplumun McDonalddlaştırılması*, (1996), 2. Basım, (Çev.: Şen Süer Kaya), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2011.
- Ritzer, George- Walczak, David, "Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians", [Akılcılaşıma ve Doktorların Uzmanlaşamaması], *Social Forces*, 67 (1), 1988, 1-22.
- Sağlık Bakanlığı SHGM, *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*, Sağlık Bakanlığı SHGM, Ankara 2014.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2010.
- , *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2012.
- , *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2013.
- , *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2014.
- , *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2003.
- , *TBMM'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Bakanlığı, Ankara 1992.
- , *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2012.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, *Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara 1973.

- Sarıkoca, Erem, *Türkiye’de Seçim Sistemleri ve Demokrasi*, Fenomen Yayıncılık, Erzurum 2010.
- Scheff, Thomas J., *Being Mentally Ill: Sociological Theory*, 3. Edition, Aldine De Gruyter, New York 1999.
- Straus, Robert, “The Nature and Status of Medical Sociology”, [Medikal Sosyolojinin Niteliği ve Konumu], *American Sociological Review*, 22 (2), 1957, 200-204.
- Strauss, Anselm- Becker, Howard S.- Geer, Blanche- Hughess, Everett C., *Boys in White*, 4.Edition, Transaction Publishers, London 1992.
- Şencan, İrfan- Şeker, Muzaffer- Demir, Mehmet, *Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları*, Pozitif Matbaa, Ankara 2013.
- Şevki, Osman, *Beşbuçuk Asırlık Türk Tabâbeti Tarihi*, (Sadeleştiren: İlter Uzel), Kültür Bakanlığı Yayınları, Ankara 1991.
- Tahsin, Rıza, *Tıp Fakültesi Tarihçesi I-II*, Özel Yayınları, İstanbul 1991.
- Taylor, Frederick W., *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*, (1911), (Çev.: H. Bahadır Akın), Çizgi Kitapevi, Konya 1997.
- TBMM, *Hatay Milletvekili Ali Uyar ve 40 Arkadaşının, Tıp Fakültelerinden Mezun Olan Öğrencilerin Gerekli Bilgi ve Beceriye Sahip Olmadıkları İddiasını ve Bu Yetersizliklerin Nedenlerini Tespit Etmek Amacıyla Anayasanın 98 inci, içtüzüğün 102 ve 103 üncü Maddeleri Uyarınca Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi ve Meclis Araştırması Komisyonu Raporu* (Rapor No:10/64), TBMM, Ankara 1991.
- , *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu*, S.Sayısı:454, TBMM, Ankara 2013.
- Tez, Zeki, *Tıbbın Gizemli Tarihi*, (2. Baskı), Hayy Kitap, İstanbul 2010.
- Tezcan, Mahmut, *Türk Sosyoloji Bibliyografyası: 1928-1968*, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, Ankara 1969.
- Thébaud-Mony, Annie, *Çalışmak Sağlığa Zararlıdır*, (2008), (Çev.: Ayşe Güren), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 2012.

- Thomas, Richard K., *Society and Health –Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, New York 2003.
- Tinal, Melih, “Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Döneminde Doktor Milletvekilleri”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2 (6), 2009, 617-627.
- Toprak, Oğuz, *Refah Devleti ve Kapitalizm*, İletişim Yayınları, İstanbul 2012.
- Turner, Bryan S., *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (2007), (Çev.: Ümit Tatlıcan), Sentez Yayıncılık, Bursa 2011.
- Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü, *Atatürk’ün Söylev ve Demeçleri I*, Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Yayınları, İstanbul 1945.
- Türkiye Bilimler Akademisi, *Türkiye’nin Sağlık Tarihi Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı*, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara 2010.
- Türk Tabipleri Birliği, *Hekimlerin Çalışma Koşulları, İşyükü ve İşgücüne İlişkin Ortak Görüş Anket Verileri*, Türk Tabipleri Birliği, Ankara 2010.
- Ulutaş, Çağla Ünlütürk, *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, NotaBene Yayınları, Ankara 2011.
- Waitzkin, Howard, *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*, 2.Edition, Rowman and Littlefield Rublishers Inc. USA 2000.
- Wallace, Ruth A.- Wolf, Alison, *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (1999), 3.Baskı, (Çev.: Leyla Elburuz, M.Rami Ayas), Doğu Batı Yayınları, Ankara 2012.
- Warbasse, James Peter, *Medical Sociology*, D. Appleton and Company, London 1909.
- Weber, Max, *Ekonomi ve Toplum II*, (1922), (Çev.: Latif Boyacı), Yarın Yayınları, İstanbul 2012.
- , *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*, (1905), (Çev.: Zeynep Gürata), Ayraç Yayınevi, Ankara 2002.
- , *Sosyoloji Yazıları*, (1946), 8.Baskı, (Çev.: Taha Parla), İletişim Yayınları, İstanbul 2006.

Yıldırım, Nuran, “Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Koruyucu Sağlık Uygulamaları”, *Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi*, İletişim Yayınları, İstanbul 1983, V, 1320-1338.

Yüksel, Ayşegül, *Yapısalcılık ve Bir Uygulama: Melih Cevdet Anday Tiyatrosu*, (2. Basım), Gündoğan Yayınları, Ankara 1995.

T.C. Resmi Gazete

1961 Anayasası, (1961), *T.C. Resmi Gazete*, 10816, 31 Mayıs 1961.

1982 Anayasası, (1982), *T.C. Resmi Gazete*, 17844, 20 Ekim 1982.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, (2004), *T.C. Resmi Gazete*, 5258, 24 Kasım 2004.

Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, (2005), *T.C. Resmi Gazete*, 5283, 06 Ocak 2005.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, (1965), *T.C. Resmi Gazete*, 11976, 10 Nisan 1965.

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, (1992), *T.C. Resmi Gazete*, 3816, 03 Temmuz 1992.

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, (2006), *T.C. Resmi Gazete*, 26166, 12 Mayıs 2006.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, (1987), *T.C. Resmi Gazete*, 3359, 15 Mayıs 1987.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, (1961), *T.C. Resmi Gazete*, 10705, 5 Ocak 1961.

Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, (1980), *T.C. Resmi Gazete*, 17207, 31 Aralık 1980.

Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (2010), *T.C. Resmi Gazete*, 5947, 30 Ocak 2010.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Ek 7, (2009), *T.C. Resmi Gazete*, 27378, 16 Ekim 2009.

Elektronik Kaynaklar

http://www.mcdonalds.com.tr/tarihce_1_2 (Erişim Tarihi: 22.12.2012)

http://www.mcdepk.com/50/downloads/history_listing.pdf (Erişim Tarihi: 22.12.2012)

<http://www.aboutmcdonalds.com/content/dam/AboutMcDonalds/Investors/Investors%202012/2011%20Annual%20Report%20Final.pdf> (Erişim Tarihi: 22.12.2012)

http://www.mcdonalds.com.tr/hamburger-universitesi_1_5 (Erişim Tarihi: 22.12.2012)

<http://www.texasheart.org/AboutUs/history/cooley.cfm> (Erişim Tarihi: 10.01.2013)

<http://www.sasbil.org/content/tüzük> (Erişim Tarihi: 21.05.2014)

<http://www.apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Erişim Tarihi: 01.03.2013)

<http://www.akparti.org.tr/upload/documents/58inci-hukumet-programi.pdf> (Erişim Tarihi: 17.11.2014)

<http://www.itsportal.saglik.gov.tr/index.php?run=content&get=19&mp=3,22> (Erişim Tarihi: 15.12.2014)

<http://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/> (Erişim Tarihi: 15.12.2014)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html> (Erişim Tarihi: 15.12.2014)

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/18e6fa45-da5d-43ac-adba-22a438c40480/sss_biyometri_20131205.pdf?MOD=AJPERES (Erişim Tarihi: 02.01.2015)

<http://www.tipdek.org/pdf/tipsaglikbilimleri.pdf> (Erişim Tarihi: 18.12.2014)

<http://www.tipdek.org/pdf/dicletutanak.pdf> (Erişim Tarihi: 18.12.2014)

<http://www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.balikesir.edu.tr/tip> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.cumhuriyet.edu.tr/fakulte.php?cubid=z8Tg4tTp19ToyemyoZucx9vluHZ3Nlnppk=&Dil=> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart> (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

<http://www.data.oecd.org/healthstat/life-expectancy.htm> (Erişim Tarihi: 07.01.2015)

<http://www.oecd.org/statistics/compare-your-country.htm> (Erişim Tarihi: 08.01.2015)

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (Erişim Tarihi: 29.09.2014)

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Erişim Tarihi: 29.09.2014)

<http://www.grammarphobia.com/blog/2009/03/doc-in-a-box.html> (Erişim Tarihi: 02.02.2015)

Görsel Kaynaklar

Moore, Michael, (Yapımcı, Senarist, Yönetmen), *Sicko [Belgesel]*, The Western Company, ABD 2007.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	İsmail ÖZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Zonguldak/ 03.11.1983
Eğitim Durumu	
Lisans Öğrenimi	Atatürk Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
Yüksek Lisans Öğrenimi	Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri	
İş Deneyimi	
Stajlar	
Projeler	
Çalıştığı Kurumlar	Atatürk Üniversitesi (2006-)
İletişim	
E-Posta Adresi	ismailoz@atauni.edu.tr
Tarih	2015