

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Murat ATALAY

HEKİMLİK MESLEĞİNDEKİ DEĞİŞİMİN
MESLEKLER SOSYOLOJİSİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

İşletme Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi

Antalya, 2017

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Murat ATALAY

HEKİMLİK MESLEĞİNDEKİ DEĞİŞİMİN
MESLEKLER SOSYOLOJİSİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Danışman

Prof. Dr. Ferda ERDEM

İşletme Ana Bilim Dalı

Doktora Tezi

Bu tez SDK-2016-1802 proje numarasıyla Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

Antalya, 2017

T.C.
Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Murat ATALAY'ın bu çalışması, jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	: Doç. Dr. Gönül DEMEZ	(İmza)
Üye (Danışmanı)	: Prof. Dr. Ferda ERDEM	(İmza)
Üye	: Prof. Dr. Ali DANIŞMAN	(İmza)
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Janset AYTEMUR	(İmza)
Üye	: Doç. Dr. Lütü SUNAR	(İmza)

Tez Başlığı: Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Açısından İncelenmesi

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 03/11/2017

Mezuniyet Tarihi : 30/11/2017

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Doktora Tezi olarak sunduğum “Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Açısından İncelenmesi” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

(İmza)

Murat ATALAY





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Murat ATALAY
Öğrenci Numarası	20128604101
Enstitü Ana Bilim Dalı	İşletme
Programı	Doktora
Programın Türü	() Tezli Yüksek Lisans (X) Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Prof. Dr. Ferda ERDEM
Tez Başlığı	Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Açısından İncelenmesi
Turnitin Ödev Numarası	884436526

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 191 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 23/11/2017 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 2

alıntılar dahil % 5 'tir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşiyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelerle sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

23/11/2017

(imzası)
Prof. Dr. Ferda ERDEM

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
ÖNSÖZ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

MESLEK KAVRAMI VE MESLEKLER SOSYOLOJİSİ DİSİPLİNİ

1.1. Meslek Kavramı	5
1.2. Meslekler Sosyolojisi İçerisindeki Farklı Perspektifler	9
1.2.1. Özellikler Yaklaşımı	13
1.2.2. İşlevselci Yaklaşım	15
1.2.3. Etkileşimci Yaklaşım	16
1.2.4. Çatışmacı Yaklaşım	16
1.2.5. Marksist Yaklaşım	17
1.2.6. Foucaultcu Yaklaşım	17
1.2.7. Neo-Weberci Yaklaşım	18
1.2.8. Söylem Analizi	20
1.2.9. Yeni Kurumsalcılık	21
1.2.10. Bourdieucu Yaklaşım	22
1.3. Mesleklerle İlgili Temel Tez ve Kavramlar	22
1.3.1. Profesyonellik	23
1.3.2. Profesyonelleşme	24
1.3.3. Profesyonellik Kaybı (Deprofessionalization)	26
1.3.4. Proleterleşme	27

1.3.5.	Mesleki Otorite	27
1.3.6.	Mesleki Kimlik	28
1.3.7.	Mesleki Saygınlık	29
1.3.8.	Mesleki Statü	30
1.3.9.	Mesleki Otonomi	31
1.3.10.	Mesleki Yetki Alanları (Professional Jurisdictions).....	32
1.3.11.	Mesleki Etik.....	33
1.3.12.	Meslek Örgütleri	34
1.3.13.	Meslek Regülasyonları	34
1.4.	Neoliberal Politikaların ve Makro Gelişmelerin Meslekler Üzerine Etkisi.....	35

İKİNCİ BÖLÜM

HEKİMLİK MESLEĞİ

2.1.	Hekimlik Mesleğini Etkileyen Gelişmeler	50
2.1.1.	Enformasyon Devrimi	51
2.1.2.	Tüketici Odaklı Olma Anlayışının Gelişmesi ve Değişen Hekim - Hasta İlişkisi	52
2.1.3.	Piyasalaşma	57
2.1.4.	Bürokratikleşme ve Rasyonelleşme.....	58
2.1.5.	Hekim Sayısındaki Arz Fazlalığı ve Meslek İçi Rekabetin Artması.....	61
2.1.6.	Meslek Örgütlerinin Güç Kaybetmesi	62
2.1.7.	Yeni Mesleklerin Etkileri	62
2.2.	Hekimlik Mesleğini Etkileyen Gelişmelerin Temel Sonuçları	63
2.2.1.	Hekimlik Mesleğinin Otonomisinin Azalması	63
2.2.2.	Hekimlik Mesleğinin Profesyonellik Kaybı (Deprofesyonelleşme)	66
2.2.2.1.	Hekimlik Mesleğinin Profesyonellik Kaybıyla İlgili Farklı Ülke Örnekleri....	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE HEKİMLİK MESLEĞİNİN GÜNÜMÜZDEKİ DURUMU

3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türkiye Sağlık Sisteminde ve Hekimlik Mesleğindeki Temel Gelişmeler	74
3.2. Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hekimlik Mesleğinin Durumu	79

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HEKİMLİK MESLEĞİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİME İLİŞKİN NİTEL BİR ARAŞTIRMA

4.1. Araştırma Yöntemi	98
4.2. Araştırma Tasarımı	101
4.2.1. Doküman Analizi	103
4.2.2. Görüşmeler	104
4.2.3. Odak Grup Görüşmesi.....	106
4.3. Veri Analizi.....	107
4.4. Güvenirlilik ve Geçerlik.....	110
4.5. Bulgular	111
4.5.1. İş Pratikleri	115
4.5.1.1. Mesleki Otonominin Azalması.....	115
4.5.1.2. İş Yükünün Artması	118
4.5.1.3. Hizmet Kalitesinin Zayıflaması.....	119
4.5.2. İlişkiler	120
4.5.2.1. Hekim Meslektaş İlişkilerinde Değişim	121
4.5.2.2. Hekim – Hasta İlişkilerinde Değişim	123
4.5.3. Ekonomik Koşullar	127
4.5.3.1. Gelirlerin Yetersizliği	128

4.5.3.2. Gelirlerin Eşitsizliği.....	130
4.5.4. Eğitim - Öğretim ve Kariyer Süreçleri.....	132
4.5.4.1. Eğitimin Niteliğinin Zayıflaması.....	132
4.5.4.2. Usta - Çırak İlişkilerinde Değişimler	134
4.5.4.3. Genç Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerindeki Değişimler	135
4.5.5. Mesleki Güç ve İtibar Algısı	138
4.5.5.1. Meslek Saygınlığının Zayıflaması.....	138
4.5.5.2. Meslek Örgütlerinin Politik Gücünün Zayıflaması	139
4.6. Bulguların Değerlendirilmesi	141
SONUÇ.....	154
KAYNAKÇA.....	160
EK 1- Gönüllü Katılım Formu	191
EK 2- Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	192
EK 3- Odak Grup Görüşmesi Formu	194
EK 4- Ek Değerlendirici Formu	195
ÖZGEÇMİŞ.....	201

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Profesyonel Proje Sonucu Meydana Gelen Sosyal Kapanma	20
Şekil 3.1 Türkiye’de Toplam Hekim Sayısı ve 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	85
Şekil 3.2 Türkiye’de Özel Sektörde Çalışan Hekim ve Özel Hastane Sayısı	88
Şekil 3.3 Türkiye’de Kişi Başı Hekime Yapılan Müracat Sayısı ve Özel Hastanelere Yapılan Müracat Sayısı	89
Şekil 3.4 Türkiye’de Özel Sektör Hastane Yatağı ve Özel Sektörde Yapılan Ameliyat Sayısı	90
Şekil 3.5 Türkiye’de Birinci Basamak Hekime Müracaat Sayısı ve Aile Sağlığı Merkezi Oda Sayısı	92
Şekil 3.6 Türkiye’de Kişi Başı Birinci Basamağa ve İkinci ve Üçüncü Basamağa Müracaat Sayısı	93
Şekil 4.1 Nitel Araştırmanın Aşamaları	100
Şekil 4.2 Nitel Araştırmanın Döngüsel Niteliği	102
Şekil 4.3 Nitel Araştırmada Veri Analizi	108
Şekil 4.4 Örnek Kodlama Yapılarak Temaların Elde Edilmesi.....	113

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Meslekler Sosyolojisi İçerisindeki Farklı Perspektifler	11
Tablo 1.2 Profesyonelliğin İki Farklı İdeal Tipi.....	43
Tablo 1.3 İdeal Tip Piyasa, Bürokrasi ve Profesyonellik Mantıkları	45
Tablo 2.1 20. Yüzyılın Ortalarından 21. Yüzyıla Değişen Hekim – Hasta İlişkilerindeki Farklılıklar	55
Tablo 3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) İlgili Önemli Gelişmeler	82
Tablo 3.2 SDP Öncesi ve Sonrası Türkiye’deki Temel Sağlık Göstergeleri	84
Tablo 3.3 Türkiye’de Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları.....	85
Tablo 3.4 Türkiye’de 2002 – 2014 Yılları Arasında Hizmet Kusuru İddiası ile Hekimlere Açılan Davalar ve Ödenen Tazminatlar	95
Tablo 4.1 Nicel ve Nitel Araştırma Gelenekleri Arasındaki Temel Farklar	99
Tablo 4.2 Sağlıkta Dönüşüm Uygulamalarının Yarattığı Değişimlere Yönelik Ana ve Alt Temalar	114

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGIL	: Uyum, Hedefe Ulaşma, Entegrasyon ve Gizlilik (Adaptation, Goal-attainment, Integration, Latency)
akt.	: Aktaran
AMA	: American Tabipler Birliği (American Medical Association)
AAMC	: Amerikan Tıp Okulları Birliği (Association of American Medical Colleges)
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
bk.	: Bakınız
DRG	: Tanı İlişkili Gruplandırma (Diagnosis Related Groups)
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IMF	: Uluslar arası Para Fonu (International Monetary Fund)
MEDULA	: Medikal Ulak
NHS	: İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System)
NPM	: Yeni Kamu Yönetimi (New Public Management)
OECD	: İktisadi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development)
ÖSYM	: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WB	: Dünya Bankası (World Bank)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
vb.	: Ve benzeri
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

ÖZET

Hekimlik mesleği yüksek statülü, yüksek derecede otonomisi olan, uzun ve yorucu formel bir eğitimin yanında ustalık ve uzmanlık gerektiren köklü bir meslektir. Günümüzde neoliberal politikalar ve bununla bağlantılı olarak yükselen bir trend olan Yeni Kamu Yönetimi anlayışı, piyasalaşma, yönetimcilik, tüketici odaklılık gibi söylemlerle birlikte mesleklerin içerisinde bulundukları sosyo politik çevre hızlı bir şekilde değişmektedir. Söz konusu değişimlerin önemli sonuçlarından biri de hekimlik mesleği başta olmak üzere köklü mesleklerin değişime uğramasıdır. Hekimlik mesleği meslekler sosyolojisi araştırma alanının doğmasında ve gelişmesinde büyük rol oynayan, tüm diğer meslekler için arketip olarak görülen ve devletlerin giderek artan yönetsel kontrol ve düzenleyici mekanizmaları karşısında en çok değişime uğrayan meslektir. Bu doğrultuda bu tez çalışması, sağlıkta bir model ülke olarak gösterilen Türkiye’de özellikle son yıllarda gündemde olan sağlıkta dönüşüm politikalarına bağlı olarak hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimi meslekler sosyolojisi perspektifinden ele almaktadır. Araştırma farklı veri geliştirme yöntemlerini içeren nitel bir tasarıma göre yapılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak doküman analizi, derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmesinden elde edilen veri seti içerik analizine tabi tutulmuş ve hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimler; iş pratikleri, ilişkiler, ekonomik koşullar, eğitim-öğretim ve kariyer süreçleri, mesleki güç ve itibar algısı olarak beş ana tema ile açıklanmıştır. Ulaşılan sonuçlar alanyazında farklı ülke örnekleri ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmış ve örgüt çalışmaları açısından önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meslekler Sosyolojisi, Hekimlik Mesleği, Sağlıkta Dönüşüm Politikaları

SUMMARY
EXAMINATION OF CHANGE IN THE MEDICAL PROFESSION FROM THE
PERSPECTIVE OF SOCIOLOGY OF PROFESSIONS

Medical profession is a high-status established profession with high-grade autonomy that requires a long and exhausting formal education process as well as mastery and expertise. Today, along with neoliberal policies and the discourses that are in a rising trend in connection with these policies such as New Public Management approach, marketization, managerialism and consumerism approach, socio-political structure of professions is rapidly changing. One of the important consequences of these changes is the transformation of the established professions, specifically the medical profession. Medical profession is the profession that has played a major role in the emergence and development of the research area of sociology of professions, that is regarded as an archetype for all other professions and that has undergone the most change in the face of states' increasing managerial control and regulatory mechanisms. In this respect, this dissertation investigates the change of the medical profession in Turkey, which has been shown as a model country in healthcare, that has arisen due to the transformation policies in health, which have been on the agenda in recent years from the perspectives of sociology of professions. The research is based on a qualitative design, which includes different data development methods. In accordance with the purpose of the research, the data set obtained from the document analysis, in-depth interviews, and focus group interviews were subjected to content analysis and changes in the medical profession have been explained by five main themes as job practice, relations, economic conditions, education and career processes, professional power and prestige perception. The obtained results have been discussed in comparison with the results of studies in other country examples in the literature, and the importance of the results has emphasized in terms of organization studies.

Keywords: Sociology of Professions, Medical Profession, Health Transformation Policies

ÖNSÖZ

Her doktora tez çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da birçok değerli kişinin katkısı vardır. En başta, tezin her aşamasında yapıcı yaklaşımıyla beni yönlendirerek desteğini esirgemeyen, bu zorlu süreçte motivasyonumu daima yüksek tutmamı sağlayan, bir rol model olarak gördüğüm değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ferda ERDEM'e sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Araştırma sürecinde beni sabırla dinleyen, değerli görüş ve önerileriyle çalışmama katkılar sağlayan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Janset AYTEMUR'a ve Doç. Dr. Gönül DEMEZ'e; ayrıca yapıcı eleştirileri ile çalışmama katkı veren Prof. Dr. Ali DANIŞMAN'a ve Doç. Dr. Lütfi SUNAR'a müteşekkirim.

ESA (Avrupa Sosyoloji Birliği)'nin 2016 yılında Porto-Averio'da ve ISA (Uluslararası Sosyoloji Birliği)'nin 2016 yılında Viyana'da ve 2017 yılında Oslo'da düzenlemiş olduğu Meslekler Sosyolojisi konferanslarında kendileriyle görüşme fırsatı bulduğum, orada bana vakit ayırarak tezime ilgili sorularımı içtenlikle yanıtlayan ve beni tez süreci için motive eden değerli akademisyenler Tracey ADAMS, Mike SAKS, Teresa CARVALHO ve Mike DENT'e teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama sürecinde bazı görüşmecilere ulaşmamı sağlayan doktora arkadaşım Umut DAĞISTANLI'ya ve gerek veri toplama süreci gerek akademik eğitim yaşamımdaki katkılarından ötürü değerli hocam Prof. Dr. Fulya SARVAN'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Veri analizi sürecinde, verdikleri desteklerden ötürü değerli arkadaşlarım Yrd. Doç. Dr. Onur DİRLİK'e, Dr. Duygu AYDIN ÜNAL'a ve Yrd. Doç. Dr. Ece ÖMÜRİŞ'e çok teşekkür ederim.

Tez süreci boyunca beni destekleyen sevgili anne ve babama, ayrıca akademik yaşamım boyunca ve bu zorlu tez sürecinde daima yanımda olup beni destekleyen ve çalışmanın tüm sıkıntı ve sevinçlerine ortak olan sevgili eşim Atike ATALAY'a ve son olarak varlığıyla hayatımıza anlam katan biricik kızım Yağmur ATALAY'a çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Bu çalışmanın ülkemizde meslekler sosyolojisi ve örgüt çalışmaları alanları için katkı sağlamasını ümit ederim.

Murat ATALAY

Antalya, 2017

GİRİŞ

Sağlığımız konusunda hekimlere güveniriz...Bu güvenin sağlam bir temelde oluşması için bu meslekte çalışanların kötü veya ortalama koşullarda olmamaları elzemdir. Bu meslek sahiplerine verilecek ödüller, güvenin oluşması için gerekli olan toplumsal tabakada bulunmalarını sağlayacak kadar yüksek olmalıdır. Böylece uzun süreli mesleki eğitimleri için yapmış oldukları büyük fedakârlık ve masraflar, bu koşullarla birleştiğinde, meslek sahiplerinin emek ücretlerini mutlaka artıracaktır.

Adam Smith, 1776

Meslekler insanların sosyal ve çalışma hayatının tam ortasında yer almaktadır. Meslek sahibi olarak nitelenen profesyoneller kimi zaman insanların hayatlarını kurtaran, onların sağlıklı olmalarını sağlayan, kimi zaman çocuklarını eğiten, hukuki konularda onlara danışmanlık yapan, kimi zaman ise paralarını ve işlerini yöneten, evlerini tasarlayan ve bunlardan daha fazlasını yapanlardır. İnsanlar ne zaman belirli bir uzmanlıkla ilgili bir yönlendirmeye ihtiyaç duysalar, meslek sahibi olan profesyonellerin bilgi ve deneyimlerine başvururlar (Susskind ve Susskind, 2015: 10). Mesleklerin kökenleri ortaçağa, hatta bazı durumlarda antik çağlara dayanmakla birlikte, mesleklerle ilgili ilk sistematik bilimsel çalışmalar, sosyal bilimlerin yükselişe geçtiği ve mesleklerde büyük değişimlerin gözlemlendiği 20. yüzyılın başlarında yapılmaya başlamıştır. Bu alandaki ilk çalışmalar hekimlik, hukuk ve akademik mesleklerle ilgili yapılan çalışmalardır (Abbott, 1988: 3).

Meslekler sosyolojisi araştırma alanı meslekleri, mesleklerin sahip olduğu özellikleri (Klegon, 1978: 259) ve tarihsel süreçte meydana gelen değişimleri inceleyen, genellikle çalışma sosyolojisi, iktisat, felsefe, psikoloji, tıp, sağlık politikaları, hukuk (Gorman ve Sandefur, 2011: 276; Susskind ve Susskind, 2015: 13) ve son dönemlerde örgüt çalışmaları (Brock vd., 2014: 1) gibi alanlardan beslenen interdisipliner bir çalışma alanıdır. Genel sosyolojinin kavram, kuram ve metodolojik mirasından beslenen sosyolojinin görece bu yeni dalı, modern toplumun statü temelli ayrışması gerçeğini mesleki temelde çözümlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda her bir meslek nesnel, toplumsal ve iktisadi boyutları ile meslekler sosyolojisinin özel ilgi alanını oluşturmaktadır. Özellikle Carr-Saunders, Durkheim ve meslekler sosyolojisinin babası olarak nitelenen Parsons'ın öncü çalışmaları, meslekler sosyolojisi alanının ortaya çıkarak gelişmesine büyük katkı sunmuştur (Brante, 1988: 119-123; Muzio vd., 2013).

Meslekler sosyolojisi çalışma alanı açısından meslek¹ genel olarak yüksek statülü, yüksek derecede otonomisi olan, uzun ve yorucu formel eğitim süreci gerektiren uğraş olarak tanımlanmaktadır. Sosyologlar bu tanıma en çok uyan meslek olarak hekimlik mesleğini gösterirken, mesleklerle ve profesyonelleşmeyle ilgili kuramların temel olarak hekimlik mesleğiyle ilgili yapılan çalışmalara dayandığını belirtirler (Gabe vd., 2004: 163). Alanyazında mesleklerle ilgili çalışmalar arasında hekimlik mesleği üzerine yapılan çalışmalar önemli bir tutar (bk. Parsons, 1951; Ritzer ve Walczak, 1988; Freidson, 2001; Filc, 2006; Saks, 2015a; 2015b; Correia, 2015). Talcott Parsons'ın (1951) hekimlik mesleğine yönelik çalışması modern toplumda mesleğin özellikleriyle ilgili sosyolojik çalışmaların oluşumuna öncülük etmiştir (Riska, 1988: 133). Sosyologlar hekimlik mesleğini, diğer tüm mesleklerin kendisiyle açık veya örtük olarak karşılaştırıldığı, tüm mesleklerin arketipi olarak görmektedirler (bk. Parsons, 1951; Abbott ve Meerabeau, 1998: 4; Freidson, 2001: 181; Hupe, 2012: 40; Saks, 2015a: 135). Meslekler içinde klasik ve köklü mesleklerden biri olarak nitelendirilen hekimlik mesleğini (McClelland, 2014: xiii) kendilerini işlerine, kimliklerine ve mesleklerine adanmış bireyler oluşturur (Leicht ve Fennell, 2001: 133). Kısaca hekim, hekimlik yapmak için gerekli şartları yerine getirmiş, tıbbi uygulamaları yapabilecek erdemli kişi olarak tanımlanmaktadır (Cruess ve Cruess, 2009: 11).

Meslekler için altın çağ olarak adlandırılan Keynesçi ekonomi politikalarının uygulanmaya başlandığı 2. Dünya savaşıdan sonraki dönem ile neoliberal politikaların etkin olmaya başladığı 1980'li yıllar arasındaki dönem, hekimlik mesleğinin en güçlü olduğu dönemdir (Gabe vd., 2004: 165). Özellikle bu yıllarda hekimlerin gelirleri diğer mesleklerle karşılaştırıldığında en yüksek seviyeye yükselmiş (Freidson, 2001: 183-185; Weitz, 2007: 331-333), hekimlerin yaptıkları işlerin içerik ve kontrolü üzerinde yetkili olmaları, diğer meslek ve grupların kontrolünden muaf olmaları (Weitz, 2007: 332), mesleğin otonomisinin yüksek olması, diğer sağlık uğraşları ve müşteriler üzerinde söz sahibi olmaları aynı zamanda bilgi tekeli durumunda olmaları hekimlik mesleğine güç ve statü kazandırmıştır (Coburn, 2006: 433-434).

¹ Türkçede “meslek” terimi İngilizce'deki “profession”, uğraş anlamına gelen “occupation”, iş anlamına gelen “work” terimlerine karşılık olarak daha genel bir anlamda kullanılmaktadır. İngilizce'deki “profession” teriminin bir çok dilde karşılığı olmadığı gibi (Neal ve Morgan, 2000: 10) tam bir Türkçe terim karşılığı da bulunmamaktadır. Bununla birlikte yerel literatürde “profession” terimi “uzman meslek”, “kariyer meslek” ve “profesyonel meslek” olarak kullanılabilir (Sunar vd., 2016: 3-4). Hekimlik, avukatlık, akademisyenlik gibi uzun eğitim ve öğretim süreci gerektiren meslekler “uzman meslek” kapsamında yer almaktadır. Bu tezde de “meslek” terimi “uzman meslek” anlamında kullanılmaktadır ve İngilizce'deki “profession” terimine karşılık gelmektedir.

1980’li yıllardan itibaren küresel çapta refah devleti politikalarının yerini neoliberal politikaların almasıyla birlikte, yukarıda belirtilen tablo tersine dönmeye başlamıştır. Bu kompleks düzende meslekler sosyolojisine ivme kazandıracak gelişmeler yaşanmıştır. Meslek sosyologları hekimlik mesleğinin güç ve otonomisindeki değişimlere odaklanmaya başlamışlardır (bk. Haug, 1988; McKinlay ve Stoeckle, 1989; McKinlay ve Marceau, 2002; Adler ve Kwon, 2008; Timmermans ve Oh, 2010; Hupe, 2012). 20. yüzyılın sonlarında ve 21. yüzyılın başlarında hekimlik mesleği mesleki egemenliğini ve gücünü kaybederek zayıflama sürecine girmiştir. Bu durumu etkileyen küresel düzeydeki makro gelişmelerin en önemlileri; tüketici odaklı olma anlayışının gelişmesi, piyasalaşma ve özelleştirme, enformasyon devrimi ve internet kullanımının yaygınlaşması, bürokratikleşme ve rasyonelleşme, meslek içi rekabet ve hekim sayısındaki arz fazlalığı, meslek örgütlerinin güç kaybetmesi ve sağlık alanındaki yeni uğraşların ortaya çıkmasıdır.

Türkiye’de neoliberal politikaların bir uzantısı olan, Dünya Bankası ve IMF’nin danışmanlığında yürütülen sağlıkta dönüşüm politikaları 1990’lı yıllardan itibaren gündemdedir ve 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ivme kazanmıştır. Geçen on yıldan daha fazla sürede sağlık hizmetinden yararlanan gruplar açısından dönüşüm programı ile oldukça önemli sonuçlar elde edilmiş, sağlığa ulaşım konusunda dikkat çekici bir performans kaydedilmiştir. Ancak bu sürecin hızlı bir şekilde uygulamaya aktarılmasıyla birlikte, hekimlerin meslek koşullarında, mesleğin temel unsurlarını etkileyecek ve sağlık sistemi üzerindeki sonuçları orta ve uzun vadede anlaşılabilecek değişimler yaşanmaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı, sağlıkta dönüşüm politikalarına bağlı olarak Türkiye’deki hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimin meslekler sosyolojisi açısından ele alınmasıdır. Sağlıkta dönüşüm konusunda bir model ülke olarak gösterilen (Dünya Sağlık Örgütü, 2012: 28) ve sağlıkta dönüşüm politikalarının son derece hızlı bir şekilde hayata geçirildiği Türkiye’de (OECD, 2014: 15; Akdağ, 2015: 3) sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olan hekimlerin bu politikalardan önemli derecede etkilendiği düşünülmektedir. Türkiye’de meslekler sosyoloji perspektifinden yapılan çalışmaların yok denecek kadar az olması (Sunar ve Kaya, 2016: 272) bu araştırmanın önemini artırmaktadır. Bununla birlikte Brock vd. (2014: 11) meslekler sosyolojisi alanının kuramsal gelişimine katkı vermesi için farklı ülkelerden sağlanacak verilerin önemine dikkat çekerek, özellikle gelişmekte olan ülkelere gelecek verilerin önemini vurgulamaktadır. Hekimlik mesleğiyle ilgili değişimleri ele alacak bu çalışmanın sonuçlarının, sadece kuramsal tartışmalara değil aynı zamanda hekimlik mesleğiyle ilgili politika yapıcılara, sivil toplum örgütlerine ve uygulayıcılara da zengin bir

veri sağlama potansiyeli bulunmaktadır. Tez çalışmasının ana araştırma soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Sağlıkta dönüşüm politikaları hekimlik mesleği ile ilgili hangi değişimleri meydana getirmiştir?
- Sağlıkta dönüşüm politikalarının getirdiği değişimler hekimlerin meslek algılarını nasıl etkilemektedir?

Türkiye’de sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlerin meslek algılarını nasıl değiştirdiği ve etkilediği olgusunu açıklamak için çalışmanın araştırma sorularına en iyi şekilde cevap verecek yöntem olarak, tüme varım anlayışına dayanan ve “Ne” ve “Nasıl” sorularına odaklanan (Creswell, 2009: 131) nitel araştırma yöntemi ve araştırma deseni olarak olgunun katılımcının bakış açısından derinlemesine anlaşılmasına imkan veren fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Veriler, derinlemesine görüşme, odak grup görüşmesi ve doküman analizinden elde edilmiştir. Araştırmada tümevarımsal bir yaklaşım benimsenerek, içerik analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda kodlar, alt temalar ve ana temalar verilerden oluşturulmuştur. Sonuçlar analitik genelleme temelinde meslekler sosyolojisi alan yazınında yer alan ilgili çalışmaların tespitleri doğrultusunda değerlendirilmiş, tartışılmış ve yorumlanmıştır. Buna ilaveten örgüt çalışmaları açısından bu çalışmanın önemi vurgulanmıştır. Sonuç bölümünde ayrıca bazı önerilere yer verilmiş ve gelecekteki çalışmalar için çıkarımlar yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

MESLEK KAVRAMI VE MESLEKLER SOSYOLOJİSİ DİSİPLİNİ

1.1. Meslek Kavramı

Meslekler sosyolojisinin temel kavramı olan meslek, en basit tanımıyla uzmanlaşmış bir iştir. İş, geniş bağlamı olarak toplumda yürütülen birçok üretim faaliyetini kapsar. Bu üretim faaliyetlerinin bir kısmı, bunlara resmi olarak ücret ödenmediğinden iş olarak görülmez. Bir kısmı ise tam zamanlı değildir veya saygınlık uyandırmayabilir. Bazı işler ise resmi kayıtlı ekonominin haricinde kayıt dışı olsa da, ücret karşılığı yapılır ve tam zamanlıdır. İşin en çok dikkat çeken kısmı ise kayıtlı resmi ekonomi içinde yer alan uğraşlar (occupation) kısmıdır ve meslekler de bir çeşit uğraştır (Freidson, 1999: 119).

Toplumsal yapının kurucu unsuru olan meslek, toplumun işleyişinde önemli bir role sahiptir ve bireysel yaşamı ekonomik ve diğer yönlerden etkiler. Günümüz toplumlarında bireyin toplum içerisinde bir konum ve kimlikle varolabilmesi bir meslek edinmesine endekslenmiş durumdadır (İlhan, 2008: 314). Eke –Dikeçligil- (1987: 377) mesleği, bireylerin geçimini sağlayan, genel sosyal statülerini belirleyen ve kendine özgü kanuni ve ahlaki kuralları olan sürekli bir faaliyet biçimi olarak tanımlamaktadır. “Meslek” (profession), “profesyonel” (meslek sahibi) terimleri genellikle farklı terimlerle karıştırılan ve günlük dilde farklı anlamlarda kullanılan terimlerdir. Mesleğin en sık kullanılan anlamı ise yüksek statülü ve yüksek maddi getirili bir meslek haline gelmiş, belirli bir uğraş grubunu tanımlamaktadır (Abbott ve Meerabeau, 1998: 2).

Mesleklerin kökenleri ortaçağa, hatta bazı durumlarda antik çağlara dayanmakla birlikte, mesleklerle ilgili ilk sistematik bilimsel çalışmalar, sosyal bilimlerin yükselişe geçtiği ve mesleklerde büyük değişimlerin gözlemlendiği 20. yüzyılın başlarında yapılmaya başlamıştır. Özellikle İngiltere ve Amerika’daki hekimlik, hukuk ve akademik mesleklerle ilgili çalışmalar, bu alandaki ilk çalışmalardır (Abbott, 1988: 3). Adam Smith, ilk baskısı 1776 yılında yapılan *Ulusların Zenginliği* isimli kitabında, en büyük ve önemli mesleklerin hekimlik, avukatlık ve din adamlığı olduğunu belirtmiştir (Smith, 1977: 439).

Bir sosyal bilim araştırma alanı olarak meslekler ve meslek sahipleri (profesyoneller) 20. yüzyıl boyunca sosyal bilimlerin önemli çalışma alanlarından biri olmuştur. Yirminci yüzyılın başlarında mesleklerle ilgili yapılan ilk çalışmalar Flexner (1910, 1915) tarafından yapılmıştır. Flexner (1915) meslek sahipleri olan profesyonelleri, amatörlerin tam tersine, bir faaliyete tüm zamanını vererek adanmışlar olarak tanımlamıştır. Kuramsal olarak mesleklerle

ilgili yapılan sistematik ilk çalışmalar İngiltere’de Herbert Spencer ve Carr-Saunders’ın yapmış olduğu çalışmalardır. İngiltere’deki çalışmalardan daha sonra ortaya çıkan Amerika’daki sistematik ilk çalışmalar ise 2. Dünya savaşını izleyen dönemde Talcott Parsons’ın yaptığı çalışmalarla başlamaktadır (Freidson, 1994: 2). Geçtiğimiz yüzyıldan günümüze kadar olan süreçte meslek kelimesi kesin bir anlamda kullanıldığında akla hemen tıp, hukuk, din adamlığı gibi köklü (established) meslekler gelmektedir. Bu mesleklerin diğer meslekler için yol gösterici temel meslekler oldukları, ortak bir takım özellik ve niteliklere sahip oldukları açıkça belirtilmektedir (Dunkerley, 1975: 53; Freidson, 1994: 17).

Mesleklere yönelik farklı bakış açılarını ele alan Freidson (1994: 13), sosyologların meslekleri eğitilmiş, bilgiye ve karmaşık yeteneklere sahip, kamunun ihtiyaçlarını karşılayan onurlu hizmetkârlar olarak gördüklerini; iktisatçıların mesleğin iş piyasasının kapalı, tekeli özelliğini vurguladığını; siyaset bilimcilerin meslekleri imtiyaz sahibi yönetenler olarak ele aldıklarını; politika yapımcıların ise meslekleri ayrıcalıklı ve tecrit edilmiş gruplar olarak nitelendirdiklerini belirtmektedir. Savage ise (1994:129) iktisat alanında mesleklerin, ayrı bir iktisadi kurum olarak ele alınmadığı için mesleklere özgü bir iktisat kuramının bulunmadığına dikkat çekmektedir.

Freidson’a göre (1994: 200) meslekler, ezoterik² ve teorik bilgiye; yeteneklere ve sıradan insanların sahip olmadığı, yaptığı işle ilgili nihai karar verme yetkisi gibi özelliklere sahip meslek sahiplerinin yaptıkları işlerdir. Bu işler, bireylerin ya da toplumun genel olarak refahı için kritik bir öneme sahiptir; karşılığı olarak sadece paranın gösterilemeyeceği uğraşlardır. Abbott’e (1988:4) göre ise meslekler, ezoterik bilgiyi kullanan, kendi alanına özgü detaylı bir eğitim alarak, mesleğe girebilmek için gerekli olan formel sınavı ve diğer ön gereklilikleri yerine getirmiş, uygulama ve davranışları için çeşitli mesleki etik kodlara uymaya zorlanan, örgütlenmiş uzman gruplarından oluşmaktadır. Geleneksel görüşe göre meslekler, uğraşlara nazaran büyük bir oranda sosyal denetimin hiyerarşik biçimlerinden muafırlar; bunun yerine meslek içi düzenlenmiş (self-regulating) enformel meslektaş denetimine tabidirler (Freidson, 1984: 1). Santiago ve Carvolho da (2015: 1) meslek kavramını farklı fakat birbirleriyle ilişkili öğelerin kesişiminin sonucunda ortaya çıkan bir sosyal yapı olarak tanımlar. Mesleğin, formel bilgiye sahip olması, akademik ve mesleki eğitime dayalı olması, Weber’in sosyal kapanma kavramını etkin bir biçimde kullanması ve mesleki yetki alanları konusunda belirli tekel gücünü kullanması gibi bir takım spesifik özellikleri bulunmalıdır.

² Sadece meslek üyelerinin anlayabileceği, mesleğe özgü bilgi (Macdonald, 1995: 201).

Profesyonellerin uygulamalarının (practice) nasıl olduğunu anlayabilmek için incelenmesi gereken güçlü bir şekilde kurumsallaşmış çeşitli normlar vardır. Bu kurumsallaşmış normlar yakın bir zamana kadar meslek sahipleri ve diğer paydaşlar tarafından kabul edilir, anlaşılır, onurlandırılır ve kanıksanırdı. Bu kurumsallaşmış normlar şu şekilde açıklanmaktadır (Leicht ve Fennell, 2001: 177):

- Mesleklerin geleneksel olarak sahip olduğu dikkate değer oranda otonomisi vardır. Meslek sahipleri kararlarını, diğer meslek sahiplerinin ve paydaşların müdahale etmediği, müşteri veya hastalarının ihtiyaçlarına göre almayı beklemektedirler. Profesyonel karar almanın sorgulandığı ve yargılandığı durumlar (avukatların barodan uzaklaştırılması, hekimlerin hekimlik yapma lisanslarını kaybetmeleri veya malpraktis ile itham edilmeleri gibi) olmakla birlikte profesyonellerin karar verirken yetkin ve etik davrandıkları varsayılır.
- Mesleki uygulamaların bağımsız olması, bir başka güçlü şekilde kurumsallaşmış normdur. Profesyonellerden kendi kararlarını almaları ve bu doğrultuda davranmaları beklenmektedir. Uygulamada gençlerin ve daha az tecrübeye sahip olanların, özellikle zor vakalar ve durumlarda tecrübeli meslektaşlarından görüş alması, geriye çekilmeleri söz konusuysa; aslında genç hekimlere verilen mesleki eğitim, tecrübeli, mentör veya üst pozisyonlarda bulunan profesyonellerin, gençlerin eninde sonunda zor durumlarda kendi kararlarını kendileri alabilecek şekilde onlara davranmalarını gerektirmektedir.
- Profesyonel karar verme süreçlerinde, meslek sahiplerinin imtiyazları bulunmaktadır. Bu kararlar en fazla uygulanabilirlik ve netlik açısından diğer meslekler tarafından gözden geçirilebilir. Fakat bu gözetim mesleki uygulamaların başladığı sınırdan itibaren hemen durur.
- Tüketicilerin, sigorta şirketlerinin, finansman kuruluşlarının mesleki kararlar ve etkileri üzerinde en fazla göstermelik bir etkileri vardır ve kararı profesyonellere bırakırlar.
- Mesleki uygulamalarda kurumsallaşmış başka bir norm ise eşitler topluluğu (community of equals) ile etkileşimdir. Mesleki eğitimden geçmiş ve gerekli sertifika ve diplomaları alan herkes mesleğin birer üyesi olarak sayılır, bazı meslektaşlar yeni üyelere alanları ile ilgili yetkili uzmanlık soruları sormaya ve cevapları değerlendirmeye yetkilendirilmiştir. Meslek içinde yaş ve tecrübe

farkından kaynaklanacak bazı farklılıklar olmasının yanında, meslektaşlar birbirlerine aynı meslekten oldukları için saygı duyarlar.

Bu genel normlar yanında McClelland (2014: 182), mesleklerin sahip olması gereken sekiz özelliği şu şekilde özetlemektedir:

- İleri seviyede uzmanlaşmış yüksek eğitim ve öğretim
- Mesleğe özgü mesleki etik kurallar
- Özgecili ve kamu hizmeti verme anlayışı
- Mesleğe başlama, yetkinlik ve meslek içi farklı dallarda uzmanlaşma ile ilgili lisanslama ve uzmanlaşma sınavları
- Yüksek prestij ve bunun sonucunda yüksek ekonomik gelire sahip olma
- Mesleki kariyer örüntülerine veya basamaklarına sahip olma
- Verilen hizmetlerin içeriği sayesinde piyasada tekel durumuna gelme
- Mesleki otonomiye sahip olma

Susskind ve Susskind (2015: 15-16) ise mesleklerin günümüzde her meslekte farklı derecede bulunan dört temel özelliğini açıklamaktadır:

- **Uzmanlık bilgisine sahip olma:** Mesleklerin en önemli özelliklerinden biri, mesleği icra eden profesyonellerin meslek dışından insanların sahip olmadığı uzmanlık bilgisine sahip olmasıdır. Hekimlerin, avukatların, mimarların kendi disiplinleriyle ilgili teknik bilgileri bulunmaktadır. Profesyonellerin sahip oldukları bilgi sadece kitaplarda, akademik dergilerde ve online internet üzerinde yer alan formel bilgiyle sınırlı kalmayıp bunun yanında pratik uygulama bilgisini de kapsar.
- **Gerekli eğitim ve yeterliliğe sahip olma:** Sadece meslekle ilgili konularda bilgi sahibi olmak o mesleği yapmak isteyen adayların meslek üyesi bir profesyonel olmalarına kâfi gelmez. Mesleki bilgiye sahip olmanın yanında, mesleğin gerektirdiği yoğun ve yorucu eğitim tamamlanmalı ayrıca deneyimli profesyonellerin gözetiminde belirli bir süre staj ve uygulama eğitimlerinden, sözlü ve yazılı sınavlardan başarılı olmak gerekmektedir.
- **Faaliyetlerinin regüle edilmesi:** Meslekle ilgili yapılan regülasyonları genellikle devlet veya mesleğin kendisi yapar.
- **Mesleki etik kodlarına sahip olma:** Mesleklerin paylaştığı bir takım ortak değerler ve etik kodları vardır. Örneğin her meslek için dürüstlük, güvenilirlik, mesleğe bağlılık gibi etik kodlar vazgeçilmezdir. Bazı mesleklerin ise daha spesifik etik

kodları vardır: Örneğin kamu yararını koruma, belirli sosyal faaliyetleri yerine getirme, verdikleri hizmete olan erişimi sağlama, özgeci olma gibi.

Günümüzde yukarıda belirtilen mesleklerle ilgili normların bazılarının baskı altında olduğu ve mesleklerin eski güç, prestij ve otonomisinde bir azalma görüldüğü de belirtilmektedir (Carvalho ve Santiago, 2015: 1-4). Bu konu tezin ilerleyen bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

1.2. Meslekler Sosyolojisi İçerisindeki Farklı Perspektifler

Meslekler sosyolojisi disiplini meslekleri, mesleklerin sahip olduğu özellikleri (Klegon, 1978: 259) ve tarihsel süreçte meydana gelen değişimleri inceleyen, genellikle çalışma sosyolojisi, iktisat, felsefe, psikoloji, tıp, sağlık politikaları, hukuk (Gorman ve Sandefur, 2011: 276; Susskind ve Susskind, 2015: 13) ve son dönemlerde örgüt çalışmaları (Brock vd., 2014: 1) gibi alanlardan beslenen interdisipliner bir çalışma alanıdır. Meslekler sosyolojisi, çalışma sosyolojisinin (sociology of work) alt alanı olan endüstri sosyolojisi alanı içerisinde yer alan, temel amacı özel bir uğraş kategorisi olan meslekleri incelemek olan bir disiplindir (Monteiro, 2015: 47). Çalışma sosyolojisi kuramsal temelleri Durkheim, Marks ve Weber'in çalışmalarına dayanan, çalışma hayatına, endüstriyel ilişkilere, eşitsizliğe ve demokratik katılımcılık konularında iş yerlerinde, iş piyasalarında ve genel toplumsal bağlamda yapmış olduğu çalışmalarla genel sosyal kuramın gelişmesine etkili bir biçimde katkı sağlayan bir alandır (Cornfield ve Hodson, 2002: 1-7). Endüstri sosyolojisi ise özellikle Elton Mayo'nun yürüttüğü 1924 - 1927 yılları arasında gerçekleşen Hawthorne deneyleri çalışmasıyla ivme kazanan, endüstri devrimi sonrası ortaya çıkan çalışma koşulları ve ilişkilerine odaklanan, çalışma sosyolojisinin alt alanıdır (Chriss, 2001: 242).

Genel sosyolojinin kavram, kuram ve metodolojik mirasından beslenen sosyolojinin görece bu yeni dalı, modern toplumun statü temelli ayrışması gerçeğini mesleki temelde çözümlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda her bir meslek nesnel, toplumsal ve iktisadi boyutları ile meslekler sosyolojisinin özel ilgi alanını oluşturmaktadır. Özellikle Carr-Saunders, Durkheim ve meslekler sosyolojisinin babası olarak nitelenen Parsons'ın öncü çalışmaları, meslekler sosyolojisi alanının ortaya çıkarak gelişmesine büyük katkı sunmuştur (Brante, 1988: 119-123; Muzio vd., 2013). Meslekler sosyolojisinin meslek ve meslekle ilgili temel kavramları olan meslek, uğraş, profesyonellik ve profesyonelleşme gibi kavramları farklı sosyolojik perspektiflerle açıklamak yararlı olacaktır.

Genelde temel sosyoloji kuramları mesleklerle ilgili yapılan çalışmalara çeşitli kuramsal altyapılar kazandırmıştır. Bunlardan kronolojik olarak söz etmek gerekirse, 20.

yüzyılın başlarından ortalarına kadar özellikler yaklaşımı ve işlevselci yaklaşımlar alana hâkim konumdayken, 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra Marksizm yaklaşımları ve sembolik etkileşimciler daha etkin konuma gelmişlerdir (Macdonald, 2006: 356). 1960'lı yıllardan itibaren işlevselci yaklaşıma alternatif olabilecek farklı bir bakış açısı sunan çatışmacı yaklaşım gündeme gelmiştir (Scott, 2008: 221). 1970'li yıllardan itibaren ise Foucault'cular ve Neo-Weber'ciler alana bir zenginlik kazandırmışlardır. 1990'lı yıllardan sonra söylem analizi, diğer sosyal bilimler alanlarında olduğu gibi meslekler sosyoloji alanına da girmiş, 2000'den itibaren ise yeni kurumsal kuram alanda kendine yer açmaya başlamıştır. 2000'li yılların ortalarından itibaren görülmeye başlanan Bourdieucu perspektif meslekler sosyolojisi alanında henüz gelişmeye başlayan yeni bir perspektiftir (Saks, 2016). Meslekler sosyolojisi içerisindeki görülen farklı perspektiflerin kuram, ana fikir, ana kuramcılar, örgütler ve toplum görüşü açısından önemi ve etkin olduğu zaman periyodu bakımından bir özeti Tablo 1.1'de gösterilmektedir.

Tablo 1.1 Meslekler Sosyolojisi İçerisindeki Farklı Perspektifler

Mesleklerle ilgili Kuramlar	Anafikir	Ana Kuramcılar - Çalışmalar	Örgütler açısından önemi	Toplum Görüşü	Etkin Olduğu Zaman Periyodu
Özellikler Yaklaşımı	Meslekleri diğer gruplardan ayırmak için sahip olması gereken temel özellikleri betimler	Carr-Saunders ve Wilson (1933)	Mesleklerin örgütsel rolleriyle çok az ilgilenir	Meslekler geniş bir toplumsal yapıda yer almazlar	1950'ler - 1960'lar
İşlevselci Yaklaşım	Meslekleri toplumda düzeni sağlayacak, kurumlar olarak ele alır	Parsons (1951)	Meslekler ve örgütler arasındaki bağlantıya odaklanır	Meslekler ve toplum arasındaki işlevselci ilişkiye odaklanır	1950'ler - 1960'lar
Etkileşimci Yaklaşım	Makro düzey yerine, mikro düzeyde eylemler ve etkileşimlere odaklanır	Becker (1962), Hughes (1963)	Meslekler, örgüt içinde sosyal olarak müzakere edilebilen grup olarak ele alınır	Makro bağlamda güç ve tarihsel süreçlere ilgisi çok azdır.	1960'lar - 1970'ler
Çatışmacı Yaklaşım	Mesleki gücün açıklanmasına odaklanır.	Freidson (1970), (Larson, 1977).	Meslekleri incelerken analiz seviyesi olarak örgüt seviyesine odaklanır.	Mesleklerin birbirleriyle olan rekabetlerini tarihsel süreçte karşılaştırarak inceler.	1960'lar -
Marksist Yaklaşım	Mesleklerin devletle olan ilişkisiyle ve mesleklerin proleterleşmesine odaklanır	McKinlay ve Arches (1985), Ritzer ve Walczak (1988)	Mesleklerin sınıf temelli örgütsel bağlamı önemlidir	Meslekler kapitalizmin sosyal kontrolüne maruz kalırlar	1970'ler -
Foucaultcu Yaklaşım	Mesleki güç ve bilgiyi, toplumun idare edilmesinde temel faktör olarak görür	Foucault (1973), Donzelot (1979), Nettleton (1992), Pickard (2010)	Örgütsel bağlamda gelişmenin rasyonalitesiyle ilgilenir	Devletin yönetilmesinde mesleklerin dahil edilmesi temel faktördür	1970'ler -

Tablo 1.1 Devamı

Mesleklerle ilgili Kuramlar	Anafikir	Ana Kuramcılar - Çalışmalar	Örgütler açısından önemi	Toplum Görüşü	Etkin Olduğu Zaman Periyodu
Neo – Weberci Yaklaşım	Çıkar grup politikaları yoluyla devlet tarafından izin verilen ölçüde mesleki tekellerin yaratılmasına sosyal kapanma kavramı açısından inceler	Weber (1978), Macdonald (1995), Saks (2010), Evetts (2013), Saks (2015b)	Meslekler ve örgütler arasındaki sorun ve gerilimlerle ilgilenir	Mesleki çıkar ve güç yapıları sosyal kapanma ile bağlantılıdır	1970'ler -
Söylem Analizi	Örgütlerdeki mesleki kültürü daha iyi anlayabilmek için mikro ve mezo düzeylere odaklanır.	Fournier (1999), Cohen vd. (2005), Kong (2014)	Örgütlerdeki mesleki kültüre odaklanır	Analiz düzeyi genellikle makro toplum seviyesi değildir	1990'lar -
Yeni Kurumsalcılık	Kurumsal formların ekolojisi içinde hayatta kalmak için savaşan tıpkı diğer kurumlar gibi, meslek gruplarını da bir kurum olarak ele alır.	Scott (2008), Goodrick ve Reay (2011), Suddaby ve Muzio (2015), Harrington (2015)	Mesleki hizmet örgütleri diğer örgütsel bağlamlara odaklanır	Meslekler rekabetçi kurumların küresel ekolojilerinin bir parçasıdır	2000'ler -
Bourdieuocu Yaklaşım	Meslekler sembolik sermayenin bir çeşididir ve meslekler mücadeleye ve yeniden müzakereye açıktır.	Bourdieu (1986), Schinkel ve Noordegraf (2011)	Mesleklerin örgütsel rolleriyle çok az ilgilenir	Mesleklerin içerisinde bulundukları güç alanı içerisinde meşruiyetleri tehlikededir	2000'ler -

Kaynak: Saks (2016: 182)'dan uyarlanmıştır.

1.2.1. Özellikler Yaklaşımı

Özellikler yaklaşımı, meslek alanında ilk bilimsel çalışmaları yapan araştırmacılar tarafından meslekleri tanımlayabilmek ve mesleklerle uğraşları ayırt etmek için ortaya çıkan bu alandaki ilk yaklaşımdır (Abbott, 1988: 4; Leicht ve Fennel, 2001: 25; Dingwall, 2008: 11). Özellikler yaklaşımı ve işlevselci yaklaşımı birbirinden keskin sınırlarla ayırmak güçtür; bazı yazarlar bu iki yaklaşımın taksonomik yaklaşım adı altında incelemenin mümkün olduğunu belirtmektedir (bk. Saks, 2016: 172).

Meslekleri uğraşlardan ayıran ve mesleklerin sahip olması gereken özellikler ilk olarak Flexner (1915) tarafından yapılmıştır:

- Meslekler esasen büyük bireysel sorumluluk gerektiren entelektüel faaliyetleri içerir.
- Mesleklerin altyapısını bilim ve öğrenme oluşturur.
- Mesleklerin uygulama alanları vardır.
- Meslekler kendileri örgütlenirler.
- Meslek sahipleri belirli bir eğitime ve iletişim becerisine sahiptirler.
- Özgeci³ (altruistic) motivasyonla hareket ederler.

Özellikler yaklaşımının öncülerinden olan Carr-Saunders ve Wilson (1933) (akt. Saks, 2016: 172), mesleklerin topluma denge ve istikrar getiren bir etkisi olduğunu iddia etmiştir. Carr-Saunders (1955, akt. Tierney, 2002: 13) meslekleri köklü (established), yeni, yarı-meslek (semi-profession), ve meslek-olabilir (would-be professions) meslekler olmak üzere 4 gruba ayırmıştır. Köklü meslekler, hukuk, tıp gibi kuramsal çalışmalara dayanan, meslek üyelerini kendi alanlarına belirli davranış kalıplarıyla bağlayan mesleklerdir. Yeni meslekler ise Carr-Saunders'ın ilk çalışmalarında yer alan mühendislik, muhasebecilik, sosyal bilimler gibi meslekleri kapsarken; yarı-meslekler, teknik beceri elde etmeyle gerçekleşen ve profesyonelleşme sürecinin devam ettiği hemşirelik, eczacılık, sosyal hizmetler işlerini içerir. Meslek-olabilir meslekler ise, ne kuramsal bir temel ne de teknik beceri isteyen, sadece modern uygulamalar için tesis ve altyapı gerektiren hastane yöneticiliği gibi meslekleri içerir.

Greenwood (1957: 45) meslekleri, uğraşlardan ayıran özellikleri şu şekilde sıralamıştır: Sistematik bir kurama dayanması, otoriteye sahip olması, toplum tarafından onay

³ Hekimlerin temel davranış özelliklerinden olan özgecilik (diğerkâmlık), başkalarının iyiliği ve refahı için çalışma, hastasının çıkarlarını, kendi çıkar ve menfaatlerinin önünde tutmak anlamına gelmektedir (Cruess ve Cruess, 2009: 15).

verilmiş olması, etik kodlarının bulunması ve mesleki kültüre sahip olması. Leicht ve Fennel (2001: 26), özellikler yaklaşımının popüler olduğu 1950'li ve 1960'lı yıllarda, bir uğraşın meslek olabilmesi için sahip olması gereken özellikleri şu şekilde sıralamaktadır:

- Mesleğin bilgi birikimi, kurama ve karmaşık entelektüel tekniklere dayalı olmalıdır.
- Meslek konusunda bilgi birikimine sahip olmak için uzun dönemli ve genellikle üniversite temelli bir eğitime ihtiyaç vardır. Bu eğitim sonunda mesleğe yeni adam atanlar, teknik anlamda uzmanlaşmak ve meslekle ilgili kültür ve sembolleri öğrenmeleri, aynı zamanda sosyalleşmeleri için bir staj döneminden geçerler.
- Yapılan görevler toplum için değerlidir ve temel sosyal değerlerle ilişkilidir (sağlık, teknolojik gelişmeler, yasal haklar, vb.).
- Uygulayıcılar (practitioners) müşterilerinin (client) ve mesleklerinin refahı için sağladıkları hizmetlerle motive olurlar.
- Yaptıkları görevlerde yüksek derecede otonomiye sahiptirler.
- Uygulayıcılar mesleklerine uzun dönemli bir bağlılık gösterirler.
- Uygulayıcılar yüksek derecede toplum duyarlılığına sahip kişilerdir.
- Meslek, mesleki davranışları yönlendiren ve mesleki değerleri tanımlayan gelişmiş etik kodlara sahiptir.

Yukarıda belirtilen tüm özelliklere ilaveten Bucher ve Strauss (1961: 330) bir mesleğin uğraştan temel farklarından biri olarak meslek örgütlerinin önemini vurgulamaktadır. Meslek örgütleri meslek çıkarlarını savunan, meslek kültürünün gelişmesini sağlayan örgütler olarak tanımlanmaktadır. Özellikler yaklaşımına göre meslekler, uzmanlığın belirli formlarında tekelleşme, mesleğe girme yeterlilikleri ve uzun eğitim dönemleri yoluyla sosyal kapalılık, mesleki otoriteye sahip olma, kamu hizmeti ve özgecilik ideolojileriyle nitelendirilir. Bunların sonucunda meslekler işgücü piyasasında politik güç elde ederek; meslek üyeleri yüksek statü ve verdikleri hizmet karşılığında yüksek gelir elde ederler (Abbott ve Meerabeau, 1998: 3). Örneğin hekim olmak amacıyla tıp fakültesine başlayan bir kişinin, mesleğin kendi içinde tıp fakülteleri ve meslek örgütleri tarafından standartları belirlenmiş ve uzun sürecek bir eğitim alması gerekmektedir. Ayrıca hekimlerin meslek etiği ve değerleriyle uyumlu olarak her zaman toplumun yararı ve başkalarının iyiliği için çalışırken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket etmesi buna örnek verilebilir.

Meslekler sosyolojisi alanındaki ilk araştırmacıların benimsediği görüş olan özellikler yaklaşımında genellikle meslekler bir vaka çalışması olarak ele alınarak, mesleklerin sahip

olduğu özelliklere göre gerçek birer meslek olup olmadıkları tartışılmıştır. 1960 yılların ortalarına doğru ise özellikler yaklaşımının politik kaygılarla ele alındığı, örneğin incelenen bir mesleği gerçek prestijli bir meslek olup olmadığını araştırmacının tavrının belirlediği (Abbott, 1988: 3), sadece tıp ve hukuk gibi arketip mesleklerin özelliklerinin idealize edildiği, bir uğraşın neden ve nasıl meslek haline geldiğini açıklamadığı (Abbott ve Meerabeau, 1998: 4), belirli bir kurama dayanmadığı ve geniş bir örgütsel ve sosyal yapıdan soyutlanarak ele alındığı eleştirileri yükselmeye başlamıştır (Saks, 2016: 172).

1.2.2. İşlevselci Yaklaşım

Meslekler sosyolojisi alanındaki işlevselci yaklaşım, Durkheim'in (1957) mesleki etik kavramına yaptığı vurgudan etkilenecek gelişmeye başlamıştır. Durkheim'in iş bölümü ve meslek gruplarının modern toplumun ahlak (moral) temelini oluşturduğu görüşü, onun meslekleri işlevsel sosyal güçleri somutlaştıran birer varlık (entity) olarak görmesine ve modern toplumu tehdit eden, toplumda meydana gelebilecek ahlaki otorite çöküntüsünün ancak meslekler tarafından önlenebileceğine inanmasına yol açmıştır (akt. Macdonald, 1995: 2).

Özellikler yaklaşımında eksik olan ampirik araştırmaların varlığı, sofistike bir işlevselci olan Parsons'un (1939; 1951) çalışmalarıyla ortadan kalkmaya başlamıştır. Özellikle entelektüel anlamda Weber'in çalışmalarından oldukça etkilenen Parsons (1939: 457) kapitalist ekonominin, rasyonel-yasal sosyal düzenin ve mesleklerin birbirleriyle ilişki içinde olduğunu ve karşılıklı olarak sosyal düzeni dengeleyerek devam ettirdiklerini belirtmektedir. Parsons'a göre bir mesleğin görevi bireysel çıkarları maksimize eden piyasanın tam aksine, toplumda "ortak iyiliği" (common good) temsil etmektir. Böylece mesleki faaliyetler, bireysel çıkarlara göre değil, evrensel kurallara göre işleyecektir (Krejsler, 2005: 342). Parsons çalışmalarında mesleklerin ve bürokratik hiyerarşik örgütlerin sahip olduğu otoritenin aynı prensiplere (Ör: İşlevsel özgüllük, güç alanında kısıtlama, şahsi olmayan ve evrensel standartların uygulanması) dayandığını belirtmiştir (Evetts vd., 2009: 142).

Parsons çalışmalarında mesleklerin gerçekte nasıl olduklarıyla değil, daha çok olması gereken profesyonel normatif davranış ve rol beklentileriyle ilgili ideal tipi (ideal type) odağına almıştır. Parsons'un "AGIL" (uyum, hedefe ulaşma, entegrasyon ve gizlilik) kavramı, meslekleri daha ana akım bir tarzda ele almış ve onları daha geniş bir örgütsel ve sosyal yapıda incelemiştir. Fakat işlevselci yaklaşım, soyut olma ve değişimin bir sürükleyicisi olan

bireysel çıkar çatışmasının ve mesleki gücün göz ardı edilmesi gibi etmenler nedeniyle eleştirilmiştir (Saks, 2016: 173).

1.2.3. Etkileşimci Yaklaşım

İşlevselciler, özellikle 20. yüzyılın ortalarına kadar sosyoloji alanında egemen bir konumda bulunmuşlardır. Fakat Şikago Okulu olarak bilinen sembolik etkileşimciler, işlevselcilere karşı her zaman alternatif bir yaklaşım olarak görülmüşlerdir (Macdonald, 1995: 4). Özellikle Hughes, Becker ve Freidson tarafından yapılan çalışmalar, bireylerin ve grupların eylemlerini ve etkileşimlerini çalışma odağına alan, sosyal dünyalarını ve kariyerlerini bir katılımcı (participant) olarak nasıl inşa ettiklerini ve oluşturduklarını açıklayan bir geleneğin sonuçlarıdır. Bu yaklaşımda, özgecilik, hizmet ve yüksek etik standartlar biçimsel bütünlük prensiplerinden ziyade gündelik hayatın yönleri yani mükemmel olmayan (imperfect) sosyal yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır (Macdonald, 2006: 358).

Etkileşimci yaklaşımda, işlevselciler ve özellikler yaklaşımında olduğu gibi meslekler meta anlatılar yoluyla değil, mikro temelli yaklaşımlarla incelenmeye başlanmıştır. 1960'lı ve 1970'li yıllarda hekimlik ve hukuk gibi köklü meslekler üzerinde çalışmalar yapıldığı gibi toplum tarafından dışlanmış uğraşlarla da ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu yaklaşım alana yeni bakış açıları getirmesine rağmen zaman içinde zorluklar yaşamaya başlamış ve sistematik veriden ziyade anektod kullanmasından ötürü eleştirilmiştir. Özellikle sadece sahne önüne odaklanması eleştirilmiş ve meslekle ilgili daha geniş yapı ve bağlamlarla ve tarihsel süreçlerle ilişki kurma eksikliği gündeme gelmiştir (Saks, 2016: 173). Tüm bu eksikliklerine rağmen etkileşimci yaklaşım meslekler sosyolojisi alanında mesleki güç kavramının çalışılmasının önünü açmıştır (bk. MacDonald, 1995: 12).

1.2.4. Çatışmacı Yaklaşım

1960'lı yıllardan itibaren işlevselci yaklaşıma alternatif olabilecek farklı bir bakış açısı sunan çatışmacı yaklaşım, meslekler sosyolojisi araştırmacılarının gündemine gelmiştir. Savaş karşıtı protestoların yükseldiği ve otoriteye olan güvenin giderek sarsıldığı bu dönemde, bir grup araştırmacı işlevselcilerin bakış açısına karşı gelerek, mesleki gücü odak noktası olarak almışlardır. Özellikle mesleki statü, ödüller ve gelirler gibi faktörleri elde etmek için yaşanan meslekler arası rekabetin etkisiyle; mesleklerin hizmet sundukları kesim olan tüketicilerin çıkarlarından ziyade mesleği icra eden profesyonellerin çıkarlarına odaklanılmıştır. Bu noktada Freidson'un (1970) Amerika'daki hekimlerin imtiyazlı konumlarını incelediği çalışmasında, mesleki gücün, teknik bir özellik taşımasından ziyade politik ve sosyal bir

özellik taşıdığı sonucuna varılmıştır (Scott, 2008: 221). Çatışmacı yaklaşım mesleklerin statü ve egemenliğe kendi çabalarıyla erişebileceğini iddia ederek, refah ve güce ulaşmak için diğer mesleklerle rekabeti vurgulamaktadır (Monteiro, 2015: 51). Mesleklere yönelik kuramsal yaklaşımlardaki değişim, analiz düzeylerinde de değişimi beraberinde getirmiştir. İşlevselci yaklaşım metodolojik olarak tarihsel analize dayanarak tek bir mesleğe odaklanırken, çatışmacı yaklaşım bir çok uğraşın, meslek olma sürecinde yaşamış oldukları tarihsel rekabeti ve tecrübeleri karşılaştırmalı olarak ve devletin de bu süreçte oynamış olduğu rolü dikkate almış ve analiz seviyesi olarak örgüt seviyesini vurgulamıştır. Bununla birlikte işlevselci ve çatışmacı yaklaşımlar arasındaki görüş farklılıkları henüz tamamen çözülmüş görünmemektedir (Scott, 2008: 222).

1.2.5. Marksist Yaklaşım

Meslekler sosyolojisi alanındaki Marksizm, mesleklerin devletle olan ilişkisi ve mesleklerin proleterleşmesi olmak üzere iki temel meseleye odaklanmıştır. Marksizm doğası gereği yapısalcıdır ve bu bağlamda mesleklere neler olduğu, toplum temelli kapitalist üretim ilişkilerinin bir sonucudur. Bu yaklaşımda devletin mesleklerle olan ilişkisindeki önemli rolü Johnson ve Geison'un çalışmalarında değindiği gibi, devlet mesleklerin gelişmesi sürecindeki egemen aktör konumundadır (Macdonald, 1995: 22-23). Bu anlayış meslekler sosyolojisi alanına 1970'li yıllardan itibaren girmiş ve meslekleri açıklayabilmek için daha geniş yapısal ve tarihsel analizleri kullanmıştır (Saks, 2016: 174).

Marksist sosyoloji, meslekler sosyolojisi alanındaki diğer kuramlardan ayrılarak, bir yapı ve sistem özelliği taşımaktadır. Bu görüşe göre modern bir toplumda, toplumun dayanmış olduğu kapitalist üretim modelinin sonuçları olan proleterleşme, modern toplumdaki sosyal tabakalaşmanın bir sonucudur (MacDonald, 1995: 23). Proleterleşme tezine göre profesyoneller tıpkı fabrika işçileri gibi yaptıkları iş üzerindeki tüm otonomilerini yitirmişlerdir (McKinlay ve Arches, 1985: 161; Gorman ve Sandefur, 2011: 281). Marksist yaklaşıma göre devletin yapılanması, sosyal sınıfların kutuplaşması ve üretim araçlarının tekeli bir özellik sergilemesi gibi süreçlerin hepsi, mesleklerle çok yakından ilgili konulardır.

1.2.6. Foucaultcu Yaklaşım

Sovyetler Birliği'nin de dahil olduğu Doğu Avrupa'daki politik sistemlerin 1980 ve 1990'lı yıllardaki yıkımı, mesleklerle ilgili Marksist yaklaşımların sosyal bilimler alanında yaygın ve güçlü bir şekilde yer almamasını gösteren sebeplerden biridir. Foucaultcu yaklaşım ise Anglo-Amerikan bağlamında meslek gruplarının analiziyle ilgili paralel bir eleştirel

platform olarak ortaya çıkmıştır. Yaklaşım özellikle, yönetsellik -yönetim zihniyeti- (governmentality) kavramına; modern toplumlarda meslekler ve devlet arasındaki işbirliğine; uzmanlığın kurumsallaşması için normalleştirilmesine; meşrulaştırma ve regülasyon faaliyetlerine odaklanmaktadır (Saks, 2016: 175).

Güç kavramının geleneksel olarak baskıya ve gücü elinde tutana odaklanmasının aksine, Foucault'un yönetsellik (govern-mentality) kavramı, toplum içindeki bireylerin zihinlerinin devlet mantalitesinden etkilenmesi, mevcut düzen içerisinde gönüllü olarak iktidari bir biçime girmesi, bireylerin davranışlarının kendi iktidarlarını oluşturması ve yeniden üreterek sistemi devam ettirme yönünde olmasıdır. Bu sayede, devlet kendi mantalitesini bireylere aktarmakta, modern toplumda çalışanlar üzerindeki tahakküm kolaylaşmakta, bunun yanında tahakkümün öznelere üzerinden devamı sağlanmaktadır (Krejsler, 2005: 349-352). Foucault meslekleri, devletin güç ve disiplini modern toplumda tesis etmek için kullandığı bir meşruiyet aracı olarak görür (Goldstein, 1984: 176). Foucaultcu yaklaşım, fazla soyut olması ve ampirik olarak yeterli kanıt sunamaması nedeniyle eleştirilmiştir (Macdonald, 1995: 182).

1.2.7. Neo-Weberci Yaklaşım

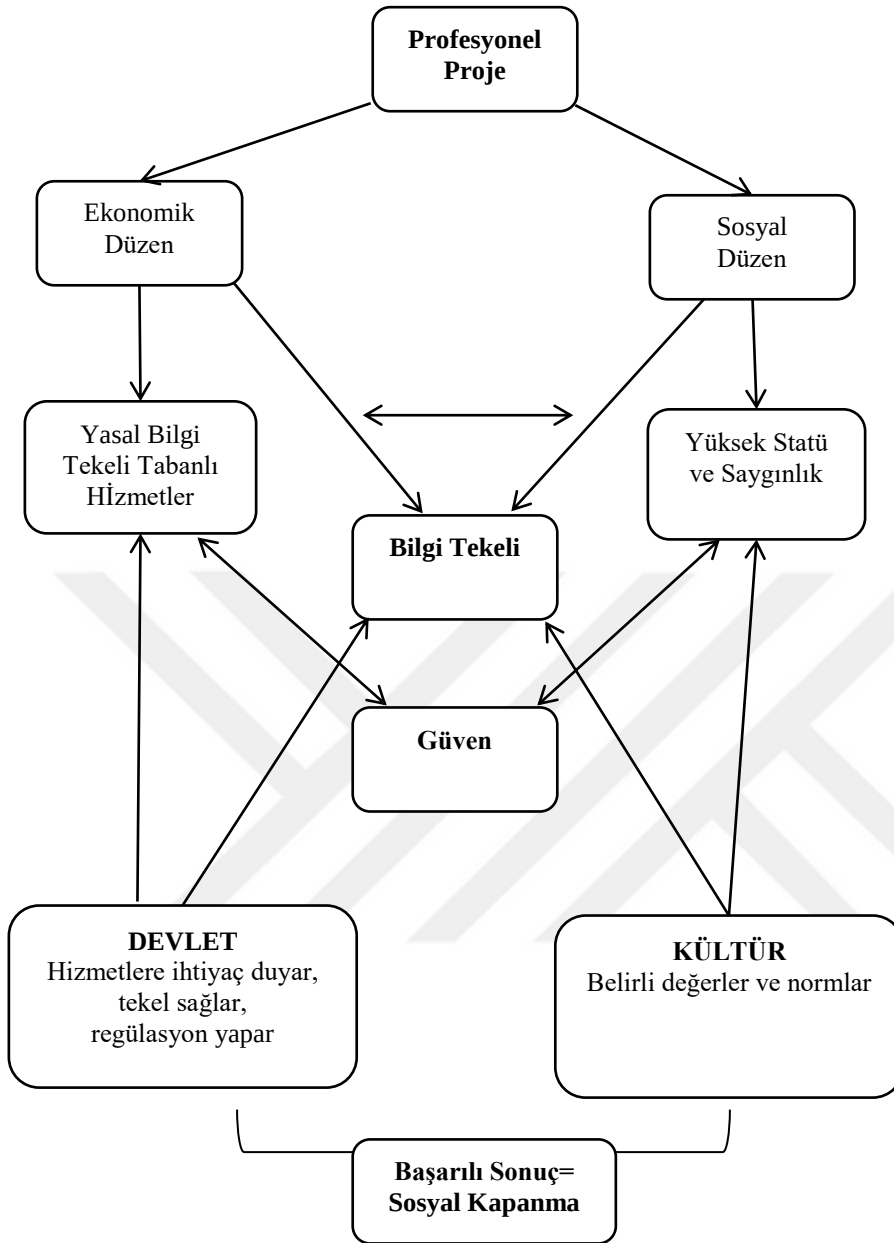
İşlevselci yaklaşımın, toplumsal düzen için mesleklere biçmiş olduğu rolün aksine neo-Weberci yaklaşım, meslekleri açıklarken çıkar çatışmasını odağına almaktadır. Bu da meslekleri nelerin oluşturduğunu daha iyi anlayabilmek için temel olarak farklı bir bakış açısı sağlamaktadır. Neo-Weberci yaklaşımın, bir uğraşın bir meslek olarak statü elde etmesine sebep olacak süreci açıklamak için kullandığı temel kavramı sosyal kapanmadır (social closure). Bu yaklaşımda, belirli uğraşların ayrıcalıklı hak elde etmek ve çalışma alanlarının belirli bölümünü kontrol etmek amacıyla devletten destek alabilmek için lobi faaliyetlerine girişme süreçlerine odaklanılır. Bu süreçlerden başarılı olan uğraşlar, ilgili alanda çalışabilmek için gerekli yetki ve izin koşulları için detaylı çalışmalara girişirler. Böylece uğraş grubu, çemberi daraltıp, ödül ve ayrıcalıklara erişimi dışarıdakilere kısıtlayarak üyelerinin koşullarını iyileştirme sürecini başlatmış olur (Krejsler, 2005: 343).

Neo-Webercilerin sosyal kapanma kavramı, mesleklere özgü yasal hakların Marksist yaklaşımdaki gibi üretim ilişkilerinden değil, piyasa ilişkilerinden kaynaklandığına vurgu yapar. Bu doğrultuda belirli meslekler piyasa koşullarını var olan rekabete rağmen kendi çıkarları doğrultusunda kullanabilmektedir. Bu açıdan profesyonelleşme mesleğin piyasadaki değerini korumak ve artırmak adına arz kontrolünü kendi elinde tutma stratejisi olarak tanımlanabilir (Saks, 2016: 176).

Larson'un belirli bir tarihsel süreçte bir uğraşın toplumda sosyal statü kazanmak, sosyo ekonomik kazanımlarını geliştirerek toplu bir şekilde dikey olarak yukarı doğru hareket etmek (upward social mobility) ve sınıf atlamak amacıyla devletle ve toplumla iyi ilişkiler geliştirmesi, bilgi tekeli elinde tutması sonucunda sosyal kapanmayı başarıp meslek olma çabalarını açıklayan profesyonel proje (Professional Project) kavramı (bk. Şekil 1.1) neo-Weberci yaklaşımın en önemli örneklerindendir (akt. Macdonald, 1995: 27-28). Neo-Weberci yaklaşımın önemli bir aktörü olan devlet, mesleklerin yasal sınırlılıklarını belirleyerek, meslekleri piyasadaki diğer uğraşlara göre daha yüksek gelire, statüye ve güce kavuşturur (Saks, 2016: 176).

Neo-Weberci yaklaşıma İngiltere ve ABD'de hekimlik ve hukuk meslekleri iyi birer örnektir. Bu iki meslek, devletin desteğini arkalarına alarak piyasada tekel durumuna gelmişlerdir. Ayrıca hekimlik ve hukuk meslekleri piyasadaki diğer mesleklerden güç ve nüfuz (dominance) açısından sadece ulusal bağlamla sınırlı olmamak üzere daha üstün durumdadır (Brock ve Saks, 2016: 2).

Neo-Weberci yaklaşım her ne kadar Anglo-Amerikan bağlamını anlatmak için kullanılan iyi bir yaklaşım olsa da, özellikle Kıta Avrupası'nda kullanımı tarihsel açıdan çok yaygın değildir. Çünkü Kıta Avrupası'nda meslekler daha çok devlet bürokrasilerine yerleşik durumdadırlar (Evetts, 2000: 4). Bu yaklaşıma aynı zamanda ampirik olarak sağlam kanıtlara dayanmaması, mesleklere karşı aşırı derecede eleştirel pozisyonda olması, meslekleri ve profesyonelleşmeyi daha geniş emek işbölümü bağlamında ele almaması nedenleriyle çeşitli eleştiriler yöneltmekle birlikte, meslekler sosyolojisi alanındaki günümüzde de geçerli olan en önemli yaklaşımlardan biridir (Saks, 2010: 903-908).



Şekil 1.1 Profesyonel Proje Sonucu Meydana Gelen Sosyal Kapanma

Kaynak: Macdonald, 1995: 32

1.2.8. Söylem Analizi

Son zamanlarda bazı sosyal bilimciler meslekleri analiz ederken yapısal meseleler yerine daha önceki gibi sembolik etkileşimcilerin yolundan giderek daha mikro ve mezo düzeyde meslekleri ele alarak söylem analizini kullanmaktadırlar (Saks, 2016: 174). Söylem analizi konuşma ve metinler aracılığıyla oluşan anlam çıktıları ile ilgilenen ve kullanılan dili odağa alan bir araştırma yöntemidir. (Hodges vd., 2008: 270). Kong (2014: 1-2), söylem analizi yoluyla mesleklerin incelenmesinde dar çerçevede avukatların, hekimlerin yani profesyonellerin kullandıkları dile odaklanmaktadır. Daha geniş çerçevede ise eğitimciler,

satış temsilcileri, finansçılar gibi örgütlerde çalışan ve uzmanlaştığı konuyla ilgili eğitim almış olan bireylere yoğunlaşır.

Fournier (1999: 280) söylem analizini reklamcılık ve pazarlama alanında meslek söyleminin iş disipliniyle ilişkilendirdiği çalışmasında kullanmıştır. Özellikle örgütlerdeki mesleki kültürün daha iyi anlaşılmasında söylem analizini önemli bir rol oynar (bk. Cohen vd., 2005; Whittle vd., 2016). Bunun yanında örgütlerdeki meslek söylemi, meslek içi söylem, meslekler arası söylem ve profesyoneller ile müşteriler arasındaki söylem olmak üzere üç başlık altında da incelenmektedir (Kong, 2014: 3).

Söylem analizinin sadece örgüt bağlamında ele alınmasının ve meslekleri birer sembol olarak görmesinin bir takım dezavantajları da bulunduğu belirtilmekte; bu nedenle gelecekte yapılacak araştırmalarda makro toplumsal düzeyde bu konuların ele alınmasının büyük katkı sağlayabileceği de vurgulanmaktadır (Saks, 2016: 175).

1.2.9. Yeni Kurumsalcılık

Meslekler sosyolojisi alanında son zamanlarda yeni kurumsalcı yaklaşımın kullanılmaya başlanmasıyla, işletme okullarında mesleklerin çalışılmaya başlanması aynı dönemde yaşanmaktadır. Yeni kurumsalcılık özel ve kamu sektöründeki mesleklerle odaklanmakla kalmayıp aynı zamanda profesyonel hizmet firmalarını da odağına almaktadır. Bu yaklaşım Muzio vd. (2013: 700) 'nin öne sürdükleri gibi meslekleri, kurumsal formlar ekolojisinde hayatta kalmak için savaşılan bir kurum olarak görmektedir (Saks, 2016: 181).

Meslekler sosyolojisi alanında Avrupa'daki hâkim araştırma konularından biri olan regülasyonların meslekler üzerindeki etkileri yerine, özellikle ABD'deki araştırmacılar (bk. Adler vd. 2008; Goodrick ve Reay, 2011; Leicht ve Fennell, 2001; Scott, 2008) yeni kurumsal kuram ve bu kuramın temel kavramlarından olan kurumsal mantıklar ve örgütsel alanları mesleklerin değişen manzalarını araştırmak için kullanılmaktadırlar (Adams, 2015: 158-159).

Yeni kurumsalcı yaklaşımda mesleki regülasyonlar veya mesleki örgütler yerine; özellikle profesyonel hizmet firmalarıyla ilgili çalışmalar öne çıkmaktadır. Özellikle profesyonel hizmet firmalarının bilgi yoğunluğu, mesleki işgücü gereksinimleri, performansları, insan kaynakları uygulamaları ve sahiplik durumları gibi konular bu yaklaşımda sıkça ele alınmaktadır (bk. Malhotra ve Morris, 2009; Hitt vd., 2006; Brock, 2006; Suddaby ve Viale, 2011; Reed, 2012).

Suddaby ve Muzio (2015)'nin belirttiği gibi yeni kurumsalcıların odaklandıkları ana araştırma sorusu, daha geniş bağlamdaki kurumsallaşma projeleri içerisinde mesleklerin oynadığı rolü anlayabilmektir. Bunu yaparlarken mesleklerin sosyo ekonomik imtiyazlarını

korumak ve genişletmek olarak algıladıkları profesyonelleşmeyi denklemdeki önemli bir değişken olarak görürler. Bununla birlikte profesyonellerin çalıştıkları profesyonel hizmet firmaları da bir yandan ekonomik ve politik etkinliklerini sürdürmeye ve artırmaya uğraşmaktadır. Bu gelişmeler yeni kurumsalcıları mesleklerin yetki alanları ve simbiyotik sosyal pozisyonları için diğer meslek grupları ve kurumsal formlarla ulus ve uluslararası bağlamda rekabet etmelerini açıklayan ekolojik yaklaşımları benimsemelerine yol açmaktadır (akt. Saks, 2016: 181).

1.2.10. Bourdieucu Yaklaşım

Bourdieu'nün sosyal kuramını temel olarak eşitsizlik, kültür ve otorite arasında kurulan ilişki oluşturur. Bourdieu dört önemli sermaye türü üzerinde durmuştur. Bunlardan biri olan sosyal sermaye, diğer türdeki sermayelere ulaşma potansiyeline sahip bireyler arası formel ve informal ilişkiler olarak tanımlanır. Ekonomik sermaye, para ve diğer maddi varlıkları kapsarken, kültürel sermaye kişilerin sahip oldukları bilgi, yetenek, vasıf ve eğitim niteliklerini kapsar. Sembolik sermaye ise her sermaye türü içerisinde görülen, bireyin sahip olduğu toplumsal ağlar ile oluşan ve belli şartlarda ekonomiye dönüşen sermayedir (Bourdieu, 1986: 241-246). Bourdieu'nun alan, habitus ve sermaye kavramları, sosyal dünyanın öznel ve nesnel boyutlarının birbirlerinden ayrılamadığını öne sürmektedir (Dikmen, 2013: 18).

Bourdieu çalışmalarında meslek kavramına çok değinmese de bu kavramı eleştirerek, meslekleri analiz ederken daha refleksif çalışmaların yapılması çağrısında bulunmuş ve daha da ileri giderek aslında meslek kavramının kullanılmaması gerektiğini iddia etmiştir (Schinkel ve Noordegraf, 2011: 67). Bourdieu perspektifinden meslekleri inceleyen çalışmaların meslekleri sembolik sermayenin bir çeşidi olarak ele aldığı gözlenmektedir. Bu perspektiften yapılan çalışmalar mesleklerin meşruiyetlerini tehlikede görür ve mesleklerin içinde bulunduğu güç alanları içerisinde, profesyonelliğin formel içeriklerinin mücadeleye ve yeniden müzakereye açık olduğunu iddia ederler (bk. Suddaby vd., 2007; Schinkel ve Noordegraf, 2011; Dikmen, 2013). Meslekler sosyolojisi içerisindeki perspektifler içerisinde nispeten daha yeni olan Bourdieucu perspektif, henüz gelişme aşamasındadır ve Neo-Weberci yaklaşımla ve yeni kurumsalcılıkla yakın ilişki içerisinde (Saks, 2016: 182).

1.3. Mesleklerle İlgili Temel Tez ve Kavramlar

Bu bölümde mesleklerle ilgili, meslekler sosyolojisi araştırma alanı içerisinde yer alan temel tez ve kavramlara değinilecektir.

1.3.1. Profesyonellik

Mesleklerden söz ederken mesleklerle yakından ilgili iki temel kavram olan profesyonellik (professionalism) ve profesyonelleşmeyi de (professionalization) tanımlamak gerekmektedir. Profesyonelliğin açık bir şekilde kabul edilmiş bir tanımı olmasa da, tanımlamada kullanılabilecek temel kavramlar iyi iş ve bunu başarabilmek için kullanılacak sosyal mekanizmalardır (Schinkel ve Noordegraf, 2011: 69). Profesyonellik bir mesleğe sahip olma arzusunda olan bir grubun taşıması gereken belirli özellik ve kriterler yanında davranış normlarını ve iç grup dinamiklerini tanımlar. Bir uğraş grubunun meslek olması için taşıması gereken belirli özelliklere sahip olup olmadığını belirleyebilmek adına ağırlıklı olarak uğraş grubunun iç dinamikleriyle yakından ilgilenir (Cogan, 1955: 109). Profesyonellik, meslekler ve toplum arasında olan sosyal sözleşmeye gerçeklik kazandıran, meslek sahipleri arasındaki ahlaki bir anlayış olarak da tanımlanmaktadır.

Profesyonellik sosyal eylem ve sosyal aktörlerden bağımsız olarak ele alınabilecek bir kavram değildir. Profesyonellik sosyal aktörler arasındaki sosyal etkileşimlerin bir ürünüdür (Hafferty, 2006: 910). Profesyonellik olgusu ele alınırken sadece çalışmadan bahsetmek yeterli olmayacaktır. Profesyonelliğe adım atan kişi çalışmasının yanı sıra mesleğinin gerektirdiği eğitimi alması, mesleği ile ilgili olan alanda sosyalleşmesi, meslektaş denetimine tabi olması ve meslektaşları tarafından gözetilmesi, aynı zamanda yapmış olduğu faaliyetlerle ilgili hesap verebilir durumda olması gerekmektedir (Schinkel ve Noordegraf, 2011: 69-70).

Meslekler sosyolojisi alanının en büyük kuramcılarının biri Freidson (2001: 180), profesyonellikten bahsederken ideal tip profesyonelliği gündeme getirerek, ideal tip profesyonelliğin 5 ögeden oluştuğunu iddia eder. Bunlar: (1) kurama dayalı uzman ve ezoterik bilgi ve yetenekler; (2) mesleğin kendisi ve örgütleri tarafından kontrol edilen çeşitli alt uzmanlıklardan oluşan mesleki işi gücü; (3) uzmanlık eğitime ve öğretime dayalı olarak mesleğin kendisi tarafından kontrol edilen iş piyasası; (4) mesleğin kendisi tarafından kontrol edilen ve aynı meslekteki akademisyenler tarafından oluşturulan mesleki uzmanlık eğitim ve stajları; (5) ekonomik kazanca nazaran, yüksek bir değer olan iyi ve etik bir iş yapma özverisine sahip olma. Burada sayılan profesyonelliğin ideal özellikleri gerçek hayatta tam olarak gerçekleştirmek güçtür. Bu öğelerin gerçekleştirilmesini kısıtlayan bir takım koşulbağımlılıklar vardır. Bunlar: Devlet kurumlarının örgütsel ve politik pozisyonları, mesleğin kendi içerisindeki örgütlenmesi, uzmanlık ve bilgiyi kullanmak için gerekli olan şartlardaki değişimlerdir.

Profesyonellik profesyonellerin sahip olduğu en büyük güç olan uzmanlık bilgisini topluma bu gücü dengeleyerek iletme. Bu noktada profesyonelliğin en önemli

kavramlarından biri olan güven kavramı devreye girmektedir (Beaton, 2010: 9). Güven, profesyoneller ile onlardan hizmet alanlar (client) arasında var olduğu kanıksanmış (taken for granted) olarak kabul edilen bu ilişki için vazgeçilmez bir kavramdır. Profesyonellik açısından hizmet alanların profesyonellere karşı duymuş oldukları güven, gayri şahsi (impersonal) güvendir, yani rasyonel bir ilişkideki katılımcıların şahsiliiklerinin dikkate alınmadan doğrudan profesyonelin mesleğine duyulan güven sözkonusudur (Luzio, 2004: 1-9).

1.3.2. Profesyonelleşme

1960'lı yıllardan itibaren meslekler sosyolojisi alanındaki tartışmalar, mesleğin ne olduğunu tanımlamaktan ziyade mesleğin sahip olduğu rol ve statülere, bu rol ve statülere sahip olmak isteyen uğraşların meslek olma sürecindeki profesyonelleşme (professionalization) sürecine ve stratejilerine odaklanmaktadır (Abbott ve Meerabeau, 1998: 1). Profesyonelleşme, henüz meslek statüsüne gelmemiş, uğraş gruplarının meslek statüsüne gelebilmek amacıyla sosyal kapanmalarını geliştirmek ve devam ettirmek için izledikleri bir süreçtir. Uğraş grupları profesyonelleşme sürecinde mesleki öz çıkarlarını maaş, statü, güç ve özellikle mesleki yetki alanları tekeldi bir şekilde korurlar (Abbott, 1988: 9; Evetts, 2014: 34). Meslekler sosyolojisi içerisinde tekellilik herhangi bir maddi getiri, zenginlik veya politik güçle ilgili değil, mesleğin uygulanmasıyla ilgili entelektüel bilgi, yetenek ve disiplinle ilgilidir (Freidson, 2001: 198).

DiMaggio ve Powell (1983: 152) profesyonelleşmeyi, bilişsel bir temel ve mesleki otonominin meşruiyetinin kurulması, ayrıca mesleğin arzını kontrol etme amacıyla; meslek üyelerinin yaptıkları işin yöntemlerini ve koşullarını tanımlama amacıyla yapılan kolektif çabalar olarak tanımlamıştır. Ayrıca yazarlara göre profesyonelleşme; yeni kurumsal kuramın temel kavramlarından olan kurumsal eşbiçimlilik değişiminin üç temel mekanizmasından biri olan normatif baskılara neden olan faktördür.

Wilensky (1964: 138) profesyonelleşmeye yönelik olarak, uğraşların mesleklere evrilmesiyle ilgili şu süreçleri izlemesini önermektedir:

- Tam zamanlı bir uğraş olmalı ve teknik uzmanlık gerektiren bir alanda belirli bir otonomiye sahip olmalı.
- Mesleği icra edenler, özel bir eğitim ve öğretimden geçmeli, meslekle ilgili sürekli kurumsal ve uygulamalı gelişim sağlanmalı.
- Sürekli gelişen ve sistematik bilgiye dayalı, yeni üyelere aktarılabilir becerilere sahip olmalı.

- Meslekte kariyer planlaması ve gelişimi meslektaş grupları tarafından otonom bir şekilde regüle ve organize edilen lisanslama, sertifikalama gibi faaliyetlerle yapılmalı.
- Kamunun güvenini kazanmak için mesleki etik kodlarına sahip olma ve mesleğin yeni üyelerine meslek değerlerini aşılayarak bunu denetleme.

Profesyonelleşme kavramını açıklarken, Weber'in (2001) sosyal kapanma kavramından bahsetmek yararlı olacaktır. Herhangi bir toplumsal münasebet ve davranışa katılmak isteyenler ve katılabilecek durumda olanlara, yürürlükteki mevcut düzen tarafından bir yasaklama, kısıtlama getirilmemişse bu toplumsal münasebet dışarıya karşı açık demektir. Buna karşın bu toplumsal münasebet, mensuplarının maddi veya manevi menfaatleri gereği, niteliğin korunması, kazanılmış statünün sağladığı imkânlardan faydalanma, meslek tekeli oluşturma ve rekabeti azaltmak amacıyla mevcut düzenin dışarıdakilerin katılımını yasaklamasına, sınırlandırmasına ve şartlara bağlıyor olmasına sosyal kapanma denmektedir (Weber, 1978: 43-46). Sosyal kapanmanın spesifik bir türü olan mesleki kapanma ise mesleğin dışarıdakilere, amatörlere ve vasıfsızlara çeşitli sınırlamalarla kapalı hale gelmesidir (Weeden, 2002: 59; Macdonald, 2004: 19). Sosyal veya mesleki kapanma olmadan bir mesleğin oluşması ve varlığını sürdürmesi mümkün değildir (Freidson, 2001: 202).

Profesyonelleşme konusunda önemli çalışmaları bulunan Larson'a göre (1977: 16) göre profesyonelleşme, özel hizmet üreticilerinin uzmanlıkları için piyasayı oluşturmaları ve kontrol etme sürecidir. Çünkü pazarlanabilir uzmanlık modern eşitsizlik yapısının önemli bir unsurudur, ayrıca profesyonelleşme kolektif özel sosyal statü kazanma ve kolektif olarak yukarıya doğru sosyal hareketlenme (collective upward social mobility) konularında kritik öneme sahiptir.

Profesyonelleşmeyle çok yakından ilgili bir kavram olan profesyonel proje (professional project)'den bahsetmek bu noktada yararlı olacaktır. Profesyonel projenin amacı, mesleği icra eden üyelerin önceden tanımlanmış mesleki normlara göre otonomilerini ve eylem özgürlüklerini artırmak, bunun yanında rekabet halindeki meslek ve uğraş gruplarından gelebilecek saldırılara karşı spesifik bir görev ve yetki alanlarını savunmaktır. Bu doğrultuda profesyonelleşme, başarılı olmuş bir profesyonel projenin sonucudur. Bir uğraşın profesyonelleşmiş olduğundan söz edebilmek için o uğraşın, kendine özgü görev ve yetki alanlarını ne derecede başarılı olarak tanımladığıyla ve bu alanları rekabet içinde olduğu uğraşlara ve paydaşlara karşı ne derecede başarılı bir şekilde savunabildiğiyle açıklanabilir (Leicht and Fennell, 2001: 9). Günümüzde profesyonelleşme kavramı henüz statülü meslek

olarak görülmeyen yeni uğraş grupları (IT Danışmanlığı, İnsan Kaynakları Yönetimi vb.) için önemini korumaya devam etmektedir (Evetts, 2014: 34).

1.3.3. Profesyonellik Kaybı (Deprofessionalization)⁴

Meslekler geleneksel olarak meslek örgütleri tarafından yapılan formel düzenlemelerle ve meslek içindeki değerlere ve geleneklere dayalı olarak ortaya çıkan enformel kontrolle; meslek içi sosyal kontrolü sağlar. Fakat özellikle son yıllarda bu durum giderek değişmektedir, çünkü profesyonellerin çalışmış oldukları kurumlar (Ör: hastane, üniversite, hukuk firmaları) giderek büyüyerek karmaşık hale gelmekte, çalışma koşullarında ve sosyal kontroldeki değişimleri beraberinde getirmektedir. Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren bilimsel araştırmalarda, tıp araştırmalarında, uygulamalarında ve benzer bir biçimde hukuk uygulamalarında meydana gelen çeşitli skandallar nedeniyle bu alanların kamusal imajı bir hayli zarar görmüştür. Böylece mesleklere olan güven giderek azalmış, özellikle hekimlere ve avukatlara karşı açılan malpraktis davaları belirgin bir şekilde artmıştır. Tüm bu gelişmeler meslekler sosyolojisi alanında yeni tezlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Deprofesyonelleşme (profesyonellik kaybı) ve proleterleşme tezleri, profesyonellerin sosyal statülerindeki değişimi ve özellikle politik ekonomi bağlamında profesyoneller üzerindeki sosyal kontrol mekanizmalarında meydana gelen dönüşümü açıklayabilmek için ortaya çıkmış tezlerdir (Freidson, 1994: 129-130).

Deprofesyonelleşme, mesleğin sahip olduğu imtiyazların zaman içinde aşınmasını açıklayan bir süreçtir (Leicht and Fennell, 2001: 8; Gorman ve Sandefur, 2011: 8). Deprofesyonelleşme kavramı, Haug'ın (1972; 1975) çalışmalarıyla öne çıkan bir tezdır. Temel olarak tüketimcilik, hesap verebilirlik (accountability) anlayışlarının yaygınlaşmasıyla birlikte mesleklerin prestijinin, bilgi tekelinin, otoritesinin, otonomisinin ve toplumun mesleğe karşı duyduğu güveninin aşınması ve/veya kaybedilmesi anlamına gelmektedir. Özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler, yeni uğraş ve mesleklerin, mesleğin yaptığı iş sınırlarına girmesi, hizmet alıcıların bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri ve toplumun eğitim seviyesinin artması gibi gelişmeler mesleklerin sahip oldukları bilgi tekelinde aşınmaya neden olurken, mesleki otonomi ve statüyü aşındırmaktadır (Haug, 1972: 197-205; Freidson, 1985: 13). Profesyonelleşmenin mantığı kısaca bir uğraşa statü kazandırmakken,

⁴ İngilizce "Deprofessionalization" terimi, yerel literatürde "deprofesyonelleşme", "profesyonellik kaybı", "profesyonelliğin yitirilmesi" olarak kullanılmaktadır. Bu tezde "deprofessionalization" terimi yerine "deprofesyonelleşme" ve "profesyonellik kaybı" terimleri kullanılacaktır.

deprofesyonelleşme ise bir meslekte hizmeti sağlayan ile hizmeti alanlar arasındaki statüyü eşitleyen bir süreçtir (Haug, 1975: 29).

Carvalho ve Santiago'ya (2015a: 30-33) göre kapitalist ülkelerde görülen neoliberal dönüşümler sonucunda piyasa, verimlilik, rekabetçilik, girişimcilik söylemleri ön plana çıkarken, mesleklerin geleneksel güç ve statülerinde de aşınma görülmektedir. Bu durum mesleklerin deprofesyonelleşmesine neden olabilmektedir.

1.3.4. Proleterleşme

Proleterleşme (proletarianization) tezi, büyük örgütlerdeki mesleklerin sahip oldukları koşulları inceler ve vurgular. Bu tez zaman içerisinde kapitalizmin çalışanların hayatta kalmak için emeklerini satarak ve işleri üzerindeki kontrolü tamamen kaybederek; tüm çalışanların statüsünü proletarya düzeyine indirgeneceğini savunan Marks'ın tarihsel kuramına dayanmaktadır. Kendi işini serbest olarak yapmaktansa, ücret, emek, ücret karşılığı bir kurumda çalışma gibi kavramlar proleterleşme statüsünün ortak paydalarıdır (Freidson, 1984: 132). Proleterleşme tezine göre profesyoneller tıpkı fabrika işçileri gibi yaptıkları iş üzerindeki tüm otonomilerini yitirmişlerdir (McKinlay ve Arches, 1985: 161; Gorman ve Sandefur, 2011: 281).

Proleterleşme tezine göre hekimlik ve hukuk gibi köklü (established) meslekler, mühendislik gibi yeni meslekler ve hemşirelik, öğretmenlik gibi yarı-meslekler bürokratik bağlamda çalışmanın sonucunda proleterleşme sürecini yaşamaktadır. Bürokratik kurumlarda çalışmak, günümüzde profesyonellerin serbest olarak çalışmalarının yerini almıştır. Bu kurumlarda başkaları tarafından, çalışanların iş tanımları ve iş sınırları açık olarak tanımlanmış, hiyerarşik bir yönetim düzeni kurulmuş, standartlaşmış görevlerdeki gösterilen performans temelinde işe girişlerin ve terfilerin yapıldığı bir ortam oluşmuştur (Oppenheimer, 1972: 214). Bunun sonucunda profesyoneller kendi kendilerini meslektaşlar veya meslek örgütlerinin güçleri vasıtasıyla enformel olarak kontrol ve yönetmek yerine, başkaları tarafından kontrol edilir ve yönetilir duruma gelmişlerdir (Freidson, 1984: 133).

1.3.5. Mesleki Otorite

Meslekler sosyolojisinde “otorite” kavramı özellikle etkileşimci yaklaşımdan sonra gelişmeye başlamış olan bir kavramdır (Hall, 1983: 11). Hall'a göre (1983: 12) otorite kavramı Freidson'un mesleki üstünlük (Professional dominance) ve mesleki otorite kavramlarının üzerinde durmasıyla gündeme gelmeye başlamıştır. Freidson (1994: 173) bu kavramı, bir mesleğin üyelerinin yaptığı işi lisanslama, işin içeriğini belirleme, yetkili olarak

denetleme işinin kendisinin yapabilmesi ve bu sayede politik, ekonomik ve sosyal elit bir pozisyona gelmesi olarak tanımlamaktadır. Freidson (1994: 32) ayrıca mesleki otoritenin, profesyonellerin yaptıkları işin serbest piyasada tüketiciler tarafından veya merkezi planlamacı bir devlet tarafından denetlenmesinden ziyade, profesyonellerin kendi kendilerini denetlemelerinden kaynaklandığını iddia etmektedir.

Mesleki otoriteyi açıklayabilmek için meslekle ilgili otorite kuramlarından bahsetmek yerinde olacaktır (Leicht ve Fennell, 2001: 92). Mesleklerle ilgili otorite kuramları her mesleğin dikkate değer bir miktarda otoritesi ve sosyal statüsü olduğunu varsayar ve odağına meslek sahiplerinin imtiyazlarını ve sosyal statüsünü alır. Mesleki yaşamın mükâfatları profesyonellerin bilinçli olarak yaptıkları girişimlerin ürünleridir. Bazı otorite kuramları meslek örgütleri gibi mesleki çıkar gruplarının yeni mesleğe yeni üye arzında ve kabulünde kontrolü sağlama girişimlerini odaklanır. Mesleki çıkar grupları arzı kısıarak, talebi ve ücretleri yüksek tutmak için sosyal kapanma fonksiyonunu kullanır. Bazı otorite kuramları ise mesleki bilginin güç ve egemenlik üzerine etkisine odaklanmaktadır.

Mesleki otoriteye Abbott'un (1988: 87) sistem yaklaşımı ve yetki alanları kavramları açısından bakıldığında; güçlü meslekler, mesleki otoritelerini bir yandan piyasaya yeni çıkan şarlatanları ortadan kaldırmak için kullanırlarken bir yandan da örgütlenmemiş tüketicilerden ve devletten imtiyaz koparmak için kullanırlar. Larson (1977) ise mesleklerin imtiyazlarının denetimini artık mesleki grupların değil, mesleğin çıkarlarını temsil etmeyen örgütlerin yaptığını belirtmektedir. Buna göre mesleki imtiyazlar, maliyetleri sıkı bir şekilde kontrol altına almayan çalışan ve giderek artan bir şekilde kuşkucu hale gelen toplum ve diğer meslek grupları tarafından bir saldırı altındadır. Bunun sonucunda eğitilmiş, bilgiyi tüketen, organize olmuş tüketici grupları, mesleki hizmetleri yeniden örgütlemeye çalışmaktadır. Bu yeniden örgütlenme girişimleri mesleki imtiyazlara yapılan doğrudan tehditlerdir.

1.3.6. Mesleki Kimlik

Mesleki kimlikten bahsetmek için mikro sosyolojiye dayalı kimlik kuramından, sosyoloji ve sosyal psikolojiye dayalı sosyal kimlik kuramından bahsetmek yararlı olacaktır. Kimlik kuramı bireyin mikro sosyal düzeylerdeki sosyal oluşumunun daha geniş sosyal yapılarıdaki yansımasıyla ilgilenirken, sosyal kimlik kuramı örgütlerde grup süreçleri, gruplar arası ilişkileri ve sosyal bireyi açıklar (Hogg ve Terry, 2000). Sosyal kimlik kuramının temel kavramlarından biri sosyal kategorilerdir. Sosyal kategoriler milliyet, bir gruba üyelik, örgüte üyelik veya bir mesleğe olan üyelikleri kapsamaktadır (Stout, 2004: 28). Meslek, bireyin

kimliğini oluşturan önemli bir parçalardan biridir ve bireyin kim olduğunu belirten başlıca özelliklerdendir (Hall, 1994: 6).

Mesleki kimlik, insanların kendilerini mesleki bir rolde tanımladıkları; durağan ve istikrarlı nitelikler, inanışlar, değerler, güdüler ve deneyimler topluluğudur. Temel varsayımlara göre mesleki kimlik zaman içinde çeşitli deneyimler, anlamlı geri bildirimlerle şekil alır (Schein, 1978: akt. Ibarra, 1999: 765). Birçok meslekte mesleki kimlik, meslek üyelerinin uygulamalarını, kariyer gelişimlerini geliştirmek ve sürdürmek için gerekli ortak kaynaklar kümesi olarak görülür. Birey mesleki kimlik sayesinde saygı görür ve toplumda yer edinir. Ayrıca kolektif hareketliliği (collective mobility) ve sosyal gelişimi gerçekleştirmek için gerekli bir stratejidir (Healy, 2009: 405).

Mesleki kimliğin şekillenmesi sürecinde etkili olan çeşitli faktörler vardır. Birincisi mesleki kimliğin, meslekle ilgili anlamların ve bilgilerin kullanıldığı sosyalleşme sürecinin ve retoriklerin bir sonucu olarak ortaya çıkmasıdır. İkincisi, bireyler kariyer geçişleri sırasında mesleki kimliklerini ayarlarlar ve adapte ederler. Son olarak da mesleki kimlik, bireyin öncelikleri ve kişisel anlayışlarıyla şekillenen bireyin yaşam ve iş tecrübesinden yoğun olarak etkilenir (Slay ve Smith, 2011: 87).

1.3.7. Mesleki Saygınlık

Statü, saygınlık gibi kavramlar günlük dilde çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Statü kısaca bireyin toplumdaki durumu, konumu ve derecesi olarak tanımlanabilir. Saygınlık ise daha soyut bir kavramdır, toplumsal bir konuma veya statüye atfedilen, o konumu işgal eden kişinin kişisel özelliklerinden bağımsız olan itibar olarak tanımlanmaktadır (Hargreaves, 2009: 217). Treiman'a (1977: 5) göre güç, imtiyaz ve saygınlık birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Bireyin sahip olduğu güç; imtiyazlara ve imtiyazlar da saygınlığa neden olurlar. Güç ve imtiyazları objektif göstergeler olan bireyin meslek hiyerarşisi içindeki konumu, sorumlu olduğu astlarının sayısı, bağımsız karar alma durumu, elde ettiği gelir, maddi imkânlar ve yaşamın belirli alanlarına (belirli kulüplere, kurullara, topluluklara vb.) giriş hakkı elde etme gibi değişkenlerle ölçülebilirken, saygınlık ise daha soyut bir kavramdır ve bireylerin görüşleri, toplumsal gelenekler ve beklentiler tarafından oluşturulur. Mesleki saygınlığa ilgili başka bir kavramda güven kavramıdır. Bir mesleğin saygınlığı ne kadar yüksekse mesleğe ve profesyonellere karşı duyulan güven de o derecede yüksek olacaktır (Freidson, 2001: 150-151).

Günümüz toplumlarında bireyin mesleği veya yaptığı iş toplumsal sosyal sınıf sisteminde konumunu belirler. Meslekler uzun süreli eğitim, yüksek öğretim ve uzmanlaşma

gerektirdikleri için bunun karşılığında da elde edeceği kazanımlar ve saygınlık da yüksektir (Johnson ve Bowman, 1997: 201). Bununla ilgili olarak Adam Smith'in 1776 yılında mesleklerle ilgili yaptığı tespit çok dikkat çekicidir. Smith (1977: 150), bir kişinin sağlığı konusunda hekimine; serveti, hayatı ve itibarıyla ilgili ise avukatına güvendiğini, bu güvenin oluşması için ise bu meslekte çalışanların ortalama veya kötü koşullarda çalışmasının bu güvenin zedeleneceğini belirtmiştir. Bu meslek sahiplerine verilecek ödüller, güvenin oluşması için gerekli olan toplumsal tabakada bulunmalarını sağlayacak kadar yüksek olmalıdır. Böylece mesleklerin uzun süreli eğitimleri için yapmış oldukları fedakârlık ve masraflar, bu koşullarla birleştiğinde, meslek sahiplerinin emek ücretlerini mutlaka artıracaktır.

Mesleki saygınlık kısaca bir mesleğin diğer meslekler ve uğraşlar içerisinde konumuyla ilgili toplumun algısıdır. Meslekleri uğraş ve zanaatlardan ayıran temel faktördür. (Freidson, 2001: 103). Mesleki saygınlık önemli çalışma faktörleri olan beklenen gelirden, yaşam tarzından, uzmanlığın entelektüel içeriğinden bağımsız olarak düşünülemez (Leicht ve Fennel, 2001: 156). Yapılan araştırmalara göre hekimlik mesleği en yüksek saygınlığa sahip mesleklerdendir (bk. Smith, 2014). Bunun yanında hekimlik mesleği gibi mesleklerde meslek içinde farklı dallar arasındaki saygınlık farklarından da bahsetmek mümkündür (Rosof ve Leone, 1991: 321).

1.3.8. Mesleki Statü

Statü bireyin sosyal hiyerarşi içerisinde konumu, durumu ve derecesidir. Bireyin toplum içerisindeki statüsü henüz herhangi bir eğitim veya nitelik kazanmadan daha doğum esnasında bile belirlenebilmektedir (Hargreaves, 2009: 217). Turner'a (1988: 11) göre bireyin sosyal hiyerarşi içerisinde sahip olduğu statü, onu diğerlerinden ayırarak ona özel fayda ve imtiyazlar sağlar. Genellikle toplumda yüksek statüye sahip olan kişilerin diğerleri üzerinde güç ve nüfuzu bulunmaktadır; toplum yüksek statüye sahip olan kişilere saygı duyar.

Geleneksel olarak mesleklerin sahip oldukları statü, profesyonellerin sosyal saygınlık ve güç hiyerarşisi içerisindeki konumları, sahip oldukları bilgi tekeline dayanmaktadır (Haug, 1972: 200). Elliot, hekimlik, hukuk, din adamlığı gibi meslekleri statülü meslekler olarak görmektedir (akt. Freidson, 1994: 17). Weber'e göre her bir insan kendisine sosyal onur ve saygınlık sağlayan bir statü grubuna aittir. Meslek de bir statü grubudur. Dolayısıyla bireylerin meslekleri bireylerin statüsünü belirleyen temel göstergelerden biridir (akt. Watson, 2012: 185).

1.3.9. Mesleki Otonomi

Meslekler sosyolojisi alanındaki en önemli kavramlardan biri olan otonomi bir mesleği uğraşlardan ayıran en önemli özelliklerden birisidir (Evetts, 2002: 341; Carvalho ve Santiago, 2015a: 32). Otonomi, bir mesleğe ait çalışma davranışlarını ve çalışma koşullarını, yine bu mesleğe ait çalışma gruplarının kendilerini denetleme becerileridir (Leicht ve Fennell, 2001: 8). Freidson (1994: 132) mesleki otonomiden bahsederken, öncelikle yaşamak için çalışan profesyoneller ve proleterler arasındaki farka vurgu yapmaktadır. Bu iki grup arasındaki en büyük farklardan biri, yaptıkları işi kontrol düzeylerine dayanmaktadır. Freidson'a göre proleter, hayatta kalmak için emeğini satan ve yaptığı iş üzerinde hiçbir kontrol yetkisi olmayandır. Tamamen otonom kontrolün ise mesleki, ekonomik, politik ve gözetimsel (supervisional) tekellerden meydana geldiğini belirtir. Bu da proleterleşmenin anti tezidir. Çalışanlar yaptıkları işte söz sahipleri olarak, yaptıkları iş üzerinde takdir, sorumluluk ve karar sahipleri'dirler. Mesleki otonominin gerekli bir kavram olduğunu Freidson şu şekilde vurgulamaktadır:

Profesyonellerin sahip oldukları bilgi ve yetenekler ezoterik bir yapıya sahip olduğundan meslek dışı kişilerden gelebilecek müdahaleye karşı bir koruma görevi görür, ayrıca bu ezoterik bilginin karmaşık olması nedeniyle kararlar vakadan vakaya değişebilecektir bu da profesyonellerin yöneticiler tarafından sıkı gözetim, iş kural ve sistemleriyle yönetilmelerinin önüne geçecektir (Freidson, 1994: 163).

Mesleki otonomi'yi üçe ayırmak mümkündür. Bunlar yapısal otonomi, örgütsel otonomi ve iş uygulamalarındaki otonomidir. Yapısal otonomi mesleğin sosyo politik makro düzeydeki kolektif gücünü gösteren otonomi türüdür. Diğer bir deyişle mesleğin toplumdaki yüksek statüsü ve ayrıcalıklarını sürdürmesi için uzmanlık bilgisi ve iş gücü piyasasına hâkim olma durumunu kapsamaktadır. Örgütsel otonomi, profesyonellerin örgüt içindeki kararlara katılımına odaklanan otonomi türüdür. İş uygulamalarındaki otonomi ise profesyonellerin günlük rutin uygulamaları sırasındaki uzmanlıklarıyla ilgili teknik bilgiye dayalı kararlarının yönetim ve hiyerarşi tarafından müdahalesine ve baskı altında olmasına odaklanan otonomi türüdür (Carvalho ve Santiago, 2015b: 172-174).

Mesleklerin tamamen otonom olmaları söz konusu değildir, meslek sahipleri, yaptıkları iş üzerinde özgürce takdir yetkilerini kullanacak ölçüde yeteri kadar otonomdurlar (Freidson, 1994: 166). Özellikle ikinci dünya savaşından sonra 1980'li yıllara kadar olan dönem, meslekler için altın çağ olarak tanımlanmaktadır (Freidson, 2001: 182). Bu dönemde çok sayıda profesyonel kendi işini yapan girişimci konumundaydayken, günümüzde ise çoğu

profesyonel büyük, karmaşık özel ve devlet kurumlarında ve hastanelerde ücret karşılığında çalışmaktadırlar. Bu nedenle günümüzde mesleki otonomi ile ilgili çalışmalar örgütsel yapıların profesyonellerin otonomisini hangi açılardan sınırladığına ve profesyonellerin bu durumlara verdiği davranışsal tepkilere odaklanmaktadır (Gorman ve Sandefur, 2011: 284).

1.3.10. Mesleki Yetki Alanları (Professional Jurisdictions)

Bu kavram sembolik etkileşimcilerin yer aldığı Şikago Üniversitesi sosyoloji bölümünde görev yapan Abbott (1988: 86) tarafından geliştirilen sistem yaklaşımına dayandırılmaktadır. Abbott “The System of Professions” kitabında kendisinden önce öne sürülmüş olan profesyonelleşme tezlerinin, profesyonellerin yapmış oldukları işin içeriğinin yerine sadece yapılara odaklandıklarını belirterek bu yaklaşımları eleştirmektedir. Abbott’a göre bir meslekte meydana gelen değişimi anlayabilmek için öncelikle profesyonellerin yaptıkları işin içeriklerine odaklanmak gerekmektedir.

Abbott sistem yaklaşımını 3 temel argümana dayandırmaktadır. Ona göre meslekler sadece tek başlarına durağan bir şekilde ele alınamaz; yalnızca etkileşimci bir sistem içerisinde çalışılabilir. Meslekler sosyolojisi kuramları sadece kültürel ve sosyal yapıdan faydalanmak yerine; meslek içi, meslekler arası ve meslekler ötesi güçleri de dikkate almalıdır. Profesyonelleşme süreci durağan bir şekilde değil, karmaşık durumlar altında meydana gelir (1993: 204). Abbott’a göre (1988: 19-21) profesyonel yaşamın temel olgusu meslek ile yaptığı iş arasındaki bağlantıdır, buna mesleki yetki alanı demektedir. Profesyonelleşmenin analiz edilebilmesi için yetki alanlarının iş ortamında nasıl oluşturulduğu, formel ve enformel sosyal yapı ile nasıl bir bağlantısının olduğu ve meslekler arasında yetki alanlarıyla ilgili nasıl bir etkileşim olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Mesleki yetki alanlarını elde edebilmek için meslekler kendi aralarında ve devletle rekabet halindedirler.

Sistem yaklaşımına göre meslekler birbirleriyle etkileşim içerisinde oldukları bağımsız bir sistem meydana getirirler. Bu sistem içinde her bir mesleğin çeşitli yetki alanları içerisinde gerçekleştirdiği faaliyetleri vardır. Bu yetki alanları gerek yerel gerek ulusal bağlamda sürekli tartışmalı bir konudur. Buradan hareketle Abbott (1988: 2-3) mesleklerin gerçek tarihini aslında yetki alanları üzerindeki tartışmaların tarihinin belirlediğini iddia etmektedir.

1.3.11. Mesleki Etik

Etik kavramı genel olarak bireylerin veya toplumun ahlakını, değerlerini ve inanışlarını kapsar. Etik çeşitli şartlar, zorunluluklar, sorumluluklar altında bireylere nasıl davranmaları gerektiğini gösteren kurallardır. Mesleki etik ise profesyonellerden mesleklerini uygulamaları sırasında göstermeleri beklenen kişisel ve kurumsal davranış standartları ve kurallardır (Naagarazan, 2006: 5). Mesleki etiğin kökenleri Antik Yunan zamanından beri geçerli olan Hipokrat yeminine kadar gidebilmektedir (Koehn, 1994: 20). Abbott'a (1983: 855) göre toplumun mesleklerden iki farklı düzeyde beklentisi vardır. Bunlardan birincisi mesleğin topluma hizmet etmesi kurumsal sorumluluğudur. İkincisi ise mesleğin bireysel boyuttaki sorumluluğu olan profesyonel-müşteri ilişkisindeki sorumluluğudur. Mesleğin bu sorumluluklarını yerine getirirken uyması gerekli davranış kodlarını gösteren olguya mesleki etik denmektedir.

Mesleki etiğe sahip olmak bir uğraşın profesyonelleşerek meslekleşmesi yolundaki en önemli kavramlardan biridir (bk. Greenwood, 1957: 45; Leicht ve Fennell, 2001: 26). Mesleki etik kuralları yazılı veya yazılı olmayan şekilde olabilir. Meslek-müşteri ilişkisi, meslek-toplum ilişkisi ve meslek içi ilişkileri içeren çok sayıda farklı konudaki ilişkileri kapsayabilmektedir (Pavalko, 1988: 28).

Freidson (2001: 214) meslekleri tanımlarken en çok profesyonellerin sahip oldukları ezoterik bilgi ve yeteneklere dikkat çekmiştir. Profesyoneller ile sunmuş oldukları hizmeti kullanan tüketiciler arasında bilgi asimetrisi vardır. Bunun yanında profesyoneller, otonom bir şekilde mesleklerini yaparak, bunun sonucunda toplum karşısında güçlü olan taraf konumuna gelmişlerdir. Profesyonellerin elindeki bu güç nedeniyle toplum profesyonellere uzmanlıkla ilgili konularda bağımlıdır ve bazen savunmasız konuma düşebilmektedir. İşte bu güç ve bilgi asimetrisini dengelemek için mesleki etik kurallar kaçınılmaz derecede önemlidir (Brien, 1998: 391). Mesleki açıdan etik olarak davranan bir profesyonele toplum veya hizmet aldığı birey daha fazla güven duyacaktır, dolayısıyla mesleki etik ile güven arasında bir ilişki bulunmaktadır (Freidson, 2001: 214; Brien, 1998: 401).

Mesleki etiği, profesyonelliğin ruhu olarak tanımlayan Freidson'a (2001: 215-216) göre iki çeşit mesleki etikten bahsetmek mümkündür. Bunlardaki ilki profesyonellerin günlük rutinlerinde karşılaştıkları sorunlarla ilgili olan uygulama etiğidir. İkincisi ise mesleğin ekonomik, politik, sosyal, ideolojik şartlarıyla ilgilenen kurumsal etikdir. Kurumsal etik, mesleğin etikle ilgili problemlerinin bir çoğuyla ilişkilidir. Özellikle günümüzde meslekler üzerindeki baskılar ve aşınmalarla zarar gören etik türü uygulama etiği değil, mesleğin kurumsal etiğidir.

1.3.12. Meslek Örgütleri (Professional Associations)

Meslekler üzerinde devletin yaptığı gibi regülasyon yapan organlardan biri de meslek örgütleridir (Greenwood vd., 2002: 61). Meslek örgütleri özellikler yaklaşımı açısından meslekleri diğer uğraşlardan ayıran en önemli faktörlerden biridir (bk. Bucher ve Strauss, 1961: 330). Meslek örgütleri mesleğin tümünün veya bir alt dalının mesleki amaç ve misyonlarını belirlemek, mesleğin çıkarlarını savunmak ve geliştirmek, meslek üzerinde meslektaş kontrolünün yapılmasını sağlamak üzere kurulan sivil toplum kuruluşlarıdır (Freidson, 2001: 142-143).

Günümüzde birçok meslek örgütüne üyelik zorunludur. Profesyonellerin ortak ekonomik ve statü çıkarlarını korumak, üyelerine lisanslama yapmak (Merton, 1958: 50), üyelerinin yaptıkları iş üzerinde denetimi sağlamak üzere kurulan meslek örgütlerinin pek azı tüm mesleği temsil ederler. Sadece çatı veya şemsiye örgüt denilen meslek örgütleri tüm mesleği temsil etmektedir (Freidson, 2001: 144- 146). Meslek örgütleri yoluyla profesyoneller meslekleri üzerinde regülasyon yapabilmektedirler. Bunun için devlet aktörleri bir kısım yetkilerini meslek örgütlerine devretmiştir (Adams, 2017: 83). İngiltere’de ve Almanya’da 19. yüzyılda kurulan tabip birlikleri en eski meslek örgütlerindendir (Freidson, 1970: 20).

1.3.13. Meslek Regülasyonları

Devletler kamu yararını kollamak ve tüketicilerin korunması amacıyla çok sayıda ticari faaliyeti regüle ederler. Devletin regüle ettiği alanlardan biri de profesyoneller ile onlardan hizmet alan müşterileri arasındaki ilişkilerdir. Mesleki regülasyonlar, profesyonel ile müşterisi arasındaki bilgi asimetrisinden kaynaklanabilecek müşterinin mağdur olmasını engelleyecek yaptırımlar olarak tanımlanabilir (HRPA, 2015: 1-5).

Devletlerin meslekleri regüle etmelerinin yanı sıra, mesleklerin kendi kendilerini regüle etmeleri (professional self regulation) özellikle Anglo-Saxon ülkelerinde mesleki bir altın standarttır. Fakat dünyanın geri kalan kesiminde özellikle kıta Avrupasında ve merkezi şekilde yönetilen güçlü ve müdahaleci Ulus Devletlerde bu çok tercih edilen bir uygulama değildir (Faulconbridge ve Muzio, 2011: 139; Monteiro, 2015: 103-104). Müdahaleci ulus devletlerdeki devlet ve meslek ilişkileri, Anglo-Saxon ülkelerindeki devlet ve meslek ilişkilerden farklılık gösterir. Ulus devletlerde, devlet kendi çıkarları doğrultusunda yukarıdan aşağıya (top down) süreçlerle; doğrudan meslekle ilgili regülasyonların yapılmasının ve reorganizasyonunun içindedir ve bir çok alanda profesyonellerin sağladıkları hizmetin temel alıcısı konumundadır (Faulconbridge ve Muzio, 2011: 138-139).

Özellikle güçlü meslek örgütlerinin, meslek üyelerini ve kendisini regüle etmesiyle birlikte meslek regülasyonu oluşmuş olur. Meslek örgütleri regüle etme yetkisini genellikle devlet aktörlerinden almaktadır. Meslek örgütlerine delege edilen bu yetkiler genellikle mesleğe giriş kriterlerini belirleme gücü ve mesleki davranışlara ilişkin regülasyonlar yapma gücü olmak üzere temel olarak ikiye ayrılmaktadır. Meslek örgütlerinin bu güçleri kamu yararı gözetilerek uygulamaya konulmaktadır. Mesleklerin kendi kendilerini regüle etmeleri konusundaki ilk uygulamalar hukuk ve hekimlik mesleğinde kendini göstermiştir (Adams, 2017: 70-76).

Mesleklerin kendi kendileri regüle etmeleri için mesleğin devletle olan ilişkisinde ve mesleğin hizmet sağladığı tüketicilerle olan ilişkisinde kilit faktör güvendir (Evetts, 2002: 341). Özellikle son yıllarda küreselleşme ve piyasalaşma söylemlerinin öne çıkmasıyla birlikte mesleklerin kendi kendilerini regüle etme yetkileri yasal yollarla ellerinden alınmaya başlamıştır. Özellikle hukuk ve hekimlik gibi köklü meslekler için bu durum mesleki otonomi konusunda bir tehdit oluşturur hale gelmeye başlamıştır (Evetts, 2002: 351; Dixon-Woods vd. 2011:1452; Adams, 2017: 70).

Evetts (2013: 787–789) örgütsel ve mesleki profesyonelliği tanımladığı çalışmasında son yıllarda profesyonellerin çoğunlukla hiyerarşik yapılarda ücretli bir çalışan olarak yer aldıklarından bahsetmiş ve profesyonellerin meslek içi denetim yerine örgüt, yöneticiler gibi dış gruplar tarafından denetlendiğini ve profesyonellikle ilgili regülasyonların meslek tarafından aşağıdan yukarıya doğru değil (bottom-up), özellikle devlet tarafından yukarıdan aşağıya (top-down) doğru bir anlayışla uygulanmasının giderek daha fazla yaygınlaşmasıyla beraber mesleklerin otonomisinin ve kendi kendilerini regüle etmelerinin öneminin azaldığını iddia etmektedir.

1.4. Neoliberal Politikaların ve Makro Gelişmelerin Meslekler Üzerine Etkisi

Çağdaş toplumlarda sosyal, politik, ekonomik alanlarda meydana gelen gelişmelerin profesyonellere, meslek gruplarına, profesyonelleşme süreçlerine ve profesyonelliğe büyük etkileri olmaktadır (Carvalho, 2014: 176). Tüm dünyada ve özellikle Avrupa’da şiddetli bir şekilde görülen neoliberal politikalar bu gelişmelerin en önemlilerindendir. Neoliberal politikalar ve bununla bağlantılı olarak yükselen bir trend olan yeni kamu yönetimi anlayışı (new public management), piyasalaşma (marketization), yönetimcilik (managerialism), tüketici odaklılık (consumerism) gibi söylemlerle birlikte mesleklerin içerisinde bulundukları sosyo politik çevre hızlı bir şekilde değişmektedir (Evetts vd., 2009: 140; Evetts, 2013: 789). Neoliberalizm kısaca, yoğun özelleştirmelerin ve deregülasyonların yapılmasını, kamusal

kesimin daraltılmasını ve serbest piyasa söylemini kapsamaktadır (Braithwaite, 2005: 3). Neoliberal temelli politikalar sonucunda kamu sektörüne piyasa yönlü bir form verilmek istenmektedir ve bu yönde özel sektörde olduğu gibi işletmecilik ve yöneticilik söylemleri uygulamalarının hâkim olduğu yeni kamu yönetimi anlayışı uygulamaya konulmuştur (Kuhlmann vd., 2011: 722). Burada bahsedilen yöneticilik kavramı, yeni kamu yönetimi söyleminin kavramlarından biridir ve kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesi, piyasa ve yarı-piyasaların (quasi-market) oluşturulması ve kamu sektörünün ve özel sektör söylemleriyle yönetilmesidir (Farrel ve Morris, 2003: 136). Neoliberalizm, ideolojik olarak deregülasyonların yapılmasının tarafındadır fakat uygulama düzeyinde, deregülasyonların neoliberal reformlar üzerinde sınırlı ve çelişkili etkilerinin olmasının anlaşılması üzerine, deregülasyonların hemen ardından daha fazla sayıda yeni regülasyonlar yapma ihtiyacı oluşmuştur. Bu nedenler regülasyonların sayısını aslında artırmıştır. Bu yeni düzene bazı araştırmacılar regülatif kapitalizm de demektedir (bk. Levi-Faur, 2005: 14-20).

Literatürde özellikle neoliberal politikaların belirgin hale gelmesinin ve refah devletinde meydana gelen değişimlerin, meslekleri değiştirdiği belirtilmektedir (Kamp, 2016: 1). Refah devletleri özellikle ikinci dünya savaşının sona ermesiyle birlikte kapitalizmin altın çağı olarak nitelenen dönemde görülmeye başlamış ve 1980'li yılların ortalarına kadar varlığını sürdürmüştür. Refah devleti zenginlik, eşitlik ve tam istihdamın büyük bir uyum içerisinde olduğu, kapitalizmin bileşenlerinden biridir (Esping-Andersen, 2015: 56). Bu süreçte bazı araştırmacılara göre (Freidson, 2001: 182; Gorman ve Sandefur, 2011: 275) meslekler altın çağlarını yaşamışlar; formel üniversite eğitiminden elde ettikleri uzmanlık bilgisine dayalı olarak güçlü bir meşruiyet düzeyinden faydalanmışlardır. Bu dönemde profesyoneller yaptıkları işin içeriği ve elde ettikleri kazançlarla ilgili önemli oranda söz sahibi olurken, ayrıca yüksek düzeyde otonomiye sahiplerdi. Profesyonellerin gelirleri, sosyal statüsü oldukça yüksekti ve toplum tarafından mesleklere karşı yüksek bir güven duyuluyordu. Ayrıca profesyoneller bu dönemde çoğunlukla ücretli bir çalışan olarak bürokratik örgütlerde değil, serbest olarak çalışıyorlardı (Gorman ve Sandefur, 2011: 277). Özellikle bu dönemde ulus devletten büyük oranda destek gören mesleklerin piyasa koruması (market shelter) ve kendi kendine regülasyon yapma gibi ayrıcalıkları vardı (Lane vd., 2002: 25).

Kamu sektörü özellikle refah devletinin neoliberal dönüşümüyle birlikte çarpıcı bir biçimde değişim sürecine girmiş; 1980'li yıllardan itibaren görülmeye başlanan ve günümüze kadar gelen yeni kamu yönetimi anlayışı verilen hizmetlerin daha etkin ve verimli olması amacıyla kamu kurumlarını yeniden yapılandırmış, piyasa-benzeri ilişkileri, performans

ölçümlemlerini ön plana çıkarmış, kamu hizmetlerini dış kaynaktan temin etme, özelleştirme, yarı-özelleştirme ve vatandaşları piyasada bir müşteriye dönüştürme reformlarını gerçekleştirmiştir (Evetts, 2009: 250; Christensen ve Laegreid, 2011: 414). Bu reform stratejisi içerisinde meslekler kontrol edilemez ve vahşice büyüyen bürokrasi gibi yeni kamu yönetimi anlayışının çözmesi gereken problemlerden biri olarak görülmüştür (Kamp, 2016: 1). Bu nedenle profesyonellik, yeni kamu yönetimi söyleminde hizmet modernizasyonunun gerektirdiği; teknik ve örgütsel değişimler, piyasa temelli rekabet, metrik temelli performans ölçümü, yönetim temelli denetim ve kontrol sistemleri gibi kavramlar için temel bir engel olarak görüldüğünden tıp, hukuk gibi köklü mesleklerin sahip oldukları güç ve otoritede meydana gelen sınırlandırma ve zayıflatma, yeni kamu yönetimi söyleminin temel önceliği haline gelmiştir (O'Reilly ve Reed, 2011: 1088).

Yeni kamu yönetimi anlayışıyla birlikte mesleklerin sahip olmuş oldukları tekel güçlerine meydan okuyabilmek ve yapılan işin kalitesini değerlendirebilmek için rasyonel ve standartlaşmış yönetim modelleri uygulamaya konulmuştur (Kamp, 2016: 1). Bu anlayışla birlikte ayrıca verimlilik, rekabet, izleme faaliyetleri, çıktılara ve performansa göre ücret ve ödemeler, muhasebe mantığı (accounting logic), hesap verebilirlik, müşteri memnuniyeti kavramları önem kazanmış; profesyonellerin yaptıkları işler, hizmet ürününe; hizmet alanlar (client) ise müşteriye (customer) dönüşmüştür. Bu anlayış çerçevesinde profesyonellerden müşterileri için en iyiyi yapmaları ve bunu da sıkı finansal denetim ve baskıya rağmen başarmaları beklenmektedir. Bu değişimlerin önemli sonuçları olarak profesyonellere olan güvende azalma, mesleki norm ve değerlerde aşınma yaşandığı belirtilmektedir (Evetts, 2009: 250-259).

Yeni kamu yönetimi söyleminin savunucuları, toplum yaşamında egemen olmaya devam eden meslek tekellerinde ve kurumsal bürokrasilerde eksik olan operasyonel verimliliğe ve stratejik etkinliğe vurgu yapmaktadırlar (Reed, 2002: 166). İngiltere'de özellikle 1980'li yıllardan itibaren ortaya çıkan yeni kamu yönetimi söylemi, kamu sektörüne ekonomik rasyonalite ve rakamlarla yönetim anlayışını getirmiştir. Verimlilik, hesap verebilirlik gibi kavramlar önem kazanmıştır. Bununla birlikte yönetsel ideoloji ve uygulamaları öne çıkararak, meslekleri ve tekelci iş gücü piyasalarını koruyan düzenlemeleri yok etmek, en azından zayıflatmak girişiminde bulunmuş ve bunun sonucunda özellikle kamu sektöründe yer alan mesleklerin gücünü, otoritesini ve statülerini zayıflatmıştır (Farrell ve Morris, 2003: 137; O'Reilly ve Reed, 2011: 1086). Bu gelişmelerin sonucunda profesyoneller tarihsel süreçten gelen evrensel ve geleneksel değerlerine bağlılık yerine giderek artan bir

oranda örgütlerinin amaç, ideal ve verimlilik hedeflerine bağlı hale gelmektedirler (Hirvonen, 2015: 96-97).

Leict ve Fennell'e (2001: 1-11) göre Amerika'da meslekler 2. Dünya savaşıdan sonra orta sınıfın gelişmesini sağlayan ana etkenlerden biri olmuştur. Fakat artık mesleklerin geçmişten beri kanıksanmış, elit-beyaz yakalı işini tanımlayan, sahip oldukları imtiyazlar, prestij, yüksek maaşlar, yüksek düzeyde otonomi, iş güvenliği, sıkıcı olmayan ilginç işler gibi avantajları neoliberal politikalar sonucu olarak artık günümüzde geçerli değildir. Günümüzde profesyoneller giderek artan bir şekilde kendi işini serbest olarak yapan konumundan; geleneksel mesleki güçlerinin sınırlandırıldığı büyük hukuk firmalarında ya da modern, bürokratik hastanelerde çalışan durumuna gelmişlerdir. Profesyoneller kâr amaçlı veya kâr amaçlı olmayan örgütlerde, sivil toplum kuruluşlarında, devlet kurumlarında, üniversitelerde, vakıflarda ve özel şirketlerde ücretli çalışan olarak istihdam edilmektedirler. Bu iş bağlamlarının bir çoğunda profesyonellerin yaptıkları işi denetleme işini artık meslektaşlar ve meslek içindeki yönetsel elit değil, bu kurumlarda çalışan profesyonel yöneticiler yapmaktadır.

1970'li yıllarda fordizmin krize girmesiyle birlikte yaşanan post-fordizme geçiş kapitalizmin bir fazından diğer bir fazına geçiş olarak algılanmaktadır (Dağdelen, 2005). Post-fordizm döneminde yeni teknolojiler ön plana çıkarak, sanayi sonrası toplum veya bilgi toplumu olarak adlandırılan yeni bir toplum ortaya çıkmıştır (Sunar ve Kaya, 2016: 275). Postfordizmin ve neoliberal politikaların küresel ölçekte öne çıkmasıyla birlikte piyasalaşma, özelleştirme ve kamu korumacılığının terkedilmesi gündeme gelmiş, bu gelişmeler iş ve çalışma biçimlerini köklü bir şekilde değiştirmiştir. Standart, istikrarlı, uzun süreli, fordist çalışma şekilleri giderek kaybolma eğilimine girmiş, esnek, güvencesiz ve geçici süreli çalışma biçimleri yaygınlık kazanmaya başlamıştır (Kalleberg, 2009: 2-3; Macdonald, 2009). Böylece 1980'li yıllardan itibaren özellikle sanayi sonrası toplumun bilgiye dayalı, özgün nitelikleri olan, merkezdeki bir sınıf haline gelen beyaz yakalılar (Sunar ve Kaya, 2016: 279) için prekarizasyon (güvencesizleşme) kavramı gündeme gelmiştir (İçli, 2016: 531). Türkçeye güvencesizlik olarak çevirilen prekarya kavramını çalışma yaşamıyla ilgili ilk olarak kullanan sosyolog Bourdieu'dur (Oğuz, 2012: 234). Prekarizasyon; çalışma biçiminin atipik, geleneksel ve standart olmayan, istikrarsız, güvencesiz, esnek hale gelmesini (Macdonald, 2009), bunun yanında çalışanların sahip oldukları sosyal haklardan mahrum duruma gelmeleri sürecini ifade etmektedir (Kalleberg, 2008: 8) Prekarizasyon süreciyle birlikte işgücünün daha esnek bir hale gelmesi sonucunda beyaz yakalı çalışanların çalışma saatlerinde ve maaşlarında azalmalar meydana gelmektedir. Böylece mesleklerin sahip olduğu önceden oldukça yüksek

olan prestij ve statüsü giderek azalmakta ve meslek sahibi olan profesyoneller sıradan bir ücretli çalışan haline gelmektedir (İçli, 2016: 532-538). Ayrıca başta mesleğin anlamı olmak üzere, meslek ve mesleğe dair her şey anlık değişimin yörüngesine sabitlenmiş bir hale gelmiştir (İlhan, 2008: 318). Bu gelişmeler sonucunda tepe kademe yöneticilerin maaşları ve firmaların kârları artarken, orta ve alt sınıfın daha da alta itildiği bir toplum ön plana çıkmaktadır (Bora ve Erdoğan, 2013: 20).

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren özellikle neoliberal politikalarla birlikte güçlenen başka bir kavram tüketici odaklı olma (consumerism) anlayışıdır. Tüketicinin haklarını ve çıkarlarını korumak olarak tanımlanan tüketici odaklı olma (Swagler, 1994: 347) anlayışında tüketiciler profesyonel hizmetlerin alıcısı konumundan, önemli bir piyasa katılımcısı haline gelmiştir. Tüketiciler aldıkları mal ve hizmetler hakkında daha fazla ve iyi bilgilendirilmekte, profesyonellerle olan ilişkilerinde daha talepkâr ve iddialı konuma gelmektedirler. Özellikle devletin tüketicileri haklarına verdiği desteğin artmasıyla birlikte özellikle kamu sektöründen daha güvenilir, yüksek kalitede, daha düşük fiyatlı mal ve hizmet almaları sağlanmaktadır (Lane vd., 2002: 251).

Tüketici odaklı olma anlayışıyla birlikte, tüketiciler sadece tüketici olarak değil aynı zamanda bir vatandaş olarak görülmeye başlanmıştır. Tüketici-vatandaşlar (consumer-citizen), devletin onların yaşam standartlarını koruyacağı, onların hak ve çıkarlarını koruyup savunacağı birer politik oluşum olarak kabul edilmiştir. Tüm politik görüş ve çevrelerde bu durum bir popülist manifesto haline gelmiştir (Hilton, 2009: 4-6). Tüketici odaklı olma söyleminde tüketiciler, vatandaş olarak görülmenin yanında aynı zamanda pasif bir alıcı olmaktan çıkıp aktif olarak tercih yapan, seçim yapan (chooser) olarak görülmeye başlandı (Clarke, 2004: 39; Clarke vd., 2007: 5). Tüketici odaklı olma söylemine paralel olarak tüketici-vatandaşların kamudan aldıkları yekpare, tek çeşit, paternalist özellikleri olan hizmetler (Clarke, 2004: 39); onlara tercih sunan, tüketici memnuniyetini önemseyen, evrensel olarak popüler hale gelen, piyasa, yöneticilik, hatasız ürün ve hizmet, esneklik, çeşitlilik, duyarlılık, hesap verebilirlik gibi özel sektör söylemlerinin hâkim olduğu kamu hizmetlerine dönüşmeye başlamıştır (Ward, 2001: 208; Clarke vd., 2007: vii-16). Clarke vd. (2007: 41)'ye göre popülist politikalar sonucunda özellikle eğitim ve sağlık gibi değerli kamu hizmetlerinde vatandaş-tüketicie birden fazla tercih hakkı getirilmesiyle, vatandaşlardan alınacak oyların güvence altına alınması sağlanmıştır.

Tüketici odaklılık ideolojisinde, tüketicilerin ihtiyaçları olan hizmetleri kimden ve nereden alacaklarını belirlediği, hizmetin içeriğinin neler olacağına karar verdikleri ve aldığı hizmetin sonuçlarını değerlendirdikleri, tüketicilerin sahip oldukları genel geçer bilgilerin,

meslek sahiplerinin sahip oldukları uzmanlık bilgisinden daha önemli olduğu savunulur. Profesyonellik ideolojisinde ise hizmeti veren uzmanlar hizmetin içeriğini ve sonuçlarını değerlendirir. (Freidson, 2001: 115). Tüketici odaklı olma ideolojisinde tüketicilerin çıkarlarını korumak adına meslek sahiplerinin güç ve otoritelerine meydan okuma hali vardır (Clarke vd., 2007: 143) bu da popülist genelcilik (populist generalism) olarak adlandırılır. Liberal demokrasilerde ve kolektivist politik ekonomilerde görülen popülist genelcilik ideolojisinde müşteri yani tüketici her zaman haklıdır ve uzmanlık bilgisine sahip olan meslek grubu piyasaya ve politikaya hükmetmek yerine sadece onlara hizmet eder (Freidson, 2001: 116).

Meslekleri etkileyen makro alanda meydana gelen bir başka gelişme ise küresel çapta internet kullanımının yaygınlaşmasıdır. İnternet özellikle dünya üzerinde geleneksel birçok işlem ve ilişkiyi dönüştürmektedir. Dönüşen bu ilişkilerden biri de profesyonel-tüketici ilişkisidir. Günümüzde birçok potansiyel tüketici hizmet veya mal alacağı kurum, kişi, hizmet ve malın içeriği hakkında çeşitli internet sitelerinden faydalanmanın yanı sıra, sosyal medyayı ve forum sitelerini de aktif olarak kullanmaktadır. Dünya üzerinde internet erişim oranı giderek yaygınlaşmakta ve dünya nüfusunu 1/3'ünün aktif olarak internete erişimi bulunmaktadır. Bilgiye erişimin bu denli kolaylaşması sonucunda tüketiciler eskisine göre daha güçlü hale gelmiş (empowered) mesleklerin geleneksel olarak bilgi-asimetrisinden beslenen güçleri aşınmaktadır (Laing vd., 2005: 675-678). Bu gelişmeler, meslekler üzerinde potansiyel tehdit olarak görülmekte ve bu gelişmelerin sonucunda toplumun mesleklere olan güveni aşınmakta, meslekler itibar kaybına uğramaktadır (Beaton, 2010: 18).

Mesleklerle ilgili evrensel makro meselelerden biri de profesyonellerin arz talep dengesinin değişmesi ve profesyonellerin arzındaki fazlalıktır. Küresel bazda nüfustaki, eğitim seviyesindeki artış ve genç insanlardaki ortalama üstü gelir, güç, statü ve prestije sahip olma arzusu sonucunda her geçen gün mesleğe adım atacak olan üniversite mezunu sayısı artmakta fakat profesyonellere olan talep aynı oranda artmamaktadır (McDowell, 2000: 114-15). Bununla ilintili olarak mesleklere olan yoğun talep nedeniyle regülasyon yapan aktörlerin mesleğe giriş koşullarını kısıtlayacak önlem aldıkları da görülmektedir (McDowell, 2000: 114). Bu nedenle mesleğe adım atacak ve henüz üniversitede öğrenim aşamasında olan profesyonel adaylarının neoliberal politikalarla şekillenen piyasa kuralları sonucu meslekle, gelirle ve kariyerle ilgili beklentilerinin değiştiği görülmektedir (Meyer vd., 2013: 249-250). Özellikle profesyonel sayısındaki arz fazlası nedeniyle, meslek içi rekabet şiddetlenmiştir. Bunun sonucunda da profesyonellerin ücret ve gelirlerinde bir düşüş trendi (Leicht, 2016: 105) ve gelir istikrarsızlığı yaşanmıştır (Leicht ve Fitzgerald, 2014: 46).

Mesleklerle ilgili bir başka makro gelişme de teknolojik ilerlemelerin etkisidir. Teknolojik ilerlemeler bir yandan profesyonellerin sundukları hizmetleri iyileştirmekte ve geliştirmekte bir yandan da profesyoneller üzerinde güçlü bir baskı unsuru olabilmektedir (McDowell, 2000: 117). Teknolojik gelişmeler ve bilgi çağı, sosyal iş örgütlenmesini de değiştirmektedir. Artık örgütler daha yatay hale gelerek orta düzey yöneticilere olan ihtiyaç ortadan kalkarak, yapılacak işin içeriğine özgü sözleşme temelli kısa süreli geçici istihdam yaygınlık kazanmaya başlamakta ve bu gelişme meslekleri olumsuz yönde etkilemektedir (Leitch ve Fitzgerald, 2014: 8).

Özellikle bugün kullanım maliyeti çok yüksek olan belirli teknolojik makine ve aletlerin gelecekte daha kullanışlı ve yaygın hale gelecek olmasıyla birlikte bugün iyi bir gelire sahip çok sayıda profesyonelin gelirleri, uzun vadede bu etkilerle birlikte düşüş trendine girebilecektir. Birçok mesleğin önümüzdeki on yıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte yok olacağını söylemek hayli iddialı bir söylem olsa da, özellikle teknolojik yenilikler ve dönüşümler sonucunda mesleklerin bu durumdan olumsuz etkileneceği söylenebilir (Susskind ve Susskind, 2015: 289-292).

Gerek neoliberal politikalar ve yeni kamu yönetimi anlayışı, gerekse makro bağlamdaki diğer gelişmelerin etkisiyle birlikte özellikle kamu kesiminde çalışan profesyonellerin sunmuş oldukları birçok hizmet bir meta olarak görülmeye başlanmıştır (Pellegrino, 1999: 251). Bunların sonucunda mesleki etik kodlarında değişimler meydana gelmektedir (Leicht, 2016: 105). Meta olarak görülmeye başlanan sağlık, eğitim gibi kamu hizmetlerinin ticari bir işleme konu olmasında mesleki etiğin yerini, iş etiği (business ethics) almaktadır. Burada dikkat çeken konu iş etiği ile meslek etiği arasındaki birbirine zıt olan farklılıklardır. Örneğin sağlık hizmetlerini bir meta olarak gören iş etiği, yatırımcı odaklıdır, söylemleri pragmatiktir, kişisel çıkarı meşru kılar, rekabetçilik ve eşitsizlikler söz konusudur. Bunun tersi olan mesleki etiğe göre ise sağlık hizmetleri meta olarak değil, insanların doğal olarak alması gereken bir haktır. Temel prensibi yardımseverliktir (beneficence), hasta odaklıdır, özgeci davranışlar ön planda, kişisel çıkarlar geri plandadır (Pellegrino, 1999: 253-255)

McDowell (2000: 1) mesleki etik alanında yaşanan bu değişimi, genel olarak toplumda var olan bir etik krize bağlayarak geleneksel olarak toplum ortalamasından daha yüksek etik sorumluluğu bulunan ve mesleki etik kodlarla uyumlu davranması gereken profesyonellerin içinde bulunduğu mesleki etik krizi olarak tanımlamaktadır. Serbest piyasa söylemine göre mesleki etik krizini açıklayan Leicht (2016: 105), serbest piyasanın yerleşmiş geleneklere saygı duymayarak onları yok etme çabalarını buna örnek olarak göstermektedir. Leicht'a göre

piyasa, profesyonel hizmet alan tüketicilerin memnuniyetini ve çıkarlarını en iyi şekilde sağlayabilen profesyonelleri doğal olarak ödüllendirecektir. Etik kurallara riayet etmeyi önemsemeyen tüketicilerin her istediğini yapan ve onların çıkarları için çalışan profesyoneller, piyasa söylemine göre sonunda kazanan olacaktır.

Neoliberal politikaların belirgin hale geldiği yıllardan itibaren meslekler bundan önceki dönemlerde hiç olmadığı kadar bir politik baskı altına girmiştir. Karmaşık politik, sosyal ve ekonomik dinamikler meslekleri daha parçalı ve kırılğan hale getirmiş, mesleklerin geleneksel yetki alanlarını daha akışkan ve belirsiz bir hale getirmiştir. Bu nedenle mesleklerin gelişmiş kapitalist toplumlarda bu değişimlerden ve dönüşümlerden nasıl etkilendiğini açıklamada kullanılacak evrensel ve birleştirilmiş tek bir kuramdan bahsedilememektedir. Bu çerçevede mesleklerle ilgili güncel kuramsal ve ampirik araştırmalar; politik, ekonomik ve sosyal çevrelerde meydana gelen makro değişimleri dikkate almalıdır (Santiago ve Carvalho, 2015: 3).

Konuyla ilgili araştırma ve tartışmaları sürdüren araştırmacıların, tüm bu trendler ve gelişmeler sonucunda mesleklerin sosyal statülerinde, prestijinde ve otonomilerinde bir gerilemenin söz konusu olduğunu; profesyoneller üzerinde yönetsel kontrol stratejisi uygulandığını (Farrel ve Morris, 2003: 137; O'Reilly ve Reed, 2011: 1086) ve bir deprofesyonelleşme süreci yaşandığına (Carvalho ve Santiago, 2015a: 31) dikkat çektikleri görülmektedir. Ayrıca toplumun mesleklere karşı duymuş olduğu güvenin giderek azalarak, yerini güvensizliğe bıraktığı vurgulanmaktadır (Evetts, 2006: 527; Carvalho ve Santiago, 2015b: 173). Bunun yanında örgütlerde kalite söylemlerinin belirgin hale gelmesiyle birlikte, niceliksel performans değerlendirme, denetim sistemleri gibi örgütsel ve hiyerarşik kontrol ile profesyonellerin kararlarına müdahalelerin söz konusu hale geldiği de en sık belirtilen saptamalardır (Carvalho ve Santiago, 2015b: 174).

Evetts (2013: 785-788) yeni kamu yönetimi anlayışının bir sonucu olarak günümüz çağdaş toplumlarında profesyonelliğin bir değişim içinde olduğunu ve birbirine zıt iki farklı ideal-tip profesyonellik olduğunu belirtmektedir (bk. Tablo 1.2). Bunlardan ilki, yöneticilik söyleminin güçlü bir şekilde uygulandığı sırada görülen örgütsel profesyonellik ve ikincisi ise bunun tam tersi olan mesleki profesyonelliktir. Örgütsel profesyonellik giderek büyüyen bürokrasi, karar alma ve sorumluluk süreçlerinde hiyerarşik yapılar, iş süreçlerinde standartlaşma, yöneticilik söylemi, performans ölçümü, hesap verebilirlik, dışarıdan yapılan regülasyonlar, merkezileşme ve işin rasyonalizasyonunun artmasını ifade etmektedir. Mesleki profesyonellik ise mesleki grup içinde oluşturulan söylemler, meslektaş denetimi ve kontrolü,

tüketiciler ve işveren tarafından mesleğe duyulan yüksek güven, otonomi, mesleki örgütler tarafından uygulaması takip edilen etik kodlar gibi kavramları kapsamaktadır.

Tablo 1.2 Profesyonelliğin İki Farklı İdeal Tipi

Örgütsel Profesyonellik	Mesleki Profesyonellik
Profesyonellerin denetimi çoğunlukla örgütlerdeki yöneticiler tarafından yapılır	Profesyonellerin denetimini, profesyonel gruplar kendi yapar
Rasyonel-yasal otorite vardır	Meslektaş otoritesi vardır
Standartlaştırılmış prosedürler vardır	İşin kontrolü mesleki açıdan yapılır
Karar alma süreçlerinde hiyerarşik yapı	Profesyonellere tüketiciler ve işverenler güven duyar
Yönetimcilik söylemi yaygındır	Denetimler uygulamacılar tarafından yapılır
Hesap verebilirlik, hedef belirleme, performans ölçümü ve dışarıdan yapılan regülasyonlar vardır.	Meslek örgütleri tarafından uygulaması takip edilen etik kodlar vardır
Örgütlenme modeli olarak Webercidir	Durkheim'ın ahlaki topluluklar olarak meslekler görüşüne dayanır

Kaynak: Evetts, 2013: 788

Tablo 1.2’de gösterilen her iki ideal tip aşırı uç formlardır, her mesleğin bu iki aşırı uç form arasında bir yerde olduğu varsayılmaktadır. Özetle mesleki profesyonellik ilişkileri ön plana çıkarırken, örgütsel profesyonellik ise yapılara dayalıdır (Bezes vd., 2012: 39).

Freidson (1994: 173; 2001: 4-7) iş performansının örgütlenmesi açısından, neoliberal politikalar sonucunda görülen piyasa ve bürokrasi mantıklarının yanında, bunların zıttı olan profesyonellik mantığının varlığını iddia etmektedir. Freidson’un bahsettiği profesyonellik, ideal tip profesyonelliktir. Noordegraaf (2011: 1350) Freidson’un ideal tip profesyonelliğin üzerinde durmasının nedenini, mesleki prensip ve değerlerin gerek bürokrasi söylemindeki yönetimcilik ve gerekse piyasa söylemindeki tüketici odaklı olma kavramları tarafından tehdit altında olduğunu ve bunu önlemenin ve bundan kurtulmanın tek çıkış yolunun da profesyonellik söylemine geri dönmek olduğunu iddia etmektedir.

Profesyonellik mantığı, piyasa ve bürokrasi mantığından meslek üyelerinin kendi işleri ve işin içerikleri, amaçları, koşulları gibi faktörler üzerindeki kontrol ve denetim yapma

hakkıyla ayrıldığını savunur (bk. Tablo 1.3). Profesyonellikte tüketicilerin ve örgüt yöneticilerinin profesyonellerin kontrolü üzerinde herhangi bir rolleri yoktur. Meslektaş dayanışması, yapılan işin niteliğinin iyi olması, uzmanlığa özgü ezoterik bilgi ve yetenek gibi kavramlar önemlidir. Piyasa mantığında tüketici talepleri, tüketicinin tercihi olabilmek için serbest piyasada profesyonellerin rekabeti, tüketicilerin istediği işleri yapma gibi kavramlar öne çıkmaktadır ve tüm aktörlerin ortak çıkarı maddi kazançtır. Çalışanlar örgütlerine herhangi bir bağlılık göstermeden sadece gelirlerini maksimize etmeye odaklanırlar. Örgütler ise rekabetçi piyasada temel amaçları olan verimliliği sağlamak ve kâr elde etmek amacıyla en kaliteli ürünü en ucuz fiyattan piyasaya vermek için bir maliyet kalemi olarak gördükleri çalışanlarının ücretlerini minimize etmeye çalışırlar. Bürokrasi mantığında ise rasyonel-yasal otoritenin önemi çok büyüktür. Örgüt yöneticileri hangi hizmetin verileceğini, kimlerin hangi yöntemlerle bu hizmetleri vereceğini ve tüketicilere bu hizmetlerin nasıl ve hangi koşullar altında verileceğini belirler. Formel kurallar ve standartlar, profesyonellerin performans ölçümleri ve kalite kavramları önemli yer tutar. Bürokrasi söyleminde çalışanlar için önemli olan gelirin maksimize edilmesinden ziyade iş güvenliği ve örgütte kariyer ilerlemesinin sağlanmasıdır (Freidson, 1994: 173-195).

Freidson (2001: 2-6) profesyonellik, piyasa ve bürokrasi gibi üç farklı tip mantığın herhangi birinin tek başına hâkim olacağı bir dünyadan bahsetmenin mümkün olamayacağını, sadece belirli zaman ve koşullarda her birinin belirli özelliklerinin belirli derecelerde görülebileceğini ve mesleklerin günümüzde ideal tip profesyonellikten uzak olduğunu iddia etmektedir.

Tablo 1.3 İdeal Tip Piyasa, Bürokrasi ve Profesyonellik Mantıkları

	Piyasa Mantığı	Bürokrasi Mantığı	Profesyonellik Mantığı
Öncüsü	Adam Smith	Max Weber	Eliot Freidson
Ana amacı	Tüketicilerin taleplerini rekabet altında en az maliyet ve en yüksek karla sağlamak	Rasyonel-yasal otoriteyi kullanarak verilen hizmetler ve profesyoneller üzerinde söz sahibi olma	Profesyonellerin yaptıkları iş üzerindeki örgütlenme ve kontrol yetkisi sahibi olması
Ana aktör	Tüketici	Yönetici	Profesyonel
Ana kavram	Tüketici odaklılık	Yönetimcilik	Güç, statü, otonomi
Regülasyon yapma ilkesi	Serbest rekabet	Verimlilik	Mesleki otonomi
Rekabet etme amacı	Fiyat üzerinden kâr ve kazanç elde etme	Üstlerin onayını almak için kural ve standartlara uyma	Alanındaki ustalık, yüksek standarttaki iş kalitesi, itibar ve meslektaş saygısı kazanmak

Kaynak: Freidson, 1984 ve Freidson 2001'den uyarlanmıştır.

Küresel makro politikalar ve neoliberalizmin etkisiyle, özellikle Kıta Avrupası ve Anglo-Amerikan ülkelerdeki meslekler sosyolojisi alanı birbirine giderek daha fazla yakınlaşmaktadır. Kıta Avrupasındaki devlet yönetim bürokrasisi, devlet üniversiteleri ve meslekler arasındaki işlevsel yakınlık, azınlık meslekleri ortaya çıkarırken, sınıf ve örgüt sosyolojisinin lehine bir durum yaratmış, ancak bu durum meslekler sosyolojisinin aleyhine bir gelişme olmuştur. Diğer yandan Anglo-Amerikan daha az merkezîyetçi devlet yönetimleri, özel ya da en azından görece bağımsız üniversiteler ve meslekler ise piyasa-ilişkili mesleklerin çoğunu ortaya çıkarırken, meslekler sosyolojisi alanını detaylandırmış ve küresel çapta güçlü etkileri olmuştur. Bununla birlikte Anglo-Amerikan yeni sağ ve Kıta Avrupası neoliberalizmi vasıtasıyla ile alanda önemli bir yakınsama (convergence) meydana gelmiştir. Yeni kamu yönetimi, yönetimcilik, piyasalaşma, daha açık ve entegre meslek iş örgütleri anlayışlarıyla ilgili yapılan çalışmalar Anglo-Amerikancı meslekler sosyolojisini artık Kıta Avrupası toplumlarında daha çok uygulanabilir hale getirmiştir (Evetts vd., 2009: 140). Adams'a göre (2015: 157) özellikle hekimlik mesleği gibi köklü mesleklerin karşı karşıya kaldıkları

zorluklar, deprofesyonelleşme ve otonominin aşınması gibi konular, evrensel düzeyde popülerliğini koruyan konuların başında gelmektedir.

Özet olarak makro bağlamda meydana gelen tüm bu gelişme ve değişimlerin mesleklerin sonunu getireceği iddia edilemeyecek olsa da, mesleklerin kendi kendilerini kontrol etme ve öz denetim yapma haklarının ellerinden alınmaya başladığı yönündeki iddiaların güçlendiği söylenebilir. Özellikle yeni kamu yönetimi anlayışıyla birlikte kamuda görev yapan profesyonellerin karşı karşıya oldukları zorluklar, özel sektörde görev yapan profesyonellerin karşı karşıya kaldıkları zorluklardan daha farklı değildir. Bu dönüşümler sonucunda bir zamanlar düzenli ve istikrarlı bir yaşamı olan, hayat boyu iş garantisi olan, yüksek otonomisi ve çeşitli imtiyazları olan profesyoneller günümüzde neoliberal politikaların mağduru haline gelmişlerdir (Ward, 2011: 213).

İKİNCİ BÖLÜM

HEKİMLİK MESLEĞİ

Profesyonellik kavramının neredeyse 2000 yıllık bir tarihi vardır. Profesyonellik kavramı ile hekimliğin ilk bağlantısı ise Romalı hekim Scribonius'a kadar uzanır. Scribonius profesyonelliği bir işe tutkuyla bağlanma olarak tanımlarken, mesleki geleneğin özünü Hipokrat yeminine bağlamaktadır. Bu gelenek, hekimlik mesleği gibi ilk öğrenilmiş mesleklerin ortaya çıktığı ortaçağa kadar uzanmaktadır. Hekimlik mesleği yeni biçimini loncalardan, Avrupa ve İngiltere'deki ilk üniversitelerden almıştır. Bu süre boyunca hekimlik mesleğinin toplumda sadece belirli bir küçük elit zümreye hizmet vermiş ve tedavi etme gücü oldukça sınırlı olmuştur. 19. yüzyılda bilimin tıbbi dönüştürmesiyle ve endüstri devriminin etkisiyle gelir artışı yaşayan halkın sağlık hizmeti talepleriyle birlikte, sağlık alanından yapılan kamu politikalarının hekimlik mesleği etrafında inşa edilmesini sağlamıştır (Cruess ve Cruess, 2009: 7-9; Chamberlain, 2009: 8-11).

Bu süreçte birçok gelişmiş ülkede hekimler örgütlenerek ulusal meslek örgütlerini (tabip birlikleri) kurmuşlar ve etik kodlarını geliştirerek meslektaşlarının davranışlarını yönlendirmişlerdir. Meslek örgütleri devlet içinde başarılı bir şekilde lobi faaliyetlerini yürütmüş ve hekimlerin meslek ruhsatı alma koşullarını zorunlu formel eğitim ve staj gibi çeşitli şartlara bağlamıştır. Devletlerin hekimlik mesleğine tıbbi uygulamalar konusunda tekel olma hakkı vermesiyle, günümüz hekimlik mesleğinin temelleri bu aşamada atılmıştır (Starr, 1982: 30-33). Hekimlik mesleği bu gelişmelerle birlikte mesleki uygulama açısından, tekel olma yetkisi kendisine verilen, yüksek otonomiye sahip, statüsü ve prestiji yüksek, kendi kendine regülasyon yapma ayrıcalığına ve çeşitli finansal ödüllere sahip olan bir konuma gelmiştir. Bunun karşılığında ise hekimlerden özgeci, dürüst, etik, başkalarına saygılı davranma, meslek üyelerinin uzmanlık alanlarında liyakatlı olma ve kamu yararına kendini adama gibi çeşitli davranış özellikleri beklenmektedir (Cruess ve Cruess, 1997: 941-943).

Meslekler sosyolojisi alanı açısından meslek genel olarak yüksek statülü, yüksek derecede otonomisi olan, uzun ve yorucu formel eğitim süreci gerektiren, uğraş olarak tanımlanmaktadır. Sosyologlar bu tanıma en çok uyan meslek olarak hekimlik mesleğini gösterirken, mesleklerle ve profesyonelleşmeyle ilgili kuramların temel olarak hekimlik mesleğiyle ilgili yapılan çalışmalara dayandığını belirtirler (Gabe vd., 2004: 163). Bunun yanında hekimlik mesleği, diğer tüm mesleklerin arketipi olarak görülür (bk. Parsons, 1951; Abbott ve Meerabeau, 1998: 4; Freidson, 2001: 181; Hupe, 2012: 40; Saks, 2015a: 135).

Meslekler içinde klasik ve köklü mesleklerden biri olarak nitelendirilen hekimlik mesleğini (McClelland, 2014: xiii) kendilerini işlerine, kimliklerine ve mesleklerine adanmış bireyler oluşturur (Leicht ve Fennell, 2001: 133). Kısaca hekim, hekimlik yapmak için gerekli şartları yerine getirmiş, tıbbi uygulamaları yapabilecek erdemli kişi olarak tanımlanmaktadır (Cruess ve Cruess, 2009: 11). Wilkesmann (2016: 96-97) bir hekimi tanımlarken, hekimlik mesleğinin sahip olması gereken özellikleri şu şekilde özetlemektedir:

- Hekimlik işi, tanı koyma ve tedavi etme ustalığını bireylerin sağlık sorunlarını gideren ayrıcalıklı bir iştir.
- Hekimlik mesleği, herkesin yapamayacağı ayrıcalıkları ve imtiyazları olan bir meslektir. Uzun yıllar gerektiren eğitim, ustalık ve uzmanlığa dayanır. Bu meslek hekimlere bireysel ayrıcalıklar sağladığı gibi, toplum düzeyinde de ayrıcalıklar sağlar.
- Hekimlerin mesleki otonomisi, mesleki kararları, meslektaşlarını kontrol etme ve denetleme yetkisi, meslekten olmayan kişiler tarafından veya devlet tarafından sınırlandırılmaz.
- Mesleğin kültürüne, kamu yararı ve refahına bağlılık elzemdir.
- Uzmanlıktan ötürü yüksek prestije sahiptir.
- Hekimlerin ekonomik otonomileri oldukça yüksektir, ekonomik gelirleri üzerinde söz sahibidirler ve gelirleri toplumun ortalama gelirinin oldukça üzerindedir.

Meslekler sosyolojisi alanının hekimlik mesleğine ilgi göstermesi temel olarak Durkheim'ın çalışmalarının izinden giden ve işlevselciliğin öncülerinden olan Parsons'ın (bk. 1939; 1951) çalışmalarıyla başladığı söylenebilir. Parsons'ın hekimlik mesleği ve genel olarak mesleklerle ilgili görüşleri normatif kurama dayanmaktadır (Risk, 2010: 339). Özellikle hekimlik mesleğinin toplumsal sosyal kontrol üzerindeki rolü üzerinde durmuştur (bk. Parsons, 1939). Hekimlerin sahip oldukları kuramsal bilgiler onlara statü ve güç kazandırmış, bunlar sayesinde hastalar hekimlerin otoritesini kabul ederken, hekimlere de meslek içi regülasyon yapma ve meslekleri üzerinde öz denetim yapma yetkisi verilmiştir. Fakat hekimlere verilen bu güç ve yetki, hastalar üzerinden finansal kazanç sağlamak üzere kötüye kullanılabilir. Bu nedenle Parsons hekimlerin, etik kodlara uymalarını ve özgeci olmalarını tavsiye eder. Bunun karşılığında ise hekimler ya da diğer profesyoneller hastalardan finansal olarak yararlanan bir konuma düşmemek için yüksek gelir ve ödüle sahip olmalıdır. Parsons, hekimlik mesleğinin ideolojisini açıklarken, hekimin hastanın refahını her

şeyin hatta kendi çıkarlarının bile üstünde gördüğüne işaret ederken, ticarileşmeyi de (commercialism) hekimin sürekli mücadele etmesi gereken ciddi ve sinsî bir düşman olarak görür. Parsons'a göre kâr elde etme motivasyonu ve arzusunun tıp dünyasında yeri olmamalıdır. Bu da toplumun yararına hizmet eden profesyonel ile kâr odaklı iş adamı arasındaki temel farktır (Parsons, 1951: 301-312).

Parsons'ın işlevselci gelenek açısından yapmış olduğu çalışmalar, genel olarak mesleklerin ve hekimlik mesleğinin altın çağını yaşadıkları dönemde yani ikinci dünya savaşının ardından yapılmıştır. Özellikle hekimlik mesleğinin saygınlığı 1950'li yıllarda oldukça yüksektir; Anayasa Mahkemesinde görev yapan yargıçların ardından en saygın meslek konumuna gelmişlerdir. Bu süreçte mesleğe devlet tarafından özel statü verilmiş, hekimlik mesleğinin bir ticari faaliyet olmadığı yasal olarak anayasa mahkemesi kararları tarafından koruma altına alınmış, anti-tekelci yasalardan etkilenmemesi için ayrıcalık tanınmış, tekel konumuna gelmesi ve mesleğin uygulamalarını kendi içinde kontrol etmesi için ayrıcalıklı haklar tanınmıştır. (Freidson, 2001: 180-185).

Hekimlik mesleği için altın çağ olarak adlandırılan Keynesçi ekonomi politikalarının uygulanmaya başlandığı 2. Dünya savaşından sonraki dönem ile neoliberal politikaların etkin olmaya başladığı 1980'li yıllar arasındaki dönemde dikkat çeken bir gelişme, AMA (Amerikan Tabipler Birliği)'nin yükselişe geçmesidir. Bu dönemde tıbbın uygulanmasındaki teknik, politik ve sosyal değişimlerin etkisiyle AMA hekimlik mesleği için etkin bir sözcü, lobi grubu ve tıp eğitimi üzerinde de güçlü bir regülatif aktör haline gelmiştir (Leicht ve Fennel, 2001: 133-134). Hatta bu gücü nedeniyle 1960'lı yıllarda Amerikan devleti tarafından uygulamaya konan Medicaid⁵ ve Medicare⁶ programlarına ilk başlarda şiddetle karşı çıkmıştır (Greenwald, 2010: 147). Ayrıca bu dönemde dikkat çeken bir başka gelişme, hekimlerin bu yıllarda ağırlıklı olarak bireysel veya grup olarak kendilerine ait muayenehanelerde serbest olarak çalışmışlardır. Hekimler yaptıkları işlerin içerikleri ve koşulları üzerinde söz sahibidirler ve hastalardan ne kadar ücret alacaklarına veya ücret alıp almamaya karar verecek yetkileri vardır. Bu dönemde hastanelerde ücretli olarak çalışan hekimlerin yöneticileri ise hekim olmayan yöneticiler değil, yine hekimlerdir. Özellikle bu yıllarda hekimlerin gelirleri

⁵ ABD'de 1965 yılında yürürlüğe giren, özel sağlık sigortası yaptıramayacak durumda olan yoksullar için devlet tarafından desteklenen bir sosyal güvenlik programıdır (Cockerham ve Ritchay, 1997: 83). 2016 yılı itibarıyla bu programdan yararlananların sayısı 72 milyonu bulmuştur (Department of Health and Human Services, 2016: 2).

⁶ ABD'de 1965 yılında yürürlüğe giren, 65 yaş ve üzeri olan kişiler için devlet tarafından desteklenen bir sosyal güvenlik programıdır (Cockerham ve Ritchay, 1997: 89). 2015 yılı itibarıyla bu programdan yararlananların sayısı 55 milyonu aşmıştır (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2016).

diğer mesleklerle karşılaştırıldığında en yüksek konuma yükselmiştir (Freidson, 2001: 183-185; Weitz, 2007: 331-333) .

1970’li yılların başlarında Freidson’un ortaya attığı önemli bir kavram, mesleklerin egemenliğidir (professional dominance). Freidson bu kavramı, arketip meslek olarak gördüğü hekimlik mesleği üzerinden açıklamıştır. Özellikle 1960’lı yıllar Freidson’a göre hekimlik mesleğinin en güçlü olduğu dönemdir (Gabe vd., 2004: 165). Hekimlerin yaptıkları işlerin içerik ve kontrolü üzerindeki yetkili olmaları, diğer meslek ve grupların kontrolünden muaf olmaları (Weitz, 2007: 332), yani mesleğin otonomisinin yüksek olması, diğer sağlık uğraşları ve müşteriler üzerinde söz sahibi olmaları, aynı zamanda bilgi tekeli durumunda olmaları hekimlik mesleğine güç ve statü kazandırmaktadır. İşte hekimlik mesleğinin sahip olduğu yüksek derecedeki bu güç, toplumun mesleğe karşı duyduğu saygı ve güven sonucunda oluşan saygınlık, mesleki egemenlik (Coburn, 2006: 433-434) ya da hekimlik mesleğinin egemenliği (Weitz, 2007: 332) olarak tanımlanmaktadır.

1980’li yıllardan itibaren özellikle neoliberal politikaların küresel çapta etkin olmaya başlamasıyla birlikte, yukarıda belirtilen tablo tersine dönmeye başlamıştır. Bu gelişmeler neticesinde meslek sosyologları hekimlik mesleğinin güç ve otonomisindeki değişimlere odaklanmaya başlamışlardır (bk. Haug, 1988; McKinlay ve Stoeckle, 1989; McKinlay ve Marceau, 2002; Adler ve Kwon, 2008; Timmermans ve Oh, 2010; Hupe, 2012). Özellikle bu dönemde meydana gelen küresel düzeydeki makro gelişmeler hekimlik mesleğini derinden etkilemiştir. Bu gelişmelerin en önemlileri; tüketici odaklı olma anlayışının gelişmesi, piyasalaşma ve özelleştirme, enformasyon devrimi ve internet kullanımının yaygınlaşması, bürokratikleşme ve rasyonelleşme, meslek içi rekabet ve hekim sayısındaki arz fazlalığı, meslek örgütlerinin güç kaybetmesi ve sağlık alanındaki yeni uğraşların ortaya çıkmasıdır. Makro düzeyde meydana gelen bu gelişmeler aşağıda özetlenecektir:

2.1. Hekimlik Mesleğini Etkileyen Gelişmeler

Küresel çapta refah devleti politikalarının yerini neoliberal politikaların almasıyla birlikte piyasa söylemi sağlık alanına hâkim olmuş (Adler ve Kwon, 2008: 148) ve böylece 20. yüzyılın sonlarında ve 21. yüzyılın başlarında hekimlik mesleği mesleki egemenliğini ve gücünü kaybederek zayıflama sürecine girmiştir. Bu durumu etkileyen gelişmeler aşağıda açıklanmaktadır.

2.1.1. Enformasyon Devrimi

Günümüzde internet kullanımının yaygınlaşması, bir yandan hastaların sağlıkla ilgili değerli bilgiye ulaşmalarını kolaylaştırarak onları güçlendirirken (empowerment), diğer yandan hekimlerin otoritelerinin giderek azalarak sarsılması gibi bir takım beklenmedik sonuçları da olmaktadır. Foucault'nun çalışmalarında sık dile getirdiği bir konu tıp bilgisi ve iktidar ilişkisidir. Foucault 18. Yüzyıl Fransa'sını incelediği çalışmasında iktidarı kullananları, devlet, hekimler ve aile olarak olarak tanımlamaktadır. Tüm bunlar kolektif ve ayrı ayrı bir şekilde kendi çıkarları doğrultusunda bedenleri politik açıdan kontrol altında tutmak istemelerinin yanında, toplum içinde bireyler üzerinde bir kontrol mekanizması oluşturulması amacı taşırlar. Foucault bilgi ve iktidarı eş anlamlı kavramlar olarak görmektedir. Bilgi her zaman iktidarın bir uygulaması olmuş, iktidarda her zaman bilginin bir işlevi olmuştur. Tarih boyunca tıbbın gelişimiyle tıp alanının statüsü ve iktidar gücü, bu hizmeti alanlar üzerinde sürekli artmıştır (Peerson, 1995: 110). Foucault'a (2003) göre tıp, bedenleri, nüfusu, biyolojik süreçleri kapsayan, düzenlemeci faktörlere sahip bir bilgi iktidarındır. Bu doğrultuda hekimlik mesleği özellikle 20. yüzyılda “bilgi iktidardır” mottosunu en iyi şekilde kendi lehine kullanan mesleklerden biri olmuştur. İnternet öncesinde toplumun sağlık ve tıp ile olan bilgisinin tamamı neredeyse sadece hekimlerle yüzyüze iletişim sonucu elde ediliyor ve diğer kaynaklardan elde edilen enformasyona şüpheyle bakılarak bilimsel açıdan meşru görülüyordu. Fakat internetin enformasyona erişimi kolaylaştırmasıyla birlikte toplumun sağlığa ve tıp bilgisine erişimi giderek daha fazla artmış; hekim-hasta ilişkisinin yapı ve içeriğinde radikal değişiklikler gözlenmeye başlanmış, hekimlik mesleğinin sahip olmuş olduğu iktidar gücünde önemli derecede kayıplar meydana gelmiştir (McKinlay ve Marceau, 2002: 398-409).

Amante vd. (2015: 106)'ye göre günümüzde ABD'de internet kullanan yetişkinlerin %80'i sağlıkla ilgili konularda internet üzerinden bilgi almaya çalışmaktadır. İnterneti sağlık bilgisine ulaşmak için en sık kullanan grup; eğitim seviyesi ve geliri yüksek olan, evli ve genç kadınlardır. Fakat internet üzerindeki çoğu bilginin doğruluğu ve güvenilirliği şüphelidir. Bu nedenle ABD ve İngiltere'de hastaların doğru ve güvenilir sağlık bilgisine erişmesi amacıyla ücretli internet siteleri giderek yaygınlaşmaktadır (Boots vd., 2014: 331). Hastaların kolay bir biçimde sağlık bilgisine eriştikleri bir diğer kaynak da özellikle son 20 yılda sayıları giderek artan sağlıkla ilgili televizyon programlarıdır. ABD'de ve tüm dünyada son yıllarda oldukça popüler olan “Dr. Oz” programını ABD'de her gün yaklaşık 3,4 milyon kişi izlemektedir (Crouch vd., 2016: 73).

Türkiye’de de son yıllarda gazete ve dergilerde sağlık konularına daha fazla yer verilirken, sağlık programlarıyla ilgili televizyon programlarının giderek artması dikkat çekmektedir (Atabek vd., 2013: 13). Diğer yandan Türkiye’de internet kullanımının son yıllarda hızla yaygınlaştığı; hatta akıllı telefonlar üzerinden internet kullanımında OECD ülkeleri içerisinde 2. sıraya yükseldiği görülmektedir⁷. 2017 yılında yapılan bir araştırmada internet kullanan yetişkinler arasında sağlık bilgisine ulaşmak amaçlı kullananların oranı %69,6’ya ulaştığı bulunmuştur (TÜİK, 2017: 1).

Dolayısıyla günümüzde hastaların medya ve internet vasıtasıyla sağlık durumlarıyla ilgili uzmanlık bilgisine kolay bir şekilde erişmeleri, hekimlik mesleğinin geleneksel olarak sahip olduğu bilgi tekeli olma konumunu ciddi bir şekilde sarsmaya başlamıştır (Adler ve Kwon, 2008: 149). Bu sürecin sonu mesleğin otoritesinin aşınarak, deprofesyonelleşme sürecine girmesine kadar gidebilmektedir (Broom, 2005: 320-322).

2.1.2. Tüketici Odaklı Olma Anlayışının Gelişmesi ve Değişen Hekim - Hasta İlişkisi

1970’li yıllardan itibaren ortaya çıkmaya başlayan sağlık hizmetlerindeki tüketici odaklı olma anlayışı, tüketicileri güvensiz ürün ve hizmetlerden, yanlış bilgilendirmelerden ve tekel haline gelmiş uygulamalardan korumak ve onların yanında olmak şeklindeki ideallere dayanmaktaydı. Tüketici odaklı olma anlayışına göre vatandaşlar özellikle sağlık alanında artık birer tüketicidir (Hugman, 1994: 194). Bu anlayışa göre tüketicilere sağlık hizmetleri sunumu sırasında çeşitli seçenekler sunulmakta ve tüketicinin kendi çıkarına göre karar vermesi beklenmektedir. Tüketici odaklı olma anlayışında, hastaların konumu daha önceki dönemlerde savunmasız ve pasif durumundayken; artık güçlü ve aktif durumuna dönüşmüştür. Devletlerin popülist bir şekilde sağlık hizmetleri tüketicileri olan hastaların haklarını güçlendirerek ve onların arkalarında durarak kullandığı bu anlayış, hizmet satın alan konumunda olan hastanın haklarına ve hizmet veren konumunda olan hekimin haklarından ziyade onlara yaptırımlara odaklandığı için hekimlerin otoriteleri sarsılmıştır. Bir tüketim ilişkisinde zaten satıcının yüksek derecede bir otoritesi bulunmaz, bu ilişkide bütün güç satın alma davranışına karar verecek olan alıcıdadır (Drache ve Sullivan, 1999: 54-56).

Hekimlerin otoritelerinin sarsılması sonucunda, daha önce paternalist bir özellik gösteren hekim-hasta ilişkisi, artık müşteri-sağlayıcı ilişkisine dönüşmeye başlamıştır (Reeder, 1972: 406). Özellikle 1980’li yıllarla birlikte yükseliş trendine giren müşteri odaklı

⁷<http://www.haberturk.com/ekonomi/is-yasam/haber/1118013-turkiye-akilli-telefonda-internet-kullaniminda-dunya-ikincisi>, 2015 (erişim tarihi: 02.03.2017).

olma anlayışı, hastalara tıpkı çarşıda alışveriş yapar gibi (shop around) alacakları sağlık hizmetlerini, fiyatları ve tedavi görecekları hekimleri seçme hakkı vermiştir (Gray, 1997: 34-36). Tüketici odaklı olma anlayışı sonucunda bireysel hakların standartlarının yükselmesi ve alınan hizmetlerden beklentilerin yükselmesiyle birlikte toplumun hekimlerle ilişkileri de değişmektedir. Yakın bir zamana kadar hekimler, kişinin ailesinden sonra gördüğü uzman, güvenilir bilgi kaynakları olarak görülmekteydi. Hekim - hasta ilişkisi saygı, güven, hürmet ve itaata dayanmaktaydı. Günümüzde ise bu ilişki hastalar tarafından sorgulanır bir hal almıştır. Hekimler toplum tarafından eskiye nazaran farklı ve daha fazla bilgi ve tedavi süreçlerine katılım talepleriyle karşı karşıyadırlar (Neuberger, 2000: 6-10). Artık hastaların eğitim düzeyi daha yüksektir bu nedenle hastalar tıbbi durumlarıyla ilgili daha aktif bir rol olarak, hekimlerinden daha fazla enformasyon talep etmekte ve kendi sağlık durumlarıyla ilgili daha fazla araştırma yapmaktadırlar (Adler ve Kwon, 2008: 146). Tüm bu gelişmelerin sonucunda hastaların hekimlere karşı duymuş oldukları güvende, şiddetli bir şekilde azalma görülmeye başlanmıştır (Timmermans ve Oh, 2010: 97). Hekime güvendeki bu azalmanın neticesinde hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba olan ilgisi artmış ve hekimlere karşı açılan malpraktis⁸ davalarında artış olmuştur (Tousijn, 2002: 734). Bu gelişmeler hekimlerin hastaları üzerindeki otoritesine meydan okumaktadır (Domagalski, 2008: 119).

Özellikle neoliberal sonucunda makro düzeyde meydana gelen sosyal, ekonomik ve politik değişimlerle birlikte piyasalaşma, tüketici odaklı olma, enformasyon devrimi ve hekimlik mesleğinin sosyal pozisyon ve statüsünde meydana gelen erozyonlar mikro düzeyde hekim – hasta ilişkilerini etkilemektedir. Örneğin hekim kelimesi artık “sağlayıcı” (provider), hasta ise “müşteri” haline gelmiştir. Tablo 2.1’de 20. yüzyılın ortalarından günümüze değişen hekim – hasta ilişkilerindeki içeriklerin özellikleri gösterilmektedir (McKinlay ve Marceau, 2002: 403; Potter ve McKinlay, 2005: 465).

Ana değişim, hekim – hasta ilişkisinin sağlayıcı – müşteri olarak değişimidir. Bu kapsamda geçmiş dönemde samimi bir ilişkiye dayanan hekim – hasta ilişkisi, günümüzde bir çok tarafın (hasta, hekim, sigorta kurumu, devlet) dâhil olduğu kalabalık bir ilişkiye dönüşmüştür. Bu ilişkide otorite sahibi hekim iken, günümüzde sağlık ödemelerini gerçekleştiren sigorta kurumları, otorite sahibi konumuna gelmiştir. Hastası için serbest muayenehanesinde çalışan hekim, günümüzde işvereni için bürokratik örgütlerde ücretli

⁸ Bu çalışmada tıbbi malpraktis yerine malpraktis terimi kullanılmaktadır. Malpraktis hekimin tedavi sırasında standart uygulamaları yapmaması, beceriksizliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmaktadır (Dünya Tabipler Birliği, 2017a).

olarak çalışan bir konuma gelmiştir. Tedavi ve bakım süresi hasta başına ortalama 15 – 20 dakika civarındayken, günümüzde kurumsal baskılar ve rekabetin artmasıyla birlikte bu süre oldukça azalmıştır. Hekim geçmişte güven duyulan konumundan, günümüzde güven duyulmayan bir konuma gelmiştir. Hekim geçmiş dönemde hasta için gerekli olan tedaviyi uygularken, günümüzde örgütsel politikaların izin verdiği ölçüde tedavi uygulayabilir konumdadır. Geçmişte hasta mahremiyeti kesinlikle ihlal edilmezken, günümüzde tıbbi kayıtlar bilgisayar üzerinde tutulduğundan, bu kayıtlara erişimi olan birçok taraf tarafından hasta mahremiyeti tehdit altındadır (Potter ve McKinlay, 2005: 465).



Tablo 2.1 20. Yüzyılın Ortalarından 21. Yüzyıla Değişen Hekim – Hasta İlişkilerindeki Farklılıklar

	20. yüzyılın ortası	21. yüzyıl
Terminoloji	Hekim - hasta ilişkisi	Sağlayıcı - müşteri ilişkisi
İlişkinin özellikleri	Hekim ve hasta arasındaki samimi ilişkiye dayanır	İlişki kalabalıktır (hasta, hekim, sigorta kurumu, devlet)
Otorite	Hasta üzerinde hekim otorite sahibidir	Hasta üzerinde otorite sahibi olan taraf sigorta kurumudur.
Hekimin çalışma durumu	Serbest hekim hasta için çalışır (muayenehanecilik)	Ücretli bir çalışan olan hekim işvereni için çalışır (Örgüt çalışanı)
İlişkinin süresi	Tedavi ve bakımsüresi boyunca devamlılık ilişkisi vardır (Çoğunlukla uzun yıllar)	Tedavi ve bakım sürecinde devamlılık yoktur
Muayene süresi	15 - 20 dakika	6 - 8 dakika
Güç	Güç ve kontrol hekimdedir (hastanın az bir seçeneği vardır)	Güç ve kontrol daha çok müşteridedir (çarşıda gezinir gibi başka hekimlere gidebilir)
Güven	Hekimlere güven duyulur (Credat emptor)	Sağlayıcıya güven duyulmaz (Caveat emptor)
Tedavi seçenekleri	Hasta için gerekli olan tedaviyi hekim uygular	Sağlayıcı örgütsel politikaların izin verdiği ölçüde tedavi uygular
Hasta mahremiyeti	Hiçbir şekilde ihlal edilemez	Bilgisayarlı tıbbi kayıtlar ve içeriğe tabi olan bir çok taraf tarafından tehdit altındadır

Kaynak: McKinlay ve Marceu, 2002 ve Potter ve McKinlay, 2005: 465'ten uyarlanmıştır.

Hekim - hasta ilişkisinin değişimini açıklarken ele alınması gereken konu özellikle sağlık politikalarının dönüşümü ve tüketici odaklı olma söylemiyle birlikte ortaya çıkan “müşteri vatandaş” (citizen consumer) ve “uzman hasta” (expert consumer) kavramlarıdır (Kuhlmann, 2006: 4). Hilton (2009: 4-6), devletlerin popülist politikalara son dönemlerde

yönelmeleri sonucunda tüketicilerin birer vatandaş olarak görülmeye başlandığını; müşteri-vatandaş kavramının ortaya çıktığını belirtmektedir. Özellikle kamu sağlık hizmetlerinde tüketici-vatandaşların memnuniyetleri önemsenerek, kamu hizmetleri daha esnek hale getirilerek, onlara farklı tüketim seçenekleri sunulularak onlardan alınacak oylar güvence altına alınmaya çalışılmaktadır (Clarke vd., 2007: 41). Örneğin Haziran 2017’de İngiltere genel seçimleri üzerine yapılan kamuoyu araştırmalarında, ülkedeki seçmenlerin oy tercihi kararlarındaki en büyük etken olarak sağlık politikaları gösterilmektedir (bk. Wooding, 2017: 1).

Tüketici odaklı olma anlayışının gelişmesiyle birlikte, bir müşteri olarak görülen hastalara bir takım yasal haklar devlet tarafından verilmiştir. Bunun yanında eğitim durumu yükselen ve aldığı hizmetten beklentileri oldukça yüksek olan ve sürekli sorgulayan bir hasta profili ortaya çıkmıştır. Kuhlmann (2006: 155-158) bu hasta tipine “uzman hasta” olarak tanımlamaktadır. Uzman hastalar internet, medya, sosyal medya, sosyal ağ gruplarından elde ettikleri enformasyonlarla neredeyse kendi kendilerine teşhis koyan bir konuma gelmişlerdir. Özellikle hekim muayenelerinden önce uzman hastalar kendilerini çeşitli kaynaklardan elde ettikleri bilgilerle buna hazırlamaktadırlar. Hastaların tavır ve davranışlarındaki bu değişimler, hekim – hasta ilişkilerini de değiştirmekte, eskiden bu ilişkide güçlü ve otoriter olan taraf olan hekimin konumu aşınmakta, hekimle hastanın önceden asimetrik olan konumu yavaş yavaş birbirine yaklaşmaktadır.

Hekim - hasta ilişkisinin değişmesindeki bir başka gelişme, hekimlere ve sağlık çalışanlara karşı şiddetin gün geçtikçe daha fazla artan evrensel bir mesele haline gelmesidir (Dünya Tabipler Birliği, 2015: 1; 2017b: 2). Sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet; sözlü ve fiziksel şiddeti kapsamaktadır (Boyle ve Wallis, 2016: 4). Örneğin ABD’de sağlık sektöründe çalışanların uğradığı şiddet olayları, diğer sektörlerle karşılaştırıldığında, diğerlerinin (inşaat, üretim, perakende vb.) toplamının 4 katını bulmaktadır (Amerika Meslek Güvenliği ve Sağlığı İdaresi, 2015: 1). Bu şiddet olaylarının sadece %15’inin resmi kayıtlara geçmesi dikkat çekicidir. Hekimlere karşı büyük çoğunluğu hastalar ve hasta yakınları tarafından yapılan şiddetin artmasının nedenleri olarak; toplumdaki şiddetin genel olarak artması (Gates, 2004: 649), hekimlerin saygınlığının azalması, sağlık sisteminin aksakları nedeniyle bozulan hekim – hasta ilişkisi (Yao vd., 2014: 143-144), hastanelerin aşırı kalabalık olması, hasta başına düşen hekim oranının düşük olması, hekimlere duyulan güvendedeki azalma (Supe, 2017: 1), sağlık hizmetlerinde nitelikten ziyade, niceliğe önem verilmesi, medyanın bu konuya olan duyarsızlığı (Smith, 2015: 649) gibi faktörler gösterilmektedir. Birçok ülkedeki tabip birlikleri bu olayların azalması ve önüne geçilmesi için çeşitli çözüm önerileri

getirmektedir. Fakat sağlıkta şiddet meselesi güncel olarak artış trendinde bir sorun olarak önemini korumaktadır.

Freidson (1994: 191) hekim – hasta (müşteri) ilişkisine farklı bir bakış açısıyla bakmaktadır. Ona göre günümüzde sağlık sistemleri tüketicilere (hastalara) tüketici tercihleri konusunda fazla alternatif seçenekler sunmak yerine, yapısal bir takım kısıtlamalar getirmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinde son tüketici olarak yer alan hasta aslında ihtiyaçları doğrultusunda özgür bireysel tercihler yapmak için zayıf bir pozisyonundadır. Esasen güçlü tüketici pozisyonunda olan taraf özel veya kamuya ait sigorta kurumlarıdır. Çünkü gerek kamu gerek özel sektörün hastane ve kurum yöneticileri esasen sigorta kurumlarıyla müzakere ederek sözleşme yaparlar. İşte bu sigorta kurumları aslında bireysel müşterilerin (hastaların) seçeceği alternatiflerin limitlerini ve çeşitliliğini belirleyerek, tedavileri plan çerçevesinde olmasını sağlar. Dolayısıyla günümüzde hekim – hasta ilişkisinin yanında, önemli bir başka ilişki, hekim – sigorta kurumu ilişkisidir.

Tüm gelişmelerden hareketle neoliberal politikalar, yeni kamu yönetimi anlayışı, tüketici odaklı olma, enformasyon devrimi ve bürokratikleşme sonucunda hekim – hasta ilişkisinin, hastanın lehine önemli bir biçimde değiştiği iddia edilebilir.

2.1.3. Piyasalaşma

Neoliberal politikalar öncesindeki dönemde sağlık politikaları özellikle gelişmekte olan ülkelerde ulusal düzeyde dışarıdan çok müdahale olmadan, genellikle Dünya Sağlık Örgütü'nün sağladığı bilgiler doğrultusunda gerçekleştirilmekteydi. Ancak 1980'li yıllardan itibaren neoliberal politikaların ve küreselleşmenin etkisiyle birlikte uluslar arası fonlama kuruluşları olan Dünya Bankası ve IMF küresel düzeyde sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli aktörler haline gelmişlerdir (Ruckert vd., 2015: 37). Bunun sonucunda sağlık sektöründe gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede piyasalaşma, ticarileşme bunlarla birlikte özelleştirme uygulamaları hızla yaygınlaşmaktadır. Sağlık sektöründe meydana gelen bu gelişmelerin gerekçeleri olarak verimliliğin artması, hastalara daha fazla seçenek ve tercih yapma hakkı sunulması gibi nedenler öne sürülmektedir (Collyer ve White, 2011: 238-240). Esas amacı kâr elde etmek olan özel işletmelerin sağlık sisteminde giderek daha fazla yer almasıyla birlikte, oluşan bu yeni piyasada amacı kâr elde etmek olmayan devlet kuruluşları ve kâr amacı olmayan kuruluşlar dahi piyasada artık özel işletmeler gibi hareket eder hale gelmişlerdir ve artık özel ve devlet kurumlarının davranışlarını ayırt etmek oldukça zorlaşmıştır (Relman, 2007: 2668).

Özellikle 1980’li yıllardan itibaren sağlık sektöründe özel hastanelerin ve özel işletmelerin sayısı hızlı bir şekilde artmıştır. Ayrıca kamu ve özel işletmeler arasındaki rekabeti teşvik eden bir durum söz konusudur. Bunun yanında sağlık sektöründe kamu ve özel işbirlikleri giderek daha fazla yapılmaya başlanmış ve sağlığın karma ekonomisi (mixed economy) oluşturulmuştur (Gabe, 2004: 209-211). Piyasalaşma ve tüketici odaklı olma söylemlerinin etkisiyle hekimlerin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri bir meta olarak görülmeye başlanmıştır (Freidson, 2001: 192). Neoliberal politikalar ve yeni kamu yönetimi anlayışı içinde sağlık sektöründe gerçekleşen piyasalaşma, ticarileşme ve özelleştirme faaliyetleri sonucunda hekimlik gibi köklü mesleklerin sahip olduğu güç giderek aşınmakta ve bu güç giderek daha fazla bir şekilde örgütlerdeki bürokratik yönetim fonksiyonlarının eline geçmektedir (Hujala vd., 2014: 591). Piyasalaşmanın yaygınlaşmasının hekimler üzerine etkisi ise piyasadaki rekabetçi baskılardan dolayı, meslektaşlar arasında ve farklı uzmanlık dalları arasındaki rekabetin şiddetlenmesi (Adler ve Kwon, 2008: 149), hekimlerin tam zamanlı işlerin yanında, geçici ve yarı-zamanlı olarak da çalışmaya başlamaları olmuştur (Freidson, 2001: 210). Piyasalaşmanın sonucunda ortaya çıkan şiddetli rekabetin bir başka önemli etkisi de özellikle tek veya ortaklık halinde kendi muayenehanelerini serbest olarak işleten hekimler yerine; ücretli çalışan olarak bürokratik örgütlerde çalışan hekimlerin oranının giderek artmasıdır. 1983 yılında serbest olarak çalışan hekim oranı %76’yken (McKinlay ve Marceu, 2002: 389), bu oran 2016 yılında %33’ün altına inme eğilimindedir (Accenture, 2015: 1-2). Hekimler serbest olarak çalışmayı terkedip, bürokratik örgütlerde ücretli çalışan konumuna geçtikçe mesleki otonomilerinde şiddetli şekilde bir azalma görülmektedir.

2.1.4. Bürokratikleşme ve Rasyonelleşme

Günümüzde hekimler neoliberal politikalar ve yeni kamu anlayışının etkili olmasıyla birlikte serbest olarak kendi muayenehanelerinde çalışmayı bırakıp, giderek artan bir oranda büyük bürokratik örgütlerde ücretli olarak çalışma eğilimindedirler (Muzio vd., 2008 : 4). Hekimlik mesleği açısından bürokratikleşmenin amacı, rasyonel-yasal otoriteyi kullanarak profesyoneller ve yaptıkları işin içeriği hakkında söz sahibi olmaktır. Burada bahsedilen bürokrasi Weber’in tanımladığı rasyonel-yasal bürokrasidir (Freidson, 1994: 172-173). Bürokratikleşmenin giderek daha fazla artması sonucunda bürokratik örgütlerde çalışan hekimlerin artık kendi kendilerini meslek içinde kontrol etme ve yönetmelerinin yerini, meslek dışı aktörler tarafından yapılan kontrol ve yönetime bırakmıştır.

Bürokratikleşme profesyonellerin yaptıkları işleri yönetimin belirlediği kurallar ve rutinler açısından öngürülebilir eylemlere dönüştürmektedir (Farrel ve Morris, 2003: 133).

Özellikle bürokratik yönetim mekanizmaları hekimler üzerinde performans ölçümleri gibi sıkı bir kontrol ve denetim uygulamaktadır. Hekimlerin iş performanslarının ölçülmesi, niceliksel olarak girdiler, süreçler ve çıktıların sistematik bir biçimde hesaplanmasına, karşılaştırılmasına ve regüle edilmesine imkân vermektedir (Racko, 2017: 78). Bürokratik sistem hekimlerin yaptıkları işleri daha sıkı olarak kontrol etmek için onlara ulaşılabilir performans hedefleri doğrultusunda maddi ödül ve teşvik sistemleri oluşturmuştur (Harrison ve Smith, 2003).

Bürokratikleşme, rasyonelleşme ve standartlaşmadan ayrı olarak düşünülemez (Freidson, 1994: 207). Özellikle sağlık alanında yaygın olarak kullanılmaya başlanan etkinlik ve verimliliği arttırmayı amaçlayan kalite yönetimi uygulamaları, klinik uygulamalarda tıbbın farklı uzmanlık alanlarında standartlaşmayı amaçlayan klinik uygulama kılavuzların kullanılmaya başlanması (clinical practice guideline) (Leicht and Fennell, 2001: 14), niceliksel olarak ölçüm yapma (Domagalski, 2008: 125) bunlara iyi birer örnektir. Giderek artan bir şekilde bürokratik yapıda ücretli olarak çalışan hekimler için maddi ödül yapıları, iş performansına bağımlı hale gelmiştir. Kaliteyi, verimliliği ve verilen sağlık hizmetinin değerini arttırmayı amaçlayan performansa dayalı ödeme sistemi (pay for performans system) (Das vd., 2016: 321; Soucat vd., 2017: 74) konulan tanı türü ve sayısı, yapılan işlem sayısı, diğer uzmanlık alanlarına yönlendirmeler gibi niceliksel faktörlere bağlıdır (Bodenheimer ve Grumbach, 1995: 85; McKinlay ve Marceau, 2002: 389). Bu konuda son zamanlarda yapılan tartışmalar, gerek performansa dayalı ödeme sistemleri, gerek sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde nicelikten ziyade niteliğe önem verilmesi gerektiğinin altını çizmektedir (bk. Carrol, 2014; Bendix, 2015; Das vd., 2016; Soucat vd., 2017).

Adler ve Kwon (2008:147)'a göre son yıllarda hekimlik mesleğini hızlı bir şekilde şekillendiren ve standartlaştıran bir gelişme yazılı klinik uygulama kılavuzlarına gösterilen ilgidir. Klinik uygulama kılavuzlarıyla ilgili iki farklı görüş bulunmaktadır. Bu kılavuzların savunucuları, bu kılavuzlara uyum sayesinde hekimden hekime değişebilecek tetkik ve tedavi farklılığı riskinin azalacağını, maliyetlerin düşeceğini ve kalitenin artacağını iddia ederler. Bu durumu eleştirenler ise klinik uygulama kılavuzlarının hekimliğin klinik otonomisini azaltacağını söyler ve bu durumu “mekanikleşmiş tıp” olarak nitelerler. McKinlay ve Marceau (2008: 1484-1485) ise rasyonelleşme ve standartlaşmanın bir sonucu olarak adeta bir altın standart olarak görülen klinik uygulama kılavuzlarının özellikle bürokratik örgütlerde performans sistemi altında çalışan hekimlerin performansının değerlendirilmesi için bir gösterge olduğunu ancak, bu kılavuz uygulamasının hekimlerin otonomilerini şiddetli bir şekilde azalttığını belirtmişlerdir.

Sağlık alanında 1990'lı yılların ortalarından itibaren meydana gelen önemli bir gelişmede kalite yönetimi söyleminin ön plana çıkmasıdır. Kalite yönetimi günümüzde, kamu hizmet sektörünün yenilenmesi ve sağlık alanının yönetilmesi konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Kalitenin iyileştirilmesi için uygulanabilecek olan klasik yöntemlerden olan hizmetlerin, sağlayıcıların, yeni teknolojilerin ve uzman hekimlerin sayılarının artırılması gibi yöntemlerle bir noktaya kadar iyileştirme yapılabilir. Sağlıkta kalite yönetiminde işin ve örgütün rasyonelleştirilmesi stratejileri ve kaliteyi ölçen performans göstergelerinin giderek daha fazla standartlaşması önem kazanmaktadır (Kuhlmann, 2006: 42). Özellikle kalite söyleminde öne çıkan müşteri kavramı hastaların birer müşteri olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerini kullanan müşteriler üzerinde yapılan müşteri (hasta) memnuniyeti ölçümlerinin sonuçlarına göre genellikle memnuniyet yüksek çıkmaktadır. Yüksek hasta memnuniyeti ile hastaya hizmet veren meslek sahiplerinin memnuniyetleri arasında ise genellikle bir korelasyona rastlanmamaktadır (Leiter vd., 1998: 1611; Richards vd., 2000: 185).

McKinlay ve Marceu (2002: 388-389) 20. yüzyılın sonlarına doğru bürokratikleşmenin ve rasyonelleşmenin giderek artması sonucunda sağlık sistemlerinde Taylorizm ve bürokratikleşmiş hekimlik kavramından bahsetmenin mümkün olduğunu iddia etmektedir. Bürokratikleşmiş hekimlikten bahsederken Ritzer'in McDonalddlaşma tezine değinmek yararlı olacaktır. Ritzer (2016: 236) bir fast food restoranının taşıdığı özellikler olan verimlilik, öngörülebilirlik, hesaplanabilirlik ve denetim özelliklerinin tüm topluma uyarlanması olan McDonalddlaşması tezini, tıp alanında da etkili olduğunu iddia etmektedir. Ritzer'e (2016: 192) göre tıp alanında çalışan bürokratikleşmiş hekimler tıpkı fabrikalarda tıp fakültesi diplomasıyla çalışan ve adeta montaj hattında hekimlik yapması beklenen çalışanlara dönmüşlerdir. Artık muayeneler, ameliyatlara ve tedaviler montaj hattı keskinliğiyle hızlandırılmıştır. Sağlık hizmetleri sağlama süreçleri verimlilik söylemiyle birlikte oldukça hızlandırılmış ve hasta başına hekimlere 6-8 dakika aralığında bir süre verilmiştir. Bürokratikleşmeyle birlikte artan rasyonelleşme sonucunda hekimler giderek daha fazla bir şekilde dış aktörler (müşteri-hasta, yöneticiler, sigorta kurumları, devlet) tarafından kontrol edilmekte (Freidson, 1994: 133) ve hekimlerin sahip olduğu otonomi hızla aşınmaktadır (Lupton, 1997: 481; Muzio vd., 2008: 7-8; Racko, 2017: 78).

McKinlay ve Arches' in (1985: 161) iddiasına göre bürokratikleşme ve piyasalaşma söylemlerinin egemen konuma gelmelerinin hekimlik mesleği üzerine etkisi hekimlerin proleterleşme sürecine girmeleri olmuştur. Proleterleşme tezine göre hekimler artık bürokratik örgütlerde ücret karşılığında çalışan, yaptıkları iş üzerindeki kontrol, yetki ve otonomiye

tamamen kaybetmiş, düz bir çalışana dönüşmüşlerdir (Freidson, 1984: 132; Gorman ve Sandefur, 2011: 281). Kısaca bürokratikleşmenin ve piyasalaşmanın yaygınlaşması sonucunda güçlenen taraf yönetim ve yönetici, güç kaybeden taraf ise meslek ve profesyonel olmuştur (bk. Farrel ve Morris, 2003: 137).

2.1.5. Hekim Sayısındaki Arz Fazlalığı ve Meslek İçi Rekabetin Artması

Mesleği önemli ölçüde etkileyen bir başka gelişme ise hekimlerin emek piyasasında zayıf konuma düşmelerine yol açan hekimlerin sayısındaki arz fazlasıdır (McKinlay ve Marceau, 2002: 405). Tıp fakültelerinin sayısı ve kontenjanları arttıkça bunun sonucunda hekimlerin sayıları hızlıca artmakta ve hekimler arasındaki meslek içi rekabet daha sert bir görünüm almaktadır (Adler ve Kwon, 2008: 148).

Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren batı ülkelerinde hekim arzındaki artış güncel bir meseledir. Hekim sayısındaki arz fazlalığının (surplus in supply) sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Bunlardan biri hekimlerin mezuniyetten veya uzmanlık eğitimlerini tamamlamalarının ardından işsizlikle karşı karşıya kalmalarıdır (Tousijn, 2002: 735; British Medical Association, 2017: 1). Özellikle iş bulmakta zorlanan genç uzman hekimlerin bir kısmı daha kolay bir şekilde iş bulabilecekleri farklı uzmanlık alanlarında eğitimlerine devam etme eğilimindedirler (Frechette, 2013: 2). Hekim sayısındaki arz fazlalığının bir başka sonucu ise hekimlerin tam zamanlı olarak mesleklerini icra edememeleri (underemployment) (McKinlay ve Marceau, 2008: 1484; Rimmer, 2014: 1), yarı zamanlı veya başka bir hekimin yerine vekil pozisyonlarda çalışmaları (Frechette, 2013: 24) durumunun giderek daha fazla yaygınlaşmasıdır.

Neoliberal politikalar, bürokratikleşme, tüketici odaklı olma anlayışı ve hekim sayısının ihtiyaçtan fazla artmasıyla birlikte hekimlerin eskiye nazaran büyük oranda bürokratik örgütlerde ücretli olarak çalışmaları ve sağlık politikalarının hastalara tedavi olacağı hekimi seçebilme hakkını vermesi (Farrel ve Morris, 2003: 134) sonucunda hekimler arasında olan mesleki rekabet eskiye nazaran artık daha yoğun olarak yaşanmakta ve hekimlerin mesleğinin statüsü ve maddi avantajları giderek azalmaktadır. Hekimlerin elde etmiş oldukları gelir geçmişe nazaran daha kırılgan bir hale gelerek eski cazibesini kaybetmektedir (Lupton, 1997: 481; Tousijn, 2002: 735; Adler ve Kwon, 2008: 150).

2.1.6. Meslek Örgütlerinin Güç Kaybetmesi

Hekimlik mesleği için altın çağ olarak adlandırılan 1945 ile 1980’li yıllar arasındaki dönemde AMA (Amerikan Tabipler Birliği)’nin yükselişe geçerek güçlü bir meslek örgütü olduğu bir dönemdir. Bu dönemde tıbbın uygulanmasındaki teknik, politik ve sosyal değişimlerin etkisiyle AMA hekimlik mesleği için etkin bir sözcü, lobi grubu ve tıp eğitimi üzerinde güçlü bir regülatif aktör olarak göze çarpmaktadır (Leicht ve Fennel, 2001: 133-134). Özellikle neo-liberal politikalar, piyasalaşma, müşteri odaklı olma ideolojilerinin etkisiyle 1980’li yılların sonlarından itibaren AMA politik olarak güç kaybetmeye başlamıştır (Freidson, 2001: 187).

ABD’de son yıllarda hekimlik mesleğinde görülen başka bir gelişme, mesleğin çok sayıda farklı alt uzmanlık alanına ayrılmasıdır. 1960 yıllardan günümüze kadar uzmanlık alanları sayısı 3’e katlanmıştır. Bu yeni uzmanlık alanlarıyla ilgili birçok yeni meslek örgütü kurulmuş ve hekimlerin çatı örgütü olan AMA’dan çok sayıda hekim ayrılmıştır (Adler ve Kwon, 2008: 149). Bu nedenle mesleği genel anlamda temsil eden bir örgüt olan AMA’nın alandaki önemi, rolü ve gücü giderek azalmaktadır. 1970’li yıllarda hekimlerin %70’ini temsil eden AMA (Woodward, 2006: 1) 1990’lı yıllarda toplam hekimlerin sadece %40’ından daha azını temsil eder hale gelmiştir. Bu gelişmelerle birlikte hekimler mesleki meşruiyetlerini ve meselerini daha iyi savunmak için kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili örgütlere üye olmuşlardır (Leicht ve Fennell, 2001: 134).

2.1.7. Yeni Mesleklerin Etkileri

Hekimlik mesleği neredeyse 20. yüzyılın tamamında sağlık ve tıp alanına hâkim egemen bir konumda olmuştur fakat özellikle son yıllarda bu alana yeni grup mesleklerin girmesiyle beraber hekimlik mesleğinin bu alandaki rolü sarsılarak tehdit altına girmeye başlamıştır. Özellikle geleneksel disiplinlerden gelen uygulamacı hemşirelerin, hekim asistanlarının, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamacıları olan akupunkturistler, kiropraktörler, bitki tedavcileri, naturopatistler ve uzmanlık disiplinlerinden optometristler, podiyatristler, sertifikalı hemşire anesteziistler, hekimlik mesleğiyle bazı durumlarda rekabet etmekte ve mesleği olumsuz bir şekilde etkilemektedirler (McKinlay ve Marceau, 2002: 392).

Özellikle müşteri odaklı olma anlayışının yaygınlaşması ve hastaların hekimlere karşı duymuş oldukları güvende azalma sonucunda toplumun tamamlayıcı ve alternatif tıp⁹

⁹ Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları, modern tıp haricindeki sağlık uygulamaları ve ürünleridir (Timmermans ve Oh, 2010: 98).

uygulamalarına olan ilgisinde bir artış söz konusu olmuştur (Timmermans ve Oh, 2010: 98). Toplumun bu tip uygulamalara ilgisinin artması sonucu ABD’de bu uygulamaların 2012 yılında yetişkinler arasında kullanım oranı %38’i bulmuştur (Nahin vd., 2016: 1). Özellikle hekimliğin altın çağının yaşandığı dönemde tıp dergileri ve yayınlar alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tehlikelerine vurgu yapıyordu. Fakat toplumun bu uygulamaları ilgisinin azalmadığını gören hekimler 1970 ve 1980’li yıllarda akapunktur tedavisini sadece sertifikalı hekimlerin verebileceği bir düzenlemeyle kontrol altına alarak rekabetin önüne geçmiş oldular. Sonuç olarak alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları başlangıçta meslek için bir tehdit oluşturur pozisyonundayken, hekimlik mesleği mesleki otoritesini devam ettirmek amacıyla bu uygulamaların bir kısmını kendi kontrol eder hale gelmiştir (Timmermans ve Oh, 2010: 97-98).

2.2. Hekimlik Mesleğini Etkileyen Gelişmelerin Temel Sonuçları

Yukarıda bahsedilen ve birbirleriyle bağlantılı olan makro gelişmelerin hekimlik mesleğine iki önemli etkisi vardır. Bunlar, otonominin azalması ve mesleğin deprofesyonelleşme (profesyonellik kaybı) sürecine girmesi olmuştur:

2.2.1. Hekimlik Mesleğinin Otonomisinin Azalması

Bir mesleğin en önemli ve vazgeçilmez özelliklerinden olan otonomi, neoliberal politikalar, yeni kamu yönetimi anlayışı, piyasalaşma ve rekabetin artması, tüketici odaklı olma, bürokratikleşme gibi makro gelişmelerden olumsuz etkilenerek azalmaya başlamıştır (Carvalho ve Santiago, 2015a: 31). Bu duruma en somut örnek hekimlik mesleğinin geleneksel olarak sahip olduğu otonomisindeki azalmadır (Adler ve Kwon, 2013: 931).

Hekimlik mesleği geleneksel olarak yüksek otonomiye sahip bir meslektir (Forsberg, 2001: 298; Kalble, 2005: 5). Hekimlik mesleğinin otonomisini açıklarken, ekonomik, politik ve klinik otonomiden bahsetmek gerekmektedir. Ekonomik otonomi, hekimlerin elde edecekleri gelirden söz sahibi olma hakkıdır. Politik otonomi, hekimlerin sağlık alanındaki uzman kişiler olarak politik kararlara katılım hakları olmasıdır. Klinik otonomi ise hekimlerin klinik görev içeriklerinin, önceliklerinin, standartlarının belirlenmesi ve klinik performansın kontrolü üzerindeki yetki ve haklarıdır (Britten, 2001: 478). Davies ve Harrison’a (2002: 647) klinik otonomi şu konuları kapsamaktadır:

- **Tanı ve tedavi süreçleri ve içerikleri üzerindeki kontrol:** Örneğin hangi testlerin, muayenelerin uygun olduğu, hangi ilaç ve prosedürlerin kullanılacağı, kime ve nereye sevk edileceği ve takibinin nasıl yapılacağıyla ilgili konuları kapsar.

- **Hasta bakımının değerlendirilmesi üzerindeki kontrol:** Hastanın bakımının uygun olup olmadığını değerlendirme yetkisidir.
- **Tıbbi görevlerin tabiatı ve hacmi üzerindeki kontrol:** Hekimlerin yapacakları işler üzerindeki, işyüklerini, önceliklerini, çalışma hızlarını, destekleme faaliyetlerini belirleme haklarıdır. Ayrıca hekimlerin nerede çalışacaklarına ve çalışma saatlerini belirlemeleri üzerindeki kontrol yetkisini kapsar.
- **Sözleşme bağımsızlığı:** Hekimlerin aynı zamanda tanı ve tedavi hizmetleri, eğitim-öğretim, araştırma, ticari danışmanlık veya serbest muayenehanede çalışma haklarının olmasıdır.

Özellikle klinik otonomi hekimlik mesleğinin mesleki güç, statü ve saygınlığını yakından ilgilendiren geleneksel olarak sahip olduğu bir özelliğidir. Ayrıca bu kavram proleterleşme ve deprofesyonelleşme süreçleriyle yakından ilişkilidir. Hekimlerin sahip oldukları klinik otonomilerindeki azalma, mesleğin geleneksel olarak sahip olduğu yaptığı işin içeriğini belirleme ve kontrol etme yetkisini; hekimlerin giderek artan oranlarda artık sade bir ücretli çalışan olarak örgütlerde çalışmaya başlamasıyla birlikte giderek azaltmaktadır. Bunun yanında artan bürokrasi ve yöneticilik söylemleriyle birlikte hekimlerin yapmış oldukları klinik işler üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan sağlık sistemleri reformlarının, politikalarının getirmiş olduğu aşırı bürokratikleşmiş ve rasyonelleşmiş uygulamalar, bunlarla ilişkili devletlerin finans ve genel tıp uygulamalarındaki kontrolü ve denetimi şiddetli bir şekilde artırması, maliyet sınırlamalarının öne çıkması ve hesap verebilirlik baskısının artması sonucunda hekimlerin klinik karar alma süreçlerini ve dolayısıyla otonomilerini oldukça kısıtlamaktadır (Harrison ve Dowswell, 2002: 208; Ham ve Alberti, 2002: 839; Lewis ve Marjoribanks, 2003: 57; Macdonald, 2015: 396). Tüm bunlar hekimi daha fazla hesap verebilir bir konuma getirerek hekimlerin alacakları kararları kısıtlamakta ve otonomilerinin azalmasına yol açmaktadır (Armstrong, 2002: 1771-1172; Davies ve Harrison, 2002: 646-648).

Özellikle yöneticilik anlayışı altında belirlenmiş olan hekimlerin performans göstergeleri (Exworthy vd., 2003: 1493), sağlık reformlarının vurguladığı verimlilik anlayışı neticesinde, aslında hekimleri daha sıkı kontrol etme aracı olarak ortaya çıkan performans dayalı ödeme sistemine geçilmesiyle birlikte, nitelikli sağlık hizmeti sunma anlayışı yerine finansal önceliklerin ve ekonomik kısıtlılıkların öne çıkması (Forsberg vd., 2001: 298) otonomiye olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaya hangi tedavinin verileceği, bu tedavi için hangi ilacın kullanılacağı, büyük orada hekimin işvereni veya hastanın sigorta kurumunun

neye izin verdiği ölçüsünde belirlenir düzeye gelerek, hekimlerin klinik otonomisi ciddi bir biçimde erozyona uğramıştır (McKinlay ve Marceau, 2002: 391). Geçmişte muayenenin süresi ve içeriği daha çok hekimin yetki sahasındayken, günümüzde bir muayene sırasında neler olacağına daha çok üçüncü şahıslar belirlemektedir. Gözetim altında olmak hekimler üzerindeki baskıyı artırmakta ve kendilerine olan güvende zedelemeye yol açarak otonomi azaltmaktadır (Campion, 2001: 224).

Hekimlerin klinik otonomilerinin azalmasında etkili olan bir başka gelişme, hesap verebilirlik söylemi içerisinde yer alan standartlaşmanın, performans göstergelerinin (Levay ve Waks, 2009: 511) ve klinik uygulama kılavuzlarının (clinical practical guidelines) kullanılmasının yaygınlaşmasıdır. Daha önceden örtük bir şekilde sadece uzun staj dönemleri boyunca öğrenilebilecek birçok uygulamayı formüle ve standardize eden klinik uygulama kılavuzları, sadece hekimlerin görevlerini standart bir biçime sokmakla kalmayarak, hekimlerle sağlık hizmetleri alanındaki diğer aktörlerin karşılıklı ilişkilerini de düzenler. Genellikle niteliğın artırılmasından çok maliyetlerin düşürölmesi ve hekimlerin, hekim dışı taraflara karşı hesap verilebilirliğinin artırılması amacıyla kullanılır. Klinik uygulama kılavuzları diğer yandan hekimlerin geleneksel otonomilerinin, bürokratik ve ticari kontrol altına girerek azalmasına da neden olmaktadır (Adler ve Kwon, 2013: 913-933).

Hekimlerin ekonomik otonomilerinin azalması, hekimlerin giderek daha büyük oranlarda, serbest olarak muayenehanelerde çalışmak yerine; bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan olarak istihdam edilmeleri neticesinde olmuştur (bk. Calnan ve Williams, 1995: 220; McKinlay ve Marceau, 2002: 389; Accenture, 2015: 1-2; Saks, 2015b: 83). Bürokratik örgütlerde tam zamanlı olarak ücretli çalışan hekimler için otonomi kaybı kaçınılmazdır. Özellikle hekimler bürokratik hiyerarşı içerisinde çalışmaya başladıktan sonra örgütlerin finansal ve verimlilik hedeflerine erişmede birer kontrol ve gözetim mekanizması gibi çalışmaya başlamışlardır (Domagalski, 2008: 127).

Hekimlerin politik otonomilerinin azalması, meslek örgütlerinin özellikle neoliberal politikaların uygulanmasından önceki döneme göre güç yitirmesinden kaynaklandığı gibi (Freidson, 2001: 187; Adler ve Kwon, 2008: 149), piyasalaşma ve yeni kamu yönetimi söyleminin yaygınlaşmasıyla birlikte devletlerin kâr ve verimliliğe odaklanması sonucunda, hekimlik mesleğine eskisi kadar destek vermemelerinden kaynaklanmaktadır (McKinlay ve Marceau, 2002: 388). Hekimlerin politik ve ekonomik otonomilerinin azalmasının kısmen anlaşılır ve tolere edilebilir olmasına rağmen, özellikle mesleğin geleneksel olarak sahip olduğu klinik otonominin azalması ve kaybedilmeye başlamasının sorunlu bir durum olduğu belirtilmektedir (Burdi ve Baker, 1999: 141-143). Hekimlerin nerede çalışacaklarına ve ne

kadar gelir elde edeceklerine artık kendileri değil, genellikle başkalarının karar vermesi kadar, klinik düzeyde tedaviyi nasıl yapacaklarını da başkalarının belirlemesi oldukça dikkat çekici bir durumdur (McKinlay ve Marceau, 2002: 390). Şüphesiz hekimler günlük iş pratiklerinde kendilerine söylenen her şeyi yapan bir konuma hiçbir zaman gelmeyecektir ama yaptıkları işler sürekli olarak ödeme mekanizmaları, sağlık hizmetlerinin fon sağlayıcıları ve diğer dış aktörler tarafından kısıtlanacak, belirlenecek ve yönetilecektir (Coburn ve Willis, 2000: 387-388).

Hekimlerin genel olarak mesleki otonomilerinin azalmasında etkili olan bir gelişme de, hekimlerin hem kamu hem de özel sektörde veya özel muayenehanelerinde aynı anda çalışmalarının (dual-practice) regülasyonlar yoluyla kısıtlanması (Garcia-Prado ve Gonzales, 2011: 267; Flood vd., 2015: 583) veya komple engellenmesidir (Hipgrave ve Hort, 2014: 710). Bu kısıtlamalar ve yasaklamalar genellikle devletin, kamu sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak (Dünya Sağlık Örgütü, 2000: 6), kamuda çalışan hekimlerin mesai saatlerine uyarak, işe gelmemelerinin veya mesaiden erken ayrılmalarının önüne geçmek (Socha ve Bech, 2011: 3), hem kamuda çalışan hem de kendi muayenehanesini işleten hekimlerin hastaları özel muayenehanesine yönlendirmesinin önüne geçmek (Garcia-Prado ve Gonzales, 2011: 282) amacıyla yapıldığı iddia edilmektedir. Devletler genellikle bu regülasyonları yaparken hekimleri tam zamanlı olarak kamuya çekmek amacıyla hekimlere yüksek maaş ve çeşitli teşvik edici primler vaad etmektedirler (Hipgrave ve Hort, 2014: 710). Bunun yanında bazı devletler yeni bir uygulamaya geçerek, kamuda çalışan tüm veya bir kısım hekimlere mesai saatlerinden sonra kendi özel hastalarına bakmaları için kamu tesislerini kullanmalarına izin vermektedir (Socha ve Bech, 2011: 5). Hem kamu hem de özelde çalışma hakkının kısıtlanması veya komple yasaklaması sonucu, hekimlerin mesleki otonomileri giderek zayıflamaktadır (Ferrinho vd., 2004: 14).

Özetle neoliberal politikalar, yeni kamu yönetimi anlayışıyla birlikte yaygınlaşan piyasalaşma ve tüketici odaklı olma, bürokratikleşme ve rasyonelleşmeyle birlikte hekimlerin genel olarak mesleki otonomileri; daha spesifik olarak ise klinik, ekonomik ve politik otonomileri giderek azalmaktadır.

2.2.2. Hekimlik Mesleğinde Profesyonellik Kaybı (Deprofesyonelleşme)

Freidson'un (1970) arketip meslek olarak gördüğü hekimlik mesleğinin egemen pozisyonunu devam ettirdiği iddiasına karşı çıkanlar, neoliberal politikaların ve yeni kamu yönetimi yaklaşımının etkileri sonucunda hekimlik mesleğinin geçmişte sahip olduğu bu egemen pozisyonu kaybettiğini profesyonellik kaybı (deprofesyonelleşme) tezi ile ileri

sürerler (bk. Haug, 1972; 1975; Domagalski, 2008; Saks, 2015b). Deprofesyonelleşme aslında yukarıdaki bölümlerde bahsedilen hekimlik mesleğiyle ilgili tüm makro gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkan bir kavramdır. Neo-Weberci bir kavram olan deprofesyonelleşme (Saks, 2015b: 123) mesleğin sahip olduğu imtiyazların zaman içinde aşınmasını açıklayan bir süreç (Leicht and Fennell, 2001: 8), ayrıca mesleğin gücünün, meslek kültürünün ve imajının (Ritzer ve Walczak, 1988: 6), saygınlığının, geleneksel elit statüsünün, bilgi tekelinin, otoritesinin, otonomisinin ve toplumun mesleğe karşı duyduğu güveninin aşınması ve/veya kaybedilmesidir (Haug, 1972: 197-205; Freidson, 1985: 13).

Deprofesyonelleşme olgusunun hekimlik mesleği açısından geçerliliğini en güçlü anlatan gelişme enformasyon alanındaki gelişmedir. Bilgisayar teknolojisinin sağlık alanında giderek daha fazla ve etkin kullanılmaya başlaması, bilgisayar ve teknolojiye dayalı tanı, teşhis ve tedavilerin ve karar alma süreçlerinin daha başarılı sonuçlar vermesi, hekimlere özgü meslek bilgisini, hekim olmayanlar tarafından anlaşılabilen daha açık, araştırılabilir ve kopyalanabilir bilgi haline getirmiştir (Haug, 1988: 51-53). Sağlık alanında yeni uğraşların ve mesleklerin ortaya çıkması, toplumun eğitim ve kültür seviyesinin giderek artması sonucunda hekimlerin hastalar üzerindeki otoritesi zayıflamış; sağlıkla ilgili bilgilere erişimin internet, televizyon, gazete ve dergiler vasıtasıyla çok kolaylaşarak yaygınlaşması, hekimlerin sahip oldukları mesleğe özgü olan bilgi tekelinde aşınma yaşanmasına neden olmuştur (Domagalski, 2008: 121-123; Adler ve Kwon, 2008: 147).

Diğer yandan toplumsal alandaki gelişmelerin hekimlik mesleğine yönelik algılamaları da etkilediği belirtilmektedir. Örneğin, toplumda gün geçtikçe zedelenmekte olan insani değerlerle birlikte, hekimlik mesleğinin özgeci davranma özelliğine ve mesleğin güvenirliliğine daha şüpheci bakıldığı vurgulanmaktadır. Tüketim odaklı anlayışın yaygınlaşması ve topluma karşı hesap verebilirlik taleplerinin artmasıyla beraber, hekimlere karşı duyulan güvende azalma yaşanmış; sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artmasından hekimler sorumlu tutulmuş, hekimlere karşı açılan malpraktis davalarında ve tüketicilerin (hastaların) hekimleri şikayet ettiği mekanizmaları kullanma sıklığında artış olmuştur (Luzio, 2006: 558-560). Sağlık sistemleri ve kurumlarının daha fazla rasyonelleşmesi, hekimlerin yaptıkları neredeyse her şey için hesap verir durumda bırakması; hastaların geçmişe göre daha eğitilmiş, talepkâr, bilinçli olmaları ve beklentilerinin artması gibi nedenler hekimlik mesleğinin otonomisini kısıtlamıştır (Campion, 2001: 224). Ayrıca formel rasyonel yapılar hekimler üzerinde gün geçtikçe daha fazla kontrol uygulamakta; bu da daha az güç anlamına gelmektedir (Ritzer ve Walczak, 1988: 6). Tüm bu gelişmeler, mesleki statüde aşınmaya ve hekimlik mesleğinde deprofesyonelleşme sürecinin varlığına işaret etmektedir (Haug, 1975:

203-206; Domagalski, 2008: 121; Saks, 2015b). Profesyonelleşmenin mantığı kısaca bir uğraşa statü kazandırmak iken, deprofesyonelleşme ise bir meslekte hizmeti sağlayan ile hizmeti alanlar arasındaki statüyü eşitleyen bir süreçtir (Haug, 1975: 209).

Ritzer ve Walczak (1988: 12) teknolojik ilerlemenin artan rasyonelleşmeye yol açmasıyla, hekimlerin sübjektif, niteliksel ve otonom kararlarının yerini; gelişmiş teknolojilerin sonucunda elde edilen objektif ve niceliksel kararlara bıraktığını belirtmiştir. Yazarlar, bu gelişmeleri hekimlik mesleğinin statüsüne karşı bir tehdit olarak görmektedir.

Deprofesyonelleşmeye yol açan bir başka sebep olarak mesleki etik kodlarına uymamak olduğu iddia edilmektedir (Castellani ve Wear, 2000: 492-494). Yazarlara göre birbirleriyle çatışan farklı söylemler buna yol açmaktadır. Bir yandan profesyonellik söylemiyle ve meslek etiğiyle uyumlu olarak hastalara teknik olarak yeterli ve gerekli bakım hizmeti sunmak ile diğer yandan piyasalaşmanın getirmiş olduğu baskılarla hekimlere vaad edilen finansal performans teşvikleriyle rasyonel hale gelmiş uygulamalar birbirleriyle çelişmektedir. Örneğin tedavisi henüz tam olarak tamamlanmamış olsa bile, sirkülasyonun devamlılığı amacıyla yatan hastaları vaktinden önce, kısa bir süre içinde taburcu etmeye çalışmak ve sigortası olmayanları geri çevirmek gibi rasyonelleşmiş uygulamalar meslek etiğiyle çelişmekte ve mesleğin sahip olduğu gücün azalmasına yol açmaktadır.

2.2.2.1. Hekimlik Mesleğindeki Profesyonellik Kaybıyla İlgili Farklı Ülke Örnekleri

Ware vd.'nin (2000: 6-8) ABD'de psikiyatristler üzerinde gözlem ve görüşme yöntemleriyle gerçekleştirdikleri nitel araştırmalarında, sağlık politikalarının (Managed Care¹⁰) getirdiği kısıtlılıklar, standartlar ve kurallarla özellikle ücretli olarak çalışan hekimlerin klinik rolünü giderek azalttığı belirlenmiştir. Örneğin psikiyatristlerin psikoterapi vermekten uzaklaştırılarak, bunun yerine daha kısıtlayıcı ve rutin tedaviler olan ilaç tedavisi gibi yöntemlerin kullanılmasının özendirildiği belirtilmektedir. Bu nedenle hekimler klinik karar süreçlerinde, tedavi planlarını dış aktörlere kontrol ettirmek ve verecekleri hizmetler için onay almak zorunda olduklarından ciddi şekilde otonomi ve kontrol kaybı yaşamaktadırlar. Sağlık politikalarının bir başka etkisi de artan rekabet nedeniyle meslektaşların arasının bozulması olarak belirtilmektedir. Ayrıca hekimler, program dışı kalmamak ve hasta sayılarını düşürmemek için "Managed Care" programına dahil olan

¹⁰ ABD'de sağlık hizmetleri alanında 1980'li yılların başından beri maliyetlerin düşürülmesi ve kalitenin artırılması için çeşitli uygulamaları kapsayan programdır (Cauchi, 2013: 1). Hekimin kararlarını, tanı ve tedavi şekillerini ve hastaların tercihlerini sıkı bir şekilde kontrol eder ve optimum şekilde sınırlandırmalar getirerek maliyetleri düşürmeyi amaçlar (Engelhardt, 2002 :93-94).

hastalara ulaşmak amacıyla bu programa dahil olmaktadır. Ancak, bu programın hasta başına önerdiği düşük ücretler nedeniyle gelirleri geçmişe göre azalmaktadır. Belirtilen tüm bu gelişmeler meslekte profesyonellik kaybına (deprofesyonelleşmeye) yol açmaktadır.

Günümüzde hekimlik mesleğinin sosyolojik açıdan incelenmesi konusunda en önemli araştırmacılardan biri olan Mike Saks “The Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia” başlıklı kitabında ABD, İngiltere ve Rusya’da ülkeler arasında karşılaştırmalar yaparak hekimlik mesleğini nitel yöntemlerden tarihsel vaka analizi ile incelemektedir. Saks (2015b: 119-128) her üç ülkede de hekimlik mesleğinin deprofesyonellik sürecinde olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca deprofesyonelleşmenin sadece kapitalist ülkelere mahsus olan bir durum değil, özellikle Rusya’da Sovyet döneminde sosyalizm düzeninde de yoğun bir şekilde görüldüğünü vurgulamaktadır. Sovyet dönemindeki Rusya’da hekimlik mesleğinin baskı altına alınarak, hekimlerin öz regülasyon yapma hakları olmadığını, güç, statü ve gelirlerinin oldukça düşük olduğunu belirtmektedir. Sovyetler Birliği’nin dağılmasından günümüze kadar olan süreçte ise hekimlik mesleğine ve meslekle ilgili örgütlere az ve yetersiz de olsa kısmi otonomi verildiği gözlenmektedir. Günümüzde yarı-kapitalist bir ülke olarak tanımlanan Rusya’da hekimlerin gelirleri, statüleri ve mesleğin gücünde bir artış gözlenmektedir. Yazar bu durumu, Rusya’da hekimliğin deprofesyonelleşmesinin yanında yeniden profesyonelleşme (reprofessionalization) sürecinde de olduğu şeklinde açıklamaktadır.

ABD’de hekimlik mesleğinin profesyonellik kaybı süreciyle ilgili farklı dinamikler söz konusudur. Neoliberal politikalarla birlikte artan piyasalaşma ve özelleştirme, bürokratikleşme, alternatif ve tamamlayıcı tıp alanındaki uzmanlıklar gibi sağlık sektöründeki diğer mesleklerden gelen yoğun rekabet baskısı, piyasada tüketicilerin güçlerinin her geçen gün artması, performans dayalı nicel göstergelerle meslek dışından dayatılan standartlarla çalışmanın yaygınlaşması, Medicaid, Medicare, Managed Care gibi sağlık politikalarının maliyet sınırlandırıcı fonksiyonlarının hekimlerin verdikleri hizmetleri sıkı bir biçimde denetlemesi ve kısıtlaması gibi gelişmelerin etkisiyle; hekimlerin bürokratik kurumlarda kurum yöneticilerine hesap vermek zorunda kalan ücretli bir çalışana dönüştüğü belirtilmektedir. Ülkede hekimlik mesleğinin statüsü, finansal geliri, gücü ve klinik otonomisi giderek azalmakta, bununla bağlantılı olarak profesyonellik kaybı (deprofesyonelleşme) süreci yaşandığına dikkat çekilmektedir (Saks, 2015b: 80-86).

ABD’de hekimlik mesleğinin deprofesyonelleşmesi üzerine etkili olan faktörler İngiltere’ye nispeten daha az yoğunlukta yaşanmaktadır. Bu durum yeni kamu yönetimi anlayışının hekimlik mesleği ve sağlık sistemi üzerinde etkin olmadığı anlamına

gelmemektedir. Klinik ve hastalarla ilgili niceliksel göstergeler ve performans sistemi yoğun olarak kullanılmaktadır. Meslek, ABD'deki kadar piyasa baskısı altında olmaması, Ulusal Sağlık Sistemi (NHS¹¹)'nde devlet korumacılığının güçlü bir şekilde devam etmesi ve özelleştirmenin daha düşük oranda olmasından, mesleğin gücü, statüsü ve otonomisi ABD'yle karşılaştırıldığında daha az aşınmaktadır. İngiltere'de hekimlik mesleğinin eğitim, uygulama ve uzmanlık alanlarıyla ilgili regülasyon yapma, kalitenin ve niteliğin korunmasıyla ilgili önemli rolü halen devam etmektedir. Özetle mesleğin geleneksel olarak sahip olduğu imtiyazlar, son dönemde devletin hastaları koruma yönünde yaptığı regülasyonlara rağmen kısmen de olsa devam etmektedir. Bu sebeplerden ötürü İngiltere'de ABD'ye göre deprofesyonelleşmenin daha az bir yoğunlukta yaşandığı iddia edilmektedir (Saks, 2015b: 49-55).

Lewis vd. (2003: 44-46) Avusturalya'daki pratisyenler hekimler üzerinde, nitel yöntemlerden odak grup görüşmesi yöntemini kullandıkları araştırmada, gün geçtikçe artan hesap verebilirlik taleplerinin artması nedeniyle hekimlerin bir malpraktis krizi içinde olduklarını, uygulama standartları ve nitelikleri konularındaki kararların artık giderek daha fazla oranda avukat ve hâkimler tarafından belirlendiğini iddia etmektedir. Ayrıca sağlık politikaları ve sağlık sigortaları uygulamalarının tanı ve tedavi yöntemlerini kısıtlamaları, finansal gelir kaygıları ve hastaların daha çok talepkâr olmaları nedeniyle çok sayıda hastaya bakmak durumunda olmaları sonucunda ekonomik ve klinik otonomilerinin aşıldığı, bunlara ilaveten hastaların artık daha bilgili ve eğitilmiş olmalarının hekimlerin bilgi tekeli olma özelliğini sarstığı ve tüm bu gelişmelerin kısmi olarak deprofesyonelleşmeye yol açtığını belirtmektedirler.

Aasland (2015: 1-5) Norveç'teki hekimler üzerine yaptığı derleme çalışmasında, sağlıkta piyasalaşmanın ve bürokratikleşmenin artması sonucunda hekimlerin giderek daha fazla oranda bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan haline geldiğini belirtmektedir. Sağlık alanındaki yeni mesleklerin ortaya çıkması, hekim sayısının 1970'li yıllardan itibaren giderek artarak piyasada arz fazlası oluşturması, modern tıpta hekimin eşsiz ve vazgeçilmez olmadığı anlayışının giderek yaygınlaşması, enformasyon devrimi sonucunda hekim - hasta ilişkilerinin

¹¹ NHS (National Health Service): 1948 yılından beri Birleşik Krallıkta yürürlükte olan ulusal sağlık sistemidir. Tüm vatandaşlara eşitlik içinde ve bir takım istisnalar dışında ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinin sunulduğu; verimlilik, etkinlik, güvenlik, hasta odaklılık ve maliyetlerin düşük olması konularında iddialı olan ve 1.5 milyon çalışanıyla dünyadaki en büyük 5. işgücü konumunda olan bir sağlık sistemidir. 2014 yılında yapılan dünyanın önde gelen 10 ülkesinin sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada, en iyi sağlık sistemi olarak gösterilmektedir (The NHS, 2016: 1).

radikal bir biçimde değişerek hastanın güçlü konuma gelmesi gibi gelişmelerle hekimlerin geleneksel otonomilerinde aşınma yaşandığı iddia edilmektedir.

Wilkesmann (2016: 103-110) Almanya’da yeni kamu yönetimi anlayışının hekimlik mesleğine olan etkilerini araştırdığı çalışmasında, nitel yöntemlerden yarı yapılandırılmış mülakat ve doküman analizi, nicel yöntemlerden ise anket yoluyla veri toplayarak karma bir yöntem kullanmıştır. Almanya’da piyasalaşmanın yoğun etkisiyle 2004 yılında yeni kamu yönetimi anlayışıyla uyumlu sağlık politikaları sonucunda DRG¹² sistemi uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamayla birlikte hastanelerde kâr odaklı sistem öne çıkmış, hastanedeki en statülü olan kişi artık şef hekim değil, hekim olmayan hastane yönetici olmuştur. Ayrıca verimlilik ve maliyet odaklı uygulamalar ağırlık kazanarak hekimlerin klinik otonomileri, artan dış kontrol ve performans talepleri nedenleriyle giderek aşınmaya başlamıştır. Özetle Almanya’da reformlara bağlı sağlık politikalarının uygulanmasından önce otonomisi ve saygınlığı yüksek olan hekimlerin; hastane yöneticilerinin uygulandığı dış kontrollerin artmasıyla birlikte hesap verebilirlik baskısına bağlı olarak sade bir ücretli çalışana dönüşüp şiddetli bir şekilde statü kaybı yaşadığı gözlenmektedir. Bulgular profesyonellik kaybı sürecinin kademeli olarak arttığına işaret etmektedir.

Alman sağlık sisteminin mevcut durumunda hekimlerin yeni teşvik ve performans sistemine uyumlu olarak ekonomik hesaplamalar içine girmesi zorlanmış ve hastanın bakımı ve sağlığı, kâr elde etme anlayışının gölgesinde kalmıştır. Örneğin yatılı hastaların tedavisi tamamlanmamış olsa bile hastane yöneticilerin sıkı gözetimi ve baskısı altında erkenden taburcu ettirilerek yatan hasta devir hızından kâr elde edilmesi bir norm haline gelmektedir. Bunun yanında kâr odaklı olma ve performans baskısı nedeniyle hekimler gereksiz tedavi ve ameliyatlara gerçekleştirmeye başlamışlardır. Hekimleri, mesleki etik ve değerlerden uzaklaştıran tüm bu uygulamalar deprofesyonelleşmenin giderek arttığını göstermektedir (Wilkesmann, 2016: 101-104).

Erdem ve Atalay (2017: 189-192) Türkiye’deki sağlıkta dönüşüm politikalarının asistan hekimlerin meslek algıları üzerine olan etkilerini inceledikleri çalışmalarında nitel

¹² DRG (Diagnosis Related Groups): Tanı ilişkili gruplandırma. Almanya’da 2004 yılından itibaren uygulanmada olan bu sistemde, hastalara konulan bireysel tanımlar, benzer prosedürlere göre gruplandırılarak paket tanı grupları oluşturulur. Bu sistem hastanelerin yönetilebilirliğinin artırılması için geri ödeme sistemlerinde kullanılmaktadır. Hastaneleri çeşitli kriterlere göre karşılaştırmak ve faturalarını sabitleştirmek için bir çok devlet tarafından kullanılmaktadır. DRG sistemi Almanya’da kamu ve vakıf hastaneleri dahil tüm hastanelerde uygulamaya konularak, tüm hastanelerin amacı kâr elde etmek olmuştur. 2003 ile 2013 yılları arasında kâr elde edemeyen yaklaşık 201 kamu hastanesi kapatılmıştır. Bu süreçten itibaren kamu hastanelerinin sayısı gittikçe azalırken, özel hastanelerin sayıları giderek artmıştır. Ayrıca önceki dönemde hekim olan hastane yöneticileri artık özel sektör orijinli işletme ve hukuk vb. kökenli kişilerden oluşmaktadır. (Wilkesmann, 2016: 91-95).

yöntemlerden odak grup görüşmesi ve doküman analizini kullanmışlardır. Bu çalışmaya göre; Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanan sağlıkta dönüşüm politikaları, ülkenin makro sağlık göstergelerinde birçok iyileşmeye işaret ederken, asistan hekimlerin iş yüklerini ciddi bir şekilde artırmış, asistanlık sırasında alınan eğitimin niteliğinin düşmesine sebep olmuş, asistan hekimleri ekonomik, sosyal durumlarını olumsuz etkilemiş ve hekimlere karşı şiddet olayları artmıştır. Bu faktörlerden ötürü asistan hekimlerin motivasyonu ve meslekle ilgili algılamaları olumsuz etkilenecek profesyonellik kaybı sürecinden bahsetmek mümkündür.

Yukarıdaki ülke örneklerinde görüldüğü üzere özellikle hekimlik mesleği gibi köklü mesleklerin karşı karşıya kaldıkları zorluklar, deprofesyonelleşme ve otonominin aşınması gibi konular evrensel düzeyde görülen ve popülerliğini koruyan konuların başında gelmektedir (Adams, 2015: 157). Özellikle ülkeler arasındaki sosyo politik farklılıklara rağmen, neoliberal politikaların evrensel düzeyde yaygınlaşmasının bir sonucu, ülkeler arasında bir yakınsama durumunun söz konusu olmasıdır. Bu da hekimlik mesleğinde özellikle son dönemlerde meydana gelen dönüşümleri evrensel meseleler haline getirmekte (Evetts vd., 2009: 140; Saks, 2015b, 131-132); deprofesyonelleşme olgusu da bu evrensel meselelerin başında gelmektedir.

1970’li yıllarda mesleki egemenlik kavramını ortaya atan Freidson, daha sonra 2001 yılında yayınladığı “Professionalism The Third Logic” kitabında 1980’li yıllardan itibaren hekimliğin ideal tip profesyonelliğinin düşüş trendine geçtiğini fakat bu haliyle bile diğer mesleklerle karşılaştırıldığında, yine de ideal tipe en yakın meslek olduğunu, hatta mesleğin prestijinde bir takım erozyonlar olsa dahi, yine de genel olarak toplumun gözünde halen en yüksek prestije sahip olan meslek olarak tanımlamaktadır (Freidson, 2001: 185). Freidson’un bu iddiaları günümüzde de halen geçerlidir. Hekimlik mesleğinin statü ve prestijindeki yukarıda bahsedilen tüm gelişmeler neticesinde meydana gelen azalmaya rağmen hekimlik mesleği halen çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede mesleki prestij açısından ilk sırada yer almaktadır (bk. McCarthy, 2016: 1; Mekouar, 2016: 1; Sunar vd., 2016: 136). Dolayısıyla hekimlik mesleğinin günümüzdeki statüsü, gücü, otoritesi ve otonomisi özellikle neoliberal politikaların yaygınlaşmaya başlamadığı ve hekimlik mesleği için altın çağ olarak kabul edildiği dönemle karşılaştırıldığında azalmıştır iddiası yapılabilir. Fakat bu gelişmeler diğer tüm meslekler için arketip olarak kabul edilen hekimlik mesleğinin saygınlık, güç ve otoritesinin günümüzde diğer mesleklerden daha zayıf olduğu anlamına gelmemektedir.

Diğer yandan yeni kamu yönetimi anlayışı, piyasalaşma, bürokratikleşme ve rasyonelleşmenin hekimlik mesleğine başka bir etkisi de, araştırmanın bir önceki bölümünde tanımlanan Evetts’in (2013: 788) mesleki ve örgütsel profesyonellik tipolojisi açısından

konumudur. Özellikle hekimlerin giderek artan bir şekilde bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan olarak yer almaları, hiyerarşi içerisinde sıkı bir denetim ve kontrole tabi tutulmaları, rasyonelleşmiş süreçler içerisinde iş ve performans baskısına tabi olmaları, meslekleriyle ilgili ve klinik kararlarının dış aktörler tarafından sorgulanarak, baskı altına alınması ve kısıtlanması, regülasyonların meslek tarafından değil, dışarıdan özellikle devlet tarafından yapılması gibi etkenler, hekimlik mesleğinin ideal tip mesleki profesyonellikten giderek uzaklaştığını ve ideal tip örgütsel profesyonelliğe doğru yakınlaştığını göstermektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE HEKİMLİK MESLEĞİNİN GÜNÜMÜZDEKİ DURUMU

3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türkiye Sağlık Sisteminde ve Hekimlik Mesleğindeki Temel Gelişmeler

1923 yılında cumhuriyetin kurulmasından sonra ilk sağlık planlama girişimi başlamıştır. Bu girişimin amacı sağlık hizmetlerinin tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yayılması ve hekimler, ebeler ile diğer yardımcı personelin eğitilmesi yönünde olmuştur. Atatürk dönemi olarak adlandırılan 1923-1938 yılları arasında konuyla ilgili 13 yasa, 6 tüzük ve yönetmelik yürürlüğe girmiştir (Bulut, 2015: 113-114). Bu dönemde kamusal sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de ulus devlet inşasında önemli bir işlev görmüştür. Hıfzısıhha Enstitüsü, hastaneler, sanatoryumlar, doğum ve bakım evleri, sağlık görevlilerini yetiştirecek eğitim kurumları gibi, yeni cumhuriyetin temel sağlık kurumları oluşturulmuştur. Başta hekim olmak üzere sağlık personeli yetiştirilmesine büyük önem verilmiştir (Ulutaş, 2011: 153). 09.06.1936 tarihli ve 3017 sayılı Sıhhi ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu’nda hekimler; köy hekimleri (gerekli olan köy ve köy gruplarında), hükümet tabipleri (il, ilçe ve tam teşekküllü nahiyelede) ve mütehasıslar (hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında) olarak devlet memuru statüsünde istihdam edilecekleri düzenlenmiştir (TTB -Türk Tabipleri Birliği-, 2008a: 116). Uzun yıllar Dr. Refik Saydam’ın sağlık bakanı olarak görev yaptığı olduğu bu dönemde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, yurda yayılmasında ve sağlık hizmetlerinin yapılanmasında büyük başarılar gösterilmiştir (Görmüş, 2013: 118). Devlet hekimlerin sayısının az olmasına rağmen coğrafi olarak eşitliğe erişmek için hekimlere zorunlu hizmet yükümlülüğü getirmiştir. Ayrıca tıp fakültelerine giden maddi durumu iyi olmayan öğrencileri devlet desteklemiş, ücretsiz yurt gibi avantajlar sağlamıştır. Bu gelişmeler 1923 yılında 554 olan hekim sayısını 1930’da 1182’ye 1940 yılında 2387’ye çıkarmıştır. 1937’ye kadar olan dönemde koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla bu alanda çalışan sağlık çalışanlarına diğer alanlarda çalışanlara göre daha fazla ödeme yapılmıştır (Tatar vd., 2011: 17).

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, vatandaşlara bütünsel sağlık hizmetleri sunması amaçlanan sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu), özel sektörde çalışan işçilere

ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 32). 1953 yılında 6023 sayılı yasa ile Türkiye’deki tüm hekimlerin tek çatı meslek örgütü olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) (Aktan, 2013), 1954 yılında ise devlet memurlarına sağlık sigortası hizmeti veren Emekli Sandığı kurulmuştur (Yılmaz, 2017: 54). Ayrıca 1954 yılında yürürlüğe girmiş olan “Yabancı Sermayeyi Teşvik Yasası” ile birlikte yabancı ilaç firmalarının önündeki engeller kaldırılmış ve bu durum Türkiye’deki hammadde üretiminin gerilemesine neden olmuştur. Bu duruma bağlı olarak 1954 yılı, sağlık hizmetlerinin metalaşması sürecindeki dönüm noktalarından biri olmuştur (Ulutaş, 2011: 157).

1960’lı yıllara gelirken Türkiye nüfusunun üçte ikisinin sağlık hizmetlerini erişimin oldukça kısıtlı olduğu kırsal kesimde yaşadığı ve ülkenin sağlık göstergelerinin oldukça zayıf olduğu görülmektedir. Ayrıca bu dönemde sağlık hizmetlerini erişim yönünden oldukça büyük coğrafi eşitsizlikler de söz konusudur (Tatar vd.,2011: 18). Böylece 1961 Anayasası ile aynı yıl çıkartılan “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”la dönemin sosyal devlet anlayışına uygun olarak, sağlık hizmetlerinin eşitlikçi bir anlayışla yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Sosyalleştirmeye birlikte tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarından karşılanması ve hizmetlerin kamu tarafından yürütülmesi düşüncesi doruk noktasına erişmiştir (Kartal, 2009: 34). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile aşağıdaki politika kararları ilke olarak kabul edilmiştir (Fişek, 1991: 2-3):

- Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinde ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır.
- Hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda görev yapan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.
- Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personeli emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.
- Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- Personel ve finansman sıkıntısı nedeniyle yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlacaktır.
- Sağlık teşkilatı ile halk arasında ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

1963 yılında ilk olarak Muş ilinde başlayan sosyalleştirme uygulamasının temel taşı sağlık ocağı olmuştur. 5-10 bin kişiye bir hekim, 2-3 bin kişiye bir ebe olacak şekilde, sağlık ocakları ve evleri kurulmuştur. Sağlık ocaklarında bir hekimin sorumluluğunun altında ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekip hizmet etmekteydi. Ayrıca sosyalleştirmeye birlikte Tükiye’de sağlığın temel insan haklarından biri olduğu anayasa ile güvence altına alınmıştır (Ulutaş, 2011: 158-159). Bu uygulama ile tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bütünlük içinde yürütülmesi ve tüm yurt düzeyine yayılması amaçlanmıştır.

Sağlıkta sosyelleştirme fiilen 1963 yılında başlamış olsa da, alt yapı yetersizlikleri, sağlıkta işgücü yetersizlikleri gibi nedenlerden ötürü ancak 1983’te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015; Tatar vd., 2011: 18). Bu dönemde çıkarılan 1965 yılı “657 sayılı Devlet Memurları Kanunu” nun 4. maddesi ile hekimlerin, kamu sağlık kuruluşlarında devlet memuru olarak görevlendirilmesi esası benimsenmiştir (TTB, 2015: 116). Böylece 224 sayılı kanun ile getirilen hekimlerin sözleşmeli olarak istihdam edilmesi ilkesi yürürlükten kaldırılarak, tam gün süreli çalışma uygulanamamıştır (Görmüş, 2013: 125). Özellikle 224 sayılı kanundan hekimlerin tam gün çalışması esasının hükümet tarafından geri çekilmesinde; o yıllarda hekimlerin ve TTB’nin profesyonel bir grup olarak bulundurdıkları politik güçleri dikkat çekmektedir (Yılmaz, 2017: 57). Sonraki dönemde 1978’de “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yine yasaklanmıştır. Fakat 1980 yılında “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve hekimlere tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Yukarıdaki belirtilen dönemlerde özel muayenehaneler ve çok az da olsa özel hastane yapılanmaları bulunmaktadır. 1960’ların sonundan itibaren sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretleri artmaya başlamış ancak, şirketleşmeler ve büyük hastaneler henüz ortaya çıkmamıştır (Görmüş, 2013: 125).

1970’li yıllarda küresel bazda gelişmiş batı ülkelerinde o zamana dek görülmemiş ekonomik krizler görülmeye başlanmış; Keynesyen politikalarla aşılamayan ekonomik durgunluk ve istikrarsızlık liberalizmi savunan iktisatçıları ön plana çıkarmış, Friedman ve Hayek gibi iktisatçıların görüşleri neoliberalizmi gündeme getirmiştir (Çirpici, 2015: 45). Benzer süreçler Türkiye’de de yaşanmış ve ekonomideki daralmanın aşılması için yeni dış kaynak arayışına girilmiştir. Bu bağlamda Dünya Bankası ve IMF gibi dış kaynak sağlayan

kuruluşların, ekonomik yardımları ekonomideki yapısal bir dönüşüm yapılması şartına bağlamaları nedeniyle 1980 yılında yapısal dönüşümleri içeren 24 Ocak kararları ile bir dizi önlem paketi uygulamaya koyulmuştur. Böylece 24 Ocak 1980 kararları ile Türkiye’de neoliberalleşme döneminin başladığı iddia edilmektedir (Görmüş, 2013: 125-126).

1980’li yıllarla birlikte dünyanın her yerinde mevcut olan neoliberal ekonomik eğilimlerin Türkiye’de de etkisinin giderek artmaya başladığı gözlenmektedir. Siyasi alanda ortaya çıkan bu gelişme sağlık sistemini de etkilemiştir. 1981 yılında Sağlıkta Teşvik Uygulaması başlatılarak kamu fonlarının özel sektöre aktarılmasını sağlanmış ve böylece sağlığın piyasalaştırılması dönemi resmen başlatılmıştır (Yılmaz, 2008: 4). 1980’li yıllardan önce yaygın olmayan özel hastaneler ve klinikler, devletin özel sektöre sağladığı fonlar sayesinde hızla artışa geçmiştir (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 35). Bu süreçte dikkati çeken başka bir gelişme 1982 Anayasa’sında olmuştur. Devletin sosyal devlet olma niteliği değiştirilerek, insan haklarına dayalı devlet kavramı terkedilmiş, onun yerine insan haklarına saygılı devlet tanımı getirilmiştir. Bunun bir sonucu olarak, sağlık hizmeti devletin görevleri arasından çıkarılmış ve devlet tarafından düzenlenen hizmetler niteliğine kavuşturulmuştur (Akdur, 1999: 21).

1981 yılında hekim açığını kapatma amacıyla 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmet Yükümlülüğüne dair Kanun ile pratisyen ve uzman hekimlere bir kez daha zorunlu devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir (TTB, 2008a: 118). 1987’de kabul edilen 3359 nolu Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, kamu hastanelerinin merkeziyetçi yapısını değiştirmeyi öngören yeni işletme ve personel politikalarını ortaya çıkarmayı kolaylaştıracak gibi görünmekteydi, fakat bu kanunun kritik maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilerek, yürürlükte olmakla birlikte uygulamaya konulmamıştır (Bulut, 2015: 118). 1990 yılında Türkiye’de sağlıkta reform programı Dünya Bankası’yla imzalanan borç anlaşması ile hızlı bir sürece girmiştir (Tatar vd., 2011: 19). Dünya Bankası’nı desteğiyle sağlık alanında reformlar yapılması için bir dizi etkinlik yapılmıştır. 1992’de geniş bir katılımı düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi’nde başlayan süreçte, buradan önerilerle elde edilen bir politika dökümanı II. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur. Bu süreçte Sağlık Bakanlığının merkeziyetçi yapısının ortadan kaldırılması, genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi, yerel sağlık yöneticilerinin yetkilerinin artırılması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı fonksiyonlarının birbirinden ayrılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastaneler özerklik verilmesi ve insan kaynakları politikalarıyla ilgili öneriler bulunmaktaydı. Ciddi yasal değişiklikler gerektiren bu öneriler için taslaklar hazırlanmış ancak, politik istikrarsızlığa ilaveten sendikalar, TTB ve akademisyenlerin bu önerileri desteklememiş

olmaları neticesinde reformlar geçici bir süre için rafa kaldılmıştır (Yılmaztürk, 2013: 182-183; Bulut, 2015: 118).

Özellikle 1990'lı yıllarda özel sağlık kurumlarının sayısı giderek artmıştır. Bir yandan üç sigorta kurumu olarak bilinen Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur, bunlara ilave olarak Yeşil Kart kapsamı dışında kalanlara yönelik belediye ve vakıf poliklinikleri, bir yandan da sağlık hizmetlerinde kalitenin düşmesi ve kapasite darlığı nedeniyle resmi kurumların dışında hizmet satın almak isteyen, geliri daha yüksek olan tabakaya yönelik bir özel sağlık sektörü gelişmeye başlamıştır (Keyder, 2015: 18-19). Bu dönemde dikkati çeken bir başka gelişme de, 1998'de IMF'yle imzalanan anlaşma sonrasında devletin yeniden yapılandırılmasını öngören neoliberal reformların içeriklerinin değişmeye başlaması; 1980 sonrası dönemin “minimal devlet” modelinden farklı olarak artık “düzenleyici devlet” modeli olarak adlandırılan bir devlet modelini hedefleyen reformların benimsenmeye başlanmasıdır. Bu neoliberal reformlara ikinci kuşak reformlar denmektedir (Ataay, 2015: 20). Özellikle 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları arasında yer alan Sağlık Bakanlığının düzenleyici rolü, bu gelişmelerle oldukça paralellik göstermektedir. Özet olarak 1980 – 2002 yılları arasındaki dönemde sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapmak için önemli çalışmalar yapılmış; fakat bu çalışmalar genel olarak teoride kalmış, uygulama alanının pek fazla bulunamadığı bir dönem olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2008: 19).

Yılmaz (2017: 71-72) Türkiye'deki 2003 yılı öncesi sağlık sistemini, Wendt vd.'nin (2009: 81) dünyaca kabul görmüş sağlık sistemi tipolojilerini; devletçi sağlık sistemi, toplumcu sağlık sistemi ve özel sağlık sistemi olarak birbirlerinden farklı 3 ideal türde incelediği çalışmasına dayandırmaktadır. Wendt vd. (2009: 82)'ye göre devletçi sağlık sistemlerinde devlet sağlık sisteminin finansmanını, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve regülasyonundan sorumludur ve bunları üstlenmektedir. Toplumcu sağlık sisteminde bağımsız ve otonom sosyal örgütler olan sendikalar ve meslek örgütleri gibi aktörler sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve regülasyonundan sorumludurlar. Özel sağlık sistemlerinde ise özel sigorta kuruluşları, özel sağlık hizmeti kurumları gibi aktörler sağlık hizmetlerinin finansman, sunum ve regülasyonundan sorumludurlar. Yılmaz (2017: 72) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya henüz başlanmadığı 2003 yılı yılı öncesindeki Türk sağlık sistemini, Wendt vd.'nin ideal türleri arasında en çok devletçi sağlık sistemine uyduğunu iddia etmektedir. Bunun nedeni olarak devletin sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu ve regülasyonları üzerindeki egemen gücünü göstermektedir. Özseven vd. (2014: 119) ise Türk sağlık sistemini kamu hastaneleri bağlamında kurumsal mantıklar perspektifinden inceledikleri çalışmalarında, 2003 yılı öncesinde alana hâkim olan mantığın

kamu hizmetleri mantığı olduğunu iddia etmektedirler. Türk sağlık sisteminde 2003 yılından önceki gelişmelerin özetlendiği bu bölümde sağlık sisteminde devletin egemen rolüne yapılan vurgunun yeni sağlık reformuyla (Sağlıkta Dönüşüm Programı) birlikte nasıl değiştiği ve dönüştüğü bir sonraki bölümde incelenecektir.

3.2. Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hekimlik Mesleğinin Durumu

Bir önceki bölümde bahsedilen 1990’lı yıllarda Dünya Bankası’nın yönlendirmeleriyle planlanan ancak uygulamaya geçirilemeyen sağlık reformları, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde hayata geçirilmeye başlamıştır (Dünya Bankası, 2014b: 11). 2003 yılında tek parti iktidarından aldığı politik güçle başlatılan SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlara geçmeden önce, bu reformların gerçekleştirilmesinde önemli etkileri olduğu iddia edilen 2003 yılından önceki sağlık sistemiyle ilgili temel sorun ve yapısal problemler şu şekilde özetlenmektedir (Akıncı vd., 2012: 21; Yılmaztürk, 2013: 83; Keyder vd., 2015: 15-18; Dünya Sağlık Örgütü, 2015: 1-3; Yılmaz, 2017: 67-71):

- Vatandaşın sağlığa kendi cebinden yaptığı harcamalar tüm sağlık harcamalarının üçte birini geçiyordu. Bu nedenle Türkiye OECD ülkeleri içerisinde halkın sağlığa önemli oranda cepten para aktardığı ülkeler kategorisindeydi.
- Sağlık sistemi göstergeleri diğer orta gelirli ülkelerle ve Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça zayıf bir durumdaydı.
- Bölgeler arasında sağlık göstergelerinde önemli farklılıklar ve eşitsizlikler vardı.
- 2003 yılında Dünya Bankası’nın yapmış olduğu bir araştırmaya göre yeşil karttan yararlanan 10 milyonluk bir nüfusa rağmen; halkın %30’u kapsam dışındaydı ve hiçbir sağlık güvencesi yoktu. Kapsam dışında kalan bu grubun ceplerinden para ödemedi hastaneye girebilmeleri ve ameliyat olmaları çok zor bir ihtimaldi. Aynı şekilde yeşil kart sahiplerinin ilaç alma imkanı çok kısıtlıydı. Ayrıca sigortası olanlar da, hizmet alma sürecindeki aksaklıklardan şikâyetçilerdi.
- 1960’larda temeli atılan sosyalleştirme projesi başarısız olduğu iddialarıyla birlikte, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur vasıtasıyla yürütülen yamalı sistemin eksiklikleri başka mekanizmalarla kapatılamaz bir duruma gelmişti.
- Kamu hastaneleri ve diğer sağlık kurumlarının kapasiteleri oldukça yetersizdi. Bu durum özellikle büyük şehirlerde büyük problemlere neden oluyordu.

- Sağlık hizmetleri sunumunda verimlilik, teknik nitelikler oldukça düşüktü. Sağlık tesisleri ve nitelikli insan gücü doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerinde yetersizdi.
- Hekim ve diğer sağlık personeli sayısı oldukça yetersizdi. Ayrıca devlette kurum/hastanelerde çalışan hekimlerin normal çalışma saatleri dışında özel muayenehanelerinde çalıştıkları ve gerek ameliyatlar, gerek hastanelerde yatış için hastaların sigorta dışı harcama yapmalarını şart koştukları yolundaki iddialar sıklıkla gündeme geliyordu. Ayrıca hastanelerde yatabilenler dahi araç, gereç ve ilaç harcamalarının çoğunu ceplerinden yapmak durumunda kalıyorlardı.

Yukarıda özetlenen tüm bu problemler Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanması ile ilgili çalışmaların gündeme gelmesini hızlandırmıştır. Sağlık Bakanlığına (2012: 55-56) göre ise, Sağlıkta Dönüşüm Programının yapılmasını zorunlu kılan gelişmeler olarak şunlar sayılmaktaydı:

- Sağlık hizmetlerin sunumundaki maliyet artışları.
- Vatandaşın beklentilerinin artık daha yüksek olmasına bağlı olarak hastaların en güncel ve en iyi hizmeti, en iyi teknolojileri ve ilaçları istemeleri.
- Kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı oluşu
- Kamudaki yönetim anlayışının vatandaşlar tarafından sorgulanmaya başlaması
- Bütün vatandaşların eşit haklara sahip bireyler olarak sağlık hizmetlerine erişmelerinin sağlanması hedefi

Tüm bu gelişmelerin sonucunda kamu hizmet sunumunda ve sağlık sisteminde reform yapılması elzem haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 56). “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adı verilen reformlar sadece Türkiye’yle sınırlı değildir ve aslında birçok ülkede uygulamaya konmuştur. Bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası ve ulusötesi organizasyonların etkileri belirleyicidir. Özellikle Dünya Bankası 1980’li yıllardan itibaren gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikalarını tasarlamaktadır. Doğu Avrupa’dan Afrika’ya, Latin Amerika’dan Asya’ya kadar geniş bir coğrafyada uygulamaya konan bu politikaların ifade edilen temel hedefi, yurttaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır (Elbek ve Adaş, 2009: 33). Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya konulan SDP’yi tüm dünya genelinde 1980’li yılların sonundan itibaren uygulanmaya çalışılan küresel sağlık reformlarından bağımsız olarak düşünmemek gerekmektedir. Özellikle hem gelişmiş hem de

gelişmekte olan ülkelerde oldukça hızlı yayılan küresel sağlık reform paketi genel olarak şu politikaları içermektedir (Ağartan, 2015a: 47-49):

- Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması
- Kamu sektörü dışında kalan kurumların ve aktörlerin katılımının teşvik edilmesi
- Piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılması
- Yerinden yönetime dayalı sistemin kurulması
- Sağlık hizmeti sunan hekimlerin işverenleriyle olan ilişkilerinin sözleşme usulüne göre yeniden düzenlenmesi (Performansa dayalı ödemeler gibi)
- Halk sağlığı ve birinci basamak hizmetlerin yeniden tanımlanarak hastalığı önleyici mekanizmaların yaygınlaştırılması ile sağlık sistemlerine olan talebi kontrol altına alma (Bu politika daha maliyetli olan ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine olan talebin azaltılmasını amaçlar).

Türk sağlık sistemi 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verilen reform paketiyle birlikte şiddetli bir dönüşüm içerisine girmiştir. Özellikle reformların sağlık hizmetlerinin finans, sunum ve regülasyonları üzerindeki etkisi düşünüldüğünde büyük çaplı bir dönüşümden söz etmek mümkündür (Ağartan, 2015b: 971). Temel olarak SDP'nin 8 tane amacı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20; Yılmaz, 2017: 86):

- Sağlık Bakanlığını uygulayıcılıktan, planlayıcı ve denetleyici bir yapıya dönüştürmek.
- Mevcut kamu sağlık sigortası çeşitlerini (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) tek bir çatı altında toplayan zorunlu bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemine geçmek.
- Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak (Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zincirinin oluşturulması, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri)
- Bilgi ve beceri ile donatılan sağlık insan gücünün motivasyonunu yüksek tutmak
- Yeni sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerinin sunumu için kalite göstergelerinin oluşturulması ve akreditasyon
- İlaç ve malzemelerin rasyonel olarak kullanılması
- Karar alma süreçlerinde bilgiye etkin erişim imkanı sunacak sağlık bilgi sisteminin kurulması

SDP'yle ilgili tüm bu hedefler doğrultusunda meydana gelen önemli gelişmeler Tablo 3.1'de görüldüğü şekilde gerçekleştirilmiştir:

Tablo 3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) İlgili Önemli Gelişmeler

Yıl	Gelişmeler
2003	Daha önceki dönemlerde yapılan çalışmalarla altyapısı oluşturulan Sağlık Dönüşüm Programı (SDP) tasarlanmış ve uygulamasına başlanmıştır
2003	Hem kamu hastanelerinde hem de serbest olarak muayenehanelerinde çalışan hekimlerin gönüllü olarak muayenehanelerini kapatarak kamu hastanelerinde tam zamanlı olarak çalışmalarını sağlamak için maaşları artırılmış ve performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. Bu süreçte tam zamanlı olarak kamu hastanelerine gönüllü geçişlerin büyük bir kısmı 2005'te olmuştur.
2003 - 2004	Mevcut çalışan ve emekli devlet memurlarının özel hastaneleri kullanmalarının yolu açılmıştır. Ambulans hizmetleri ücretsiz olmuştur.
2003 - 2004	Yeşil kartın kullanım alanı genişletilerek poliklinik hizmetleri ve ilaç giderlerini de karşılar hale gelmiştir.
2004	Sağlık çalışanlarının kırsal ve az gelişmiş bölgelerde çalışmalarını teşvik etmek için sözleşmeye dayalı çalışma sistemine geçilmiştir. Performansa dayalı ek ücret sistemi 10 kamu hastanesinde pilot olarak uygulanmaya başlanmıştır.
2004	2003 yılında temelleri atılan Hasta Hakları Yönetmeliği uygulamaya konulmuştur. Hastanelerde Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Hastaların şikayet ve önerilerini almak için elektronik sistemler kurulmuştur.
2004	Kullanıcının (hastanın) sağlık hizmetini sağlayıcıyı (Hastaneler, birinci basamak merkezleri, hekimler) seçme sistemi başlatılmıştır.
2005	Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait 146 hastane Sağlık Bakanlığı hastanelerine entegre edilmiştir.
2005	Performansa dayalı ve sözleşmeli aile hekimliği uygulaması Düzce ilinde pilot olarak uygulanmaya başlanmıştır.
2006	Genel Sağlık Sigortası, sosyal güvenlik reformları çatısı altında resmi olarak uygulama konulmuştur. Karşılanamayan ihtiyaç ve talepleri gidermek için sağlık harcamaları giderek artmaya başlamış ve Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda global bütçe sistemine geçilmiştir.
2006	Hekimlere devlet hizmet yükümlülüğü (zorunlu hizmet) getirilmiştir.
2006 - 2010	Sözleşmeli aile hekimliği sistemi Türkiye'nin bütün illerine yayılmıştır.
2007	Birinci basamak sağlık hizmetleri bütün vatandaşlar için sunulan hizmet noktalarında ücretsiz olarak verilmeye başlamıştır.
2007	Kamu - Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu anlamda ilk etapta 20 şehir hastanesi kurulması öngörülmüştür.

Tablo 3.1 Devamı

Yıl	Gelişmeler
2008	Sağlık hizmetlerinin kilit tek alıcısı olan Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Fonu Sosyal Güvenlik Kurumu'na katılmıştır.
2008	Kamu hastanelerinde tüm vatandaşlar için ücretsiz olan acil ve yoğun bakım hizmetlerinin kapsama alanı Sosyal Güvenlik Kurumu'yla sözleşmesi olup olmamasına bakılmaksızın özel hastaneleri de içermek üzere tüm hastanelere yayılmıştır.
2009	Merkezi hastane, hekim randevu sistemi başlatılmıştır. 2011 yılından itibaren geniş çaplı kullanıma geçilmiştir.
2010	Hekimleri branşlarına göre farklı risk dereceleri belirlenerek, Tıbbi Kötü Uygulamayla (Malpraktis) ilgili olarak hekimlere “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” yapma şartı getirilmiştir.
2010	Mevcut devlet memurları Sosyal Güvenlik Kurumu'na katılmıştır.
2010 - 2012	Sigara ve alkolün vergisi artırılmıştır.
2010 - 2012	Hastanelere daha fazla otonomi veren ve Sağlık Bakanlığı'nın daha güçlü denetim ve gözetim rolüne vurgu yapan kanun yürürlüğe girmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur. Üniversite ve Sağlık Bakanlığı personeli için tam gün yasası kabul edilmiş, dışarıda serbest olarak muayenehanelerde çalışan ve aynı zaman da kamuda çalışan hekimlere tercih hakkı sunularak sadece tam gün kamuda çalışmaları teşvik edilmiştir. Bu dönemde muayenehanesi olan üniversitede çalışan öğretim üyeleri için Anayasa Mahkemesi kararına göre kamudaki günlük tam zamanlı görevlerini yerine getirerek; hem kamu hem özelde çalışmaya devam etme imkânı gelmiştir.
2012	Yeşil kart sistemi Sosyal Güvenlik Kurumu'na katılmıştır. Genel Sağlık Sigortası artık tam anlamıyla uygulanmaya başlamıştır.
2013	6428 nolu kanunla birlikte Kamu – Özel ortaklığıyla işletilecek Şehir Hastaneleri modeli hayata geçirilmiştir

Kaynak: Atun vd. 2013: 72; Tatar vd., 2011 ve Sağlık Bakanlığı, 2012, 2016' dan uyarlanmıştır.

SDP'nin yürürlüğe konmasıyla Türkiye'nin makro sağlık göstergelerinde gözle görülür iyileştirmeler meydana gelmiş (bk. Tablo 3.2) ve Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (2012: 28) tarafından uygulamış olduğu bu program sayesinde diğer ülkeler için model ülke olarak gösterilmiştir.

Tablo 3.2 SDP Öncesi ve Sonrası Türkiye’deki Temel Sağlık Göstergeleri

Temel Sağlık Göstergeleri	2002	2015	Değişim (%)
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	72,5	76,8	5,9
Bebek ölüm hızı (Her 1000 canlı doğumda)	31,5	7,6	-75,9
Anne ölüm oranı (Her 100.000 canlı doğumda)	64	15,4	-75,9
Kızamık insidansı (100.000 nüfus için)	11,8	0,12	-99,0
Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSYİH içindeki payı (%)	3,79	4,21	11,1
Sağlık sigortası kapsama oranı (%)	70	98,3 ¹³	40,4
Sağlık hizmetlerinden genel hasta memnuniyeti (%)	39,5	72,3	83,0
Her 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı	138	179	29,7
Kişi başı yıllık hekime müracaat sayısı	3,1	8,4	171,0

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2015 ve Sağlık Bakanlığı, 2012, 2017’den uyarlanmıştır.

SDP’nin başladığı yıl olan 2003 verisine göre OECD her 1000 kişiye düşen hekim sayısı ortalaması 2,9 iken Türkiye’nin 1,4’tür (OECD, 2005: 39). Dolayısıyla SDP’nin sağlıktaki insan kaynakları ilgili ele aldığı konuların başında özellikle OECD ülkeleri içerisinde en düşük hekim oranına sahip olan ülkede, hekim sayısını artırıcı önlemler almak olmuştur. Bu önlemlerin başında Sağlık Bakanlığı ve YÖK arasında yapılan Tıp Fakülteleri kontenjanlarının arttırılması yönündeki anlaşmalar gelmektedir (Atun vd., 2013: 78). Bu süreç içerisinde 2002-2003 öğretim yılında 44 olan Tıp Fakültesi sayısı, 2015-2016 yılında 85’e yükselmiştir (bk. Tablo 3.3). Bu sayının artmasında etkili olan önemli bir faktör de vakıf üniversitelerinin sayısının hızlı bir şekilde artmasıdır. 2017 yılında öğrenci kabul eden vakıf üniversiteleri tıp fakültesi sayısı 26’ya ulaşmıştır¹⁴. Tıp Fakültesi sayısında ve kontenjanlarında meydana gelen belirgin artışlar sayesinde Türkiye’de 2015 yılında 1000 kişiye düşen hekim oranı, 1,79’a yükselerek 141.259 olmuştur (bk. Şekil 3.1). 2015 yılında OECD ülkelerindeki

¹³ 2012 yılına ait veridir.

¹⁴ <http://www.tipfak.com/2017-2018-tip-taban-puanlari-aciklandi/>, 2017 (erişim tarihi: 02.10.2017).

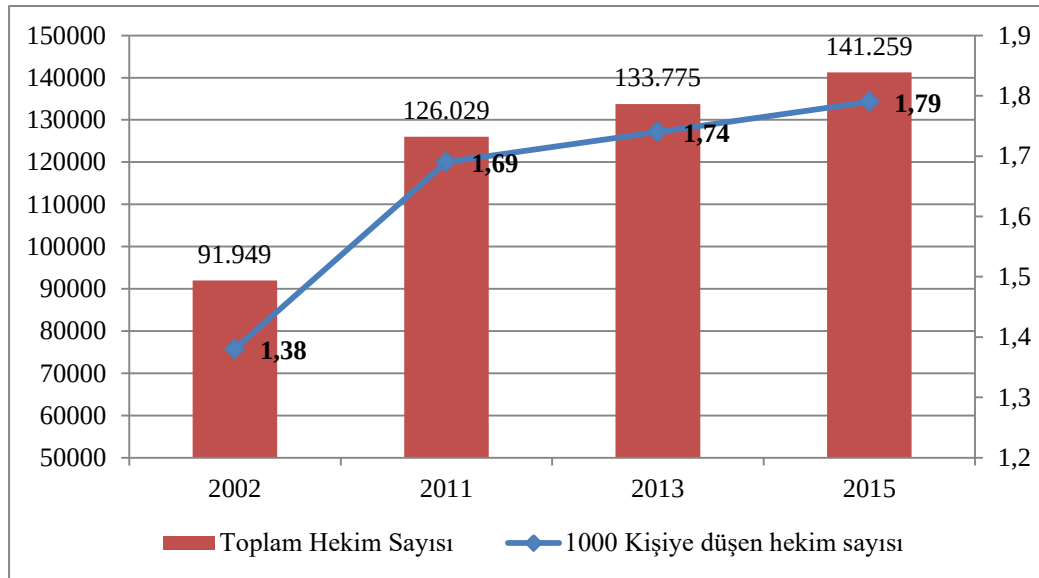
1000 kişiye düşen hekim oranı ise 3,34'tür (Sağlık Bakanlığı, 2016: 185). Sağlık Bakanlığı'nın 2023 için hedeflediği hekim sayısı 205.000 ve 1000 kişiye düşen hekim oranı projeksiyonu için ise 2,37'dir (Sağlık Bakanlığı, 2014: 82-83).

SDP'nin hekimlere yönelik ikinci önemli etkisi; daha önce 2003 yılında kaldırılan devlet hizmet yükümlülüğünün, coğrafi bölgeler arasındaki hekim sayılarının orantılı olarak dağılım göstermesi amacıyla 2006 yılında tekrar yeni mezun ve uzmanlığını yeni tamamlamış hekimlere 300 – 600 gün arasında değişen bir uygulamayla geri getirilmesi olmuştur (Tatar vd., 2011: 148). Eğer bir hekim devlet hizmet yükümlülüğünü yapmazsa veya tamamlamazsa o hekimin Türkiye'de mesleğini yapması mümkün değildir, Tıp Fakültesi diplomaları sadece devlet hizmet yükümlülüğünü tamamlayanlara verilmektedir (Dünya Bankası, 2014a: 9).

Tablo 3.3 Türkiye'de Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları

Öğretim Yılı	Tıp Fakültesi Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Toplam	Mezun Olan	
2002-2003	44	4.803	30.771	4.616	7.172
2015-2016	85	13.059	71.370	6.896	14.263

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 204



Şekil 3.1 Türkiye'de Toplam Hekim Sayısı ve 1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

Kamu hastanelerinde ve birinci basamakta çalışan hekimler için SDP'yle birlikte 2003 yılında yürürlüğe giren performans dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir (Atun vd., 2013: 78). Bu sistemin amacı sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hekimlerin hizmet yükünü artırmada motive olmalarını sağlamaktır. Hekimler yaptıkları işlemler için ek ödemelerle ödüllendirilmektedir. Bu sistemde hesaplanan ek ödemede bireysel performansın yanında sağlık kurumunun performansı da önem kazanmaktadır. Kurumsal puanlama için sağlık kurumlarına toplam gelirlerinin %40'ını aşmayacak şekilde performans ödemesi yapma sınırlaması getirilmiştir. Bunun yanında bireysel performans ek ödemelerinin de bir tavan sınırı bulunmaktadır. Örneğin aylık maaşı 1.000 TL olarak farzedilen bir hekim, bu sisteme göre 7.000 TL'den fazla performans ek ödemesi alamamaktadır. Kurumsal performans puanı hesaplanırken dikkate alınan bazı skorlar vardır. Bu skorlar ise şu 5 gösterge baz alınarak hesaplanmaktadır:

- Muayenehaneye erişim
- Alt yapı ve süreç değerlendirme
- Hasta ve hasta yakını memnuniyet düzeyi
- Kurumsal verimlilik katsayısı
- Kurumsal hedef katsayısı

Kurumsal performans puanı yukarıdaki faktörler dikkate alınarak hesaplandıktan sonra, kurumdaki her bir hekimin bireysel puanları hesaplanmaktadır. Her bir klinik prosedürün Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş belirli bir puanı bulunmaktadır. Toplam bireysel performans puanı hesaplanırken hekimin ünvan katsayısı da değerlendirmeye alınmaktadır (Dünya Bankası, 2014a: 10). 2013 yılında uzman hekimler için ek ödeme ortalaması 2002 yılına göre reel olarak 5 kata yakın bir artış göstererek 5.116 TL olmuştur. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması sonucunda birçok işletmede aktif mesai süreleri gönüllü olarak uzatılmıştır. Birçok uzman hekim muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak hastanelerde çalışmaya başlamıştır. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde uzman hekimlerin tam zamanlı çalışma oranı %11 iken bu uygulamalar sayesinde tam gün çalışma kanunu çıkarılmadan önce bile bu oran %90'ı geçmiştir. Böylece Türkiye'deki sayıca yetersiz olan hekimlerin kamu hastanelerindeki verimliliği artmıştır (Atasever, 2014: 122).

2010 yılında Türkiye'deki sayı olarak yetersiz olan hekimlerin kamu hastanelerindeki verimliliğin artırılması amacıyla yürürlüğe giren Tam Gün Yasası'yla birlikte, hekimlerin kamu ve üniversite hastanelerinde tam zamanlı olarak çalışmaları teşvik edilmiş, hem kamuda hem de serbest muayanehanelerde aynı anda çalışmalarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır

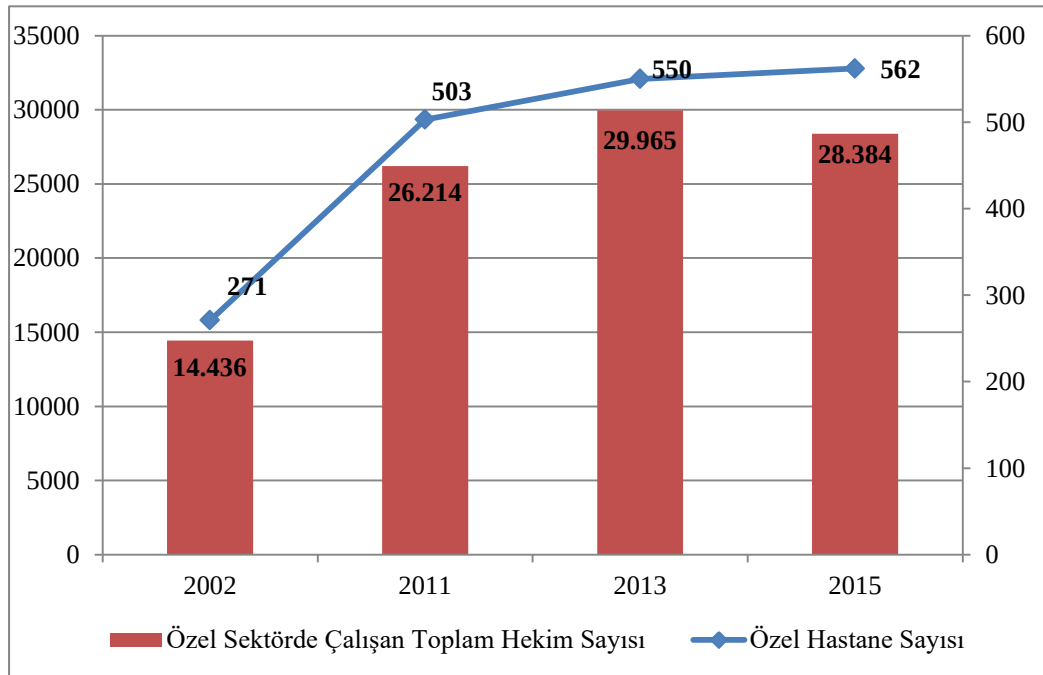
(Atun vd., 2013: 79). Sağlık Bakanlığı hekimlerin hem kamu hem de özel muayenehanelerde çalışmasının devamsızlık, düşük verimlilik, hastalardan gelir kazanmak için özel muayenehanelere yönlendirme gibi çeşitli sorunlara yol açtığını iddia etmiştir (Ağartan, 2015c: 1623). SDP'den önce kamu hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin büyük bir çoğunluğunun özel muayenehanesi bulunuyordu. Bu yasayla birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde 2002 yılında %11 olan tam zamanlı çalışan hekim oranı 2011 yılında %100'e çıkmıştır. Tam Gün Yasası Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde çalışan hekimlere bir tercih hakkı getirerek ya sadece dışarıda muayenehanede çalışmaları ya da sadece kamu hastanelerinde tam gün çalışarak dışarıda serbest olarak çalışmalarını kanuni olarak yasaklamıştır. Kamuda tam gün çalışmayı özendirmek ve hekimlerin önceki dönemde serbest muayenehanelerinde kazandıkları geliri telafi etmek için performans dayalı ek ödeme sisteminden büyük ölçüde yararlanılmıştır. Ayrıca Tam Gün Yasası'yla birlikte hekimlerin nöbet saat ücretleri artırılmış, aylık en fazla 80 saat olan ödeme limiti 130 saat çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Tam Gün Yasası'nın ilk uygulamaya konulduğu dönemde özellikle İstanbul ve Ankara gibi büyük illerde kamu üniversitesi ve kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin bir kısmı kamu görevinden ayrılarak özel sektöre geçmiştir (Atun vd., 2013: 79). TTB'nin girişimleriyle üniversitede çalışan öğretim üyeleriyle ilgili Anayasa Mahkemesi'nin 2010, 2012, 2014, 2015, 2016 yılında aldığı kararlarla Tam Gün Yasasının çeşitli maddelerini iptal etmiştir. Mevcut durumda Tam Gün Yasası'ndan önce muayenehanesi olan ve henüz muayenehanesini kapatmamış olan öğretim üyesi hekimler, kamu üniversitesindeki mesailerinin ardından muayenehanelerinde çalışabilmektedir. Fakat kamu üniversitelerinde çalışan hekimlerin yeni muayenehane açma hakları şu anda yoktur. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınlamış olduğu bir genelgeyle bakanlığın koyduğu belirli kriterleri sağlayan profesör ve doçent kadrosundaki öğretim üyelerinin üniversitedeki mesailerini tamamlamalarının ardından özel hastanelerde çalışma imkanı getirilmiştir (Yılmaz, 2017: 182-187).

SDP'nin hekimlere yönelik bir başka önemli etkisi sağlıkta piyasa ve özelleşmenin yaygınlık kazanması olmuştur. Kamu ve özel hastanelerin kullanılmasını sağlama ve böylece ülkedeki hastane sektörünün kapasitesinden etkin olarak yararlanma SDP'nin açık olarak uyguladığı stratejilerden biri olmuştur (Atun vd., 2013: 82). SDP politikaları ışığında sağlıkta hizmet satın alan tek kurum SGK, kamu hastanelerinden bu hizmetleri almasının yanında özel hastanelerle de sözleşme yapmaya başlayarak onlardan da hizmet almaya başlamıştır. Bunun yanında Genel Sağlık Sigortasına tabi olan vatandaşlara özel hastanelerin büyük kısmına ek

ödeme yaparak sağlık hizmeti alma imkanı getirmiştir (Ökem ve Çakar, 2015: 1154). 2010 yılında SGK'yla sözleşme yapan özel hastanesi sayısı 421'i bulmuştur (Dünya Sağlık Örgütü, 2012: 32). Sağlıkta özel sektörün son zamanlarda büyümesinin en büyük nedeni SGK'yla yapılan sözleşmeler olmuştur (Tatar vd., 2011: 13). Büyük çaplı özel hastanelerin %90'ının SGK ile sözleşmesi bulunmaktadır. Özel sağlık sektöründe meydana gelen bu büyüme ile birlikte devletin bu alandaki regülasyonları artmıştır. Maliye Bakanlığı bu hastaneleri özellikle vergilendirme açısından sıkı mali gözetime almış, Sağlık Bakanlığı ise akreditasyon, insan gücü planlaması ve kalite standartlarının belirlenmesi konularında yeni regülasyonlar yapmıştır. Ayrıca her iki bakanlık kullanıcı memnuniyeti ve şikayetlerini dikkate alarak gerektiğinde önlem almışlardır (Atun vd., 2013: 82).

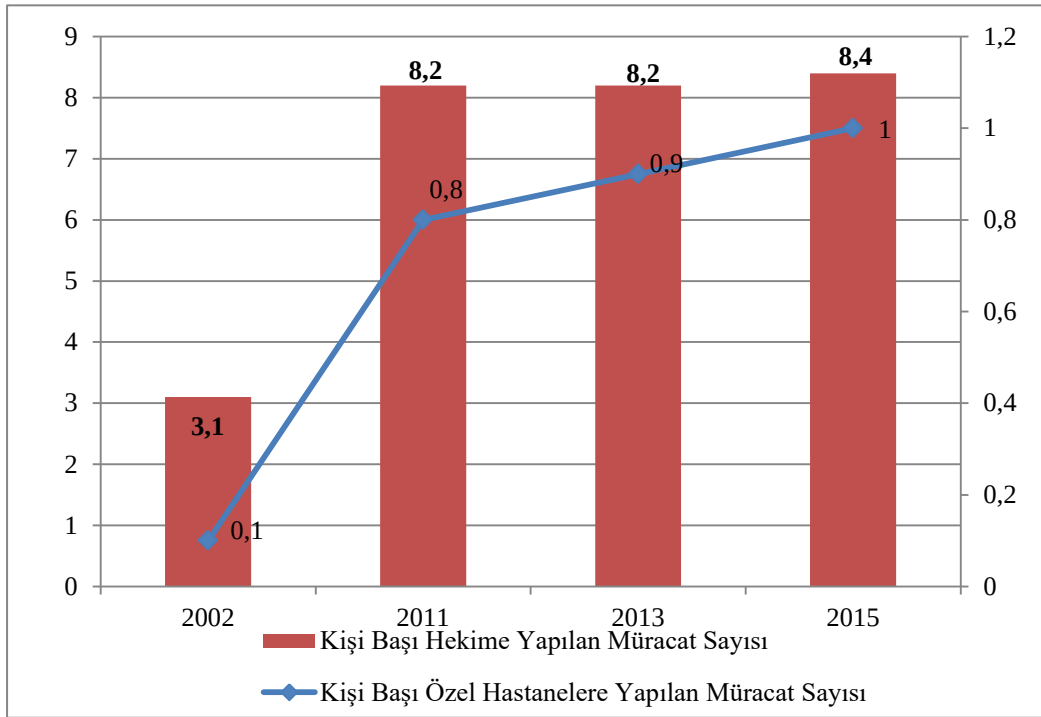
Tam Gün Yasası'nın çıkarılması sırasında hekimlerin özel muayenehaneleri SGK kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca Tam Gün Yasası'nın uygulama sürecinde 2014 yılında Sağlık Bakanlığının çıkardığı genelgeyle kamu üniversitelerinde profesör ve doçent kadrolarında görev yapanlara getirilen özel hastanelerde çalışma imkanı sağlık alanında özel sektörde faaliyet gösteren büyük aktörlerin önü daha da açılmıştır (Yılmaz, 2017: 186). Bu gelişmelere ilave olarak devlet sağlıkta özel yatırımları teşvik etmektedir (KPMG Türkiye, 2014: 2). Bu gelişmelerin sonucunda 2015 yılında özel sektörde çalışan hekimlerin sayısı 28,384'e ve 2002 yılında 271 olan özel hastanelerin sayısı 562'ye ulaşmıştır (bk. Şekil 3.2).



Şekil 3.2 Türkiye'de Özel Sektörde Çalışan Hekim ve Özel Hastane Sayısı

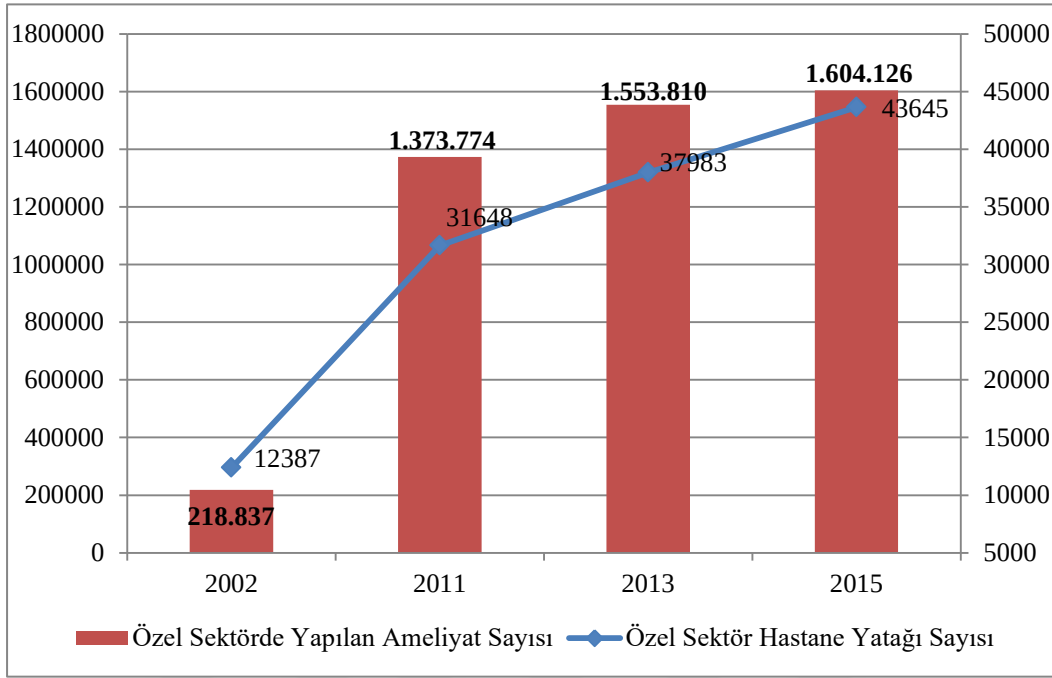
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

Şekil 3.2’de görülen özel hastane sayısında meydana gelen artış trendi sonucunda; 2002 yılında %23,4 olan özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki oranı, 2015 yılında %36,6’a çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016: 93). Bu gelişmelerle birlikte 2002 yılına göre 2015 yılında 2,7 kat artarak 8,4’e ulaşan kişi başı hekime yapılan müracaat sayısı; özel hastaneler söz konusu olduğunda bu artış oranı 10 kata ulaşmıştır (bk. Şekil 3.3). Özel hastanelere talebin artmasını gösteren başka göstergeler özel hastanelerdeki toplam yatak sayısının ve yapılan ameliyat sayısının hızlı bir şekilde artmasıdır. 2015 yılında özel hastane yatak sayısı 43.645’a yükselmiş ve özelde yapılan ameliyat sayısı 1.604.126’ya ulaşmıştır (bk. Şekil 3.4).



Şekil 3.3 Türkiye’de Kişi Başı Hekime Yapılan Müracaat Sayısı ve Özel Hastanelere Yapılan Müracaat Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016



Şekil 3.4 Türkiye’de Özel Sektör Hastane Yatağı ve Özel Sektörde Yapılan Ameliyat Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

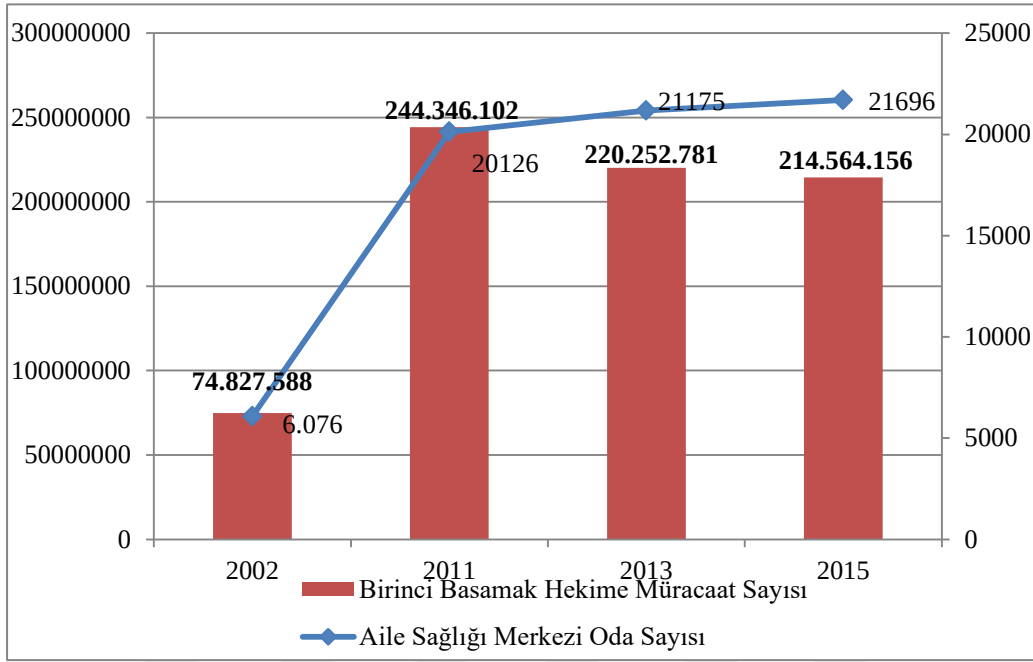
Özel sektördeki hastane ve sağlık kurumu sayısının artması sonrasında gerek kamu gerek özel sektör sağlık kurumları arasında yaşanan ve şu aşamada şiddetli olmayan rekabet ortamının yakın gelecekte artması beklenmektedir (Tatar vd., 2011: 66).

SDP kapsamındaki hekimleri yakından ilgilendiren başka bir gelişme, birinci basamak hizmetlerini güçlendirmek ve koruyucu sağlık hizmetlerini öne çıkarmak amacıyla aile hekimliği modelinin uygulama konulması olmuştur. 2004 yılında 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulması Hakkında Kanun” yürürlüğe girerek, birinci basamak hizmet sunumunda çok önemli bir değişiklik yapılmıştır (Atasever, 2014: 138). 2005 yılında pilot bir uygulamayla Düzce ilinde başlatılan bu model 2010 yılında tüm ülke çapına yayılmıştır (Akıncı vd., 2012: 22). Aile hekimliği modelinin temeli 1997 yılında Dünya Bankasıyla ortak geliştirilen fakat o yıllarda uygulanamayan “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Projesi”ne dayanmaktadır (Yılmaz, 2017: 125). Tıp fakültesi mezunu olup herhangi bir uzmanlık eğitimi almayan hekimler olan pratisyen hekimlerden gönüllü olanlara hizmet içi eğitimler verilerek kısa bir sürede aile hekimi olmaları sağlanmıştır. Mevcut olarak kamuda ikinci ve üçüncü basamakta çalışan pratisyen hekimlere kamudaki görevlerinden ücretsiz izinli olarak ayrılarak aile hekimliğine geçme imkanı getirilmiştir. Bu hekimlere kamudaki görevlerine istedikleri zaman da geri dönme hakkı verilmiştir. Böylece aile hekimi başına 3.400 hasta olarak hedeflenen

orana ulaşmak için gerekli olan 20.000 aile hekimi, çok kısa bir sürede istihdam edilmiştir (Dünya Bankası, 2014a: 11-12).

Aile hekimliği modeli kurulum sürecinde, kademeli sevk zinciri sisteminin işletilerek, birinci basamakta, ikinci ve üçüncü basamağın yükünü hafifletmek ve uzman hekime sadece aile hekiminin onayıyla ulaşılması amaçlanmıştır. Fakat 2009 yılında 4 ilde pilot olarak uygulanan kademeli sevk zinciri sistemi, aile hekimlerinin sayısının yetersizliği ve birinci basamakta meydana gelen yoğun kuyruklar nedeniyle askıya alınmıştır ve belirtilen kademeli sevk zinciri sistemi halen işletilmemektedir (Tatar vd., 2011: 163). Bunun yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumu müracaatlarına katılım payı getirilerek bir başka tür sevk zinciri sistemine geçilmiştir (Atasever, 2014: 139). Aile hekimliği modelinin hayata geçmesiyle birlikte sağlık göstergelerinde oldukça olumlu gelişmeler yaşanmıştır, özellikle anne ve çocuk sağlığı göstergelerinde ciddi iyileşmeler meydana gelmiştir (Atun vd., 2013: 80; bk. Tablo 3.2).

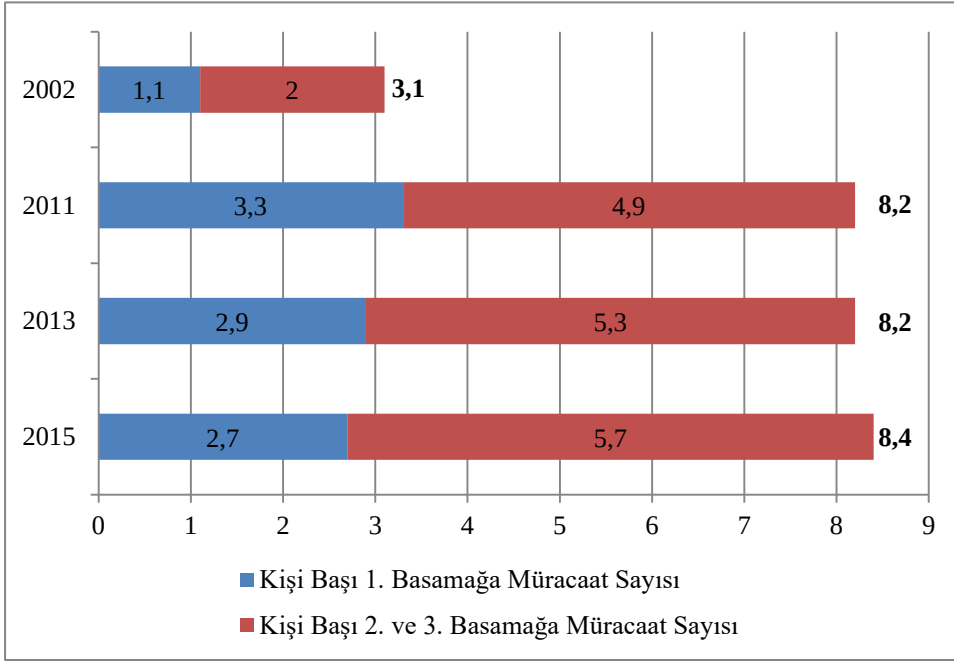
Aile hekimliği modelinde görülen başka bir yeni uygulama çalışma ilişkilerinde meydana gelen değişim olmuştur. SDP'nin amaçlarından birisi birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin neoliberal bir yaklaşımla aile hekimlerince verilmesini sağlamak olurken, aile hekimi kendi kirasını ödediği muayenehanesinde, işvereni olduğu aile sağlığı elemanı ile birlikte sunduğu sağlık hizmetini, yapacağı periyodik sözleşmelerle yürütecek bir konuma gelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin rekabete dayalı olarak yürütüldüğü bu modelde, muayenehane hekimliği ve hekimin işletmecilik becerisi ön plana çıkarılmaktadır. Aile hekimliği modelinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları sözleşmeli esnek istihdam, iş yükünün artması ve iş güvencesiz çalışma gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Görmüş, 2013: 180). Performansa dayalı ödeme sisteminin bir benzeri aile hekimleri için de kullanılmaktadır. Özellikle gebe, bebek ve çocukların düzenli olarak takipleri, aşılınması gibi konularda performans ödemesi almaktadırlar. Bunun yanında sağlık kurumunun işletme giderleri, laboratuvar hizmetleri ve tüketim giderleri ve mobil sağlık hizmetlerinin ulaşımı gibi konularda ek ödeme almaktadırlar (Ökem ve Çakar, 2015: 119). Tüm bu gelişmelerle birlikte 2002 yılında 6.076 olan aile sağlığı merkezi oda sayısı 2015 yılında 21.696; 2002 yılında 74.827.588 olan birinci basamağa müracaat sayısı, 2015 yılında 214.564.156 olmuştur (bk. Şekil 3.5).



Şekil 3.5 Türkiye’de Birinci Basamak Hekime Müracaat Sayısı ve Aile Sağlığı Merkezi Oda Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

Şekil 3.5’te görüldüğü üzere son yıllarda birinci basamağa olan müracaat sayısında 2002 yılına göre büyük artış olmuştur. Fakat bu artış oranının 2011 yılından itibaren azaldığı görülmektedir. Son yıllarda birinci basamağa olan müracaat sayısında görülen düşük seviyedeki azalmanın yanında, kademeli sevk zinciri sisteminin olmamasından kaynaklanan nedenlerden ötürü 2. ve 3. basamağa olan müracaatlarda artış görülmektedir (bk. Şekil 3.6). Bunun yanında 2. ve 3. basamağa olan artışın nedenlerinden biri de vatandaşların müracaat edecekleri hastaneyi seçerken herhangi bir kısıtlama (coğrafi gibi) olmamasıdır (Yılmaz, 2017: 205).



Şekil 3.6 Türkiye’de Kişi Başı Birinci Basamağa ve İkinci ve Üçüncü Basamağa Müracaat Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016

Hekimlik mesleğini etkileyen bir başka önemli gelişme 2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına Dair Kanun” (Resmi Gazete, 2003) olmuştur. Bu kanunla birlikte hekimler dahil olmak üzere personel temini açısından zorluk çekilen sosyo-ekonomik gelişmişliği düşük olan bölgelerde belirli bir süre aynı kurumda hizmet verme karşılığında devlet memuru olan personelle geçici bir sözleşme yapılması yolu açılmıştır. Bu sözleşmeye göre sözleşme yapılan personel normal maaşından daha fazla bir maaş ve performans geliri alacaktır (Atun vd., 2013: 78). Bu sözleşmeler, sözleşme yapmaya gönüllü personel ile yapılmaktadır. Sözleşmeli statüye geçen personel, aynı işi yapan diğer devlet memuru statüsündeki personelden daha yüksek gelir elde imkânına kavuşmuş olmaktadır (Dünya Bankası, 2014a: 8). Bununla birlikte TTB 4924 sayılı kanuna tabi çalışmayı güvencesiz çalışma olarak tanımlayarak, özellikle acil servislerde görev yapan hekimlerin bu tip çalışmaya zorlanmaması gerektiğini belirtmektedir (TTB, 2015a: 1).

2003 yılından itibaren Türk sağlık sistemi hasta odaklı bir yapıya dönmüştür. SDP sağlık hizmetinden yararlanan insanları reformların merkezine koymuştur. Sağlık Bakanlığı hastaları güçlendirmek, hasta haklarını geliştirmek ve hasta memnuniyetini artırmak için bir takım yasal ve örgütsel önlemler almaktadır. Hastaları güçlendirmenin bir yolu hasta haklarına verilen önemdir (Tatar vd., 2011: 30). SDP kapsamında hekim – hasta ilişkisini

etkileyen bir gelişme temelleri 1998 yılında atılan, 2003 yılında kabul edilen ve aktif olarak uygulaması 2005 yılında başlayan “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir. Bu yönetmelik hastalara sağlık sigortası ve sağlık hizmetini veren tarafların uyacağı; hizmetle ilgili bilgi verme, güvenilirlik ve hasta mahremiyetini sağlama, medikal girişimler için hastadan onam alınması gibi maddeleri kapsarken ayrıca hastaya hizmet almak istediği sağlık kurumunu, hastane hekimini ve aile hekimini seçme hakkını tanımaktadır. Hasta hakları yönetmeliğiyle birlikte hastalara almış oldukları sağlık hizmetinin kalitesi, hizmetten memnuniyet düzeyi, beklentileri, önerilerini ve şikayetlerini telefonla dile getirebilecekleri doğrudan bir kanal olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) devreye girmiştir. Bunun yanında hastalar bu tür konularda Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER)’ne ve hastanelerde bulunan Hasta Hakları Birimi’ne de başvuru yapabilmektedirler (Atun vd., 2013: 74). Ayrıca Sağlık Bakanlığı hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve artırılmasına önem vermekte ve periyodik olarak yapmış olduğu saha araştırmalarıyla memnuniyet düzeyini ölçmektedir (Tatar vd., 2011: 34). Özellikle 2003 yılında %39,5 olan hasta memnuniyet oranının 2015 yılında %72,3’e ulaşması dikkat çekicidir (bk. Tablo 3.2).

Hastanın güçlendirilmesiyle ilgili değinilmesi gereken başka bir konu hastanın güvenliği ve uğramış olduğu zararların karşılanması konusudur. Bu nedenle Tıbbi Kötü Uygulama (Malpraktis) konusu son yıllarda hekimlerin gündeminde olan bir konudur (Tatar vd., 2011: 34). Günümüzde bilgiye erişimin kolaylaşması ve teknolojik gelişmelerle birlikte hastalar geçmişe göre daha fazla bilinçli ve sorgulayıcı duruma gelmektedirler. Ayrıca medyanın da etkisiyle birlikte hekimler aleyhine yapılan hukuki başvuru sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle tıbbi malpraktis iddiasının ortaya atılması durumunda hekimler, ceza davası, hukuk (tazminat) davası, idari soruşturmalar ve meslek kuruluşu tarafından yürütülen disiplin işlemleri gibi hukuksal süreçlerle karşı karşıya gelebilmektedir (Ersoy, 2014: 29). Bununla ilgili olarak 2010 yılında hekimlere “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” yapma şartı getirilmiştir (Resmi Gazete, 2010). Hekimlerin branşlarına göre farklı risk dereceleri belirlenmiş ve sigorta prim tutarları risk derecelerinden hesaplanmaktadır. Son yıllarda yanlış ameliyat, teşhis, tedavi vb. nedenlerle hekim kusuru olarak açılan malpraktis davalarında artış meydana gelmiştir (bk. Tablo 3.4). Geçmişte hekimler tarafından çok üzerinde durulmayan malpraktis konusu artık hekimlerin gündeminde yer alan bir konu haline gelmiştir (Yıldırım, 2015: 123 - 125).

Tablo 3.4 Türkiye’de 2002 – 2014 Yılları Arasında Hizmet Kusuru İddiası ile Hekimlere Açılan Davalar ve Ödenen Tazminatlar

Açılan dava sayısı	4.470
Lehte sonuçlanan dava sayısı	3.546
Aleyhte sonuçlanan dava sayısı	764
Ödenen manevi tazminat tutarı	3.266.791 TL
Ödenen maddi tazminat tutarı	3.987.209 TL
Ödenen toplam tazminat tutarı	7.254.000 TL

Kaynak: Yıldırım, 2015: 123

1980’li yıllardan itibaren gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarının yeniden tasarlanmasında aktif bir rolde olan Dünya Bankasının (Erus ve Hatipoğlu, 2017: 554) ve IMF’nin danışmanlığında yürütülen SDP (Dünya Bankası, 2014b: 19) sayesinde Türkiye’nin makro sağlık göstergelerinde ve hasta memnuyetinde önemli iyileştirmeler olmuş (bk. Tablo 3.2) ve Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (2012: 28) tarafından diğer ülkelere bir başarı örneği olarak gösterilmektedir. Bunun yanında Türkiye’nin SDP reformlarını kısa bir sürede hayata geçirmesi dikkat çekici bir başka başarısıdır (OECD, 2014: 15; Akdağ, 2015: 3). Fakat sağlık hizmetini sunan hekimlerin hasta odaklı olarak nitelenen SDP’nin etkilerinden memnun olduklarını iddia etmek güçtür. Son dönemlerde dikkat çeken bir gelişme özellikle Türkiye’deki hekimlik mesleğinin tek çatı meslek örgütü olan TTB’nin çeşitli platformlarda hekimlerin SDP’nin etkilerinden duydukları hoşnutsuzları ve hekimlik mesleği üzerine olan olumsuz etkilerini vurgulaması olmuştur.

TTB, Tam Gün Yasası’yla birlikte mesleki otonomide meydana gelen aşınmalar ve deneyimli akademisyenlerin bu yasa nedeniyle kamu üniversitelerinden ayrılmalarının olumsuz etkileri, performansa dayalı ek ödeme sisteminin beraberinde getirdiği çeşitli problemler ve adaletsizlikler, hekimlerin gelirlerindeki ve özlük haklarındaki gerilemeler, akademik faaliyetlerin performans sisteminde yer almamasından ötürü meydana gelen problemler, sağlığa olan talebin kısa bir zaman içerisinde hızlı bir şekilde artması sonucunda hekimlerin aşırı derecede artan iş yükü, belirli hekim gruplarının sözleşmeye dayalı olarak çalışmasının olumsuz etkileri, hekim - hasta ilişkisinde meydana gelen değişimler, malpraktis

konusunun ve hekimlere karşı artan şiddetin etkileri, tıp eğitiminde meydana gelen değişimler ve eğitimin niteliğinin düşmesi, TUS sınavına giren genç hekimlerin tercihlerinde meydana gelen dikkat çekici değişimler ve mesleğin statüsünde meydana gelen kayıplar gibi meseleleri sıklıkla yayınlarında ve çeşitli platformlarda vurgulamaktadır (bk. TTB, 2003; 2005; 2006; 2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2011; 2012a; 2013a; 2013b; 2013c; 2014; 2015a; 2015b; 2015c; 2015d; 2015e).

Bu gelişmelere ilave olarak dikkat çekici bir başka gelişme SDP'nin mimarlarından olan Dünya Bankası (2014b) tarafından yapılan bir çalışmada tıpkı yukarıda aktarılan TTB'nin SDP'nin hekimler üzerine olan olumsuz etkilerini belirttiği konuların oldukça benzerlerini dile getirmesidir. Dünya Bankası'nın (2014b) raporunda şu meseleler öne çıkmaktadır: Hızla artan sağlık talebi karşısında hekimlerin iş yüklerinin aşırı derecede artması, performansa dayalı ek ödeme sisteminin eğitim, araştırma faaliyetlerini kapsamamasından ötürü ortaya çıkan niteliksel problemler, Tam Gün Yasası nedeniyle azalan mesleki otonomi, hekimlerin gelirlerinden ve özlük haklarından olan memnuniyetsizleri, deneyimli akademisyenlerin kamu üniversitelerini terketmelerinden kaynaklanan tıp araştırmalarındaki ve eğitimindeki niteliğin azalması problemleri, hekimlerin yapmak zorunda oldukları devlet hizmet yükümlülüğünün olumsuz etkileri, merkezi hekim randevu sisteminin her 15 dakikada bir randevu vermesi nedeniyle bu kadar kısıtlı bir zamanda nitelikli muayene yapılamaması, görülen komplike vakaların tıp fakültelerinde dahi ciddi şekilde azalması, hasta memnuniyetinin artmasına rağmen aslında verilen sağlık hizmetinin niteliğinin düşmesi, hekim – hasta ilişkilerinin zayıflaması ve hastaların hekimleri doğrudan Sağlık Bakanlığına şikayet etmelerinin hekimlere getirdiği ciddi prosedürel zorluklar ve meslek otonomisinde meydana gelen kayıplar. Ayrıca çalışmanın son bölümünde Sağlık Bakanlığına, sağlık sağlayıcısı olan hekimlerle yakın ilişki kurup, onlarla ilişkileri geliştirerek işbirliğini yeniden tesis etmesini ve tıp fakültesini tercih eden öğrencilerin sayı ve kalitesini dikkat bir şekilde yönetmesini tavsiye etmektedir (Dünya Bankası, 2014b: 18-28).

Nitekim SDP'nin hayata geçirilmesinde önemli rol oynayan politikacıların da özellikle sağlık hizmeti sağlayıcılarına ilave teşvikler verilerek, sağlık reformlarının onların pahasına yapılmadığı konusunda ikna edilmeleri gerekliliğini vurguladıkları, sağlıkta sürdürülebilir bir dönüşümün ancak hekimler dahil tüm sağlık sağlayıcılar ve hastalar kucaklandığında başarılı olabileceği belirtilmektedir (Akdağ, 2015:8)

Bu önemli gelişmeler ve tespitler ışığında bu tez çalışmasının amacı, sağlıkta dönüşüm politikalarına bağlı olarak Türkiye'deki hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimin meslekler sosyolojisi açısından ele alınmasıdır. Son dönemde sosyal bilimciler, devlet

regülasyonları ve politikalarında, sağlık hizmeti kullanıcılarında, piyasalaşma ve tüketici odaklı olma faaliyetlerindeki gelişmelere karşı bir yanıt olarak diğer tüm mesleklerin arketipi olarak görülen hekimlik mesleğindeki değişimi incelemeye başlamışlardır. Sağlıkta dönüşüm konusunda bir model ülke olarak gösterilen (Dünya Sağlık Örgütü, 2012: 28) ve sağlıkta dönüşüm politikalarının son derece hızlı bir şekilde hayata geçirildiği Türkiye’de (OECD, 2014: 15; Akdağ, 2015: 3) sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı olan hekimlerin bu politikalardan önemli derecede etkilendiği düşünülmektedir. Türkiye’de meslekler sosyolojisi açısından yapılan çalışmaların yok denecek kadar az olması (bk. Sunar ve Kaya, 2016: 272) bu araştırmanın önemini artırmaktadır. Bununla birlikte yakın zamanlarda meslekler sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda alanın kuramsal gelişimine katkı vermesi için merkez ülkelerin haricinde kalan özellikle gelişmekte olan ülkelerde yapılacak ampirik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (bk. Brock vd., 2014: 11). Hekimlik mesleğiyle ilgili değişimleri ele alacak bu çalışmanın meslekler sosyolojisi alanındaki yeni tartışmalar açısından oldukça zengin bir veri üretme potansiyeline sahip olduğu ve araştırma bulgularının alana önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın ayrıca son dönemde alanda görülmeye başlanan uluslar arası karşılaştırma ve değerlendirme çalışmalarına da katkı yapması beklenmektedir. Kuramsal katkının yanında bu çalışmanın hekimlik mesleğiyle ilgili politika yapıcılara, sivil toplum örgütlerine ve uygulayıcılara zengin veri sağlama potansiyeli bulunmaktadır. Bu çerçevede temel problematiği sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlik mesleğinin değişimi üzerine etkisi olan çalışmanın, ana araştırma soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Sağlıkta dönüşüm politikaları hekimlik mesleği ile ilgili hangi değişimleri meydana getirmiştir?
- Sağlıkta dönüşüm politikalarının getirdiği değişimler hekimlerin meslek algılarını nasıl etkilemektedir?

Bir sonraki bölümde bu araştırma sorularını yanıtlamak için gerçekleştirilen nitel çalışmaya yer almaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HEKİMLİK MESLEĞİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİME İLİŞKİN NİTEL BİR ARAŞTIRMA

4.1. Araştırma Yöntemi

Meslekler sosyolojisi alanı meslekleri, mesleklerin sahip olduğu özellikleri (Klegon, 1978: 259) ve tarihsel süreçte meydana gelen değişimleri inceleyen, genellikle çalışma sosyolojisi, iktisat, felsefe, psikoloji, tıp, sağlık politikaları, hukuk (Gorman ve Sandefur, 2011: 276; Susskind ve Susskind, 2015: 13) ve son dönemlerde örgüt çalışmaları (Brock vd., 2014: 1) gibi alanlardan beslenen interdisipliner bir araştırma alanıdır. Genel olarak sosyolojinin ana kuram, kavram ve metodolojik mirasından beslenen sosyolojinin görece bu yeni alanında, 1950’li yıllara kadar alana hâkim olan işlevselci yaklaşımın yerini Şikago Okulu’nun ortaya çıkmaya başlamasıyla birlikte sembolik etkileşimciler almaya başlamıştır. Sembolik etkileşimcilik bu alanda bir paradigma kırılması yaratmış ve böylece mesleği birebir deneyimleyen profesyonellerin analiz birimi olarak alındığı, sosyal bilimlerin yorumsamacı yaklaşımına dayanan nitel araştırmalar ön plana çıkmaya başlamıştır (Saks, 2016: 182). Nitel araştırma yöntemi desenlerinden meslekler sosyolojisi alanında kullanılan yöntemlerin başında,olguyu katılımcının bulunduğu bağlamda birebir inceleyerek veriyi birincil kaynaktan elde eden ve anlamaya çalışan fenomenolojik çalışmalar (bk. Correia vd., 2015; Carvalho, 2014; Hirvonen; 2015) gelmektedir.

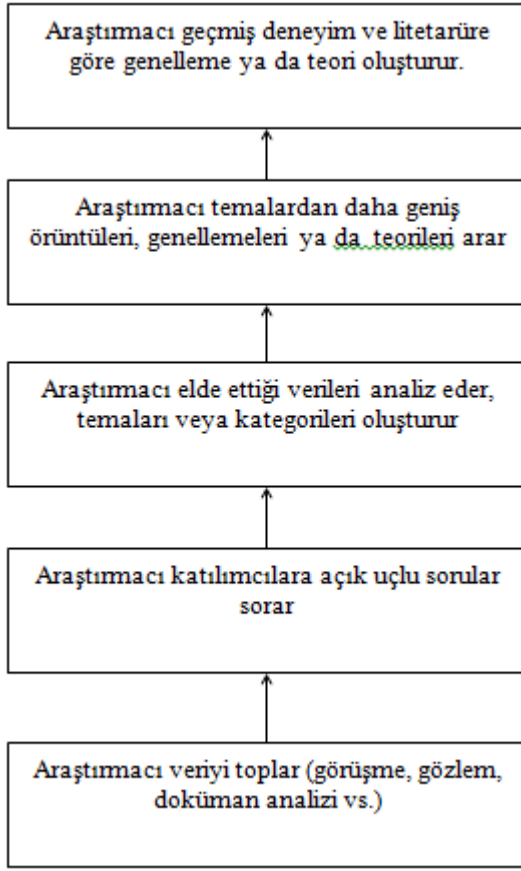
Nitel araştırma, görüşme (yüzyüze veya grup), katılımcı gözlem ve döküman analizi (belge veya elektronik) gibi veri toplama yöntemleri içeren (Tracy, 2013: 28-29), daha sonra toplanan verileri analize tabi tutarak araştırmacının yorumlamasına imkan veren; katılımcının deneyimlediği sosyal olguya ilişkin anlamların doğal ortamında ortaya konmasına yönelik stratejileri içeren araştırmadır (Baathe, 2015: 25). Nicel ve nitel araştırma geleneklerinin temel farkları Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1 Nicel ve Nitel Araştırma Gelenekleri Arasındaki Temel Farklar

	Nicel Araştırma	Nitel Araştırma
Veri Toplama Aracı	Cansız enstrümanlar (ölçekler, testler, anketler, bilgisayar)	Araştırmacının kendisi (görüşme, doküman, gözlem)
Odak Noktası	Nicelik (Ne kadar)	Nitelik (doğa ve öz)
Felsefi Temel	Pozitivizm, mantıksal ampirizm, gerçekçilik	Fenomenoloji, sembolik etkileşimcilik, yapısalcılık
Türleri	Deneysel, anket, yarı-deneysel	Fenomenoloji, kuram oluşturma, vaka analizi, etnografi
Eylem	Evrene genelleştirme	Tanımlamalar, anlayışlar, bütüncüllük (holistik)
Temel Amaç	Tahmin etme, kontrol etme, genelleştirme	Tanımlama, anlama ve yorumlama
Varsayım	Araştırmacı olay ve olgulara dışardan bakar, nesnel bir tavır geliştirir	Araştırmacı olay ve olguları yakından izler, katılımcı bir tavır geliştirir
Araştırma Tasarımı Özelliği	Önceden belirlenmiş, yapılandırılmış	Esnek, döngüsel, yinelemeli, etkileşimli
Araştırma Tasarımı Örneği	Gözlemsel epidemiyoloji, kohort çalışması	Hazır paket halinde bir araştırma tasarımı yoktur. Veri toplama, yöntem, analiz ve yorumlama stratejileri, araştırmanın amacı doğrultusunda seçilir

Kaynak: Baathe, 2015: 26 ve Merriam ve Tisdell, 2016: 20'den uyarlanmıştır.

Nitel araştırmada veri katılımcının bulunduğu ortamdan toplanır ve veri analizi tüme varım anlayışına göre yapılarak detaylı kodlardan genel temalara ulaşılır; ayrıca verinin anlamını yorumlama işini araştırmacı yapar (Cresswell, 2009: 4). Tüme varım anlayışına dayanan nitel araştırmanın aşamalarıyla ilgili örnek bir tasarım Şekil 4.1'de gösterilmektedir.



Şekil 4.1 Nitel Araştırmanın Aşamaları

Kaynak: Creswell, 2009: 63

Nitel araştırma desenlerinden biri olan fenomenolojik çalışmalar özellikle çevrenin ve şartların hızlı bir şekilde değiştiği durumlarda kullanılması yerinde olan bir araştırma desendir (Fortune ve Gillespie, 2010: 5; Bentz ve Shapiro, 1998). Fenomenoloji, katılımcıların bakış açısından insan deneyimlerini anlamaktır (Bentz ve Shapiro, 1998: 99). Yaşanılan deneyimleri anlamak, fenomenolojinin bir yöntem olmasının yanında onun bir dünya görüşü olarak da anılmasına sebep olmaktadır (Creswell, 2009: 13). Fenomenolojik çalışmalarda veri toplama yöntemleri olarak genellikle görüşme yöntemi, doküman analizi ve katılımcı gözlem yöntemi kullanılmaktadır (Eberle, 2014: 195). Fenomenoloji sürecinde araştırmacı kendi ön yargı ve deneyimlerini geri planda tutarak; araştırmaya katılan katılımcıların deneyimlerini kavramaya çalışır (Creswell, 2009: 13). Bazı araştırmacılar sosyoloji alanında yapılan fenomenolojik çalışmaların aslında fenomenolojik sosyoloji çalışmaları olduğunu belirtmektedir. Fenomenolojik sosyoloji, sosyal gerçekliğe sosyal bilimlerde yaygın olan işlevselci bakış açısıyla değil, toplumu oluşturan bireylerin deneyimleri üzerinden bakmaktadır. Fenomenolojik sosyoloji bir bakıma fenomenoloji ile

sosyolojinin sentezinden meydana gelmekte ve pozitivist sosyolojiye bir alternatif sunmaktadır (Eberle, 2014: 191). Kökleri Husserl ve Heidegger'ın felsefi tartışmalarına dayanan fenomenoloji, çoğunlukla sosyoloji, psikoloji, sağlık ve eğitim bilimleri alanlarında kullanılmaktadır (Creswell, 1998: 52). Fenomenolojik araştırmalarda veri kaynakları araştırmanın odaklandığı olguyu birebir deneyimleyen ve bu olguyu dışa vurabilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplardır (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 74). Bu tip araştırmalarda katılımcının olguya dair deneyimleri, katılımcının içerisinde yer aldığı bağlamın içerisinde anlaşılmaya çalışılır (Burgess, 2006: 3).

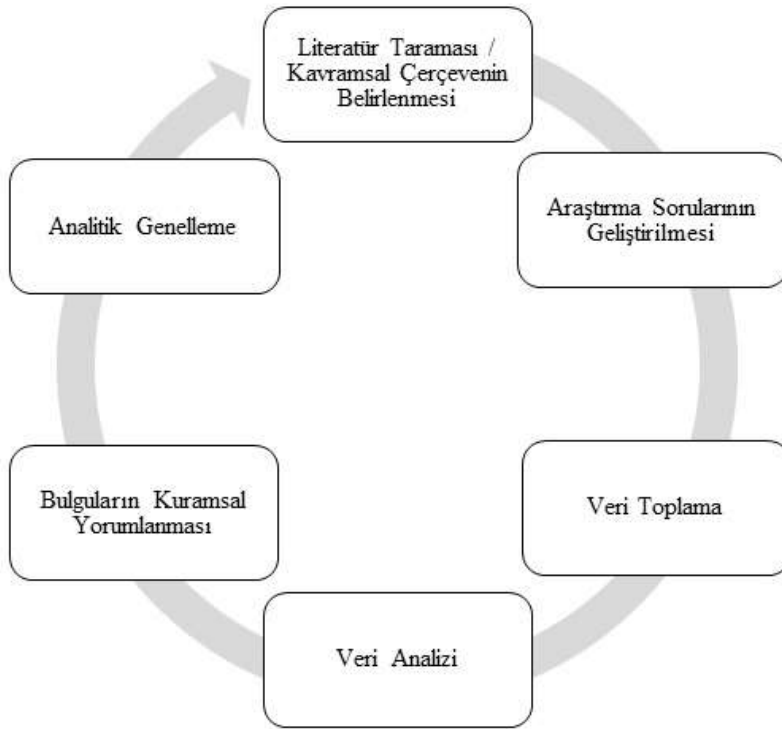
Buradan hareketle bu çalışmada, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlerin meslek algılarını nasıl değiştirdiği ve etkilediği olgusunu açıklamak için çalışmanın araştırma sorularına en iyi şekilde cevap verecek yöntemin araştırmacının olguyu katılımcının deneyimleri üzerinden derinlemesine anlamasına imkan veren ve tüme varım anlayışına dayanan ve “Ne” ve “Nasıl” sorularına odaklanan (Creswell, 2009: 131) nitel araştırma yönteminin ve araştırma deseni olarak, fenomenolojik yaklaşımın kullanılmasına karar verilmiştir. Fenomenolojik yaklaşım, katılımcıların deneyimlerini araştırmacının önyargı ve varsayımlarından muaf bir şekilde betimlemeyi amaçlamaktadır (Vivilaki ve Johnson, 2008: 89). Bu nedenle, katılımcıların ifadelerinin ve tanımlamalarının, araştırmacının varsayımlarına göre daha öncelikli olduğu bu yaklaşımı kullanmak; araştırmacının önyargıya (bias) düşme eğilimini de sınırlamaktadır. Ayrıca bu yöntem araştırmacıya, katılımcıların ortak deneyimlerini daha iyi anlamasına ve açıklamasına olanak vermektedir (Hill, 2014: 31). Yorumsamacı paradigmanın temel taşı olarak kabul edilen fenomenolojik yaklaşımın (Wojnar ve Swanson, 2007: 172) bu çalışmaya muhtemel bir katkısı; çalışmaya katılan hekimlerin meslekleriyle ilgili deneyimlemiş oldukları değişimleri, kendi bakış açılarına göre anlamlandırarak, doğrudan kendi ifadeleri ve kelimeleri üzerinden (own words) anlaşılmasının sağlanmasıdır.

4.2. Araştırma Tasarımı

Nitel bir araştırma yapılırken daha önce kesin kurallarla belirlenmiş, izlenecek, net bir araştırma tasarımından bahsetmek mümkün değildir. Bunun yerine araştırmacı sosyal bir olguyu en şekilde anlayabilmek için olguya ait veriyi en iyi şekilde toplamak ve araştırmanın amacı doğrultusunda yorumsamacı bir şekilde analiz etmek için araştırma tasarımı ile ilgili kararları bizzat kendisi almaktadır (Denzin ve Lincoln, 2011; Baathe, 2015: 26). Doğası gereği sabit değil, esnek olan nitel araştırmanın tasarımı, araştırmanın her bir aşamasında döngüsel (reflexive), yinelemeli (iterative) ve etkileşimli bir süreç olarak işlemektedir. Buna

literatür tarama (Thornberg, 2012: 252), veri toplama, veri analiz aşamaları, bulguların yorumlanması süreçlerinin hepsi dahildir (Maxwell, 2012: 12) (Şekil 4.2).

Sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlik mesleğinde ne gibi değişimler meydana getirdiği ve bu değişimlerin hekimlerin meslek algılamalarını nasıl etkilediği sorularına dayanan bu çalışmada, öncelikle araştırma konusu olan hekimlik mesleği ve meslekler sosyolojisi ile ilgili detaylı bir literatür taraması yapılmıştır. Bu süreçte hekimlik mesleği ile ilgili farklı ülkelerde meydana gelen gelişmeler, düzenlemeler ve değişimler ağırlıklı olarak incelenmiştir. Tüm bu incelemeler sonucunda ortaya çıkarılan kavramsal çerçeveye göre araştırma soruları belirlenerek veri toplama sürecine geçilmiştir. Literatür taraması nitel araştırmanın doğasına uyumlu bir şekilde veri toplama ve veri analiz aşamalarında da sürekli olarak döngüsel bir şekilde devam etmiştir (Thornberg, 2012: 252).



Şekil 4.2 Nitel Araştırmanın Döngüsel Niteliği

Kaynak: Merriam ve Tisdell, 2016'dan uyarlanmıştır.

Araştırmanın kuramsal ve yöntem bölümüne katkı vermek, araştırma bağlamını daha yakından tanıyabilmek ve araştırmanın geline aşamalarıyla ilgili geri bildirim alabilmek amacıyla araştırmacı, literatür taraması sürecinden başlayarak, veri toplama ve analiz süreçleri

dahil olmak üzere Türkiye ve yurtdışında araştırma konusuyla ilgili ulusal ve uluslar arası kongre, toplantı ve panellere katılmıştır¹⁵.

Araştırmada veri toplama yöntemlerinden doküman analizi, derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi birlikte kullanılmıştır. Nitel araştırmaların büyük bir çoğunluğunda doküman incelemesi genellikle, ana veri kaynağı olarak ele alınan görüşmelerden elde edilen verileri tamamlayıcı, destekleyici bir veri kaynağı olarak ele alınmaktadır (Perakyla ve Ruusuvoori, 2011: 530). Bu araştırmada da veri çeşitlendirmesi (triangulation) yapılarak, ana veri kaynağı olarak derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Destekleyici veri kaynağı olarak ise doküman analizi yapılmıştır.

4.2.1. Doküman Analizi

Bir araştırmada hedeflenen olgu ve olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsayan doküman analizi (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 187), görüşmelerden farklı olarak araştırmadan bağımsız olarak önceden üretilmiş oldukları için reaktif olmayan bir özelliğe sahip olsa da araştırmanın bağlamına yerleşiktir. Her tür doküman araştırmacının olgunun anlamını daha iyi ve detaylı bir şekilde anlamasına, katılımcıların günlük olarak kullandıkları dil ve kelimelere aşina olmasına (Creswell, 2009: 180) ve araştırma sorusuna ilişkin yeni kavrayışlar geliştirmesine yardım eder. Dokümanlar basılı belgeleri kapsamakla beraber elektronik ortamda bulunan belgeleri de içerir (Merriam ve Tisdell, 2016: 189). Bu kapsamda çalışmanın ilk aşamasında, Türkiye’deki hekimlik mesleğini temsil eden en önemli meslek örgütü niteliğindeki Türk Tabipler Birliği (TTB)’nin rapor ve yayınlarına başvurulmuştur. Greenwood ve arkadaşlarının (2002: 65) belirttiği üzere meslek örgütleri belgelendirme süreçlerine büyük önem vermekte, özenle hazırladıkları ve kamuoyuna açık olan rapor, istatistikler, toplantı sonuçları, faaliyet raporları, komitelerin ve alt komitelerin

¹⁵Araştırmacının dinleyici olarak katıldığı bilimsel etkinlikler:

- Aralık 2015, Antalya Tabip Odası’nın düzenlediği Meslek Örgütleri Üzerindeki Baskı ve Sağlıkta Şiddet Paneli.
- Ocak 2016, sağlık sektöründe faaliyet gösteren özel bir kurumun düzenlediği, Tıbbi Hata ve Hekim Sorumluluğu Toplantısı
- Mart 2016, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilen 6. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi
- Temmuz 2016, Uluslar arası Sosyoloji Birliği (ISA) tarafından Viyana’da düzenlenen 3. Sosyoloji Forumu, Meslekler Sosyoloji Çalışma Komitesi oturumları

Araştırmacının bildiri ile katıldığı bilimsel etkinlikler:

- Eylül 2016, Avrupa Sosyoloji Birliği (ESA), Meslekler Sosyolojisi Çalışma Grubu tarafından Portekiz Aveiro’da düzenlenen kongre
- Haziran 2017, ISA Meslekler Sosyolojisi Çalışma Grubu tarafından Oslo’da düzenlenen “Meslekler ve Profesyonellikteki Değişim” konulu kongre

faaliyet raporları, başkanın mesajları, toplantı raporları, dergiler, basın açıklamaları gibi adeta meslekle ilgili bir yazılı arşiv konumundadırlar. Buradan hareketle TTB ve TTB'ye bağlı tabip odalarının resmi internet sayfalarında SDP'nin başladığı yıl olan 2003 yılından itibaren SDP ile ilgili ve kamuoyu erişimine açık olan, rapor, kongre, çalıştay, panel toplantı sonuç raporu, basın açıklaması, başkanın ve merkez konsey üyelerinin mesaj ve değerlendirmeleri, kamuoyunu bilgilendirme broşür ve notları gibi dokümanlar incelenmiştir. Bu aşamada araştırma sorularına uyumlu bir şekilde sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlik mesleğini doğrudan ilgilendiren yönleriyle ilgili tespitler yapılmış ve literatür taramasından elde edilen konularla karşılaştırmıştır. Öne çıkan başlıklar: *Mesleki otonomi, hekim – hasta ilişkileri, şiddet, eğitim ve öğretim meseleleri, malpraktis düzenlemeleri, meslek örgütlerinin rolü ve mesleğin imaj ve statüsüdür*. Bu konulardan hareketle sahada derinlemesine görüşmeler sırasında katılımcılara yöneltilecek olan sorular geliştirilmiştir (bk. Ek2). Ayrıca doküman analizi, nitel araştırmanın döngüsel ve yinelemeli doğasına uyumlu olarak, araştırmanın her safhasında sürekli olarak devam etmiştir.

4.2.2. Görüşmeler

Fenomenolojik araştırmalar araştırma konusu olan olguyu birebir yaşayarak deneyimleyen bireylerin bakış açılarıyla anlamlandırarak, olgunun derinlemesine anlaşılmasını amaçlamaktadır (Merriam ve Tisdell, 2016: 227). Bu doğrultuda çalışma grubu ve katılımcılarıyla ilgili kriterler belirlenmiştir. Hekimlik mesleği üzerine yapılan bu çalışmada, olgu üzerinde en derin ve zengin bilgi elde edilecek kişiler olarak mesleği icra eden hekimler belirlenmiştir. Çalışma grubu gerçekleştirilebilirlik, erişilebilirlik, uygunluk ve gönüllülük esasları temelinde (Creswell, 1998: 112-114) araştırmacının ikamet ettiği il olan Antalya'da farklı branş, kurum ve basamaklarda görev yapan hekimlerden seçilmiştir. Katılımcılardan zengin ve derinlikli verinin elde edilmesi amacıyla, nitel araştırmalarda kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden bir kaçını bir arada kullanılmıştır.

Görüşmelere¹⁶ katılacak hekimler için araştırmanın amacı doğrultusunda, en az 15 yıllık mesleki tecrübeye sahip olma kriteri kullanılmıştır. Bunun nedeni SDP'nin 2003 yılından itibaren uygulamaya konulması dolayısıyla, hekimlerin önceki sağlık sistemiyle, SDP'den sonraki sağlık sistemini karşılaştırmalarının mümkün olmasıdır. Ayrıca maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak, farklı branşlarda, farklı basamaklarda ve farklı kurumlarda

¹⁶ Görüşme aşamasına geçmeden önce Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan araştırma için etik izin alınmıştır.

(kamu – özel) görev yapan hekimlere ulaşılarak çeşitlilik ve farklılık gösteren durumlar arasında ortak ve paylaşılan olguların olup olmadığı bulunmaya çalışılmıştır. Derinlemesine görüşmeler sırasında kullanılan bir başka amaçlı örneklem tipi kar topu örneklemesidir. Yukarıda belirtilen kriter ve çeşitliliğe uyan bir şekilde araştırma olgusu hakkında derin ve zengin bilgi alınabilecek hekimlere zaman zaman bu şekilde referans gösterilerek ulaşılmaya çalışılmıştır. Tüm bunlar dikkate alınarak oluşturulan araştırmanın çalışma grubu, *farklı branşlarda, farklı basamaklarda ve farklı (kamu –özel) kurumlarda görev yapan en az 15 sene mesleki tecrübeye sahip, bunun yanında olgu hakkında derin ve zengin bilgi sahibi olduğu düşünülen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 57 hekimden* oluşmaktadır. Derinlemesine görüşmeler için veri toplama işlemi belirtilen kriter doğrultusunda maksimum çeşitlilik sağlanıncaya kadar ve bunun yanında araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı veri doygunluğu (data saturation) aşamasına ulaşıncaya kadar devam ettirilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 115).

Derinlemesine görüşme yapılan hekimlerin demografik özellikleri şu şekildedir: Araştırmaya katılan hekim sayısı 57'dir (15 kadın, 42 erkek). Bu hekim grubu içerisinde dahili tıp bilimlerinden 30, cerrahi tıp bilimlerinden 20 ve temel tıp bilimlerinden 7 katılımcı ile görüşülmüştür. Hekimlerin mesleki tecrübeleri 15 ila 39 yıl arasında değişmekte olup ortalama olarak 26,2 yıldır. Üçüncü basamakta görev yapan hekim sayısı 34, ikinci basamakta görev yapan hekim sayısı 18, birinci basamakta görev yapan 4'tür. Ayrıca 1 hekim emekli statüsünde olup serbest muayenehanesinde görev yapmaktadır. Kamuda çalışan hekim sayısı 46, özel sektörde çalışan hekim sayısı ise 11'dir. İdari görevi olan (başhekim, ana bilim dalı başkanı, eğitim sorumlusu, idari sorumlu, özel kurum ortağı) hekim sayısı 14'tür.

Görüşmeler sırasında literatür taraması ve doküman incelenmesi sonucunda oluşturulmuş olan yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (bk. Ek2). Görüşme soruları hazırlanırken, soruların açık uçlu ve kolay anlaşılabilir olmasına, yönlendirmekten kaçınmaya ve soruların mantıklı bir biçimde düzenlenmesine dikkat edilmiştir (Merriam ve Tisdell, 2016: 120). Görüşme soruları şu konulara yönelik hazırlanmıştır:

- Mesleği seçme nedeni ve mesleki kariyer
- SDP'nin hekimlik mesleği üzerine etkileri
- Hekim – hasta ilişkileri, malpraktis düzenlemesi ve şiddet
- Tıp eğitimi
- Meslek örgütleri
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp

- İmaj ve statü

Yukarıda belirtilen konuları içeren görüşme formu, özellikle ilk görüşmeler sırasında şekillenmeye devam etmiş, konular aynı kalmak suretiyle, soru ifadeleri daha anlaşılır ve yalın bir hale getirilerek görüşme formunun son hali oluşturulmuştur.

Görüşmeler yaklaşık 3 aylık bir sürede tamamlanmıştır (Nisan – Haziran 2016). Ortalama 50 dakika süren (40-100 dakika arasında değişmektedir) ve ses kaydı yapılarak gerçekleştirilen görüşmelerin başında, katılımcılara araştırmanın amacı, içeriği ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren gönüllü katılım formu (bk. Ek1) verilmiştir. Bu formda ayrıca etik ilkelere de yer verilerek gizlilik taahhüdünde bulunulmuş ve isteyen katılımcının sebep bildirmeksizin araştırmadan isteği an çekilebileceği kendilerine bildirilmiştir. Hekimlerin çok yoğun bir çalışma temposu içinde olmaları nedeniyle, yapılacak mülakatlardan yaklaşık 1 hafta öncesinden katılımcılarla görüşülerek kendilerine araştırmayla ilgili ön bilgi verilmiş, mülakat tarihi ve saati planlanmıştır. Mülakatlar farklı zaman ve mekanlarda (hekimlerin çalışma ofislerinde, öğlen yemek ve dinlenme aralarında, günlük mesai öncesinde, nöbet çıkışlarında hastanede veya hastane dışı mekanlarda, hekim dinlenme odalarında) gerçekleştirilmiştir. Kayıt yapılmasını istemeyen katılımcılarla yapılan görüşmelerde ise ayrıntılı not tutulmuştur.

Araştırmanın en önemli zorluklarından birisi hekimlerin görüşme için boş bir zamanını yakalamak olmuştur. Gerek kamuda gerek özel sektörde çalışan hekimlerin hasta yüklerinin çok olduğunu ifade etmeleri üzerine hekimlerin nispeten daha az hasta baktıkları boş zamanlarında ulaşılmaya gayret gösterilmiştir. Bazı hekimlerle önceden randevu alınmasına rağmen, iş yoğunluğu nedeniyle veya son anda çıkan ameliyatlardan dolayı görüşülememiştir, bazen de çok kısa sürede görüşmenin bitirilmesi talebi nedeniyle görüşmeden vazgeçilmiştir. Kesintiye uğrayan bazı görüşmeler daha sonraki uygun zamanlarda tamamlanmıştır. Araştırmanın bir başka zorluğu ise hekimlerin kullandığı mesleki terminolojiye, araştırmacının aşına olmamasıdır. Bu sorun da birkaç görüşmenin ardından giderilmiştir. Araştırmacı görüşme sorularını ve görüşme sırasında kullandığı dili bu süreçte revize etmiştir.

4.2.3. Odak Grup Görüşmesi

Derinlemesine görüşmeler devam ederken, özellikle tıp fakültelerindeki eğitim-öğretim konusunun en çok vurgulanan konulardan biri olarak öne çıkması, bu konunun daha yakından incelenmesi gerekliliğini göstermiştir. Nitel araştırmanın esnek araştırma tasarımına uygun olarak, eğitim – öğretim süreçlerini güncel olarak birebir deneyimleyen, mezun

olmalarına bir kaç ay kalmış ve intern hekim olan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinden 5 kişi ile (3 erkek ve 2 kız) odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir.

Odak grup görüşmesi, aynı anda bir çok bireyle görüşme yapılmasına olanak sağlar; derinlemesine görüşmeler sırasında elde edilemeyecek bazı bilgilerin bu görüşmenin etkileşimli, destekleyici ve sinerjik tartışma doğası nedeniyle katılımcıların görüşlerini daha açık ve cesaretli bir şekilde dile getirmesine ve zengin bilgi elde edilmesine imkan verir (Marshall ve Rossman, 2006: 114). Böyle bir görüşme ortamının oluşabilmesi için katılımcıların özelliklerinin birbirine benzer olduğu homojen grup olmasının rolü büyüktür (Kamberelis ve Dimitriadis, 2011: 559).

Görüşme öncesi, katılımcılara araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi ve etik ilkelerle ilgili bilgileri içeren gönüllü katılım formu (bk. Ek1) verilmiştir. Ses kaydı yapılarak gerçekleştirilen görüşme sırasında katılımcılara özellikle tıp eğitimiyle ilgili sorular sorulmuştur (Ek3). Ele alınan ana konular:

- Tıp fakültesini tercih etme nedenleri
- Tıp eğitimi ve öğretimi ile ilgili konular
- Mesleğin imajı ve statüsü ile ilgili görüşleri

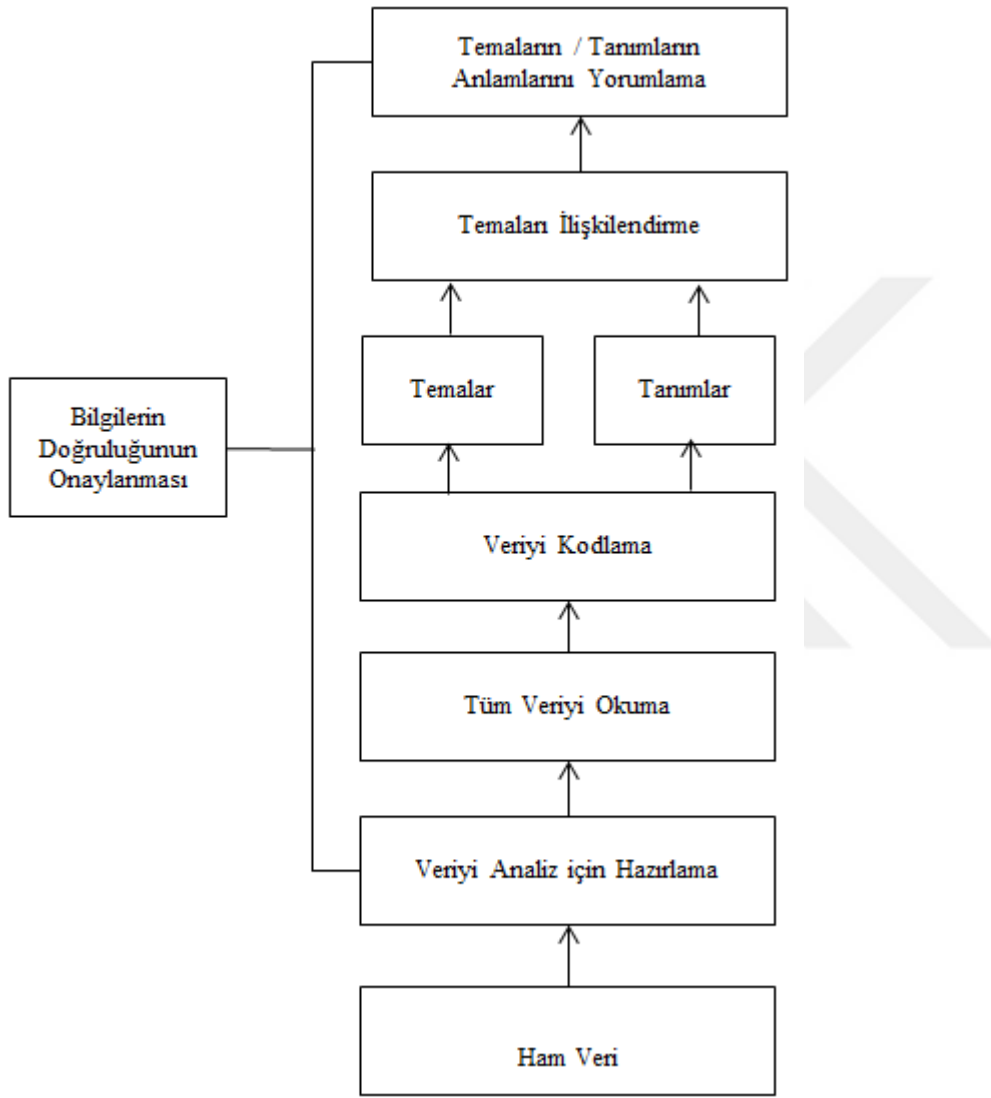
Odak grup görüşmesinden elde edilen veriler, doküman analizinden ve derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerle büyük benzerlik gösterdiğinden, ikinci bir odak grup görüşmesi yapılmasına gerek duyulmamıştır. Görüşme sırasında katılımcılardan olguya yönelik olarak tam, zengin ve derin bilgi elde etmeye çalışılmıştır.

Özetle nitel çalışmalarda birden fazla veri toplama yönteminden yararlanmanın araştırmanın niteliğini, güvenilirlik ve geçerliliğini artırması nedeniyle (Flick, 2007: 43), bu çalışmada doküman analizi, derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi yöntemleri kullanılarak veri çeşitlendirmesi sağlanmıştır. Bu şekilde veri kaynakları arasında çapraz kontrol yapılmış ve böylece araştırmanın inandırıcılığı güçlendirilmiştir (Merriam ve Tisdell, 2016: 245).

4.3. Veri Analizi

Tüme varım anlayışına dayanan nitel çalışmalarda araştırmacı örüntüleri, kategorileri ve temaları aşağıdan yukarıya doğru (bottom up) bir anlayışla oluşturur. Bu süreçte araştırmacı veriden kapsayıcı niteliğe sahip nihai temaları elde edene kadar, temalara ve veri setine sürekli, tekrarlayan bir şekilde, başa dönerek ve tekrar ilerleyerek, süreci tekrarlar (Creswell, 2009: 175). Veriler analiz edilirken, bir yandan da literatür taramasına devam

edilir. Araştırmacı analiz sırasında verilerden elde edilen kodlar, temalar ya da yeni fikirlerden elde ettiği yeni konuları literatüre geri dönerek ilişkilendirmeye gayret eder. Sonunda ulaşılan tema listesi literatürle tekrar karşılaştırılır ve araştırmanın literatüre yeni bir tema eklemesi durumu meydana gelebilir (Thornberg, 2012: 252).



Şekil 4.3 Nitel Araştırmada Veri Analizi

Kaynak: Creswell, 2009: 185

Araştırma tasarımı bölümünde belirtildiği gibi bu araştırmada ana veri kaynağı olarak derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmesi ve destekleyici veri kaynağı olarak ise doküman analizi kullanılmıştır. Doküman analizinin tamamlayıcı veri olarak kullanıldığı araştırmalarda, dokümanların analizi, bu ampirik materyallerin öncelikle araştırmanın amacı doğrultusunda okunması, daha sonra başa dönerek tekrar tekrar okunması ve bunlardan çeşitli

ana temalar oluşturularak çeşitli önvarsayımlara ulaşılmasını içermektedir (Perkylä ve Ruusuvaara, 2011: 530). Bu çalışmada kullanılan TTB'ye ait dokümanlar, bu doğrultuda analiz edilerek görüşmelerden elde edilen verilerle uyumlu çeşitli önvarsayımlara ulaşılmıştır.

Derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerin analizi Creswell'in (2009: 185-190) nitel araştırmalarda önerdiği veri analizi sürecine göre yapılmıştır (bk. Şekil 4.3). Öncelikle derinlemesine görüşmelerden ve odak grup görüşmesinden elde edilen ham veriler, veri analizi yapılması amacıyla kelimesi kelimesine deşifre edilerek bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Ses kaydı yapılmayan görüşmeler ise tutulan ayrıntılı notlardan bilgisayar ortamına aktararak (Waring ve Bishop, 2013: 150) toplamda 346 sayfalık bir ham veri metni oluşturulmuştur. Veri analizi sürecinde içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizindeki temel amaç, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir şekilde düzenleyerek yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 227). Bu doğrultuda öncelikle ham veri metni hiç bir yorumlama kaygısı taşımadan okunarak, araştırma sorusuyla ilişkili olmayan kısımlar çıkarılmıştır. Bu süreçte veriler bir kaç kez ayrıntılı olarak tekrar yeni baştan okunmuş, araştırma soruları doğrultusunda katılımcıların olguya ilişkin genel anlamdirmalarına ulaşmaya çalışılmıştır. Daha sonra kodlama aşamasına gelinmiştir. Kodlama verileri bir takım parçalara ayırma sürecini kapsayan bir süreçtir (Creswell, 2009: 186). Nitel araştırmalarda kodların oluşturulmasında tündengelimli bir yaklaşım benimsenerek kodlar önceden belirlenebildiği gibi, kodların verilerin analizi sonucu ortaya çıktığı tümevarımsal bir analiz de gerçekleştirilebilmektedir (Given, 2008: 87-89). Bu çalışmada tümevarımsal bir yaklaşım benimsenerek, kodlar verilerden elde edilmiştir. Kodlama yapılırken tüm deşifre metinleri dikkatlice tekrar okunmuş, okunurken çeşitli notlar alınmış, daha sonra görüşmeler içerisinde zengin içeriğe sahip bir deşifre metni seçilerek, bu metinde geçen yüzeyin altındaki alt anlamlara ulaşmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda elde edilen kodlar diğer görüşme metinleriyle sürekli karşılaştırılarak kod listesi revize edilmiştir. Sonraki aşamada benzer örüntülere sahip kodlar ilişkilendirilip bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur. Temaların içeriğine göre tanımlamaları yapılmış, benzer temalar bir araya getirilerek, ana temalar elde edilmiştir. Elde edilen alt ve ana temaların başlıkları, elde edilen temaların literatürde daha önce yer aldığı durumlarda literatürdeki benzer kavramlardan belirlenmiş, elde edilen temaların literatürde yer almadığı durumlarda ise uygun tema başlıkları araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Veri analizinden toplam 5 ana tema ve 12 alt tema elde edilmiştir. Elde edilen ana ve alt temalar, tanımları ve bu temalardan örnek alıntılar araştırma bulguları bölümünde ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

4.4. Güvenirlik ve Geçerlik

Nitel veya nicel tüm araştırmaların geçerli ve güvenilir, etik yasalara uygun bilgi üretmeleri beklenmektedir (Merriam ve Tisdell, 2016: 237). Nitel araştırmanın doğasına uygun olarak geçerlik ve güvenilirlik tanımları nicel araştırmalara göre farklılık göstermektedir. Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik yerine kullanılan kavramlar inanılrlık, aktarılabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirliktir (Bryman, 2008: 377-378; Creswell, 2009: 190; Merriam ve Tisdell, 2016: 242).

İnanılrlık ya da iç geçerlik, araştırma bulgularının gerçeklikle ne kadar uyumlu olduğuyla ilgilidir. İç geçerliğı artıran en önemli faktör veri çeşitlenmesine gidilmesidir. (Merriam ve Tisdell, 2016: 242). Nitekim araştırmada iç geçerliğı artırmak için veri çeşitlendirmesi yapılmıştır (derinlemesine görüşme, odak grup görüşmesi ve doküman analizi). Ayrıca araştırmanın veri toplama aşamasında yeterli veri toplanarak, sahada uzun süre kalınmış, veri doygunluğuna ulaşılmıştır. Görüşmeler sırasında elde edilen bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ve gizliliğı konusunda katılımcıya verilen taahhüt sonucunda karşılıklı güvenin sağılanması ve doğru bilginin elde edilmesinde yardımcı olmuştur.

Aktarılabilirlik ya da dış geçerlik, araştırma bulgularının diğeri benzer durum ve bağlamlarda uygulanabilirliğı anlamına gelmektedir (Bryman, 2008: 378). Nitel araştırmalarda genelleme kavramı yerine aktarılabilirlik kavramının benimsenmesi, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlarda genellenemeyeceğı, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması anlamına gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011: 270). Bunu artırabilmek için araştırma süreci ayrıntılı bir şekilde betimlenmiştir (Creswell, 2009: 191). Bu süreçte araştırma yöntemi, araştırma tasarımı, veri toplama yöntemleri, örneklem ve örneklem seçimi, veri analizi aşamaları ve araştırmadan elde edilen bulgular ve sonuçlar detaylı bir şekilde aktarılmıştır. Dış geçerliğı artıran bir başka faktör de amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan maksimum çeşitlilik örneklemini kullanmaktır (Merriam ve Tisdell, 2016: 257). Bu doğrultuda araştırılan olguya ilişkin zengin, derin ve geniş bir bakış açısı yakalabilmek için farklı branşlarda, kurumlarda ve basamaklarda görev yapan katılımcılara başvurmak amacıyla amaçlı örneklem yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örneklemesine başvurulmuştur.

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalarda klasik olarak kullanılan güvenilirlik olgusu geçerli değildir. Çünkü nitel araştırmanın doğası gereğı olguların zamana bağılı olarak aynen tekrar edilmesi mümkün olmaz. Nitel araştırmalarda araştırmacı ve yöntemi birbirinden ayırt etmek mümkün olmadığından (Stenbacka, 2001: 552) güvenilirlik yerine tutarlılık ve teyit edilebilirlik kavramları kullanılmaktadır (Bryman, 2008: 378). Tutarlılık veya içgüvenirlik;

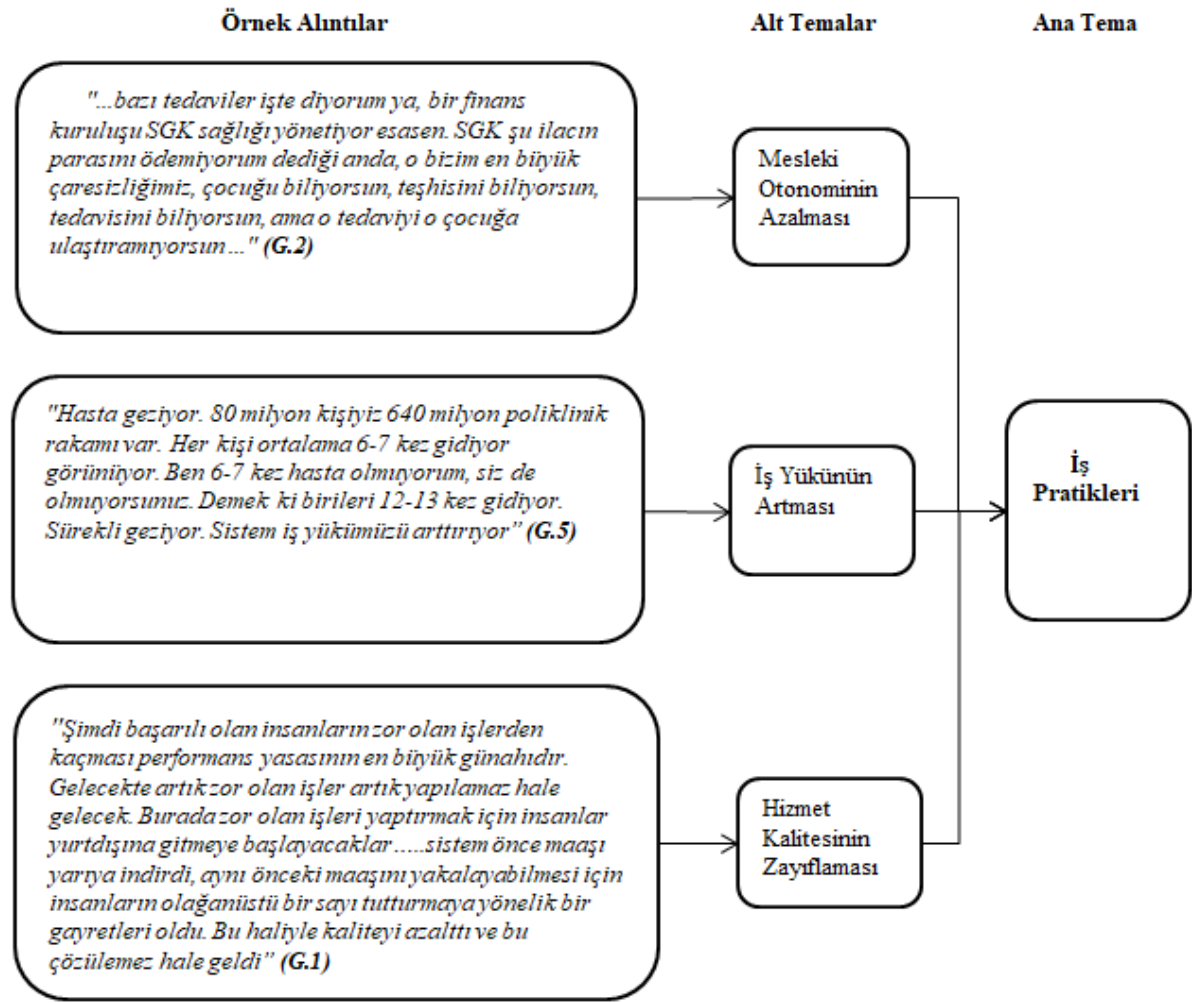
aynı araştırmanın başka bir araştırmacı tarafından aynı veriyi kullanarak yapılması durumunda aynı sonuçlara ulaşip ulaşmayacağına ilişkin bir kavramdır (Merriam ve Tisdell, 2016: 251). Bununla ilgili olarak araştırma sırasında toplanan verilerin orijinalliği korunarak, bulgular bölümünde katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar yapılmıştır.

Nitel araştırmalarda tematik kodlamanın taşınması gereken en önemli özelliklerden biri, aynı metni aynı amaç doğrultusunda kullanan başka bir araştırmacının büyük ölçüde benzer sonuçlara ulaşabileceği açıklıkta olmasıdır (Tavşancıl ve Aslan, 2001: 80-81). Bu doğrultuda araştırmacı tarafından tematik kodlamaya son hali verildikten sonra ek değerlendirecilere başvurulmuştur. Bunun için öncelikle tüm alt temaları ve açıklamalarını içeren bir tema tablosu ve görüşmeler arasından seçilen doğrudan alıntılarının olduğu bir eşleştirme tablosu hazırlanmıştır. Özdemir (2013: 285) bu tablonun, toplanan verilerin en az %10'unun karşılaması gerektiğine işaret etmektedir. Bu araştırmada odak grup görüşmeleri dahil toplam 62 kişiyle görüşme yapıldığından, eşleştirme tablosunda en az 7 görüşmeden doğrudan alıntı yapılması yeterli görülmüştür. Tablolar hazırlandıktan sonra sosyal bilimler nitel araştırma yöntemlerinde uzman iki akademisyene, hazırlanan ek değerlendirici formu (bk. Ek4) gönderilmiştir. Geri dönen formlar karşılaştırılmış; iki değerlendirici arasındaki tutarlık SPSS 20.0 programıyla vasıtasıyla Cohen Kappa katsayısı ile ölçülmüştür. Sonuç olarak 0,92'lik bir uyum elde edilmiştir. Landis ve Koch'a göre (1977: 165), Cohen Kappa sayısının 0,81 ile 1,00 arasında olması mükemmel uyumdur. Değerlendirmelerin ardından, ek değerlendirmecilerle geri bildirim görüşmesi yapılmış ve gerekli düzeltmeler de yapılarak iç güvenilirlik artırılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın dış güvenilirliğiyle ilgili olarak ise araştırmacı tüm araştırma süreci boyunca kendi eleştirel farkındalığının bilincinde olmaya gayret etmiş, sonuçlara araştırmacının bireysel varsayım ve inançlarından bağımsız olarak, sadece toplanan veri üzerinden ulaşmaya çalışılmıştır.

4.5. Bulgular

İçerik analizi sonucunda, *mesleki otonominin azalması, iş yükünün artması, hizmet kalitesinin zayıflaması, hekim meslektaş ilişkilerinde değişim, hekim hasta ilişkilerinde değişim, gelirlerin yetersizliği, gelirlerin eşitsizliği, eğitimin niteliğinin zayıflaması, usta çırak ilişkilerinde değişimler, genç hekimlerin uzmanlık tercihlerindeki değişimler, meslek saygınlığının zayıflaması, meslek örgütlerinin politik gücünün zayıflaması* alt temalarına ulaşılmış; daha sonra benzer örüntülere sahip alt temalar bir araya getirilerek ana temalar belirlenmiştir. Bu temalar; *iş pratikleri, ilişkiler, ekonomik koşullar, eğitim, öğretim ve kariyer süreçleri, mesleki güç ve itibar algısı* olarak belirlenmiştir.

Bu aşamada bir kodlama örneği verilerek alt ve ana temalara nasıl ulaşıldığı açıklanacaktır. Örneğin ham veri metninde yer alan SGK ve SUT uygulamaları gibi hekimlerin günlük karar alma süreçlerine etki eden benzer ifadeler bir araya getirilerek, hekimlik mesleğiyle ilgili alan yazında kullanılan mesleki otonomiyle ilişkili bulunmuş ve bu nedenle ulaşılan alt temaya mesleki otonominin azalması denilmiştir. Sevk zinciri sisteminin ortadan kalkmasıyla birlikte hekime ulaşımın kolaylaşarak, hekime başvuru sayısının artması konusuyla ilgili benzer ifadeler bir araya getirilmiş ve iş yükünün artması alt temasına ulaşılmıştır. Nitelikten ziyade niceliğe verilen önem, riskli işlemlerden kaçınarak riski az olan gelir getirici basit işlemlere yönelme konusundaki benzer ifadeler bir araya getirilerek hizmet kalitesinin zayıflaması alt temasına ulaşılmıştır. Daha sonra benzer örüntülere sahip olan mesleki otonominin azalması, iş yükünün artması ve hizmet kalitesinin zayıflaması alt temaları bir araya getirilerek iş pratikleri ana teması elde edilmiştir. Tüm alt ve ana temalar, görüşmecilerin büyük bir çoğunluğunun yer yer de tümünün ortak bir şekilde ifade ettikleri örüntülerin bir araya getirilmesi neticesinde ortaya çıkmıştır. Bu durum temaların oluşturulmasını oldukça kolaylaştırmıştır. Şekil 4.4'te örnek kodlamayla alt temaların ve ana temanın elde edilmesi gösterilmektedir:



Şekil 4.4 Örnek Kodlama Yapılarak Temaların Elde Edilmesi
Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

İçerik analizi sonucunda belirlenen tüm ana, alt tema ve açıklamaları detaylı olarak Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2 Sağlıkta Dönüşüm Uygulamalarının Yarattığı Değişimlere Yönelik Ana ve Alt Temalar

Ana Temalar	Alt Temalar	Açıklamalar
1. İş Pratikleri	Mesleki Otonominin Azalması	SGK ve SUT uygulamaları sonucunda klinik otonomide meydana gelen aşınma, Tam Gün Yasasıyla birlikte kamuda hekimlik yapanların dışarıda serbest muayenehanelerde ve özel kurumlarda çalışma kısıtlılıkları sonucunda ekonomik otonominin aşınması
	İş Yükünün Artması	Sevk zinciri sisteminin ortadan kalkması ve hekime ulaşmanın çok kolay hale gelmesi, kişi başı hekime başvuru sayısının hızla artması.
	Hizmet Kalitesinin Zayıflaması	Performansa dayalı ödeme sistemi nedeniyle nitelik değil, niceliğe verilen önem; komplike ve riskli işlemlerden kaçınma; gelir getirici basit, riski az olan işlemlere yönelme, hastaya yeteri kadar zaman ayıramama, muayene ve işlem sayısının artması
2. İlişkiler	Hekim Meslektaş İlişkilerinde Değişim	Rekabetin artması, işbirliğinin ve dayanışmanın zayıflaması, takım çalışması yerine bireyselleşmenin ön plana çıkması, enformel ilişkilerin zayıflaması
	Hekim - Hasta İlişkilerinde Değişim	Şikayet sisteminin hekim aleyhinde kullanılması, hekime karşı şiddetin artması, hasta haklarının ön plana çıkması, hekime duyulan güvensizlik, malpraktis davalarında ve defansif tıp uygulamalarındaki artış
3. Ekonomik Koşullar	Gelirlerin Yetersizliği	Piyasacılık baskılarının etkileri, muayanehanelerin kapanmasından ötürü geçmiş dönem gelirlerine göre meydana gelen kayıplar, emekli maaşının yetersiz olması, sabit maaşın toplam gelir içinde düşük olması.
	Gelirlerin Eşitsizliği	Performans sisteminin uygulamaları nedeniyle farklı branş hekimlerinin ve farklı basamaklarda çalışan hekimlerin gelirleri arasındaki önemli farklılıklar, ayrıca diğer mesleklerle kıyaslandığında ortaya çıkan gelir eşitsizliği algısı
4. Eğitim-Öğretim ve Kariyer Süreçleri	Eğitimin Niteliğinin Zayıflaması	Tıp fakültesi sayısının ve kontenjanların artması, deneyimli hocaların kamu üniversitelerinden ayrılması; üniversite hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunun öncelikli hale gelmesi nedeniyle eğitim ve öğretim faaliyetlerinin niteliğinin zayıflaması
	Usta - Çırak İlişkilerinde Değişimler	Deneyimli öğretim üyelerinin bir kısmının kamu üniversitelerinden ayrılması ve performans baskısına bağlı zaman sorunu nedeniyle deneyimli-genç hekim etkileşiminin azalması ve geleneksel usta - çırak ilişkisinin zayıflaması
	Genç Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerindeki Değişimler	Malpraktis düzenlemelerinin etkileri nedeniyle riski düşük; nöbeti az, hastayı çok görmeyen ve geliri daha iyi bölümlerin uzmanlık tercihlerinde öne çıkması, cerrahi branşlara ilginin zayıflaması
5. Mesleki Güç ve İtibar Algısı	Meslek Saygınlığının Zayıflaması	Hekimlere karşı şiddetin artması, gelirdeki düşüş, hekim sayısının artması ve hekime ulaşımın kolaylaşması sonucu değersizleşme algısının yaygınlaşması ve hekimlik mesleğinin toplumsal imaj ve saygınlığında meydana gelen zayıflama
	Meslek Örgütlerinin Politik Gücünün Zayıflaması	Meslek örgütlerinin mesleğini çıkarları savunmak, geliştirmek ve meslektaş kontrolü konularındaki belirleyici politik gücünün zayıflaması

4.5.1. İş Pratikleri

2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile birlikte kısa bir sürede sağlık hizmetleri ve hekimlerin çalışma düzeni ile ilgili önemli değişimler yaşanmıştır. Özellikle performansa dayalı ek ödeme sistemi, Tam Gün Yasası, SGK ve SUT uygulamaları, sevk zincirinin ortadan kalkması gibi gelişmeler sonucunda hekimlerin günlük iş pratiklerinde önemli değişimler görülmektedir. Araştırmada hekimlerin günlük iş pratiklerinde ve çalışma koşullarında yaşanan ana değişimler olarak mesleki otonominin azalması, iş yükünün artması ve hizmet kalitesinin zayıflaması alt temalarına ulaşılmıştır. Bu alt temaların içerikleri, önemli alıntılarla birlikte aşağıda ayrıntılı bir biçimde verilmiştir.

4.5.1.1. Mesleki Otonominin Azalması

Hekimlik mesleği alan yazında otonomisi en yüksek meslekler arasında gösterilmektedir (Kalble, 2005: 5). Yeni kamu yönetimi yaklaşımının getirdiği büroktikleşme, rasyonelleşme ve yöneticilik söylemlerinin yaygınlaşması sonucunda hekimlerin icra etmiş oldukları klinik işler üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan sağlık sistemleri reformlarının, regülasyonlarının ve politikalarının getirmiş olduğu aşırı bürokratikleşmiş ve rasyonelleşmiş uygulamalar, devletlerin finans ve sağlık uygulamalarındaki kontrolü ve denetimi şiddetli bir şekilde artırması, maliyet sınırlamalarının öne çıkması ve hesap verebilirlik baskısının artması sonucunda hekimlerin klinik karar alma süreçlerini ve dolayısıyla otonomilerini oldukça kısıtlamaktadır (Harrison ve Dowswell, 2002: 208; Ham ve Alberti, 2002: 839; Lewis ve Marjoribanks, 2003: 57; Macdonald, 2015: 396). Bunun yanında hastaya hangi tedavinin yapılacağı, bu tedavi için hangi ilacın verileceği, büyük oranda hekimin işvereni veya hastanın sigorta kurumunun neye izin verdiği ölçüsünde belirlenir düzeye gelerek, hekimlerin klinik otonomisi ciddi bir biçimde erozyona uğramıştır (McKinlay ve Marceau, 2002: 391). Türkiye’de SDP’yle uyumlu olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması kapsamında kurulan ve sağlık hizmetlerini satın alan tek kurum olan SGK, yapmış olduğu regülasyonlarla sağlık hizmeti sektörünü ve hizmet sağlayıcıları doğrudan etkilemektedir. Bu regülasyonlardan biri olan Sağlık Uygulamaları Tebliği (SUT)¹⁷ ve bunun

¹⁷ SGK tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 2007 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğ ile SGK, Türk sağlık sisteminde yer alan sağlık hizmeti sunucuları ile kullanıcıları ve malzeme temin eden firmaları düzenlemektedir. Tebliğde, sunulan sağlık hizmetlerinin (tetkik, tedavi, ayaktan ve yataklı) bedelleri ile bu bedellerin nasıl ödeneceğine dair esaslar belirtilmekte, sunulan sağlık hizmetlerini merkezi bir sistem (MEDULA) ile kayıt altına almaktadır (Gülşen ve Yıldırım, 2017: 8).

online uygulaması olan MEDULA¹⁸; maliyetlerin azaltılması, hesap verilebilirliğin, rasyonelleşmenin ve standartlaşmanın artırılmasına odaklanan uygulamalardır. Dolayısıyla bu uygulamalar hekimlerin klinik karar verme süreçleri üzerinde denetim ve söz sahibi olup hekimin *klinik otonomisini* doğrudan etkilemektedir:

“...bazı tedaviler işte diyorum ya, bir finans kuruluşu SGK sağlığı yönetiyor esasen. SGK şu ilacın parasını ödemiyorum dediği anda, o bizim en büyük çaresizliğimiz, çocuğu biliyorsun, teşhisini biliyorsun, tedavisini biliyorsun, ama o tedaviyi o çocuğa ulaştıramıyorsun” (G¹⁹.2).

“...Yani sistemin sınırladığı bazı şeyler var. Mesela laboratuvar tetkiklerini şimdi bir 56 lira sınırı koyuyor poliklinik hastalarına ve dolayısıyla hekim isteyeceği tetkikleri o 56 liranın içinde istiyor. Muayenesi buna dair diğer yapacağı işlemler buna dahil ve isteyeceği laboratuvar testleri buna dahil. Dolayısıyla burada bir sınırlama gerekiyor. Hani her ne kadar gereksiz test istemlerini önlemiş olsalar bile ama hekim kafasındaki mesela 10 tane tetkik istiyorsa onu isteyemeyebiliyor. Mesela 3 tane istiyor bir dahaki gelişinde 3 tane istiyor böyle idare etmeye çalışıyor” (G.23).

“...Hekim devlet hastanesine geliyor, performans kaygısı var. Hasta geldi, doktorun ekranda tetkik girerken, sınır koydular. Bu hasta 30TL gelir getiriyor, ama senin istediğin tetkikler 30TL’yi geçti (paketi aştınız) deyip, uyarı veriyor ekranda. ...Tetkik kararlarına doğrudan bir müdahale var....” (G.6).

“Hekimler sistemin gerekliliğini yapan birer robotlar haline dönüşüyor” (G.9).

“...sağlık uygulamalarındaki değişimler sanatı yok edip zanaattan da çıkarıp fabrikasyona yöneltmeye yönelik çabalar şu anda...” (G.34).

“Ben hekimliği ve doktorluğu ayrı kavramlar olarak görüyorum. Hekimlik mesleği bir sanatın icrasıdır. Doktorluk daha çok mekaniktir... aşağı yukarı son 15 yıldır sağlıkta dönüşüm adı altında bu durumdan uzaklaşıldı.. Yani hekimler aslında görevlerini sadece mekanik olarak yapan doktorlar haline geldiler” (G.57).

TTB rapor ve yayınlarında da klinik otonomi sıklıkla vurgulanan bir konudur:

“Hekimlik her geçen gün mesleki bilginin gereklerini yerine getirmekten uzaklaşmakta, diğer birçok sorunun etkisiyle hekimler klinik özerklik içerisinde bir meslek icrası yap(a)mamaktadırlar. Acillerde yeşil alandan performans, SUT’tan yönetici baskısına, üçlü protokolden adli hekimlik uygulamalarına hekimlikten uzaklaşmaktadır” (TTB, 2012a: 25).

“özel sektörün kâr maksimizasyonu mekanizmaları olan az istihdam, çok iş, maliyet sınırlama gibi başlıklar sağlık alanında yoğunlaşarak kullanılmaya başlanmış, ve "bant tipi üretim" sağlık sistemini sonunda yakalamıştır. Tıbbi bakım süreci hızlanmış (bir hastaya yaklaşık olarak 4-8 dakika), kalite kavramı, uygulama rehberleri ile işlemler standartlaştırılmış, tedavi seçimi çoğunlukla ya hastanın sigortası tarafından ya da hekimin patronu tarafından belirlenir durumda olduğu için ekonomik ve yönetsel otonomi kaybı yanında "klinik otonomi kaybı" hekimlerin kapısını çalmıştır” (TTB Antalya Tabip Odası, 2014).

¹⁸ MEDULA (Medikal Ulak), sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçların ücretlendirme ve gerçekleştirme işlemlerinin elektronik ortamda SGK’ya bildirilmesini sağlayan çevrimiçi bir sistemdir (Par ve Soysal, 2010: 82).

¹⁹ G.– Derinlemesine görüşmelere katılan görüşmecileri ifade etmektedir (örn: derinlemesine görüşmeye katılan katılan 2. Görüşmeciden alıntı “G.2” olarak ifade edilmiştir).

“Hekim hastasından tetkik isterken, bütçe talimatları nedeniyle kendini kısıtlanmış hissetmemeli, tanı veya izlem için hangi tetkik gerekiyorsa onu isteyebilmelidir.” (TTB, 2011: 87).

Mesleki otonomi altında bir başka önemli kavram ekonomik otonomidir. Ekonomik otonominin azalması, hekimlerin giderek daha büyük oranlarda, serbest olarak muayenehanelerde çalışmak yerine; bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan olarak istihdam edilmeleri neticesinde olmuştur (bk. Calnan ve Williams, 1995: 220; McKinlay ve Marceu, 2002: 389 Accenture, 2015: 1-2; Saks, 2015b: 83). Bürokratik örgütlerde tam zamanlı olarak ücretli çalışan hekimler için otonomi kaybı kaçınılmazdır. Özellikle hekimlerin hem kamu hem de özel sektörde veya özel muayenehanelerinde aynı anda çalışmalarının regülasyonlar yoluyla kısıtlanması (Garcia-Prado ve Gonzales, 2011: 267; Flood vd., 2015: 583) veya komple engellenmesi (Hipgrave ve Hort, 2014: 710) ekonomik otonomi kaybına işaret etmektedir. Türkiye’de 2010 - 2012 yılları arasında üniversite ve Sağlık Bakanlığı personeli için Tam Gün Yasası kabul edilmiştir (bk. Tablo 3.1). Bu yasayla birlikte kamuda çalışan ve aynı zamanda dışarıda serbest olarak muayenehanelerde çalışan hekimlere bir tercih hakkı sunulurken sadece tam gün kamuda çalışmaları teşvik edilmiştir (Atun vd., 2013: 79). Bu dönemde muayenehanesi olan ve üniversitede çalışan öğretim üyeleri için Anayasa Mahkemesi kararına göre kamudaki günlük tam zamanlı görevlerini yerine getirerek, hem kamuda hem de serbest muayenehanelerinde çalışmaya devam etme imkânı getirilmiştir. Fakat muayenehanesi olmayan kamu üniversitesinde çalışan öğretim üyelerinden yeni muayenehane açmak isteyenlerin böyle bir şansı yoktur. Bunun yanında birinci, ikinci basamak ve eğitim – araştırma hastanelerinde çalışan hekimlere de böyle bir imkân sunulmamıştır. Dolayısıyla Tam Gün Yasası bu hekimlerin hem kamuda hem de serbest muayenehanelerde çalışmasına izin vermemektedir. Serbest muayene açmak isteyen bu hekimlerin kamudaki görevlerinden ayrılması gerekmektedir. Ayrıca yeni muayenehane açmak için bir takım teknik kısıtlılıklarda getirilmiştir. Yaşanan tüm bu gelişmeler, hekimlerin bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan haline dönüşmesine ve ekonomik otonomi kaybına işaret etmektedir:

“Muayenehaneler ile ilgili son durum, her öğretim üyesi de açamıyor, önceden bu belli bir zaman aralığındaydı, ben o zaman aralığında başvurduğum açtım muayenehaneyi, ama şu anda yeni açacağım diyen açamıyor, şu anda yasak” (G.1).

“Kadın doğum eskiden çok tercih ediliyordu. Mesela kadın doğumu önceden ben hekim olurum muayenehanemi açarım diye. Şimdi muayenehane açma, muayenehanede çalışma çok katı kurallara bağlandı. ...Hiç gerekmediği halde bir psikiyatristin muayenehane kapısının genişliği 89 cm ölçülerek, bu 90 cm olması gerekir diye kapatıldı gibi. Merdivenin basamağı, asansörün ağırlığı, bilmem neyin şuydu.. Hekimler kendi kendilerinin patronları olacak şekilde muayenehane açmaktan yıldırıldı. Hatta

öyle ki bu da sağlıkta dönüşümün bir parçası profesyonel otonomisini yok eden bir şey ya kamuda ya da özel sektörde özel hastanede işletmeye mahkûm eden bir işçi konumuna düşürdü hekimi” (G.9).

“serbest çalışma imkânı büyük ölçüde kısıtlanmış, diğer mesleklerin sahip olduğu ki bütün dünyada hekimliğin sahip olduğu muayenehane açıp, özgür bir şekilde hasta bakıp, hastası ile karşı karşıya gelip bunun sürdürülebilmesi ile ilgili bütün haklar elimizden alındı” (G.11).

Bu konuyla ilgili TTB ve Tabip Odaları yayınlarında şu şekilde bahsedilmektedir:

“Muayenehane hekimlerinin sayısı azalıyor. Bunu hepimiz biliyoruz. Üzerlerinde bir baskı var. Sürekli çıkarılan yönetmelikler, kamuoyunda sürekli karalanması, sanki her şeyde günah keçisiymiş gibi konuşulmasını herkes biliyor. Tam gün yasası ve popülist eylemler nedeniyle kendi meslektaşlarımız dahil halk muayenehanelere soğuk bakıyor” (TTB, 2013c: 27).

4.5.1.2. İş Yükünün Artması

Özellikle Türkiye’de son yıllarda hekime başvuru sayısının hızlı bir şekilde artarak OECD ortalamasını geçmesi, buna karşın 1000 kişi başına düşen hekim sayısının bu artış hızının oldukça altında kalması (OECD, 2015: 101) işyükü artışının önemli nedenidir. Aile hekimliği sistemi kurulurken pilot uygulama olarak uygulanan sevk zinciri sisteminin daha sonra askıya alınması ve halen sevk zinciri sisteminin işletilmemesi (Tatar vd., 2011: 163), birinci, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan hekime ve sağlık hizmetine erişimin son derece kolaylaşması ve özellikle 2. ve 3. basamağa olan müracaat sayısının hızla artması (bk. Şekil 3.6) ayrıca hekimlerin hizmet yükünün artırılmasında bir motivasyon aracı olarak getirilen performans dayalı ek ödeme sisteminin uygulamaya başlaması (Dünya Bankası, 2014a: 10) gibi gelişmeler, hekimlerin iş yüklerini hızlı bir şekilde artırmıştır:

“Hasta geziyor. 80 milyon kişiyiz 640 milyon poliklinik rakamı var. Her kişi ortalama 6-7 kez gidiyor görünüyor. Ben 6-7 kez hasta olmuyorum, siz de olmuyorsunuz. Demek ki birileri 12-13 kez gidiyor. Sürekli geziyor. Sistem iş yükümüzü arttırıyor” (G.5).

“bir üst solunum yolları enfeksiyonu olan hasta, kendi kendine iyileşebilecek bir hastalığından dolayı, beş ayrı hekimi görebiliyor şu anda Türkiye’de. Beş tane hekimi, beş ayrı günde ve beş ayrı SGK faturası ödeyerek, ve arada eğer giderse özel hastaneye fark ödeyerek. Bu bizim gibi gelişmekte olan, tasarrufları limitlerin altında olan bir ülke için bence handikap, Dolayısıyla dönüşüm iyi bir şey ama dönüşümü yaparken mutlaka sevk zinciri olması lazımdı, sevk zinciri kalktı” (G.3).

“...sevk zincirinin işleme lazım, buraya her hastanın elini kolunu sallayarak gelmesi 3.basamakta böyle hastaların yer alması bence çok uygun değil buraya gelecek hastanın bir silsile içinde 1. 2.basamaklarından refere edilerek gelmesi çok daha mantıklı olur o şekilde sorunlu hastaların, ciddi hastaların burada hak ettiği hizmeti alma şansı olacaktır diye düşünüyorum ama ufacık bir sorun içinde üniversiteye ileri aşamadaki bir hastaneye son aşamaya geldiği zaman büyük bir hasta yükü altında bu kurumlar ezilip gider... insanlar tabi sağlık hizmetleri ulaşabilirliğini bu sistem kolaylaştırdı, 2002’de hastaneye başvuru yılda 2 defayken bu gün 8-9 kez hastaneye geliyor, hekimle bir şekilde karşılaşıyor yani hastaneye ulaşma bakımından bir kolaylık var” (G.10).

“...Şimdi akademik çalışmalara ayrılması gereken emek, zaman hasta bakma, hizmet sektörüne kaydı. Hizmet sektörüne ağırlık veriliyor, üniversitelerde benim gördüğüm akademik çalışma yerine, hizmet sektörüne ağırlık vermiş durumdalar, şimdi üniversiteler normalde 3. basamak hastanelerdir ama bakıyorum şimdi üniversiteler 1. basamak hizmete soyunuyorlar” (G.53)

İş yükünün artmasına yönelik ilgili bu görüşler, TTB rapor ve yayınlarında da sıklıkla ele alınmaktadır:

“Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2015 yılının ilk 6 ayında Bakanlığa bağlı 2. ve 3. Basamak hastanelerinde 150 milyon poliklinik yapılmış ve 5 milyona yakın ameliyat gerçekleştirilmiştir. Bu yılda 300 milyon polikliniğe ve 10 milyon ameliyata denk gelir... Her yıl artan hasta sayısı ve iş yükü çalışma ortamımızı dayanılmaz bir hale getirmiştir” (TTB İzmir Tabip Odası, 2015).

“Bir yıl içinde kişi başı hekime müracaat toplamda 2002 de 3,1 iken 2015 bu rakam 8,4 de çıkmıştır. Birinci basamak için hekime müracaat 2002-2015 aralığı için 1,1 den 2 ye, 2. ve 3. basamakta ise 2,7 den 5,7 ye yükselmiştir. OECD ülkeleri arasında kişi başı yıllık hekime müracaat sayısı bakımından Türkiye 33 ülke arasında 7. sıradadır. OECD ülkeleri arasında yataklı tedavi kurumlarında “MR cihazı başına görüntüleme sayısında” (14.214) Türkiye birinci sıradadır. Yataklı tedavi kurumlarında yatan her 1000 kişinin 143 üne MR çekilmiştir. Bu OECD ülkeleri arasındaki en yüksek rakamdır. 2015 yılında acil servislere 111 milyona yakın başvuru yapılmıştır. Acil servislerdeki yoğunluk acil kapasitesinin çok üzerinde seyretmektedir” (TTB Samsun Tabip Odası, 2017).

4.5.1.3. Hizmet Kalitesinin Zayıflaması

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinde niceliğin ön plana çıktığı ve niteliğin geri planda kaldığı iddiaları küresel düzeyde sık sık gündeme gelmektedir (Carrol, 2014; Bendix, 2015; Das vd., 2016), bununla ilişkili olarak yine küresel ölçekte hekimlerin performansa dayalı ek ödeme sisteminin etkisiyle riski az ve getirisi kolay işlemlere yönelme eğilimi gösterdikleri; komplike ve riskli işlemlerden ise kaçındıkları; zaman zaman ise gereksiz tetkik ve işlemlerin yapıldığı dile getirilmektedir (Paul ve Renmans, 2017: 9). Ülkemizde de buna benzer iddialar, basında ve meslek örgütlerinin yayınlarında sık sık yer almaktadır. Hekimler, hastaların muayeneleri için ayırmış oldukları sürenin ve onlara sunmuş oldukları sağlık hizmet kalitesinin azaldığını belirtmektedirler:

“Şimdi başarılı olan insanların zor olan işlerden kaçması performans yasasının en büyük günahıdır. Gelecekte artık zor olan işler artık yapılamaz hale gelecek. Burada zor olan işleri yaptırmak için insanlar yurtdışına gitmeye başlayacaklar.....sistem önce maaşı yarıya indirdi, aynı önceki maaşını yakalayabilmesi için insanların olağanüstü bir sayı tutturmaya yönelik bir gayretleri oldu. Bu haliyle kaliteyi azalttı ve bu çözülemez hale geldi” (G.1).

“Biz whipple ameliyatı dediğimiz, bizim yaptığımız en büyük ameliyat odur. Pankreas tümörlerinde yaparız. Diyelim bu sistemde whipple ameliyatı karşılığı 2500 puandır. Laparoskopik safra kesesi ameliyatı da 1000 puandır. Bir insana whipple ameliyatı yaptığınız zaman ölüm oranları yüzde 5 ile 10 arasındadır. Komplikasyon çıkma olasılığı yüzde 35-40 oranındadır ama laparoskopik ameliyatta binde birdir ölüm oranı 3 tane safra kesesi ameliyatı yaparsanız bir whipple ameliyatı yapmış gibi

ücretlendirme alabiliyorsunuz. İşin böyle bir boyutu var. Hekimleri daha basit, riski az olan işlemlere yöneltti. Riski olan ameliyatlardan insanlar kaçınmaya başladılar” (G.12).

“50 tane hasta muayene etmek için bunun vizitini yapacak falan, günde 5 saat bir fil muayene ettiğini düşünsen 300 dk yapar. 50 hastaya böl 6 dakika, bu da zaten "ne yaptın ne ettin" fizik muayene mi yapacaksın bu 6 dakikada, şey mi yapacaksın yani bu performans sistemi şey yaptı tamamen. Bu ücretlerle, bu şeyle yani işte hastalara bakılıyor ama nasıl bakılıyor o da bir soru işareti. Gene en çok zamanı üniversiteler ayırıyor ama onlarda bile tabi ki kalitenin düştüğü inancındayım” (G.21).

“...sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından baktığımız zaman, sayı açısından gerçekten çok çok iyi. Kalite açısından biraz daha geriden geliyor belki ama giderek kalitenin de yükseltilmesi lazım. Öncelikle 2002 yıllarında Türkiye'deki hekime başvuru oranı 2'lerde 3'lerde iken şu anda bul 8 buçuk 9'lara çıkmış durumda. Bir kişinin yıllık olarak hekime başvuru sayısı, belirgin bir artış. Tabi bu sayının arttığını gösteriyor. Bu ister istemez kaliteyi düşürüyor. Çünkü ne kadar çok başvuru olursa, sizin hekim sayınız belli ve halen ciddi bir hekim açığı da hala mevcut diye görünüyor. Ancak ne yapılabilir? Belki sevk zinciri gelerek, aile hekimliği daha aktif hale getirilerek 2.ve 3. basamak biraz daha rahatlatılıp daha çok kendi işine yönlenebilirse kalitenin de daha çok arttırılması yönünde bir çalışma yapılabilir diye düşünüyorum” (G.14).

“Cerrahi branşta artık şöyle bir şey var: “... başım belaya girmesin, benden uzak dursun, ne hali varsa görsün” Dahili de böyle bir şey yok, herkese bakıyor onlar, ama cerrahi de bu şekilde. Hatta bununla ilgili bir çalışma vardı, geçenlerde gördüm, tıp fakülteleri dahil, problemli olacak büyük vakalara bulaşmıyormuş, yani ne hali varsa görsün diyorlar. Bu işten zararlı çıkacak millet olacak...Bu performans sistemi çıktıktan sonra, ameliyat sayıları çok arttı, gerekli gereksiz ameliyat yapıldı, ameliyat sayıları dehşet arttı. Eskiden bir genel cerrah gecede 1 tane apandisit yapıyorsa, şimdi 6-7 tane yapıyor. Karnı ağrıyan herkesi açıyorlar. Sebebi performans sistemi. Eskiden biz acile genel cerrahi çağırırdık, getiremezdik, gelmezlerdi, şimdi çok rahat geliyorlar. Ortopedi ameliyatları çok arttı, gerekli gereksiz bir sürü ameliyat yapıyor adamlar” (G.35).

Hizmet kalitesindeki sorunların, TTB rapor ve yayınlarında da ele alındığı görülmektedir:

“Nitelik değil, nicelik aranmaktadır. Kısa süre içinde çok fazla sayıda hasta bakma, çok ameliyat ve işlem yapma ve ancak bu sayılar üzerinden ücret alma bu sistemin temelidir. Bu durumda 5 dakikada bir ve günde 80 ile 120 arasında hasta bakılır gibi olunmaktadır” (TTB İzmir Tabip Odası, 2013).

“Bu sistem şudur : Çok çok hasta bak, çok çok ameliyat yap, hastane kazansın sana ona göre ücret verelim!...Hastaya bak, ama nasıl bakarsan bak, 3 dakikada bak! Muayene olmuş gibi olsun, mutlu olsun” (TTB İzmir Tabip Odası, 2015).

“Performansa dayalı hizmet anlayışı ile her hasta, hekimlerin hanelerine para-puan olarak yazılmakta, verilen sağlık hizmetinin niteliği göz ardı edilmektedir. Hekimlerin 2-3 dk içerisinde bir hastayı değerlendirip, tanısını koyup uygun tedavi rejimini belirleyip, reçete yazma durumunda kalmaları bazı hataları kaçınılmaz kılmakta ve ne yazık ki bu sistem hekimi ve hastayı mağdur ederken, iki tarafı karşı karşıya getirmektedir. Çünkü bu sistemde nitelikli sağlık hizmeti yerine sadece rakamsal veriler önemlidir” (TTB Balıkesir Tabip Odası, 2017: 17).

4.5.2. İlişkiler

SDP ile birlikte gelişen piyasacılık söylemi yaygınlık kazanarak, sağlıkta özel sektörün payı giderek büyümüş, bunun yanında yeni kamu yönetimi anlayışıyla uyumlu olarak kamu kurumları dahi özel işletmeler gibi kâr odaklı hareket etmeye başlamışlardır.

Böyle bir bağlamda hekimlerin birbirleriyle olan ilişkilerinde rekabet faktörü öne çıkarak, işbirliği, dayanışma ve enformal ilişkiler zayıflamıştır. Piyasalaşmanın yanında tüketici odaklı olma anlayışının da ön plana çıkmasıyla birlikte hekim-hasta ilişkisi; sağlayıcı, müşteri ilişkisine dönüşmüştür. SDP kapsamında hasta hakları ön plana çıkmış ve şikayet sistemleri yaygınlaşmıştır. Bunun yanında hastaların bilgiye daha kolay ulaşması ve malpraktis konusunun öne çıkmasıyla hekimlerin defansif tıp yaklaşımını benimsemeleri, hastaların hekimlere daha az güvenmesine yol açmıştır. İlişkiler ana teması kapsamındaki bu konular; hekim meslektaş ilişkilerinde değişim ve hekim – hasta ilişkilerinde değişim alt temaları altında ele alınmaktadır.

4.5.2.1. Hekim Meslektaş İlişkilerinde Değişim

1980’li yıllardan itibaren yaygınlık kazanan piyasalaşma, ticarileşme ve özelleştirme uygulamaları rekabeti, kamu kurumları arasında da teşvik edilir bir duruma getirmiştir (Gabe, 2004: 209-211). Özellikle sağlık hizmetini kullanan tüketicilere (hastalara) günümüzde daha fazla seçenek ve tercih hakkı sunulması (Collyer ve White, 2011: 238-240) ve performansa dayalı ödeme sistemlerinin yaygınlaşması sonucunda sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hekimler arasındaki rekabet giderek şiddetlendirmektedir (Adler ve Kwon, 2008: 149; Alqasim vd., 2016: 159).

ABD’de ve İngiltere’de hekimin performansa dayalı ek geliri, toplam gelirin en fazla %30’u kadar bir orandadır (Macdonald ve Roland, 2009). Ülkemizde SDP kapsamında 2003 yılından beri uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin aylık maaşlarının 7 katına kadar performans geliri elde etmelerine imkân vermektedir (Dünya Bankası, 2014a: 10). Bu da hekimin toplam gelirinin %80’inden fazla bir oranı performanstan kazanabileceğini göstermektedir. SDP kapsamında hekimlerin meslektaş ilişkilerini etkileyen başka bir gelişme ise sağlık hizmeti kullanıcısına yani hastaya 2004 yılında sağlık hizmetini sağlayıcıyı (Hastane, hekim, birinci basamak merkezi) seçme hakkı getirmesi olmuştur. Dolayısıyla piyasalaşma söylemiyle uyumlu bu gelişmelerin, hekimlerin gelirlerini artırmak amacıyla birbirleriyle rekabet etmelerini teşvik ettiği; bunun yanı sıra hekimler arasındaki işbirliğini, dayanışmayı ve enformal ilişkileri zayıflattığı ve bireyselleşmeyi ön plana çıkardığı vurgulanmaktadır:

“Günlük yaşamımızda hekimlerin birbiriyle olan diyalogları ve iş barışı bozuldu, böyle bir yansıması oldu. Yani şimdi çalışma arkadaşınla güzel güzel çalışırken araya para girdi.” (G.1).

“Bir pasta var, diyorki sistem 10binTL para girdi hastaneye. Ben bu paranın 5binTL’sini dağıtacağım çalışanlarıma diyor. Bu parayı kazanılan puan üzerinden dağıtacağım diyor. Bazı arkadaşlar değişik işlemler yapıyor, endikasyonu zorluyor. Bir endikasyonu üç yapıyor, tartışılabilir şeyler yapıyorlar. Düğün çalışan bir hekim 100TL alırken, gereksiz işlemler yaparak çok puan almış bir hekim 3000TL performanstan pay alabiliyor. Sonuç olarak bu model, hekimler arasında inanılmaz vahşi bir rekabet getirdi. Hekimler arasındaki mesleki dayanışmayı, hastanın iyiliğini konuşmak, tedavi etmek üzerine kurulu değil, o ne yaptı, ben ne yapmışım, herkes bilgisayardan, şurdan burdan karşıdakinin ne kadar puan yaptığına ve ne işlemler yaptığına kafa yoruyor.” (G.6).

“Etik sorunlar çok çıktı bir kere. Eskiden hekimler, bu multidisipliner sistemler içinde aynı zamanda birbirleriyle dayanışan ve birbirlerini de kontrol eden sistemler oluşturmuşlardı. Ama şimdi kendi özel hastanız, kendi etkinlikleriniz ve bunların bazen kural dışına çıkardığınız durumlarda, bu kontrol sistemleri günlük hayatlarımızdan çıkmaya başladı. Neydi onlar, konseyler gibi, bölümler arası ortak toplantılar gibi ya da aynı bölüm içerisinde birlikte karar alma süreçleri gibi bütün bu katılım mekanizmalarından vazgeçildi. Herkesin kendi hastasını muayene ettiği, kendi hastasının adına karar verdiği süreçler ortaya çıktı. Bir taraftan da bir pasta paylaşımında, “biri diğerinin payından çalar.” Hem aynı hastane içinde söz konusu olabiliyor aynı bölüm içerisinde söz konusu olabiliyor ya da farklı hastaneler açısından oluyor.” (G.18).

“...mesela aile hekimleri bazında her hekim her hekimin düşmanı. Çünkü aldığınız maaşı kendi portföyünüzdeki hastaya göre alıyorsunuz. Sayıyı arttırmak için hekim hekimin düşmanı oldu artık...Ben aile hekimliğine başladım altı ay sonra bıraktım çünkü hekimi hekime düşman eden asosyal eden bir sistem.” (G.50).

“Özel hastanelerde kendi branşında hep tek olarak çalıştım. Devlet hastanesinde uygun boş bir kadro vardı fakat kendi branşımdan olan meslektaşlarımla performans sisteminin uygulamaları yüzünden problem olabilir diye kamuya geçmeyi düşünmedim. Performans sistemiyle birlikte hekimler arasına nifak tohumları ekildi. Şu anda özelde de iki kişi çalışıyoruz. Şimdiki meslektaşımın insan ilişkilerinin güçlü olması nedeniyle performans konusunda bir problem yaşamıyoruz. Ama bu konuda çok sıklıkla ve büyük problemler yaşayanlar var, çünkü herkes daha fazla hasta bakmanın peşinde, bir süre sonra insanlar hastalara yürüyen dolarlar olarak bakıyorlar.” (G.48).

Hekimlerin meslektaş ilişkileri ile ilgili TTB rapor ve yayınlarında şu ifadeler yer almaktadır:

“Sağlık hizmeti ekip işidir. Ekibin uyum içinde, dayanışma halinde çalışması hizmetin niteliğini doğrudan etkileyen bir unsurdur. Ankara Tabip Odası’nın yaptığı anketin sonuçlarına göre, ne yazık ki hekimler bu özelliğin de artık kalmadığı kanısındadırlar. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık çalışanları arasındaki dayanışma ve iş barışının nasıl etkilendiği sorusuna hekimlerin %1’i arttığı, %4’ü değişmediği, %95’i azaldığı yanıtını vermiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı iş barışının bozulduğu konusunda ittifak etmiştir” (TTB Ankara Tabip Odası, 2016).

“Aile hekimlerinin bir bölümü bireyselliğin ve rekabetin artmasına bağlı olarak yardımlaşma alışkanlığının ve karşılıklı güven duygusunun azaldığını, ortak iş yapmanın ve karar vermenin güçleştiğini, iş bölümü açısından sıkıntılar yaşandığını ifade etmiştir. Aile hekimlerinin birbirlerinden hasta kapmaya başladığını aktaran katılımcılar olsa da hekimlerin önemli bir bölümünün hasta sayılarının zaten çok yüksek olduğu bu nedenle hastalar açısından yapılan rekabetin henüz çok yaygın olmadığı açıklanmıştır. Fakat henüz çok yaygın olmamakla birlikte hasta kapma olasılığının bile hekimler arasındaki güven duygusunu zayıflattığı ifade edilmiştir” (TTB, 2013b: 106).

4.5.2.2. Hekim – Hasta İlişkilerinde Değişim

Neoliberal politikalar sonucunda makro düzeyde meydana gelen sosyal, ekonomik ve politik değişimlerle birlikte tüketici odaklı olma, enformasyon devrimi ve hekimlik mesleğinin sosyal pozisyon ve statüsünde meydana gelen erozyonlar mikro düzeyde hekim – hasta ilişkilerini derinden etkilemektedir.

2003 yılından itibaren Türk sağlık sistemi hasta odaklı bir yapıya dönmüştür. Sağlık Türkiye’de SDP’nin başlamasının ardından 2004 yılında, Hasta Hakları Yönetmeliği uygulamaya konulmuş, hastanelerde Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. Hasta hakları yönetmeliğiyle birlikte hastalara almış oldukları sağlık hizmetinin kalitesi, hizmetten memnuniyet düzeyi, beklentileri, önerilerini ve şikâyetlerini telefonla dile getirebilecekleri doğrudan bir kanal olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) devreye girmiştir. Bunun yanında hastalar bu tür konularda Başbakanlık İletişim Merkezi’ne (BİMER) ve hastanelerde bulunan Hasta Hakları Birimi’ne de başvuru yapabilmektedirler. Aynı yılda hastanın sağlık hizmet alacağı sağlayıcıyı (hastaneler, birinci basamak merkezleri, hekimler) seçme sistemi başlatılmıştır (Atun vd., 2013: 74). Tüm bu gelişmeler hastanın (müşterinin) konumunu hekimin konumuna göre güçlendirmiştir:

“SABİM diye bir merkez var, yani canı sıkılan sabimi arayıp istediği kişiyi şikayet edebiliyor ve hekimi çok başını ağrıtıyor bu gerçekten de haksız bir şekilde yani dediğim gibi haksız yönde çok vakit harcamak zorunda kalabiliyorsunuz, motivasyonunuzu yitirebiliyorsunuz, gerçekten hekimlik mesleğinde soğumaya kadar gidebilecek kadar etkileri oluyor, bu haksız yere uğradığınız kayıplardan diyebilirim.” (G.22).

“Hasta hakları çok ön plana çıktı. Tek taraflı değil bu iş, sağlık çalışanı, hasta, herkesin hakkı ve sorumluluğu vardır. Herkes tek başına haklı değildir. Bakanlığın gözünde kötü hekim imajı var, tüm adımlarını ona göre atıyor, insanın olduğu her yerde olumsuz örnekler mutlaka vardır. Bütün doktorlar bu şekildedir manasına gelmez. Maalesef bu sistemde işini düzgün yapan hekimler de yıpranıyor.” (G.30).

“Yeni moda çıktı ya "sen müşteri ben tezgahkar modu. Hasta, müşteridir" hikayesi. Sen beni x hoca ameliyat etsin diyebilirsin. Ama benim seni reddetme şansım yok. Aids misin? Elime iğne batsa şaftım kaydı bitti.” (G.17).

“Bir kere hekimlik ucuzlamıştır. Hasta, bir oy potansiyeli olarak çok çok ön plana alınmış, hekimler de politikacılar tarafından olabildiğince aşağılanmış, kamuoyunun önünde. Bunu herkes biliyor. Dolayısıyla bu, hekim-hasta ilişkilerini hekim aleyhine olumsuz etkilemiştir. Hastalar ellerinde ilaç torbaları, hekim beğeniyorlar. Onu beğenmiyorlar, o torbayı atıyorlar, öbür hastaneye gidip oradaki hekime bakıyorlar, onu da atıyorlar, öbürüne gidiyorlar. Bu konuda hiçbir kısıtlama yok.” (G.11).

Hizmet sağlayıcı-müşteri söyleminin hekim-hasta ilişkisini zedelediğine yönelik bazı tespitlere, TTB rapor ve yayınlarında da rastlanmaktadır:

“...Tüm bu politikalarla birlikte mesleki değerleri korumak giderek güçleşirken, hasta hakları “müşteri”nin seçme hakkına.... indirgenmektedir” (TTB, 2011:32).

“Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin şiddetle bağlantılı en önemli etkisi, hastaların hekime olan güvenlerinin azalmasına ve kuşkunun ve kaygının derinleşmesine yol açıyor olması. Hastalar, performansın var ettiği zeminde, kendilerine önerilen tedavinin var olan hastalıklarının mı, yoksa performans koşullandırmasının mı bir sonucu olduğu konusunda açmaza düşüyor. Artık, bir başka hekime danışmak, başvurmak bir norm haline geldi. Hiç kuşku yok ki, hastada artan bu güvensizlik hem kamu ve bireysel sağlık harcamalarında gereksiz bir artışa, hem de güvenin aşınması ve tedavi süreçlerinin zorlaşmasına sebep oldu” (TTB Ankara Tabip Odası, 2013).

“Hekim hasta ilişkisi siyasetçilerin populist yaklaşımlarından uzak tutulmalı...” (TTB, 2011: 92).

“Meslektaşlarımız aleyhine SABİM veya BİMER’e yapılan şikayetlerin çoğunluğu haksız olmasına ve bazıları hekim veya diğer sağlık çalışanlarına yönelik öldürmeye kadar varan tehditler içermesine karşın, hastane yöneticileri kendi çalışanlarını korumak ve tehdit eden kişilere dava açmak yerine meslektaşlarımızdan savunma istemektedirler” (TTB Adana Tabip Odası, 2016).

Hastanın güçlendirilmesi ile ilgili gelişmelerden birisi de malpraktis konusunun gündeme gelmesidir (Tatar vd., 2011: 34). Hastanın hekime karşı duyduğu güvenin azalması neticesinde hekimlere karşı açılan malpraktis davalarında artış kaydedilmektedir (Tousijn, 2002: 734). Günümüzde hastaların daha sorgulayıcı olması ve medyanın da etkisiyle birlikte hekimler aleyhine yapılan hukuki başvuru sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle tıbbi malpraktis iddiasının ortaya atılması durumunda hekimler; ceza davası, hukuk (tazminat) davası, idari soruşturmalar ve meslek kuruluşu tarafından yürütülen disiplin işlemleri gibi hukuksal süreçlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Ersoy, 2014: 29). Bu gelişmelerin sonucunda hekimler yüksek tazminat tutarlarıyla karşı karşıya kalabilmekte ve hekimler arasında defansif tıp²⁰ yaklaşımı yaygınlaşmaktadır:

“Sağlıkta dönüşümün bir parçası olan ve hekim davranışını bir kontrol etme aracı olarak kullanılan malpraktis var. Malpraktisin oluşturduğu bir kaygı defansif tıp denilen mekanizmayı harekete geçirdi hekimler arasında. Hekimler risk almaktan kaçınıyor dolayısıyla. Topu taca atıyor. Risk almaktan kaçındığı için defansif şekilde yaklaşıyor. Defansif şekilde yaklaşması kendisini koruması; hastayı koruması anlamına gelmiyor. Örneğin bir hastalığı atlamayım kaygısıyla gereksiz tanıları olası tutuyor ve bu da gereksiz tetkiklere gereksiz kaygılara, gereksiz ameliyatlara, gereksiz ilaçlara, gereksiz operasyonlara neden olabiliyor. Dünyada da defansif tıp var ama Türkiye’de daha çok defansif tıp” (G.9).

“Malpraktis yasaları ve uygulamaları Türkiye’de abartılı, dengesiz bir biçimde uygulanıyor. Hekimlere maaşlarıyla hiç orantılı olmayan manevi tazminat talepleri var. Hekimin 8000 TL’lik maaşı var, 2

²⁰ Defansif (çekinik, korumacı) tıp, hekimlerin tıbben herhangi bir gerekliliği olmamasına rağmen, hastalardan ek testler, ek araştırmalar istemeleri veya yüksek riskli hastalardan kaçınmaları biçiminde ortaya çıkan davranışlardır (Yayla, 2017). Hekimlerin defansif davranmalarının en büyük nedeni malpraktis korkusudur (Selçuk, 2015).

milyonluk tazminat davası açılıyor, adam 7 sülalesini satsa ödeyemez onu. Burada bir orantısızlık var. Tazminat tutarları Amerika ile kıyaslanıyor, hekim gerçekten Amerika'da 100-200 bin dolar tazminat ödüyor ama orada hekimin yıllık geliri de çok yüksek 300.000 dolar kazanıyor. Türkiye'de öyle bir durum olmadığı için dengesizlik ve orantısızlık yaşanıyor. Bu da tabi doktorların mesleki heveslerini kırıncı şeyler, hasta kontağını azaltıcı şeyler. Özellikle zorlu cerrahi işlemlerden kaçınmalara sebep oluyor. Komplikasyon oranı yüksek ameliyatlardan cerrahlar kaçınma eğilimi gösteriyor. Onun için zor cerrahi işlemleri yapacak hekim bulmak da çok kolay değil" (G.32).

Malpraktis konusuna ilişkin TTB yayınlarında şu ifadeler yer almaktadır:

"Malpraktis yasası konusunda gelişmiş ülkelerden farklı olarak, olası komplikasyonlardan hekim sorumlu tutulmakta adeta defansif hekimliğe zorlanmaktadır" (TTB, 2009b: 27).

"Yoğun iş temposu, artan iş yükü, niteliği azalan tıp eğitimi, uzun çalışma süreleri... Nasıl daha az hata yapılır düşüncesi yerine hata yapan hekimlerden nasıl para kazanılır anlayışı çekinik hekimlik uygulamasını gündeme sokmuştur. Artan tazminatlar bu süreci –ne yazık ki- aynı zamanda hasta zararına işletmektedir" (TTB, 2012: 23).

"Yüksek tazminatlar doktorları kesinlikle korumacı tıpa sürükleyecektir. En büyük ameliyatı yapsanız SGK size 1000-1500 TL öder. Aynı ameliyat Avrupa, Amerika'da 50-100 bin dolar... Bu durumda tazminatlar da düşük tutulmalı. Ücretler ABD, Avrupa'nın 50'de biri ise tazminatlar da bu oranda olmalı; 2000-3000 dolar en fazla..." (TTB, 2011: 72).

Hekim – hasta ilişkisi açısından bir başka gelişme günümüzde hastaların sağlık bilgisine daha rahat erişmeleridir. Günümüzde hastaların medya ve internet vasıtasıyla sağlık durumlarıyla ilgili uzmanlık bilgisine kolay bir şekilde erişmeleri, hekimlik mesleğinin geleneksel olarak sahip olduğu bilgi tekeli olma konumunu ciddi bir şekilde sarsmaya başlamıştır (Adler ve Kwon, 2008: 149). Türkiye'de son yıllarda gazete ve dergilerde sağlık konularına daha fazla yer verilirken, sağlık programlarıyla ilgili televizyon programlarının giderek artması dikkat çekicidir (Atabek vd., 2013: 13). Bunlarla birlikte Türkiye'de internet kullanımı da son yıllarda hızla yaygınlaşmaktadır, 2017 yılında yapılan bir araştırmada internet kullanan yetişkinler arasında sağlık bilgisine ulaşmak amaçlı kullananların oranı %69,6'ya ulaşmıştır (TÜİK, 2017: 1). Hastaların sağlık bilgisine kolay erişmeleri hekim – hasta ilişkisi açısından bir takım değişimler getirmektedir. Görüşmelerde bu konuyla ilgili olan özet alıntılar şu şekildedir:

"...Google ortaya çıktıktan sonra yapacak bir şey yok, eğer hasta okuma yazma biliyorsa, Google'a da bir şey yazıyorsa onu okuyor ve gelip size soruyor. Bunun iyi tarafları var, körü körüne tedavi olmak istemiyor. Kötü tarafları var, Google'ın içinde doğru yanlış her şey var. O yüzden oradan edindiği bilgiler ona zarar verebiliyor. Eskiden hekim ne söylerse doğru kabul ediliyordu. Şimdi öyle kabul edilmiyor. Zaten öyle olmaması lazım..." (G.15).

"Tıp bilgisine erişimin olumlu ve olumsuz yanları var. Bilgiye kolay ulaşımdan çok yararlanan ve bunu çok olumlu kullanan bir hasta kesimi var, olumlu bir şekilde gerçekten bilinçlenebiliyor. Ama tam tersi bunu hekimi eleştirmek için, yapılan işleri eleştirmek için kullanan bir kesim de var. Uğur Mumcu'nun

bir sözü vardır, bilgi sahibi olmadan fikir sahibi olmak. Çok rastladığımız bir durum, bir yerden bir şey okuyor, bilgiye kolay ulaşıyor diyoruz ama bu bilgilerin büyük kısmı kontrolsüz, bilirkişi tarafından denetlenmemiş bilgiler. Bunların arasında yanlış bilgilendirmelerde söz konusu olabiliyor. Veyahut da ciddi bir kurumdan bir yazı okumuş veya o konuda bilgilendirilmiş olsa bile bunu olumsuz kullanan insanlar da söz konusu. Geliyor buraya bu sefer, sizi yaptığınız işle ilgili sorguya çekiyor, işte ben zaten onu biliyorum ben okudum diyor, okuduğu birkaç satırlık bir şey, siz buna yıllarını vermişsiniz, yüzlerce binlerce örneğini yaşamışsınız, ama bunlar hiç düşünülüyor, ben internette okudum diyor, aslında bu da eğitimsizliğin göstergesidir” (G.53).

Hekim - hasta ilişkisinin değişmesindeki bir başka önemli gelişme, hekimlere ve sağlık çalışanlara karşı şiddetin gün geçtikçe daha fazla artış gösteren evrensel bir mesele haline gelmesidir (Dünya Tabipler Birliği, 2015: 1; 2017b: 2). Sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet; sözlü ve fiziksel şiddeti kapsamaktadır (Boyle ve Wallis, 2016: 4). Hekimlere karşı büyük çoğunluğu hastalar ve hasta yakınları tarafından yapılan şiddetin artmasının nedenleri olarak; toplumdaki şiddetin genel olarak artması (Gates, 2004: 649), hekimlerin saygınlığının azalması, sağlık sisteminin aksakları nedeniyle bozulan hekim - hasta ilişkisi (Yao vd., 2014: 143-144), hastanelerin aşırı kalabalık olması, hasta başına düşen hekim oranının düşük olması, hekimlere duyulan güvendedeki azalma (Supe, 2017: 1), sağlık hizmetlerinde nitelikten ziyade, niceliğe önem verilmesi, medyanın bu konuya olan duyarsızlığı (Smith, 2015: 649) gibi faktörler gösterilmektedir. Evrensel gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de son yıllarda hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı sözlü ve fiziksel şiddetin hızla arttığı gözlenmektedir (Attar, 2017: 158). Görüşmelerden elde edilen veriler ışığında hekimlere karşı şiddetin gerekçeleri olarak, toplumda genel olarak şiddet eğiliminin artması, performansa dayalı ödeme sistemi ve sağlık sisteminin aksaklıklarından hekimi sorumlu tutma eğilimi, politikacıların popülist söylemleri, hekime ulaşmanın çok kolaylaşması sonucunda hastalarda sağlık hizmetinin değersizleşmesi algısı ve şiddet karşısında caydırıcı bir yaptırımın olmaması gelmektedir:

“...hastalar sağlık sisteminde hatalı buldukları her şeyde hekimi suçladıkları için gidip hekime saldırıyor bunlar yoktu 10 yıl önce hekime şiddeti diye Türkiye’de çok çok nadirdi şimdi hekim öldürülüyor, yaralanıyor.” (G.19).

“Hastaların hekimlerden her an hizmet alınabilir düşüncesine yönelik bir beklentileri var. Bunu böyle, hemen şu an istiyorum gibi bir talepleri var. İnsanlar hızlı, çabuk ve bedeli olmayan sağlık hizmetlerini bazen basit ve değersiz buluyor ve ona göre konuşuyor. Aldığı hizmetin aslında ne kadar değerli bir hizmet olduğunun farkına varmıyor. Yani özellikle uzman hekimlere kolay erişme imkânını gelmesi hastalar gözünde bu hizmetleri değersiz ve basit olarak görmelerine neden oldu. Hâlbuki çoğu batı ülkesinde uzman hekime ulaşmak kolay bir iş değildir. Fakat insanlarımız henüz bunun farkında değiller. Sonuçta hizmete kolay ve basit bir şekilde ulaşabilmek güzel bir şey ama bu hizmete bakış açısını değersizleştirmemeli. Şiddetin nedenlerinden biri de budur. Hekimlere kolay ulaşmaları sonrasında insanların kafasında oluşan bu hizmetin değersizleşmesi düşüncesidir” (G.20).

“Şiddetin en büyük gerekçesi, siyasilerin hekime değer vermez, aşağılayıcı konuşmaları, söylemleri. Bu durum halkın gözündeki doktorun itibarını düşürüyor. Böyle olunca da hasta, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunun kaynağını sistemden değil, doktordan bulmaya çalışıyor. O nedenle de hekime şiddet oluyor. Tabi bu aile hekimliği için geçerli. Devlet hastanesi sisteminde de, doktor hastaya yeterince zaman ayıramıyor, yeterince zaman ayıramayınca da tatmin olmuyor hasta, tedavi de olmuyor doğal olarak, buna karşı tepkiyi de doktorundan çıkartmaya kalkıyor. Hâlbuki bu sistemin sorunudur, performansa dayalı sistemin sorunudur. Bunun sorumlusu doktor değildir. Doktorun maaşı çok az, elde ettiği gelirin büyük bir kısmı döner sermayeden aldığı para, daha çok hastaya hizmet vermesi gerekiyor, zaten daha çok hastaya hizmet vermesi için de devlet tarafından da zorlanıyor. Hem kendi için zorlanıyor, hem devlete iyi görünmek için de zorlanıyor, bu da tabi tatminsiz hastanın, sabırsız hastanın şiddete yönelmesini artırıyor” (G.45).

“Özellikle son 5 yılda hekime karşı şiddet çok arttı, hep halk tarafında durulduğu için halk bu duruma güveniyor, çok rahat bir şekilde sana yumruk atıyor, sonuçta hiçbir ceza almayacağını biliyor. Ama örneğin bir hâkime, savcıya ya da vergi dairesindeki memura böyle davranamıyor, çünkü başına geleceklerden korkuyor. Hekimlerin de şiddetten korunması için caydırıcı yasal düzenlemelerin yapılması gerekiyor” (G.33).

TTB yayınlarında hekimlere karşı hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözlü ve fiziksel şiddet şu tespitlerle ele alınmaktadır:

“TTB’nin şiddet konusunda yaptığı bir araştırmaya göre; hekimlerin yarısından fazlası (%55,8) maruz kaldıkları şiddetin bir şekilde “önlenebilir” olduğunu düşünmektedir. Şiddete uğrayan hekimlerin %69,7’si işe yaramayacağını düşündüğü için, %13,9’u ise önemsemediği için şiddet olayını kimseye bildirmemiştir” (TTB, 2014: 11).

“Sağlıkta şiddet asla sağlık çalışanlarının bireysel önlemleriyle ortadan kaldırılabir bir durum değildir. Bizler sadece iyi hekimlik yaparak önlem almaya çalışıyoruz. Çünkü sağlık çalışanı olarak bildiğimiz tek yöntem bu. Ama bu konuda kanun koyuculara, politika üretenlere, idarecilere, yöneticilere çok ciddi görevler düşmektedir. Söylemlerinde sağlık çalışanlarını popülizmden uzak tutarak, bir an önce bu konuyla ilgili özel bir “Şiddet yasasını” çıkarmalarını beklemekteyiz” (TTB Antalya Tabip Odası, 2015: 11).

“Başta Sağlık Bakanlığı ve diğer politikacılar, yöneticiler hekimleri ve sağlık çalışanlarını topluma karşı karalamaya ya da olumsuz şekilde yönlendirmeye, hedef göstermeye çalışıyorlar... potansiyel şiddetin nedenlerine baktığımız zaman; birincisi, sisteme ulaşamıyorsunuz. İkincisi, ulaştığınız zaman altyapı yetersizlikleri sizi karşılıyor. Yine sistem çok karmaşık, yani kolay anlaşılabilir değil. Kuralsızlıklar var ve sistem sürekli değişiyor. Siz sisteme başvurduğunuzda sistemle ilgili size yeterli bilgilendirme yapılmıyor. Ve artık mesleki ve kurumsal saygınlık da gittikçe yok oluyor... Hekimlik eşittir ya da sağlık sistemi eşittir şiddet algısıyla karşılaşıyoruz. Bu da, hizmet alanlar tarafından “hekimlere, sağlık çalışanlarına şiddet uygulanabilir” düşüncesini artırırken, hekimler de ‘bize de artık şiddet uygulanabilir’ demeye başlıyor. Şiddet polislik, askerlik mesleğinde olduğu gibi doğallaşılıyor” (TTB İstanbul Tabip Odası, 2009: 27-29).

4.5.3. Ekonomik Koşullar

Türkiye’de 2010 yılında yürürlüğe giren Tam Gün Yasası’nın etkisiyle hekimlerin büyük bir çoğunluğu serbest muayanehanelerini kapatarak, sadece kamu hastanelerindeki görevlerini ifa etmeye başlamışlardır. Bu da hekimlerin toplam gelirlerinde bir azalmaya yol açmıştır. Bunun yanında 2003 yılından itibaren yürürlüğe giren performansa dayalı ek ödeme

sistemi farklı branşlar ve her bir klinik prosedür için çeşitli puanlar belirlemiştir. Performans puanı belirlenirken hekimin bireysel performansının yanında kurumun performans puanı da dikkate alınmaktadır. Bu gelişmeler gelirlerde çeşitli eşitsizliklere yol açmaktadır. Bu nedenle gelirlerin yetersizliği ve gelirlerin eşitsizliği alt temaları belirlenerek ekonomik koşullar ana temasına ulaşılmıştır. Aşağıda bu alt temaların detaylı açıklamaları ele alınmıştır:

4.5.3.1. Gelirlerin Yetersizliği

1980’li yıllardan itibaren sağıkta piyasalaşma söyleminin artmasıyla birlikte hekimler arasındaki rekabet şiddetlenmeye başlamış ve hekimler kendilerine ait serbest muayenehanelerde çalışmak yerine, gittikçe daha büyük oranlarda bürokratik örgütlerde ücretli bir çalışan olarak çalışmaya başlamışlardır (McKinlay ve Marceu, 2002: 389). ABD yapılan bir araştırmada ortalama hekim gelirlerinin enflasyon göz önüne alındığında bir düşüş içinde olduğu ortaya konmaktadır (Tu ve Ginsburg, 2006: 1). Adler ve Kwon (2008: 150)’da hekim gelirlerinin geçmişe göre daha kırılgan olduğunu ve cazibesini kaybettiğini belirtmektedir. Ayrıca devletlerin, hekimlerin hem kamu hem özel sektörde veya serbest muayenehanelerde aynı anda çalışmalarını çeşitli regülasyonlar yoluyla kısıtlamaları (Hipgrave ve Hort, 2014: 710), özellikle muayenehanelerini kapatmak durumunda kalarak sadece ücretli bir çalışan haline gelen hekimlerin gelirlerinde azalmalar meydana getirmiştir (Socha ve Bech, 2011: 2). Örneğin Medscape²¹,in (2017) hekim gelirleri araştırma raporuna göre serbest olarak çalışan gelirleri, ücretli olarak çalışan hekimlerin gelirlerinden yaklaşık %30 daha fazladır. Türkiye’de hekimlerin gelirlerini etkileyen bir gelişme, Tam Gün Yasası’yla birlikte birçok hekimin muayanehanesini kapatması ve kamu hastanelerinde tam gün çalışmaya başlamaları yönünde olmuştur. Bunun yanında ABD’de ve İngiltere’de hekimin performans dayalı ek geliri, toplam gelirinin en fazla %30’una kadardır (McDonald ve Roland, 2009). Ülkemizde ise uygulanan performans dayalı ek ödeme sisteminin yapısı nedeniyle gelirin büyük bir kısmını hekimin sabit maaşı değil, döner sermaye geliri oluşturmaktadır (Dünya Bankası, 2014a: 10). Bu da sabit maaş üzerinden hesaplanan hekimlerin emekli maaşlarının oldukça düşük olmasına neden olmaktadır. Hekimlerin izinli olduklarında da gelirleri düşmektedir. Dünya Bankasının (2014b: 28) yapmış olduğu çalışmada hekimlerin SDP uygulanmasından sonra elde ettikleri gelir ve özlük haklarından

²¹ Medscape hekimlerin ve diğer sağık profesyonellerinin sıklıkla yararlandığı dünyanın en büyük küresel internet portallarından biridir. İçerik olarak tıpla ilgili haberler, uzman görüşleri, ilaç kullanım bilgileri ve eğitim faaliyetlerini kapsar (<http://www.medscape.com/public/about>, 2017) (erişim tarihi: 23.08.2017).

olan memnuniyetsizleri dile getirilmektedir. Bu çalışmada gelirlerdeki azalmayla ilgili tespitler hekimler tarafından sıklıkla vurgulansa da konuyla ilgili kaynaklarda ve raporlarda bu tespitleri destekleyici güncel sayısal verilere ulaşılammıştır. Bunun önemli nedenlerinden biri, geçmiş dönemlerde hekimlerin özel muayenehanelerinden elde ettikleri gelirlerinin raporlarda yer almamasıdır. Hekim gelirleriyle ilgili görüşmelerden elde edilen örnek alıntılar şunlardır:

“Ben ekonomik açıdan 2002 yılındaki aylık kazancıma bu sene, o da sadece iki ay için ulaşabildim. Dolayısıyla politikaların başladığı andan itibaren benim aylık kazancım olumsuz yönde çok ciddi şekilde etkilendi tabiki” (G.11).

“SDP’nin ekonomik olarak etkisi olumlu olmamıştır. Kaldı ki performans sisteminde genel diğerlerine göre durumu iyi olanlar bile satın alma gücü bakımından bakıldığı zaman kayıp içerisindeler, mesela dolar endeksli bakılacak olursa neredeyse yarıya düşmüş durumda son 15 yıldaki gelirleri hekimlerin satın alma gücü bakımından ve performans sistemi emekliliğe yansımadağı için insanlar emekli olmakta zorlanıyorlar. Bu sistem aynı zamanda tatile giderken, izne ayrıldığınız zaman çalışılan gün katsayısı direk bizi olumsuz etkilediği için. İsterseniz soruların bir tanesine ekleyebilirsiniz. “Son 5 yılda ne kadar tatil yaptınız?” diye sorabilirsiniz hekimlere. Hekimler artık tatil yapamaz hale gelmişler bu sistem yüzünden” (G.26).

“Eskiden bir çocuk uzmanı dediğin zaman bizim hastanede Kastamonu’da bir abi vardı. Ooooo oooo öğlen saat 2 dedin mi adamı bulamazsın hastanede, muayenehanesinde olurdu, kuyruk, ne paralar kazandı adam be. Eskiden hem devlet hastanesinde hem özel muayenehanede çalışabiliyordu. O zaman, şehirde bir göz hekimi vardı, gece 11, 12’de randevu alırdı hastalar muayenehanesine gitmek için. Anlatıyordum mi, eski sistemde bazı hekimler çok zengin oldular. Şimdi halk onların tepkisini, tüm hekimlerden çıkarıyor, ama benim ne suçum var? Şimdiki sistem aslında iyi bir uygulama ama benim de hakkımı verirse iyi bir uygulama. Ama sen beni burada 3-4 bin liraya mahkûm edersen, ben de insanım ve ben herkesten çok eğitim almışım, benim bunca yıllık emeğim var. Benim eşim öğretmen, biz her ay, ay sonunu nasıl çıkaracağız diye hesap yapıyoruz, dün arkadaşımdan borç aldım mesela. Benim zaten hiçbir zaman dışarıda muayenehanem olmadı, ama hekimlerin maaşlarına biraz daha iyileştirme yapılabilir” (G.35).

“Özel hastanede ben 10 yıl önce kazandığım paranın yarısını 3 kat daha fazla çalışarak kazanamıyorum çünkü 11 senedir bizim gelir aldığımız sosyal güvenlik kurumunun fiyatları hiç artmamıştır. 11 senedir bütün girdiler, hastane girdileri, personel ücretleri artmıştır, elektrik su doğalgaz artmıştır, tıbbi malzeme artmıştır fakat kazanılan para artmamıştır. Dolayısıyla da hastane patronları tasarruf edecek yer olarak doktorları görmektedir. Ve dolayısıyla da doktorun maaşı veya piri artmaz günün koşulları gereği. Çünkü para kazanılmayınca en çok kimden tasarruf yapılacaktır? Dokordan” (G.49).

Hekim gelirleri, TTB rapor ve yayınlarında vurgulanan önemli konulardan biridir:

“...aldığımız eğitime, yüklendiğimiz sorumluluğa yakışır özlük haklarımızın maaş üzerinden tanındığı bir ücret politikası, ...yıllık izinlerde ücret kesintilerine gidilmemesini, bu çerçevede dinlenme hakkımızın yok edilmemesini istiyoruz” (TTB, 2012:8).

“Emeklilik sonrası birikiminiz yoksa (maaşınız ilkökul mezunu bir memurdan çok da farklı değil) maddi sıkıntılar başlıyor demektir” (TTB, 2009b: 27).

“...kıskırtılmış sağlık ihtiyacı nedeniyle hekimler artan iş yüklerine karşın, düşük temel ücretler, emekliliğe yansımayan güvencesiz ödeme sistemleri ile yüz yüze kaldı...Özellikle son yıllarda belirginleşen döviz kurlarındaki artış ve tetiklediği enflasyon karşısında, hekimlerin gelirlerinin azaldı...” (TTB Ankara Tabip Odası, 2016).

4.5.3.2. Gelirlerin Eşitsizliği

Alan yazında branşlar arasındaki gelir farklılıklarının oluşmasında, sağlık hizmetini satın alan sigorta kurumlarının ücret tarifelerini belirleyen devletin önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Lasser vd., 2008: 1480). Ülkemizde 2003 yılında yürürlüğe giren performansa dayalı ek ödeme sistemi bireysel performansın yanında sağlık kurumunun performansı da dikkate almaktadır. Her bir klinik prosedürün Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş belirli bir puanı bulunmaktadır. Toplam bireysel performans puanı hesaplanırken hekimin ünvan katsayısı da değerlendirmeye alınmaktadır. Hekimler elde ettikleri gelirlerin büyük bir kısmını performans puanlarından elde etmektedirler (Dünya Bankası, 2014a: 10). Özellikle kamuda çalışan hekimlerin gelirlerini belirleyen en önemli regülasyon yapıcı Sağlık Bakanlığı’dır. Görüşmelerde, gelirlerin eşitsizliği ile ilgili olarak performansa dayalı ek ödeme sisteminin getirdiği adaletsizlikler ve farklı basamaklar arasındaki gelir farklılıkları vurgulanmıştır:

“Şimdi aile hekimleri var bu arkadaşlar pratisyen her birisinin geliri bizim 2 katımız. 8-10 bin alıyorlar, biz de burada 4bin lira. Eşek gibi çalışan genel cerrah da alıyor 8 bin lira. Eşek gibi çalışan onların alt seviyesine ulaşıyor. Biz uzmanız ya!. 30 yılım ben, 30 yılım gitti benim” (G.40).

“Geçmişte tabi tam gün yasası olmadan evvel biraz daha iyiydi hekimlerin kazancı tam gün ile beraber belli bir miktara maruz bırakıldılar ve adalet yok. Atıyorum bilmem ne şehrinde BA hastanesinde aynı branş hekiminin alacağı ücretle falanca şehirde B hastanesinde yine aynı branş hekiminin alacağı ücret kendisinden bağımsız olarak, kendi çalışma performansı aynı düzeyde çalışsalar bile farklı olabiliyor. Bir adalet yok. Kendi içinde bile sistemin bir adaleti yok ki farklı branşlar ve dediğim gibi birinci ve ikinci basamak arasındaki üçüncü basamak arasındaki dağlar kadar farklar yarattı dolayısıyla çokta doyurucu değil” (G.41).

“Dünyada aldığınız risk ile kazandığınız para doğru orantılıdır. Risk arttıkça para da artar. Cerrahi en riskli mesleklerden birisidir. Kalp damar cerrahisi en riskli mesleklerden birisidir, beyin cerrahisi en risklilerden birisidir. Avrupa’da Amerika’da en çok kazanan adamlar cerrahlardır. Çünkü risk arttığı için para da artar ama sıkıntı olduğu zaman bedeli de ağır olur. Bizde öyle değil. Biz de enteresan bir sistemdir. Ben devlet hastanesinde çalışırken benden az alıyordu genel cerrahların çoğu. Ben acilde pratisyen hekimdim. Belli bir standardı yoktur bu işin. Belli bir uzmanın belli bir maaş alması lazım, alamıyordu insanlar. Çünkü sen benim attığım dikişe 500 puan veriyorsun. Apandisit 1500 puan veriyorsun. Apandisit en az 10000 puan vermen lazım. Çünkü batın açılıyorsun, Böyle bir düzensizlik var” (G.50).

“...hekimler açısından performans sistemini getirirken işin niceliği, niteliğinin önüne geçtiği için, örneğin kalp damar cerrahisinde çalışan bir hekim arkadaş ile dermatolojide çalışan bir öğretim üyesi, performans açısından kıyaslandığı zaman aralarında hiçbir fark yok. Hatta bir dermatolog, kalp-damar

cerrahi hocasından daha fazla ücret alır hale geldi. Bir tanesi koroner bypass yapıyor, bir tanesi gözüyle bakıp şu kremi kullanacaksın diyor. Hayati anlamda aldığı hiçbir risk yok. Kalp damar hocasının her ameliyatı hayati risk taşıyor ve bir süre sonra insanlar riskli işleri mümkün olduğu kadar yapmak istemez hale geldi” (G.12).

Gelirdeki eşitsizlik algısıyla ilişkili görüşlere TTB rapor ve yayınlarında rastlanmaktadır:

“Döner sermayede adaletsiz bir ücret dağılımı var. Yeri geldiğinde bir hekim beraber çalıştığı hemşireden daha düşük döner sermaye ücreti alabiliyor... performans sistemi hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açıyor” (TTB, 2009b:27).

“...performans uygulaması hekimler arasında büyük ölçüde ücret eşitsizliği yaratması, sağlık sistemindeki en büyük sorunlardandır” (TTB, 2009b: 50).

“Klinikler arası katsayı eşitsizlikleri, döner sermaye dağıtımında yapılan bölümler arası adaletsizlikler... hangi birini sayalım?” (TTB Antalya Tabip Odası, 2015: 15).

Diğer yandan gelir eşitsizlik algısının önemli bir boyutu da meslekler arası karşılaştırmadır. Türkiye’de son zamanlarda ortaya çıkan istatistikler, özellikle üniversite mezunu bireylerin son 10 yılda gelirlerinin günden günde azalarak yoksullaştıklarını, okuryazar olmayan kesimin ise gelirlerinin arttığını göstermektedir²². Buna istinaden tıp fakültesi eğitim sürecinin oldukça zor ve uzun süreli olması, sonrasında da genç bir hekimin deneyimli bir hekim statüsü edinene kadar yine uzun süreli ağır bir iş temposuna katlanması gerekliliği ve bu ağır sürecin ekonomik karşılıklarının yetersizliği, meslekler arası bir eşitsizlik algısına yol açmış görülmektedir:

“20 yıllık hekimim, tek bir evim var. Geçenlerde evimin fayanslarını yaptırıyorum, fayans ustası bana şunu dedi, ben çok rencide oldum. 2 günlük fayans işi için 1500 TL istiyor, ben dedim 1500 TL yi bir ayda döner sermaye olarak alıyorum. Sen bir günde ya da 2 günde alıyorsun bunu dedim. Adam yılda bir ev alabildiğini söyledi. Burada inanılmaz bir haksızlık, eşitsizlik var. Toplumda her kesimde eşitsizlik var ama burada uçurumlar var. Bunlar hekimleri üzüyor” (G.33).

“Okumayacaksın. Ne kadar çok okursan maddi yönden zarara uğruyorsun. Benim bütün lisede üniversite sınavını kazanamayıp, hiçbir özelliği olmayan insanlar. 3-4 tanesi şimdi ..holding sahibi. Yani doktor olan o sınıftan 10-12 kişi olduk. Hepimiz onlardan fakiriz. Benim altımda arabam yok birisiyle bizim aynı sitede oturuyoruz. 4 tane arabası var. 2 tanesi örtülü duruyor spor araba 2 tanesi de bu büyük 1 milyon liraya satılan Range Rover, Rover Land denilen arabalar var ya onlardan. Lise mezunu bu arkadaşlar bakkal dükkânları gibi dükkânları vardı oradan market oldu, bilmem ne oldu, toptancı oldu falan. Gıda toptancısı oldu” (G.49).

²² <http://www.haberturk.com/turkiyede-son-10-yilda-126-bin-universite-mezunu-yoksullasti-1649760-ekonomi>, 2017 (erişim tarihi: 28.09.2017).

4.5.4. Eğitim - Öğretim ve Kariyer Süreçleri

Türkiye’de SDP kapsamında son yıllarda hekim sayısının artırılması amacıyla bir çok sayıda yeni tıp fakültesi açılmış ve mevcut tıp fakülltesi sayılarının kontenjanları artırılmıştır. Bunun yanında Tam Gün Yasası’yla beraber kamu üniversitelerindeki bir çok deneyimli akademisyen üniversitedeki görevlerinden ayrılarak özel sektöre geçmişlerdir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimler üzerindeki zaman baskısı da akademik süreçleri olumsuz etkilemiştir. Tüm bu gelişmeler eğitim – öğretim ve kariyer süreçlerini derinden etkilemiştir. Aşağıda bu konuyla ilgili alt temalar olan eğitimin niteliğinin zayıflaması, usta – çırak ilişkisindeki değişimler ve genç hekimlerin uzmanlık tercihlerindeki değişim ele alınmıştır.

4.5.4.1. Eğitimin Niteliğinin Zayıflaması

Ülkemizde SDP’nin başlamasıyla birlikte hedeflenen ilk işlerden biri hekim sayısının hızla bir şekilde artırılması olmuştur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı ve YÖK Tıp Fakülteleri kontenjanlarının arttırılması yönündeki anlaşmışlardır (Atun vd., 2013: 78). Bu süreç içerisinde 2002-2003 öğretim yılında 44 olan Tıp Fakültesi sayısı, 2015-2016 yılında 85’e yükselmiştir (bk. Tablo 3.3). Böylece Türkiye, tıp fakültesi sayısının son 10 yılda en hızlı arttığı ülke konumuna gelmiştir. Ayrıca 1 milyon nüfus başına düşen tıp fakültesi sayısı Avrupa’da 0.54, Kuzey Amerika’da 0.60 iken Türkiye’de bu sayı 1.16’ya ulaşmıştır. Tıp fakültesi sayısının ve öğrenci kontenjanlarının hızlı bir şekilde artması sonucunda tıp eğitiminin niteliğinin zayıfladığı yönündeki iddialar güçlüdür (TTB, 2015d: 2). Ayrıca tıp eğitimini etkileyen diğer faktörler ise Tam Gün Yasası nedeniyle köklü üniversitelerde görev yapan deneyimli birçok öğretim üyesinin özel sektöre geçmesi ve performans baskısı nedeniyle öncelikle bir eğitim kurumu olması beklenen üniversite hastanelerinde sağlık hizmetleri sunumunun öncelikli hale gelmesidir. Bu durum eğitim ve öğretim faaliyetlerinin gerilemesine yol açmıştır:

“Tıp fakültelerine giren öğrencilerin kaliteleri son derece düştü. Kontenjan 500-600 öğrenci yapıldı, iki tane sınıf yapıldı. 1-2-3. sınıflara çift çift derse giriyor hocalar. Bir çok hoca lise hocasına döndü, derslerden kafamızı kaldırıp da şey ile ilgilenemiyoruz. Bir hoca 4 saat ders anlatıyor. Ertesi gün bir daha 4 saat anlatacak, kolay mı 4 saat konuşmak, Hiç lise hocası gibi aç kitabından çalış deme şansın da yok. Alt yapı eksiklikleri, öğrenci sayısının fazla olması kaliteyi düşürdü” (G.21).

“Burada şu anda bizde 48 öğrenci var. Küçük alanda 48 öğrenciye biz pratik vermekle yükümlü oluyoruz. Ne kadar bölerseniz bölün Pratik guruplarını, bütün öğretim üyelerine hergün pratik guruplarını verseniz, başka iş yapmıyor olsalar bile mümkün değil. Odalar almıyor, sığmıyor. Böyle bir ortamda tıp eğitiminin iyi olabilmesi, öğrencinin bu disiplini alması, hayata hazırlanması mümkün değil” (G.6).

“Çok acıyorum şimdi yetişen hem asistanlara hem öğrencilere çünkü onlara eğitim veren tüm hocalar dışarıdalar ve eğitime artık zaman da ayırmak istemiyorlar çünkü eğitimle para kazanmıyorlar. Ancak hasta bakarak ya da ameliyat ederek para kazanmaya başladılar. Hocalar da paranın tadını alınca eğitim azaldı diye düşünüyorum... Yani devlet orada gerçek eğitici hocalara gerçek değerini vermediği müddetçe, o hocalar dışarıya çıkacaklardır” (G.49).

“Oğlumda tıp fakültesi öğrencisi, ben Cerrahpaşa mezunuyum, Cerrahpaşa’da hoca kalmadı, hepsini özel üniversiteler transfer etti. Öğrencileri asistanlar yetiştiriyor, bilim desen yok, yapılamıyor, hoca yok ki. Tüm sebep de para değil, hocaların üniversitede iş yapması da engellendi, sen ameliyat yaparsın ama, o ameliyatı senin hesabına yazmam, bir havuza gider oradan paylaşılır diyor, yaptıkları ameliyatlara kanser ameliyatlara. Sadece para için değil, gittiği yerde mesleğini istediği gibi icra edebilmek için özel üniversitelere gitti hocalar. Kesinlikle öğrenci yetiştirmek adına eskiye göre kalite lisans düzeyinde %80 düzeyinde bozuldu, bundan eminim” (G.47).

Nitekim bu konu, intern hekimlerle yapılan odak grup görüşmesinin de en önemli temalarından biri olarak öne çıkmaktadır:

“Üniversite demek aslında eğitim demektir. Neyin eğitimi, hocanın asistanı eğitimi, asistanın bizi eğitimi, hocanın bizi eğitmesidir. Her hastanın buralara gelmemesi lazım. Basamak vardır tıpta, aile hekimleri vardır, aile hekiminin çözemediği devlet hastanesine gider, devlet hastanesinin çözemediği, eğitim araştırmaya veya üniversiteye gider. Şimdi başı ağrıyan, nezle grip olan biri direkt üniversite hastanesine gelirse, gerçekten orada bakılması gereken insana verilmesi gereken enerji, zaman, para heba olmuş oluyor. Bu hem asistan için iş yükü, hem üniversite için maliyet. O yüzden her insanın direkt üniversiteye veya eğitim araştırmaya gitmemesi lazım ki biz eğitim alabilelim. Amaç burada bizim eğitim alıp sahaya çıkmamız” (O.G.²³4).

“...şu an temel bilimlerde sabahçı-öğlenci mantığı var. Hoca bir dersi iki sınıfa ayrı ayrı anlatıyor, aynı dersi. İnanılmaz bir iş yükü var. Devletin şu anda bunu yapmasındaki amaç, tabi ki doktor açığını kapatmak. “Bana bilimsel ürün üreten doktor lazım değil, bana boğaz ağrısını tedavi edecek, doğuda pratisyen hekim olabilecek vs. doktor açığını kapatmak istiyorum ben” diyor. Onun amacı bu. O yüzden eğitim kalitesine önem vermiyor. “Ne kadar sayı fazla olursa, o kadar iyi” mantığını güderek devam ettiler. Şu anda da sanırım sayıyı tekrar eski haline yavaş yavaş çekmeye çalışıyorlar. Çünkü şu anki istatistiklere göre işte dört beş yıl sonra açığı kapatacaklar ve dört beş yıl sonra artık bilmiyorum ne olur da, belki KPSS bize bile gelebilir” (O.G.1).

Diğer yandan eğitim öğretim faaliyetleriyle ilgili bu tespitler benzer bir biçimde TTB raporlarında da ele alınmaktadır:

“2002 yılından bugüne tıp fakültesi sayısı iki kat artarak 85’e ulaşmıştır. Toplam öğrenci sayısı da buna paralel artış göstermiştir. Pek çok fakülte altyapı ve akademik eleman bakımından yetersizdir. Nicilikle birlikte nitelik artamamaktadır” (TTB Samsun Tabip Odası, 2017).

“Bu sistemde, akademik ve bilimsel ilgi, mesleki uygulamanın niteliği geri planda kalmakta, artan finansal baskılar nedeniyle öğretim üyeleri, klinik olarak üretken olmak konusunda ağır bir baskı altına girmekte ve giderek klinisyen özellikleri baskın çıkmakta, öğretim üyeliği nitelikleri silikleşmektedir. Çünkü öğrenciler sağlık hizmetlerine talebin kısıktıldığı, kurumların “müşteri” kapmak için rekabet ettiği, piyasalaşmış sağlık ortamında eğitim alıyorlar” (TTB 2015d: 4).

²³ O.G.— Odak grup görüşmesine katılan görüşmecileri ifade etmektedir (örn: odak grup görüşmesine katılan 4. Görüşmeciden alıntı “O.G.4” olarak ifade edilmiştir).

“TTB (2015b: 87) Uzmanlık Eğitimi Raporuna göre; uzmanlık öğrencilerinin %53.5'i kurumlarında verilen eğitimin kalitesini yetersiz bulmaktadır. Ankete yanıt verenlerin sadece %33.3 kurumlarında verilen eğitimin kalitesini yeterli bulurken bu oran devlet üniversitelerinde %39.6, eğitim araştırma hastanelerinde ise %21.6'dır”

4.5.4.2. Usta - Çırak İlişkilerinde Değişimler

Tam Gün Yasası'yla birlikte, hekimlerin kamu ve üniversite hastanelerinde tam zamanlı olarak çalışmaları teşvik edilmiş (Atun vd., 2013: 79); ancak bu yasanın çıkmasının ardından köklü tıp fakültelerindeki birçok deneyimli öğretim üyesi üniversitedeki görevlerinden ayrılmıştır. Bu durum tıp eğitiminin geleneksel yöntemi olan usta-çırak ilişkisinin etkili bir biçimde yürütülememesine yol açmıştır. Usta-çırak ilişkisi sadece mesleki deneyimlerin ve bilginin aktarıldığı bir süreç değil, aynı zamanda genç bir hekimin başarısı ya da başarısızlığının referansı anlamındadır. Kimin yanında yetiştiği ile ilgili olan bu referans, bir genç hekimin tüm kariyeri açısından belirleyici bir etkiye sahiptir.

Diğer yandan performansa dayalı ek ödeme sistemi çok sayıda hastaya bakma gerekliliği doğurduğundan, hoca-öğrenci etkileşimine zaman kalmamakta ve bu eksiklik tıp eğitimi için kritik öneme sahip geleneksel usta-çırak ilişkisi zayıflatmaktadır:

“Bizim dönemimizde biz hocalarla yüz yüze temas ederdik, ameliyatlara girerdik, beraber poliklinik yapardık, zaman ayrılırdı ayrılacak bir zaman vardı, kimsenin çok hasta baktım, çok ameliyat yapıyım telaşı yoktu çünkü yeterince zaman vardı ona artı belli bir zaman sonra hocalar gidip muayenehanesinde hasta bakıyordu, yani burda eğitimlerini görüyorlardı burdan sonrada çıkıp özel sektörde nasıl istiyorlarsa öyle çalışıyorlardı, şimdi onu kaldırdıkları için bir kısım insanlar ayrıldı o ayrılanlarda hakaten mesleğe yeterince zaman ayırmış tecrübeli insanlar, usta-çırak ilişkisi ile ilgili olumsuz olduğunu düşünüyorum çünkü tecrübeli insan kalmayınca eğitim verecek kim var” (G.19).

“Keşke üniversite hastanelerindeki öğretim üyelerinin hiç muayenehane derdi olmasa, bunları tatmin edecek ücret verilse ve bu insanlar özel hasta bakma, muayenehaneye gitme ihtiyacı hissetmeseler, aslında temel nokta bu. Bizim işimiz usta çırak ilişkisi aynen sanayideki gibi, özellikle cerrahi branşlarda tamamen usta çırak ilişkisidir. Yani yeni başlayan hekim veya asistan bunu hocasından ustasından öğrenir, hastayı muayene ederken elini nasıl koyacağını, stetoskopu nasıl tutacağını, nasıl muayene edeceğini veya cerrahsa nasıl kesi yapacağını, nasıl düğüm atacağını filan bunları hocasından öğrenir. O yüzden bu çok önemli bir ilişki. Örneğin bazı büyük üniversitelerde tam gün yasasından sonra neredeyse hoca kalmadı. Bu örneği başka üniversitelerde de görmek mümkün. Ama benim gördüğüm şu anda, kamu dışında dışarıda daha güçlü ekonomik olanaklar sağlayabilen veya dışarıda kendisinin daha iyi iş kurabileceğine inanan, kendine güvenen öğretim üyeleri kamu üniversitelerden ayrıldı, benim gördüğüm o...” (G.53).

“Öğrenci sayısı çok arttı.. onlar kliniğe geçince 50 tene öğrencinin bir bölümde staj yaptığını düşünün ne hastayı muayene edebilirsiniz ne hastayı dinleyebilirsiniz. Ne de hocayla bir konuyu tartışabilirsiniz 50 kişinin olduğu yerde çatışmanız mümkün olmuyor. Ee böyle olunca da yani öğrencinin hani yetişmesi pek mümkün değil. Yani bizim zamanımızda 10-15 kişi vardı yani staja gittiğimizde 10-15 kişi bir bölümde olurdu. Onlar da dağılırdı falan hocanın yanında diyeyim ki 5, maksimum 5 öğrenci olurdu ve 5 öğrenci hocayla gidip işte muayene eder, hocayla tartışır bir şey iletir. En azından bir şeyimiz

olurdu o hocanın deneyimlerinden yararlanırdınız gerçekten bu çok önemli bir şey yani hocayla bir şey paylaştığınız zaman onu unutmuyorsunuz ama kitaptan okuduğunuz zaman şey olmuyor. Ya da o hastayı gördüğünüzde onu unutmuyorsunuz. Ya da hocanın yaklaşımı çok önemli oluyor. Hocanın bir hastaya yaklaşımı sizin de hastaya yaklaşımınızı etkiliyor yani hani böyle iyi bir hoca iyi bir şekilde muayene ediyorsa siz de o şekilde öğreniyorsunuz ve öyle yapıyorsunuz. Ama bunu öğrenemediyseniz nasıl yapacaksınız? Böyle bir şey” (G.23).

“...Allah ömür verirse bir 15 sene sonra yaşadığımda iyi bir hekim olacak mı ve o iyi hekime ameliyat olabilecek miyim ve başarılı olacak mı şüpheliyim. Çünkü yetiştiricinin olmadığı bir yerde nasıl iyi yetişebilirler? Hocalar hep özele kaçıyorlar. Çünkü tıp usta-çırak ilişkisiyle olacak bir şey...” (G.49).

İntern hekimlerle yapılan odak-grup görüşmesinde usta-çırak ilişkisindeki erezyonun detaylı bir biçimde açıklandığı görülmektedir:

“Orada benimle ilgilenmesi gereken hoca/asistan bana yönelik “işte burada bu vardır demiyor” o hasta eritime peşinde...” (O.G.2).

“Asistan, uzman günde 100 hasta bakıyor, soru bile soramıyoruz, o da sana niye öğretsin ki, ne öğretsin, öğretecek zamanı yok zaten, bir kahve içeceği zamanı var onu da sana bir şey öğretmeye harcamaz zaten.” (O.G.4).

“ben açık ve net söyleyeyim, Usta-çırak yok. Arada ben bir tane hocamın elinden 4.sınıfta yalan olmasın pediatriyeyken birkaç tane hoca alıp bizi el ele birebir “Bak oğlum bu oluyor, bak bununla bunu dersin, bak bu böyle bir sestir, bu şöyle bir sestir.” diye akciğer seslerini beraber dinledik. Bir kere de kalsiyum ile ilgili bir hocamızla konuştuk. O bize örneklerle gösterdi ultrason nedir falan diye o duyguları da anlattı. Ben bir orada gördüm. Onun dışında maalesef usta da yok çırak da yok. Çünkü usta geliyor, hoca dersini anlatıyor ama formalite olarak geliyor. Niye, çünkü dersin ücreti çok düşük ama üniversitede kalması için dersi vermek zorunda. Kadrosunun burada kalması, isim yapabilmesi için ondan sonra asistanlarla öyle bir noktaya geldik ki pratik eğitimleri sırf yapmış olabilmek için yapıyor. Usta-çırak dediğimiz kısmı geliyorlar “Bu hastanın şusu var, bu hastanın busu var, bak şöyle bulursunuz, bak şu akciğer filmi, bak şöyle şurada nodülü var, gördüğünüz gibi bu nodüle ne denir?” diye teoriye daha çok dayalı “Hadi arkadaşlar bu nodülden ne çıkabilir, beyin fırtınası yapalım.” şeklinde değil. Böyle spesifik, hastalık üstünden “bak bu olmuş, böyle giderekten olmuş” şeklinde o zamanı öldürmek için, olabildiğince çabuk geçirmek için “Sen bugün şu konuya çalış, sen bugün bu konuya çalış” vs. olabildiğince hasta başından uzaklaşarak, çünkü öyle bir konuma geldik ki biz, 16 kişi küçücük sekiz metre karelik bir odada, tıksıyoruz oraya, adama sorular soruyoruz o bize cevap veriyor, oksijen yok içerde, iki saat ayakta kalıyoruz, şartlar çok kötü, birimiz dinlese yanındaki arkadaşım dinleyemez” (O.G.2).

4.5.4.3. Genç Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerindeki Değişimler

2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’nin bir etkisi de, genç hekimlerin kariyer planlamaları ve kararları üzerine olmuştur. Tıp fakültesini bitiren hekimler, uzmanlaşmayı bir hedef olarak görerek merkezi olarak yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS)²⁴ girmektedirler. Bu sınava giren genç hekimlerin kariyer tercihlerini etkileyen en önemli sebeplerin başında

²⁴ TUS – 1986 yılından beri Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından merkezi şekilde yapılan bu sınava tıpta uzmanlık eğitimi görmek isteyen tıp fakültesi mezunu adaylar girmektedir (ÖSYM, 2009: 1).

Malpraktis düzenlemelerinin geldiği vurgulanmaktadır (Kaya vd., 2014: 57). Hasta haklarının güçlendirilmesiyle ilgili olan bu düzenlemeler (Tatar vd., 2011: 34); medyanın da etkisiyle hekimler aleyhine yapılan hukuki başvuru sayısını gün geçtikçe artırmıştır. Özellikle tıbbi malpraktis iddiasının ortaya atılması durumunda hekimler; ceza davası, hukuk (tazminat) davası, idari soruşturmalar ve meslek kuruluşu tarafından yürütülen disiplin işlemleri gibi hukuksal süreçlerle karşı karşıya gelebilmektedir (Ersoy, 2014: 29). Ceza alma olasılığı ve son yıllarda özellikle riskli branşlarda hekimlere karşı şiddetin giderek artması gibi nedenler genç hekimlerin uzmanlık tercihlerinin değişmesine neden olmaktadır (Çubukçu, 2015). Ayrıca hekimler aleyhine açılan tazminat davaları sonucunda sorumlu tutuldukları tazminat miktarlarının, hekimlerin gelirleri karşısında orantısız derecede yüksek olması genç hekimlerin kariyer tercihlerini etkileyen bir başka gelişmedir.

Yapılan görüşmelerde de bu durumu açıklayan tespitlere sıkça rastlanmaktadır:

“Tabii ki uzmanlık için risksiz bölümler tercih ediliyor. Çünkü tazminat davaları ve tazminat davasına yol açabilecek şikayetlerin hekimlik mesleğini çok ciddi bir şekilde huzursuz ettiği bir gerçek. Hekimliğin gelir kısmına geldiği zaman “Türkiye şartları” ama tazminat kısmında “Amerikan şartları” geçerli. Çok yüksek, bizim gelirimizin kat kat üzerindeki rakamlarla, inanılmaz miktardaki rakamlarla bize dava açılabilir. Amerikan standartlarındaki bir tazminat davasıyla Türk standartlarındaki ekonomik şartları olan bir hekimin muhattap olmak istememesi gayet normaldir” (G.11).

“Özellikle belli branşlara olan, yani malpraktis yapma olasılığınız yüksek olan branşlara insanlar girmiyor. TUS sınavında. Mesela kadın doğum, en yüksek puanla alan yerdi. Şimdi kadın doğum en düşük puanlardan birisi oldu. Sebebi malpraktis, en kolay malpraktis olabilecek alanlardan birisi. Cerrahi alanlar genellikle malpraktisten ötürü, insanlar çekiniyor. Şu anda en yüksek puan ile nereler alıyor biliyor musunuz? Cildiye alıyor, fizik tedavi alıyor. Bir riski yok bunların. Gençler kendi konforlarını düşünüyorlar Kesinlikle. En yüksek puanlar ile oralara giriyorlar. Bu ne demektir? idealizm bitti. Tercihler değişti” (G.5).

“Cerrahiler neden tercih edilmiyor şu an çünkü neden, sen ameliyat yapıyorsun riski çok fazla olan bir iş yapıyorsun mesleki malpraktisten çekiniyor insanlar. Şimdi dermatolog sabah 8’de gelir hiçbir zaman 4’ten sonra hiçbir dermatologu hastaneye çağırılmazsın. Fizik tedavi doktorunu... Çalışmaz ki dermatolog küçümsediğim için değil. Günde 40-50 hasta bakar, kozmetik işiyle uğraşır, cilttir kozmetikten kastım. Ciltle uğraşır. Hasta profili bellidir. Akmaz, kokmaz hastayı kucaklayan gerekmez, kemiğini kırman gerekmez. Gece 4’te aranmaz. İnsanlar da bunu tercih ediyor işte yeni hekimlik anlayışı da diyorsun ya ben inanmıyorum bazen neden, nasıl oldu? Mesela Amerika’da bir beyin cerrahı ya da bir göğüs cerrahı, kalp damar cerrahı şeydir yani şov dünyasına çıkarsın. Müthiş yani çok farklı bir yerdesindir ama bir dermatolog çıkmaz. Bilmez kimse bilmez yani” (G.39).

“Öğrenciler akıllı şimdi ilk 100’de bir tane cerrah yok. TUS açılıyor TUS’ta sınavı alt limiti 45 alman lazım. Genel cerrahide diyelim 100 kadro açılıyor. Bunun 80’i doluyor. 10 tane boş kalıyor demek ki 45 alanlar yazmamış boş kalıyor yani kimse tercih etmemiş. Bu göğüs cerrahisinde %50’lileri buldu. Bir hastanenin en az para kazananları. Performans var şimdi genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi olur mu? O branşlar az para kazanıyor” (G.40).

“Cerrahların komplikasyonu çoktur. Mesela beyin kanaması, ameliyata alıyor, hasta ölüyor. Zaten bunun ölme şansı var. Olmayan bir şey olmuyor, olağan şey oluyor ama yine de insanlar cerraha saldırıyorlar. Dalak karaciğer patlamış, alıyor ameliyata, illa kurtulacak diye bir şey yok. Kurtulmuyor, sorumlu hekim oluyor. O yüzden cerrahların başı çok belada. Bir de performans sistemi çıktıktan sonra mesela temel bilimler aslında hiç para kazanılan, ilk tercih edilen bir yer değildi. Şimdi temel bilimlerin puanı yükseldi, neden, biyokimya uzmanı oluyorsunuz, nöbet tutmuyorsunuz, hiçbir şey yapmıyorsunuz, en yüksek maaşı alıyorsunuz. Nöbet yok, hasta yok, hiçbir şey yok, sizin adınıza bilgisayar yazıyor. Performans sistemine göre 10bin hasta geldiyse hasta başına 1TL verdin mi 10bin TL. Öteki türlü en az 3 saat 7 saat ameliyatta kal, hasta öldü mü ölmedi mi, komplikasyon var mı, dayak yiyecek misin, yemeyecek misin vs. stresli işler. Bir de nöbeti olan işler, gece nöbet tutmak çok zor. Önceden kadın doğum, cerrahi branşlar revaçtaydı, şimdi risk çok artı. Bu dayaklar, şiddet de çok etkili. Ameliyata alıyorsun hastayı, ölüyor, hasta yakınları sana saldırıyorlar. Bu kadar risk alıyorsun komplikasyon ağır, risk, nöbet vs. Cildiyede adam oturuyor, biyokimyada adam oturuyor, mikrobiyolojide adam oturuyor, senden daha çok alıyor. Şimdi cerrahi seçmek için aptal olmak gerekir. Eskiden kadın doğuma 72-73 puan ile girilirdi, %1 ile. Şimdi 56-57 ile insanlar giriyor, tabi bu kaliteyi arttırmıyor. Tabii ki tıp fakültesine girdiğiniz zaman belli bir zeka seviyesi var ama bir cerrahi branş seçerken yine de yetenekli olmak lazım, isteyerek yapmak lazım, anında karar vermeniz gerekiyor. Bu zekiler içinde de en iyilerinin cerrah olması gerekiyor bana göre. Ameliyatı yapmak, planlamak bu da zekadır ve zamanlama işidir. IQ olarak birisi 130'dur, ötekisi 150'dir” (G.50).

İntern hekimler odak grup görüşmesinde bu durumu oldukça net biçimde vurgulamışlardır:

“Bizim cerrahi de bir hocamız vardı. Hani Amerika'da doktor vardır, cerraha “Sir” diye hitap ederler, nereye gidersen git “Sir” diye karşılarlar derdi. İnanılmaz bir statü sahibisin. Bir de daha demin malpraktis muhabbeti geçti ondan ben çok abes bir örnek vereyim, bu gerçek olmuş bir örnek, hani abartısı yok. Kadın doğumda bir doktorumuza dava açılıyor. Davanın sebebi şu çocuk 7 yaşına gelmiş, okulda öğretmeni bu çocuk geri zekalı demiş, kadında doktora dava açıyor “Sen bu çocuğu doğurturken yanlış bir şey yapmışsın, bu çocuk senin yüzünden geri zekalı oldu.” diye. Şu anda durum bu, halktaki bakış açısı bu. Bir tarafta “Sir” diye doktorlar karşılanıyor, bir tarafta biz bunlarla uğraşıyoruz. Böyle uçurumlar insanları gerçekten doktorluk yapacak branşlardan uzaklaştırıyor” (O.G.4).

“Zaman, emek ile para ters orantılı artık...Hani hocanın özeli vardı ya bu adam sivillere ameliyat yapıyormuş, onun o imkanı varmış. O yüzden cerrahi seçiyormuş, o yüzden kadın doğum seçiyormuş. Bir sezeryanı on milyara yapıyor mesela şimdi. O yüzden geçmişte fırsatta varken egosu da iyi, toplumsal statüsü de yüksek, o sebeple cerrah olmuş. Ama şimdi tercih yaparken adam diyor ki önümde 10 tane tercih var. Nöbet paraları aynı 50 lira var gece başına, geç nöbet parasını diyor. 10 nöbet var, iyi onda da 10 nöbet var ama cerrahide 15 nöbet var. Cerrahide gece 50 tane hasta vardır ama cildiyede 3 hasta ya yatıyor ya yatmıyor. Sonra aşağı polikliniğe iniyor, cildiyeenin 3 ya da 4 tane ilacı vardır. Sivilce, işte steroid yaz kortizon işte bilmem ne kılınma şunu yaz. Cerrahi geliyor insanlar, hastalar daha pis, daha zor, daha komplike çözmesi zor. Daha stresli, bir yerde birinin hayatı söz konusu, öbürünün yüzünün sivilcesi hani kıyaslamıyorum ama öyle. Fizik tedaviyi mesela çoğu öğrenci küçümser. Radyoloji mesela adam diyor ki “Ben hasta görmek istemiyorum” diyor” (O.G.5).

“..iki üç şeyden ben bahsedeyim...Birincisi, hukuksal olarak çok sağlam yaptırımlar geldi bu ülkede mesela kadın doğumda bir tane çocuk CP'li doğduğu zaman artık o doktoru rahat bir şekilde suçlayabiliyorlar, ama o kadının işte ne bileyim gebeliğinde takipliydi takipli değildi evet malpraktis davalarından bahsediyorum. Malpraktis davaları bir kere çok güzel bir şekilde fırladı. Yani hiç olmayan davalar artık hep var gündemde ve doktorlar sigorta yaptırıyorlar. Bu sigortalar 100 liralık 200 liralık değil, 2000 liralık 2500 liralık sigorta primlerinden bahseden hocalarımız var, asistanlarımız var. Asistanken bile prim yatırmaya başlayanlar var. Birinci sebep bu. İkinci sebep:

şimdi biz çalışma şartlarını her birimiz gördük. Bir tarafta atıyorum 10 tane nöbet tutuyorsun, diğer tarafta da gene 10 tane nöbet tutuyorsun ama nöbetinde gece uyuyabiliyorsun. Diğerinde sabaha kadar ayakta ve ameliyathanedesin...Biri kahve içmeye Starbucks' a gidip geliyor, asistan, ama diğeri ameliyathaneden çıkamıyor.” (O.G.2).

4.5.5. Mesleki Güç ve İtibar Algısı

Günümüzde meslek örgütlerinin yetki ve yaptırım güçlerinin geçmiş döneme göre zayıflaması; bunun yanında piyasacılık ve bürokratikleşme yaklaşımlarının etkisiyle hekimlik mesleğinin saygınlığında bir aşınma yaşandığı belirtilebilir. Bu gelişmeler ışığında ortaya çıkan alt temalar aşağıda ayrıntılı olarak belirtilmektedir:

4.5.5.1. Meslek Saygınlığının Zayıflaması

Statü, saygınlık gibi kavramlar günlük dilde çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Statü kısaca bireyin toplumdaki durumu, konumu ve derecesi olarak tanımlanmaktadır. Saygınlık ise statüden daha soyut bir kavramdır, toplumsal bir konuma veya statüye atfedilen, o konumu işgal eden kişinin kişisel özelliklerinden bağımsız olan itibar olarak tanımlanmaktadır (Hargreaves, 2009: 217). Günümüzde yaygınlaşan yöneticilik, bürokratikleşme ve piyasacılık yaklaşımlarının getirdiği baskıcı uygulamalar, hekimlik mesleğinin saygınlığını önemli ölçüde erozyona uğratmaktadır (Wilkesmann, 2016: 103-110), fakat bu erozyonlara rağmen yine de diğer mesleklerle karşılaştırıldığında halen saygınlığı en yüksek olan meslek olarak anılmaktadır (Freidson, 2001: 185; McCarthy, 2016: 1). Görüşmelerde geçmişe göre meslek saygınlığının zayıflamasıyla ilgili olarak hekimlere karşı şiddetin artması, gelirlerdeki düşüş, hekime ulaşımın çok kolay bir hale gelerek değersizleşme algısının oluşması, hekim sayısının artması gibi nedenler vurgulanmaktadır:

“Geçmişte çok daha saygın bir meslekti. Bugün o saygınlığını kaybettiğini düşünüyorum. Böyle kolay ulaşılır olması vs. Hekimler de bazı yerlerde yetersiz kalıyorlar.... Batılı ülkelerde bu imajın halen yüksek olduğunu görüyorum” (G.5).

“Ben mesleğin içerisindeyim, yıllar içerisinde bir düşüş olduğunu hissetmekteyim. Ben mesleğe ilk başladığımda Burdur'da çalışıyordum. Bütün devlet kuruluşlarına gittiğimde “vay memleketin doktoru gelmiş” falan derlerdi. Her işimi hemen halletmeye çalışırlardı. Hatta hiç unutmam, yan odada oturan arkadaşımın dayısıymış, o zaman biz o arkadaşla tanışmıyoruz. Bir tane beyaz eşya satan dükkâna gittik, yeni evlendik. Beyaz Eşya alacağız, çamaşır makinesi, bulaşık makinesi vesaire her neyse böyle şeyler alacağız. Beğendik bir şeyler, tamam dediler, anlaştık fiyatta. Çay falan içtik bekliyoruz, senet menet ne yapacağız gibilerinden. Dediler “tamam doktorum sizin iş, ürünleri nereye gönderelim?” dediler. Dedim “Birşey imzalamayacak mıyız, senet falan”. “Yav memleketin doktoruna senet mi imzalatılmış? Ne kadar ayıp!” dediler. Gönderdiler bizi öyle. Ben ara sıra gidip taksit taksit ödedim. Oralardan “Doktorsan ne yapalım kardeşim!” günlerine geldik. Ciddi bir değer kaybı oldu halkın gözünde doktorların. Herkes suçlu bunda ama halk da suçlu, hekimler de suçlu, idare de suçlu, tek bir yönün düzelmesi ile de olacak bir şey değil” (G.13).

“Mesleğin imajı belirgin olarak kötü, negatif. Sebepleri siyasilerin ve sağlık sistemindeki söylemler, ayrıca meslektaşlarımız içinde paraya tenezzül eden, arkadaşlarımız olması sebebiyle toplumda saygınlık belirgin derecede azaldı, tabi sayı da arttı. Tıp fakülteleri ve kontenjanlar da arttı. Ben girdiğimde 150 kişi alıyordu Hacettepe, şimdi 300 kişi alıyor. Sayı artınca tabi çürük yumurta oranı da artıyor. Onlar hekim oldukları zaman bizim imajımızı olumsuz etkiliyor” (G.32).

“Meslek kötü gösteriliyor ama sonuçta herkes günün birinde doktora muhtaç hale geliyor. Ben doktor olarak da doktora muhtacım. Ben küçükken doktorlar çok daha özel konumdaydı. Şimdi toplumun her tarafı dejenere, doktorluk mesleğini de dejenere yapmaya çalışıyorlar, toplumdaki genel bozulmayı yansıtmaya çalışıyorlar. Fakat dünya var oldukça doktorlar hep önemli yerde olacaklar. Doktor Tanrı'nın elidir, bu kadar basit” (G.47).

Odak grup görüşmesinde de konuyla ilgili olarak yapılan açıklamalar, hekimlik mesleğinin tercihinde belli bir saygınlık algısıyla hareket edildiğini göstermektedir.

“Bende baştan beri tıp fakültesini isteyen biriydim..... İlk sıralamam, ben çok heyecanlı biriydim...Bizim de böyle şey olur ya hani. Mahallede bir abla olur doktor çıkar falan, hep örnek gösterilir. Öyle bir özenme ile başladı. Sonra baktık hani lisede de sınavlar iyi gidiyor, iyi puan alanların hepsi tıp yazıyor ya da mesela Boğaziçi Matematik falan böyle bilgisayar mühendisliği falan. Benim hiç mühendis olma düşüncem yoktu. Bir de benim insan ilişkilerim çok iyidir. İyi gözlemlerim, çocuk doktorumu da çok severdim, hatta yanına gitmişliğim böyle, bakın bende tıp okuyorum diye gitmişliğim de var. Hiç pişman değilim, mesleğimi çok seviyorum ama tabi ki de dönem birdeki düşüncelerimle, şimdiki düşüncelerim çok farklı” (O.G.3).

“Önce ODTÜ bilgisayar mühendisliği istedim. Sınava girdim, puanım ODTÜ bilgisayara yetti ama son 1 yıl içindeki o sosyal baskı, aile baskısı, bilgisayar mühendisliği okuyup bilgisayar dükkanı mı açacaksın? falan filan mantığı. Tıp fakültesinde en azından işin garanti, şöyle böyle deyip dershanelerin "Tıp fakültesine gir, bir şekilde okursun" deyip o gazlarla girdim bu mesleğe. En sonunda yazdım, tercih ettim, en azından insanlara bir yardımım dokunsun. Her şeyi bir kenara bıraktım, ne kadar zor olsa da artık bir şekilde yaparız diye girdim” (O.G.1).

TTB raporlarında ise artan hekim sayısı ile azalan saygınlık ilişkisinin kurulduğu görülmektedir:

“Yılda 5000 doktor yetiştirmek zorunda değiliz. Arzın artması prestiji azaltıyor; uzmanların birbirleriyle sanat yarışı yapmaları lazım, kapital yarışı değil” (TTB, 2011: 81).

4.5.5.2. Meslek Örgütlerinin Politik Gücünün Zayıflaması

Meslekler üzerinde devlet gibi regülasyon yapan organlardan biri de meslek örgütleridir (Greenwood vd., 2002: 61). İngiltere’de ve Almanya’da 19. yüzyılda kurulan tabip birlikleri en eski mesleki örgütlerdendir (Freidson, 1970: 20). Özellikle son yıllarda küreselleşme ve piyasalaşma söylemlerinin öne çıkmasıyla birlikte mesleklerin kendi kendilerini meslek örgütleri yoluyla regüle etme yetkileri yasal yollarla ellerinden alınmaya başlamıştır. Özellikle hukuk ve hekimlik gibi köklü meslekler için bu durum mesleki otonomi konusunda bir tehdit oluşturur hale gelmeye başlamıştır (Evetts, 2002: 351; Dixon-Woods, vd. 2011: 1452; Adams, 2017: 70). Türkiye’de TTB hekimlik mesleğinin çatı meslek

örgütüdür. 6023 sayılı yasa ile devlet tarafından 1953 yılında bu alandaki en güçlü ve önemli aktör olarak kurulmuştur (Aksoy, 2007: 114) ve temel görevleri şunlardır (www.ttb.org.tr, 2017):

- Türkiye halkının sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin kolay ulaşabileceği kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti için çalışmak,
- Meslek ahlakını en iyi şekilde korumak,
- Tıp eğitiminin her alanında söz söylemek,
- Hekimlik mesleğinin çıkarını her platformda dile getirmek,
- Mesleğin, üyelerinin maddi, manevi haklarını korumak için kurulmuştur.

Aksoy (2007: 162-163) çalışmasında ilk kurulduğu yıllarda devletle benzer bir kurumsal mantığı paylaşan ve sınırlı bir kapsamda meslek üyelerinin haklarını korumaya çalışan TTB'nin, zaman içinde piyasacı mantığa karşı, kamucu mantığı savunan muhalif bir örgüte dönüşerek aynı zamanda toplumsallaşarak, demokratik sivil toplum örgütüne evrildiğini belirtmektedir. Bunun yanında 2012 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği” ile Sağlık Bakanlığı müsteşarı başkanlığında kurulan Sağlık Meslekleri Kurulu TTB'nin meslek örgütü özerkliğini azaltacak bir takım yetkileri kendi bünyesine almıştır: (TTB, 2012b: 10):

- Etik kuralları belirleme, etik kurallara uymayan hekimler hakkında soruşturma yapma, kusurlu bulduklarına altı aya kadar meslekten geçici olarak men etme dahil disiplin yaptırımını uygulama yetkileri
- Sertifikalandırma ve kredilendirme yetkileri

TTB'nin yanında ayrıca tıbbın tüm branşlarına özgü uzmanlık dernekleri özellikle eğitim, akademik çalışmalar, ulusal ve uluslar arası bilimsel toplantı organize etme gibi faaliyetler yaparak mesleğin alt dallarıyla ilgili yüksek standart meydana getirmeyi amaçlamaktadırlar.

Görüşmelerde, uzmanlık derneklerinin eğitim alanında yaptıkları çalışmaların önemi ve TTB'nin muhalif politik söylemlere çok fazla yoğunlaşması nedeniyle mesleki çıkarları savunma, geliştirme ve meslektaş kontrolü konularındaki gücünün zayıflaması konuları belirtilmiştir:

“Bunlar arasından düşünürsek, uzmanlık dernekleri genellikle en iyi çalışan dernekler. Her bir branşın kendine özgü uzmanlık derneği, en gözle görülür çıktılar üretebilen, ürün olarak hani kendi üyelerini de etrafta onları izleyenleri de memnun eden işlere imza atıyorlar. O nedenle, takip edebildiğim kadarıyla, çok sayıda uzmanlık derneğini takip ediyorum, hayranlıkla izliyorum, hakikaten iyi çalışıyorlar. TTB ile ilgili çok memnun değilim. TTB'nin çok aktif işler yapmadığını düşünüyorum veya çok üzerine vazife olmayan işlerde boğulup kaldığını bazen düşünüyorum, politik anlamda. Halbuki birinci işi: bizim

meslek örgütümüz olduğuna göre onun üyelerinin hakları üzerinden ilerlemek, çok fazla bireysel işlere takılmamalı. Şikayetçiyim o konuda TTB'den. Çok politik, o politik görüş doğrultusunda çok seçici davranıyor. Kimin hakkını savunacak? kimi savunmayacak konusunda. Böyle olunca da benim gözümde ciddi bir imaj, değer kaybı oluşuyor TTB ile ilgili" (G.13).

"Yetkileri çok sınırlı diye düşünüyorum bu örgütlerin yetkileri çok sınırlı olunca, hekimlerde doğal olarak bu örgütlere özveriyle katkıda bulunamıyorlar, bulunmuyorlar ve olması gereken noktadan çok uzaktalar. Yani bu örgütler sağlıkla ilgili politikaları büyük oranda şekillendirebilir örgütler olmalıydı ama ondan çok çok uzaktalar, hiç bir şekilde sağlık politikaları üzerinde çok küçük bir söz hakkı bile yok bu örgütlerin ...yetkileri olmadığı için hekimler tarafından desteklenmiyor, desteklenmedikleri içinde zayıf kalıyorlar bu kısır döngü devam ediyor malesef, heralde de kırılacak gibi de görünmüyor." (G.22).

"Diğer ülkelerde yetkileri çok daha farklılık gösteriyor, mesela İngiltere'de tabipler birliği Sağlık Bakanı'nı belirliyor. Mesela TTB'nin bir hekimi hekimlikten men etme yetkisi var. Böyle bir örgütün görevleri, meslek etiğini, meslekle ilgili olayları, meslek haklarını korumak ve savunmak, aynı zamanda sağlık haklarını korumak, halkın sağlığını da korumakla ilgili bir politika üretmektir. Türkiye'nin sağlık sorunlarıyla ilgili en büyük politikaların üretildiği yer, TTB'dir. Zaten öyle olması gerekir. Ama şimdi dikkate alınmadığı için TTB, bu görevini yerine getiremiyor, çünkü maalesef siyasallaşmış durumda, hekimlerin desteğini alamadığı için de bu görevini tam olarak yapamıyor. Çünkü hekimler güvenmiyor. Ama olması gereken Türkiye'nin sağlık politikalarına TTB'nin yön vermesidir. Hem hekim sağlığı, çok ağırdır görevleri, hem hukuki sorumluluk, hem adli bilir kişiliği her şeyi TTB yapar." (G.45).

"Yeterli değil, devlet onların haklarını buduyor, kısıtlıyor. Hekimler olarak ortak karar verme, toplanma şansımız da yok. Başka bir örgütümüz de yok." (G.55).

Bu konuyla ilgili TTB raporlarında şu ifadeler kullanılmaktadır:

"663 sayılı...kararname ile Türk Tabipleri Birliğinin etik kuralları belirleme, etik kurallara uymayan hekimler hakkında soruşturma yapma, kusurlu bulduklarına altı aya kadar meslekten geçici olarak men etme dahil disiplin yaptırımı uygulama yetkilerinin alınması dışında başka yetkileri de kaldırılmıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin kuruluş yasasında hekimlerin mesleki gelişimlerini sağlama görevi bulunmaktadır. Bu görevi kapsamında değişik alanlarda tıp fakülteleri ve ilgili diğer fakültelerin öğretim üyeleri ile birlikte işyeri hekimliği başta olmak üzere değişik alanlarda sertifika eğitimleri vermekte idi. Aynı şekilde yine bu görevleri kapsamında bilimsel toplantılara katılan hekimlerin kredilendirilmesini yürütmektedir. Bakanlık sertifikalar ve kredilendirme ile ilgili yetkileri de yukarıda belirttiğimiz gibi bütünüyle kendi yetkisine almış, meslek kuruluşları ile işbirliğini dahi düşünmemiştir" (TTB, 2012b: 10).

4.6. Bulguların Değerlendirilmesi

Hekimlik mesleğinde meydana gelen değişimleri açıklayan yukarıdaki bulguları önceki çalışmaların sonuçlarını da dikkate alarak geniş bir biçimde tartışmak; tüm dünyada gözlenen neoliberal gelişmelerin hekimlik mesleği ile ilgili sonuçlarını birlikte görmeyi mümkün kılacaktır.

Değişim politikalarının yakından etkilediği *iş pratikleri* kapsamında öne çıkan mesleki otonomi, alan yazınında hekimlik mesleği için güçlü bir biçimde vurgulanan önemli bir kriterdir. Özellikle de mesleki otonomi ile klinik otonominin neredeyse özdeşleşmiştir.

SDP'nin uygulanmasıyla birlikte rasyonelleşme, standartlaşma, maliyetlerin en aza indirilmesi ve hesap verebilirlik kavramlarının öne çıkması ve özellikle SGK'nın yapmış olduğu regülasyonlar nedeniyle hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerindeki klinik otonomilerinde aşınma yaşanmaktadır. Nitekim bu tespit, regülasyonların ve politikaların getirdiği bürokratikleşmiş uygulamaların hekimlerin klinik karar inisiyatiflerini, dolayısıyla klinik otonomilerini zayıflattığını savunan önceki çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (McKinlay ve Marceau, 2002: 391; Harrison ve Dowswell, 2002: 208; Ham ve Alberti, 2002: 839; Lewis ve Marjoribanks, 2003: 57; Macdonald, 2015: 396). Neoliberal politikaların ve teknolojide yaşanan gelişmelerin aslında birçok meslek için değişim yarattığını ve bunun meslekten kopuşa yol açtığını vurgulayan İlhan (2008), bu duruma hekimlik mesleğini örnek göstermektedir. Hekim kararlarının sadece yapı ve kurumlarca değil, müdür ve bürokratlarla da denetlenmesi onları mesleğe yabancılaştırmakta; hekimlik mesleğinin teknik ve örgütsel özelliklerinin giderek karmaşıklaşması, hekimi kendi mesleğinin uzmanı olmak yerine mesleğin basit bir parçası konumuna getirmektedir (s. 323). Bu araştırmanın mesleki otonomi ile ilgili olarak öne çıkan en önemli sonuçlarından biri görüşülen hekimlerin, ekonomik otonomi kaybını klinik otonomiden daha fazla öne çıkarmalarıdır. Klinik otonomi üzerinde bürokratik uygulamalar kadar, malpraktis düzenlemelerinin de etkili olması ve bu nedenle riskli durumlardan kaçınmak için hekimin kendini korumaya alarak, sınırlayıcı kurallar çerçevesinde edilgen karar alma eğilimini göstermesi ve dolayısıyla klinik otonomiden vazgeçmeye gönüllü hale gelmesi paradoksal bir durumdur.

Hekimlerin gelirlerinde söz sahibi olmaları olarak tanımlanan ekonomik otonomideki kayıplar, SDP kapsamında uygulamaya konulan Tam Gün Yasası ile hekimlerin serbest muayenehanede çalışmalarına ve yeni bir muayenehane açmalarına getirilen sınırlamalar nedeniyle birçok hekimin ücretli bir çalışan niteliği kazanmasıyla ilgilidir ve bu sonuç ekonomik otonomi kaybına işaret eden diğer çalışmalarla da (Garcia-Prado ve Gonzales, 2011: 267; Hipgrave ve Hort, 2014: 710; Flood vd., 2015: 583) benzerlik göstermektedir. Davranışsal iktisadın bir konusu olan referans gelir, bir profesyonelin kariyer aşamasını ve tecrübelerini dikkate alarak mesleki faaliyetlerinden elde etmeyi beklediği gelirdir. Bu bağlamda hekimlerin gelirlerinin referans gelirin altında olması durumunda, davranışlarını referans gelire erişmek üzere düzenlemeleri rasyonel bir davranış olarak kabul edilmektedir (Rizzo ve Zeckhauser, 2003: 909-912). Ancak piyasalaşmayla birlikte hekimlerin gelirlerini artırmaya yönelik çabalarının diğer mesleklerde olduğu gibi (İlhan, 2008) mesleki değerler açısından daha fazla ön plana çıktığı söylenebilir. Nitekim hekimlik mesleğinin en önemli unsuru olarak gösterilen klinik otonomi düzeyi bu çalışmada ekonomik otonominin geri

planında kalmıştır. Hekimler ekonomik kayıpları çok daha önemli bulmaktadırlar. Bu durum, mesleki etik ve değerlerden uzaklaşma riskini de birlikte getirmektedir:

“Gönüllü değil zoraki bir durum...mesela aynı nöbeti tutuyoruz ben diyorum ki nöbette 200 hasta bakıyorum diğer hekim daha yavaş ve daha etik çalışıyor 50 hasta bakıyor. Benim aylık kazancım 10 lira onun aylık kazancı 3 lira oluyor, sonunda mecbur o da bakmak zorunda kalıyor. Yani para odaklı bir sistem. Sağlık para odaklı bir sistem olduğu zaman hizmet kalitesi, hastaya bakış açısı tamamen değişiyor. Her gördüğümüz hastayı para olarak görüyorsunuz. Yani bir saatte 100 hasta bakarsanız 100 lira kazanıyorsunuz 10 tane bakarsanız 10 lira kazanıyorsunuz. İstedığınız kadar etik olun bir süre sonra hızlanmaya başlıyorsunuz. İşte insanlar birbirleriyle ameliyat için konsültasyon yapar, şimdi yapmıyor. Herkes yapabildiği her şeyi yapıyor para kazanmak için bu tabi ki hem ilişkileri bozuyor, hem sağlığın kalitesini bozuyor.” (G.50).

Sağlık alanında piyasalaşma söyleminin öne çıkmasıyla birlikte ekonomik kaygıların mesleki etik değerleri aşındırdığına, farklı araştırmalarda da dikkat çekilmektedir (Castellani ve Wear, 2000: 492; Leicht, 2016: 105; Wilkesmann, 2016: 101).

İş pratikleri kapsamında ele alınan diğer temalar ise *aşırı işyükü* ve *hizmet kalitesi*dir. Sevk zinciri sisteminin ortadan kalkmasıyla sağlık hizmetlerine ulaşım ve dolayısıyla hekime gün içinde çok daha fazla hastanın başvurusu kolaylaşmıştır. Bu durumu pekiştiren etkenlerden biri de performans dayalı ödeme sistemidir. Farklı çalışmalarda performans sistemi, bürokratikleşme ve piyasalaşma sonucunda hekimlerin iş yüklerinin, bu uygulamalar öncesindeki durumla kıyaslandığında arttığı belirtilmektedir (Chaudhuri vd., 2013: 331; Michtalik, 2013: 375). Ancak, sağlıkta dönüşüm politikalarının hızlı bir şekilde hayata geçirildiği Türkiye’deki gibi (OECD, 2014: 15; Akdağ, 2015: 3) iş yükünün bu kadar kısa bir süre içinde aşırı bir şekilde arttığı bir başka örneğe rastlamak güçtür. Örneğin araştırmanın bulgularına göre hekim başına günlük hasta muayene sayısının ortalama 50-100 arasında değiştiği tespit edilirken, ABD’de yapılan güncel bir araştırmaya göre²⁵ hekimlerin iş yüklerinin oldukça arttığı vurgulansada hekim başına günlük hasta muayene sayısının ortalama 19,5 olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla hekimin daha fazla çalışıyor olması, hastaya daha nitelikli bir sağlık hizmeti sunulduğu anlamına gelmemektedir. Aksine performansa dayalı ek ödeme sistemi nedeniyle nitelikten ziyade niceliğin öne çıkmasıyla, hekimler komplike ve riskli işlemlerden kaçınmakta; gelir getirici daha basit ve riski az işlemlere yönelmekte; hastaya yeteri kadar zaman ayıramamaktadır. Bu durum sunulan *sağlık hizmetinin kalitesini* tartışmalı hale getirmektedir. Rasyonelleşmenin artması ve sağlık

²⁵https://www.merrithawkins.com/uploadedFiles/MerrittHawkins/Surveys/Physicians_Foundation_Merritt_Hawkins_2014_Todays_Physician_Doctor.pdf, 2014 (erişim tarihi: 22.07.2017).

kurumlarına yapılan ekonomik piyasa baskıları sonucunda sağlık hizmetlerinde niteliğin geri planda kalarak sadece niceliğe önem verilmesi tespitine bazı çalışmalarda da rastlanmaktadır (Carrol, 2014; Bendix, 2015; Das vd., 2016; Paul ve Renmans, 2017: 9).

Araştırmanın ulaştığı ana temalardan biri de hekimin diğerleriyle olan *ilişkileridir*. Piyasalaşma mantığı, tüketici odaklı olma, ticarileşme ve özelleştirme uygulamaları gerek sağlık kurumları, gerekse hekimler arasındaki rekabeti şiddetli bir şekilde artırmış, bireyselleşmeyi öne çıkarmıştır. Bunun yanında performans dayalı ek ödeme sistemi ve SDP kapsamında hastalara başvuracakları sağlık kurumunu ve hekimini seçme hakkının verilmesi, performans baskısı ve malpraktis düzenlemeleri nedeniyle tanı ve tedavi süreçlerini geçiştirip, sorumluluğu sürecin sonraki aşamasındaki hekime bırakmak gibi tutumlar hekimler arası meslektaş ilişkilerini zayıflatmış; işbirliği ve dayanışmayı azaltmıştır. Ayrıca uygulanan ek ödeme sistemi, hekimlerin aylık maaşlarının 7 katına kadar performans geliri elde etmelerine imkân vermektedir (Dünya Bankası, 2014a: 10), ABD ve İngiltere’de ise hekimin performans dayalı geliri, aylık toplam gelirin en fazla %30’u kadar bir orandadır (Macdonald ve Ronald, 2009: 122). Bu nedenle diğer araştırmalarda hekimler arası rekabetin son yıllarda arttığı belirtilse de (Adler ve Kwon, 2008: 149; Alqasim, 2016: 159), Türkiye’de rekabetin ekonomik gerekçeleri daha güçlü olabilir. Diğer yandan bu olguların toplumsal meselelerle de ilişkisi göz ardı edilmemelidir. Günümüz toplumsal yaşamında görülen atomizasyon ve bireysel egoizmin ön plana çıkması; dayanışmayı zayıflatarak, bireyin içinde yer aldığı kurumla olan bağlarının zayıflamasına ve aidiyet duygusunun yok olmasına neden olmaktadır (İlhan, 2007: 289).

Tüketici odaklılık baskısı, enformasyon devrimi, teknolojik gelişmeler, hekimlik mesleğinin sosyal pozisyon ve statüsünde meydana gelen erozyonlar hekim-hasta ilişkilerini de derinden etkilemiştir. Özellikle 1980’li yıllarla birlikte yükselişe geçen tüketici odaklı anlayış, hastalara tıpkı alışveriş yapar gibi alacakları sağlık hizmetlerini ve tedavi görecekları hekimleri seçme hakkı vermiştir (Gray, 1997: 34-36). Tüketici odaklı bakış açısına istinaden hasta haklarının güçlendirilmesiyle hekimler açısından daha çok yaptırımlara odaklanan popülist anlayışlar, hekimlerin otoritesini sarsmaktadır (Drache ve Sullivan, 1999: 54-56). Artık hekim “sağlayıcı” (provider), hasta ise “müşteri” (customer) haline gelmiştir. Ayrıca, topluma karşı hesap verebilirlik taleplerinin artmasıyla beraber hekimlere karşı duyulan güven azalmıştır. Sağlık hizmetlerindeki maliyetlerin artmasından hekimlerin sorumlu tutulduğu, müşterilerin (hastaların) hekimleri şikâyet ettiği mekanizmaların sıklıkla kullanıldığı yönündeki tespitlere rastlanmaktadır (Luzio, 2006: 558-560). Benzer bir durum Türkiye için de geçerlidir. Özellikle 2003 yılından itibaren Türk sağlık sisteminin hasta odaklı bir yapıya

dönüşmesiyle birlikte (Atun vd., 2013: 74), hasta hakları öne çıkmış, hastaların almış oldukları sağlık hizmetiyle ilgili memnuniyet ve şikayetlerini dile getirecekleri SABİM gibi mekanizmalar oluşturulmuş, aynı zamanda hastalara sağlık kurumu ve hekimi seçme hakkı verilerek hastanın konumu güçlendirilmiştir. Diğer yandan hastaların çeşitli kaynaklardan (tv, internet, sağlıkla ilgili yayımlanan haberler vb.) sağlık bilgilerine kolay ulaşabilmesi, hekim kararlarını daha sorgulayıcı hale getirmiş ve hekimlerin tıbbi bilgiye dayalı iktidar gücünde kayıplar meydana gelmiştir. Hekimlere karşı açılan malpraktis davalarında hızlı artış nedeniyle defansif tıp yaklaşımı giderek yaygınlaşmıştır.

Yukarıdaki tespitlerle de ilişkili olarak hekim-hasta ilişkilerinde öne çıkan ve evrensel bir mesele haline gelen önemli bir sorun da, hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gün geçtikçe artmasıdır (Dünya Tabipler Birliği, 2015: 1; 2017b: 2; Boyle ve Wallis, 2016: 4). Toplumsal yaşamda genel olarak şiddet eğiliminin artmasıyla da ilişkili görülebilecek bu sorun; sağlık sisteminin aksaklıklarından hekimi sorumlu tutma eğilimi, popülist söylemler, hekime ulaşmanın kolaylaşması sonucunda sağlık hizmetlerinin değersizleşmesi algısı ve şiddet karşısında caydırıcı bir yaptırımın olmamasıyla da büyümektedir. Hekimlere karşı gösterilen şiddet konusu görüşmelerde hemen hemen her hekimin bahsettiği bir meseledir:

“Artık hekimler ulaşılabilirlik bir yanda dövülebilirlik yönünden de çok ulaşılabilirler.” (G.38).

“Sonuç, bizim ürettiğimiz hizmetin kalitesi, hizmeti sunduğumuz insanların kalitesi ile doğru orantılı şekilde artması gerekiyor. Hekimler olarak da halk bizi eğitmeli, eğitimimize katkıda bulunmalı, bizi motive etmeli. Pozitif anlamda motive etmeli. Bize söverek, bizi döverek, aşağılayarak motive edemez. Benim motive olmam demek, işimi daha iyi yapıyor olmam anlamına geliyor, daha keyifli yapıyor olmam anlamına geliyor daha üretken olmam anlamına geliyor. Ben demotive bir şekilde çalışırsam daha az iş yapmam anlamına geliyor, işime küsmem anlamına geliyor, eğitimi araştırmayı tamamen rafa kaldırmam anlamına geliyor, hiçbir riskli işe de bulaşmamam anlamına geliyor.” (G.12).

Mesleki otonomi kapsamında ele alınan ekonomik otonominin zayıflaması, hekimlerin gelirleri üzerindeki karar inisiyatiflerinin düzeyiyle ilişkilidir. Araştırmada gelirlerin azalması ve gelir eşitsizliği şeklinde öne çıkan *ekonomik koşullardaki değişimler* ise ekonomik otonominin yitirilmesinden daha kapsamlı bir duruma işaret etmektedir. Burada farklı açılardan güçlü bir gelir eşitsizliği algısı mevcuttur. İlk olarak ücretli çalışanlarla serbest çalışan hekimlerin gelirleri arasındaki farklar, ekonomik koşullardan tatminsizliğe yol açmaktadır. Hekimlerin gelirlerin yetersizliği ile ilgili bulgular, ABD’de hekim gelirlerinin enflasyon karşısında düşüş içerisinde olduğunu ortaya koyan (Tu ve Ginsburg, 2006: 1) ve hekimlerin gelirlerinin geçmişe göre daha kırılgan ve düşük olduğu belirten çalışmalarla (Adler ve Kwon, 2008: 150; Socha ve Bech, 2011: 2) benzerlik göstermektedir.

Diğer bir eşitsizlik algısı da, farklı branşlarda ve farklı basamaklarda çalışan hekimlerin gelirleri arasındaki performans sistemine bağlı farklılıklardır. İkinci basamakta görev yapan bazı uzman hekim gelirleri, birinci basamakta görev yapan aile hekimleri gelirlerinin altına düşebilmektedir. Benzer bir şekilde riskli uygulamalar içeren cerrahi branş gelirlerinin diğer branş gelirlerinden daha düşük veya benzer olduğu durumlar da zaman zaman yaşanmaktadır. Bu örnekler gelir eşitsizliği algılamalarını güçlendirmektedir.

Gelir eşitsizliği algılamalarında öne çıkan diğer bir saptama da, tıp eğitiminin ve hekimin gelişme süreçlerinin diğer mesleklere göre çok daha uzun ve zor olmasına karşın, diğer iş ya da mesleklerle kıyaslandığında gelirler açısından dezavantajlı bir konumda olduklarına inanmalarıdır. Bu algı daha çok genç hekimlerde güçlüdür. Son on yılda Türkiye’de üniversite mezunlarının yoksullaştığı, okuryazar olmayan kesimin ise gelirlerinin görece olarak arttığını gösteren istatistikler, konunun sadece hekimlik mesleğiyle ilişkilendirilmesinin yeterli olmayacağını göstermektedir²⁶. Görüşmelerde hekim gelirlerindeki azalma durumu sıklıkla vurgulanmakla birlikte, sınıfsal değişimden de bahsedilmiştir:

“Şimdi tabi sınıf değişti. Bir hekim olunca eskiden daha üst gelir grubuna ait daha garip bir bakış açısı vardı şimdi tabi gelir azalınca biz orta sınıfa geçen bir meslek grubu olduk” (G.38).

ABD’de bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da, hekimlerin gelirlerinin enflasyon karşısında sekiz yıllık periyotta % 7,1 azalırken, teknik alanlarda çalışan profesyonellerin gelirlerinde ise % 6,9 oranında bir artış meydana geldiği açıklanmaktadır (Tu ve Ginsburg, 2006: 1). Diğer yandan ABD’de Medscape’in (2017) araştırma sonuçlarına göre hekimlerin neredeyse yarısı yaptıkları iş karşısında gelirlerinin adaletsiz ve yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Ancak farklı istatistikler ABD’de en fazla kazanan profesyonellerin halen hekimler olduğunu göstermektedir²⁷.

Eğitim-öğretim ve kariyer süreçleri, araştırmanın hekimlik mesleğindeki değişimleri açıklayan en güçlü bulgularından biridir. Güçlü bir örgün eğitim sürecinden geçmek ve uygulama aşamasında iyi bir mentor desteği almak, meslek bilgisini ve kültürünü etkili bir biçimde öğrenmenin ön koşuludur. SDP uygulamalarının, örgün eğitim süreçlerini ve tıp

²⁶<http://www.haberturk.com/turkiyede-son-10-yilda-126-bin-universite-mezunu-yoksullasti-1649760-ekonomi>, 2017 (erişim tarihi: 28.09.2017).

²⁷<https://www.forbes.com/sites/karstenstrauss/2017/01/10/the-20-highest-paying-jobs-in-america-in-2017/#3f9ca5922594>, 2017 (erişim tarihi: 25.09.2017).

alanının gelenekselleşmiş eğitim formu olan usta-çırak ilişkilerini olumsuz etkilediğine yönelik kanıtlar giderek birikmektedir. Aslında kaybedilen, teknoloji ile öğrenilemeyecek mesleğe özgü ezoterik bilgidir. Öncelikle köklü tıp fakültelerindeki birçok deneyimli öğretim üyesinin üniversitedeki görevlerinden ayrılarak özel sektöre geçmesi; kalanların da performans sisteminin yol açtığı iş yükü nedeniyle hoca-öğrenci etkileşimine yeterli vakit ayıramaması sorunun en önemli nedenidir. Erdem ve Atalay (2017) tarafından asistan hekimler üzerine yapılan çalışmada da usta-çırak ilişkisindeki zayıflama öne çıkarken, asistan hekimler bu durumun sadece hocalarının değil, kendi poliklinik yüklerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Ayrıca yine aynı çalışmada özellikle üniversite hastanelerinde çalışan genç hekimlerin performans sistemine dayalı iş yükleri nedeniyle kongre, sempozyum gibi bilimsel etkinliklere katılmalarının zorlaştığı, kendi aralarında öğrenme süreçleri açısından kritik düzeyde önemli olan vaka tartışmalarını yapamadıklarını ve tüm bunların yetiştirme süreçleri açısından olumsuz bir durum yarattığı vurgulanmıştır. Diğer yandan tıp fakültesi sayılarının son on yılda ikiye katlanması, eğitim süreçlerinde giderek artacak nitelik sorunlarına işaret etmektedir. Diğer araştırmalarda öne çıkmayan eğitim- öğretim süreçlerindeki bu sorunları kültürel sermaye ve sosyal sermaye kavramlarıyla açıklamak mümkündür. Tarihsel olarak usta-çırak ilişkine dayanan tıp eğitimi (Bogedom vd., 2013: 80) Bourdieu'nun perspektifinden ele alındığında, hekimlerin ve hekim olmak için eğitim alan tıp fakültesi öğrencilerinin sosyal aktörler olarak içinde yer aldıkları, mesleğe özgü kurallara ve regülasyonlara uydukları, sosyal olarak inşa edilmiş ve iyi bir şekilde işleyen ve örgütlenmiş bir alan olarak tanımlanabilir (Gomes ve Rego, 2013: 263). Kültürel sermaye eğitim ve deneyim yoluyla edinilmiş kültürel kodları kapsarken, sosyal sermaye, bireyin sahip olduğu ilişkiler ağını içerir (Bourdieu, 1986: 17-21). Araştırmada öne çıkan usta-çırak ilişkilerindeki zayıflama, mesleki kodların deneyimli hekimlerden genç hekimlere olması gerektiği seviyede aktarılmasını güçleştirmektedir. İki grup arasında etkileşiminin azalması, kültürel ve sosyal sermayenin de zayıflamasına yol açmaktadır. Eğitimin niteliğinin zayıflaması bir çok görüşmecinin üzerinde durduğu bir konu olmuştur:

“benim lisansta, ihtisasta üniversite hastanesinde İstanbul Tıp Fakültesinde öğrenciliğimde ve ihtisas yaparken sadece genel cerrahide 50 civarında öğretim görevlisi vardı, sadece genel cerrahide. Şu anda yaklaşık 7-8 tane var. Hocaların tamamı bu son 10 senede dayatılan sistem yüzünden ya emekli oldu ya istifa etti, çoğu özele geçti. Dolayısıyla kuruluşu terk etti. Takdir sizin eğitim nasıl olmuş olabilir? Haliyle eğitim görevlisinin olmadığı bir üniversite, her yer de açılan tıp fakülteleri. Hızlı bir şekilde devinim göstererek alınmadan verilen doçentlikler ve profesörler ile doldurulan öğretim görevlisi kadroları, çok kaliteli bir sonuç çıkarsa 15 sene sonra hep beraber göreceğiz ama ben inanmıyorum.” (G.41).

Evrensel ölçekte yaşanan dönüşüm politikalarına bağlı değişimlerin Türkiye'ye özgün sonuçlarından biri de, TUS sınavına giren genç hekimlerin uzmanlık alan tercihlerinin değişmesidir. Özellikle malpraktis düzenlemeleri nedeniyle, hekimlerden talep edilen tazminat miktarının gelirleriyle orantısız derecede yüksek olması, farklı branşlarda eşit olmayan iş yükü ve gelir eşitsizlikleri; riskli branşlarda hekimlere karşı şiddetin giderek artması gibi nedenlerden dolayı genç hekimlerin uzmanlık alanlarındaki tercih değişiklikleri ülkede sık olarak dile getirilen meselelerden biri haline gelmiştir²⁸. Son birkaç yılda yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavları (TUS) incelendiğinde sınavda en başarılı olmuş ilk 100 adayın, geçmiş dönemlerde oldukça popüler olan kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, kalp-damar cerrahisi gibi bölümleri artık tercih etmedikleri görülmektedir (Batı, 2016). Hatta yapılan ek yerleştirmelerden sonra bile bazı cerrahi branş kontenjanları, hiçbir adayın tercih etmemesi nedeniyle boş kalmaktadır (bkz. ÖSYM, 2016). Son dönemlerdeki TUS'larda ilk 100'e giren genç hekimler malpraktis ve şiddet görme riski yüksek olan belirtilen bu cerrahi branşların yerine; o branşlarla benzer gelirler kazanabilecekleri fakat malpraktis ve şiddet görme riski düşük olan dermatoloji, radyoloji, göz hastalıkları ve fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi geçmiş dönemlerde puanları çok yüksek olmayan bölümleri tercih eder duruma gelmişlerdir (Çubukçu, 2015). 2015 yılında TUS'ta ilk 100'e giren adaylardan 23'ü tercihini dermatoloji (cildiye), 18'i göz hastalıkları, 16'sı radyoloji, 12'si fiziksel tıp ve rehabilitasyon dalları için kullandığı belirtilmektedir²⁹. Cerrahi branşların TUS sınavına giren en başarılı genç hekimler arasında bu kadar kısa sürede popülerliğini yitirmesi, orta ve uzun vadede sağlık sistemi için ciddi bir insan kaynağı sorununa işaret etmektedir.

“Ama gün gelecek kendimize ameliyat yaptıracak kalp damar cerrahı bulamayacağız. Son Tus'ta ilk sıralarda dermatoloji, fizik tedavi, radyoloji var. Nöbeti olmayan, malpraktisi az olan yerler. Kalp damar cerrahı, beyin cerrahı olmak istemiyorlar, yeni doğan yoğun bakımçı sayıca çok az. Biz arıyoruz, bulamıyoruz. Eskiden insanlar kazanca bakıyorlardı, şimdi rahatlığa bakıyorlar” (G.47).

“Alınan risk ölçeğinde ücretlendirme getirmedi bu sistem. Ben somutlaşması açısından şöyle bir örnek vereyim. Son yapılan TUS sınavında ilk yüze giren doktorların hiç birisi kadın doğum, genel cerrahi, kalp damar cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi gibi riskli işlerin yapıldığı, özel ameliyathanelerin yapıldığı branşları tercih etmiyor. Nereyi tercih ediyor? Dermatoloji, radyoloji, fizik tedavi gibi hasta ile temasın az olduğu, riskin az olduğu yerleri tercih ediyorlar. Peki sınavda en iyi not alan öğrenciler, dermatolog olacak, fizik tedavici olacak. En az puan alan öğrenciler de genel cerrah olacak, kalp damar cerrahı

²⁸ <http://www.hurriyet.com.tr/doktorlar-kalp-cerrahi-olmaktan-kaciyor-40503838>, 2017 (erişim tarihi: 27.08.2017)

²⁹ <http://www.trthaber.com/haber/saglik/genc-hekimler-cerrah-olmak-istemiyor-242038.html>, 2016 (erişim tarihi : 19.05.2017).

olacak, beyin cerrahisi olacak. Bu ameliyatlar özel strateji gerektiriyor, akıl gerektiriyor, bilgi gerektiriyor. Kaliteli öğrenciler kolay bölümlere gelirken, seviye olarak düşük olan öğrenciler ciddi ameliyatlar yapar hale gelecekler. Sonuç olarak bu ameliyatları yapanların kalitesi düştüğü zaman sistem ve hizmet kalitesi de düşecek. İnsanlar bunun şu anda farkında değiller” (G.12).

Farklı ülkelerde ise halen en prestijli branşlar cerrahi alanda görülmektedir. Fazel ve Ebmeier (2013: 77), İngiltere’de cerrahi branşların genç hekimler arasında en çok tercih edilen ve ilgi gören branşlar olduğunu; Avustralya’da yapılan bir çalışmada da Creed vd. (2010: 1086), genç hekimlerin kariyer tercihlerini en çok etkileyen unsurun, tıbbi branşların sahip olduğu prestij derecesi olduğunu ve cerrahi branşların prestij sıralamasında en tepede yer aldığını belirtmektedirler. Benzer bir biçimde Compton vd.’ye (2008: 1097) göre de ABD’de genç hekimler daha çok cerrahi branşlara ilgi göstermektedir. Amerikan Tıp Okulları Birliği (AAMC) (2015: 27) raporuna göre tıp fakültesi mezuniyet aşamasında olan öğrenciler arasında genel cerrahi ve alt dalları (general surgery or subspecialty) ile kadın doğum ve hastalıkları ve alt dalları (obstetrics and gynecology or subspecialty) branşları en popüler ilk 6 tercih arasındadır.

Hekimlik mesleğinin toplumsal statüsündeki doğrudan ve dolaylı değişimlerin göstergelerinden biri de son yıllarda hekimlere karşı giderek artan şiddettir. Tüm dünyada toplum genelinde şiddet eğilimlerinin arttığı, ayrıca sağlık sistemindeki önemli değişimlerin hasta-hekim ilişkisinde şiddete başvurma vakalarının artırdığını bildirilmektedir. Bu araştırmanın sonuçları da benzerdir. Türkiye’de sağlık çalışanları açısından şiddetle karşılaşma oranları oldukça yüksektir. Son 9 ayda 6 bin 992 şiddet vakası yaşandığı ve bunun üçte birinin fiziksel şiddet olduğu bildirilmekte ve bu artışın SDP uygulamaları ile yakın ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Ocak 2015 – 30 Nisan 2017 tarihleri arasında Beyaz Kod birimine³⁰ gelen şiddet başvuru bildirimleri 25.443’dür. Bunun 6.893’ünü fiziksel şiddet, 18.550’sini ise sözel şiddet başvurularıdır. Fiziksel şiddet rakamları içinde de hekimlerin sayısı dört bini geçmektedir. Ayrıca son iki yıllık dönemde ortalama olarak günde en az 30 sağlık çalışanının fiziksel veya sözel şiddete uğradığı bildirilse de, rakamlar sadece Sağlık Bakanlığı’nın Beyaz Kod birimine yapılan

³⁰ Beyaz Kod Birimi, sağlıkta son yıllarda şiddet olaylarının artmasına nedeniyle, kamu ve özel sağlık örgütlerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını izlemek için Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının ve yöneticilerinin telefon veya internet yoluyla şiddet olayını ayrıntılarıyla bildirim yaptığı bir birimdir. Bildirim üzerine Beyaz Kod Birimi, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırıp, bu yapılmamışsa olayı derhal adli makamlara iletmektedir (<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-saglik-calisanlarina-siddeti-onlemek-icin-acilan-beyaz-koda-sikayet-yagdi-2-12-47814.html>, 2012).

başvuruları kapsamaktadır. Gerçekte sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet olaylarının sayısı çok daha yüksektir³¹. Bu sorun, tabipler odaları açıklamalarında SDP uygulamalarıyla ilişkilendirilmekte; hasta beklentilerinin artması ve hekime ulaşmanın kolaylaşmasıyla gelişen hekimin değersizleşmesi algısına bağlanmaktadır. Ayrıca iş yükü nedeniyle sağlık çalışanlarının yürüttükleri hizmet kalitesi düşmekte; hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verilememekte ve bu durum tedaviden duyulan memnuniyetsizliği, ihmale uğrama ve şiddet eğilimini artırmaktadır³². Hasta haklarının öne çıkarılması ve bu yönde oluşturulan iletişim kanallarının hekimlerin aleyhine kullanılması, şiddete karşı yetersiz yaptırımlar, bu sorunu kronikleştirmiş görünmektedir. Şiddet sorunu da, hekimlik mesleğinin toplumda zayıflayan saygınlığını gösteren önemli bir ipucudur.

“Bu politikalar gereği hekim, diğer sağlık çalışanlarının değerleri değersizleştirildi, itibarsızlaştırıldı. Basın yayın organları ve idarecilerin verdiği demeçlerle hem sağlık personeli hem hekimler şiddet uygulanabilecek, dövülürse aklı başına gelecek insanlar olarak değerlendirildi ve bu da hekimlerin eski sosyal statülerini yerler bir etti” (G.49).

Bununla birlikte tarihsel olarak en köklü meslek olan hekimlik ile ilgili geleneksel algılamaların sürdüğünü gösteren araştırmalar vardır. Uluslar arası yazında hekimlik mesleğinin saygınlığının bürokratikleşme, piyasacılık yaklaşımlarının getirdiği baskıcı uygulamalar nedeniyle erozyona uğradığı (Wilkesmann, 2016: 103-110), fakat bu erozyona rağmen diğer mesleklerle karşılaştırıldığında halen saygınlığı en yüksek meslek olarak görüldüğü belirtilmektedir (Freidson, 2001: 185; McCarthy, 2016: 1; Mekouar, 2016: 1). Benzer bir biçimde Sunar vd. (2016) tarafından yapılan ve Türkiye’deki mesleklerin sosyal konumları ile ilgili en kapsamlı araştırma olma özelliği taşıyan çalışmanın sonuçları da, hekimliğin halen Türkiye’deki en itibarlı meslek olduğunu göstermektedir. Kır-Kent örneklemini kapsamında 32 ilde 2500 kişi ile yapılan anket verileri üzerinden 126 meslek için geliştirilen itibar skalasının uygulama sonuçları, tüm eğitim seviyeleri ve kadın-erkekler açısından en itibarlı mesleğin tıp doktorluğu olduğunu göstermektedir. Mesleklerin toplumsal cephedeki algılarına işaret eden bu güncel araştırmanın hekimlik mesleği ile ilgili sonuçları, araştırmaya katılan hekimlerin öznel algılamalarından farklıdır. Hekimlik mesleğiyle ilgili bir itibar kaybı algısı olmasına rağmen, araştırmaya katılan hekimlerde zaman zaman yaşanan

³¹ <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/06/saglikta-siddet-sona-ersin/>, 2017 (04.09.2017).

³² <http://www.isguvenligi.net/dunyada-ve-turkiyede-sagliga-ve-saglik-calisanlarina-yonelen-siddet/>, 2014 (15.09.2017).

olumsuzluklara rağmen diğer meslekler içerisinde hekimliğin halen güçlü bir statüsü olduğuna vurgu yapmaktadırlar:

“Hâlâ prestijli bir meslek olduğunu düşünüyorum, Çok kötü olduğunu düşünmüyorum yani hâlen çünkü Tıp Fakültesine girmek için iyi bir puan almanız gerekiyor, zorlu bir süreçten geçmeniz gerekiyor, az da olsa belirli sorumlulukları alan bir birey olmanız gerekiyor, çalışmanız gerekiyor, vakit ayırmanız gerekiyor tüm bu nedenlerden dolayı iyi bir ortalamanın üstü bir birey oluyorsunuz bence Tıp Fakültesinden mezun olduğunuzda, belki 20 yıl öncesi bir statüye sahip değil ama toplumsal olarak yüksek bir konumda diye düşünebiliriz hekimliği.” (G.22).

“Mesleğin değeri yok, hala saygınlığı var kabul ediyorum ama eski dönemki gibi değil. Geleceği hakkında pozitif düşünmüyorum. Bu mesleği yine seçmek için çok düşünürdüm” (G.48).

“Ben çocuklarımdan doktor olmasını istemedim, onları uzak tuttum. Bu sene sınava girecek olsam tıp fakültesini seçmezdim. Mesela başka fakülteleri bitirmiş, benden çok daha iyi kazanan arkadaşlarım var. Ama tabi hekimlik mesleğinin insanlara yardım yönünü seviyorum, saygınlığını seviyorum.” (G.45)

Bu araştırmada özetle, 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’nin etkisiyle hekimliğin mesleki otonomisinin zayıfladığını; hekimlerin önemli bir kısmının ücretli bir çalışan haline dönüştüğünü; mesleki etik ve değerlerin aşıldığını, uygulamalardaki aksaklıklar nedeniyle karşı karşıya kalan hekim-hasta ilişkilerinin güvensizlik, değersizlik algıları yarattığını, özellikle internet üzerinden bilgiye erişimin kolaylaşması nedeniyle mesleğin bilgiye dayalı iktidar gücünün zayıfladığını ve 2012 yılında yürürlüğe giren “Sağlık Meslekleri Kurulu Yönetmeliği” ile hekimlerin çatı meslek örgütü olan TTB’nin özerkliğinin ve buna bağlı olarak politik gücünün zayıfladığını gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Bu değişimler, hekimlik mesleğinin profesyonellik kaybı (deprofesyonelleşme) sürecinde olduğu savunan görüşleri destekler niteliktedir:

“Hekimlik normal bir memurluk değildir, emir altında yapılacak bir iş değildir, tabi ki sağlık politikaları mesleği etkilemiştir. Halkın hekime, yöneticiler ve siyasiler nedeniyle saygısı azalmıştır, daha önceleri Tanrıdan sonra güvenilen insan konumundayken, şu an güvenilmeyen, en ufak bir problemde şiddete, terbiyesizliğe maruz kalan, insanların.. saygı duymadığı, ekonomik anlamda ciddi sorunları olan, performans sistemi nedeniyle, yarış atına dönen, etik dışı çalışması istenen, yine performans nedeniyle meslektaşlarıyla yarış halinde olup, aynı branştaki arkadaşlarıyla neredeyse düşman olan, yaptığı işten zevk almayan, yöneticilerin (başhekim, hastane yöneticileri) tamamen politize olması nedeniyle, siyasi baskı altında kalmaktadırlar, sosyal hakları kısıtlanmaktadır.” (G.35).

Profesyonellik kaybı, mesleğin sahip olmuş olduğu imtiyazların zaman içinde aşınmasını açıklayan bir süreç (Leicht and Fennell, 2001: 8), bunun yanında mesleğin gücünün, meslek kültürünün ve imajının (Ritzer ve Walczak, 1988: 6), saygınlığının, geleneksel elit statüsünün, bilgi tekelinin, otoritesinin, otonomisinin, toplumun mesleğe karşı

duyduğu güvenin (Haug, 1972: 197-205: Freidson, 1985: 13) ve mesleki etik ve değerlerin aşınması ve/veya kaybedilmesi olarak tanımlanmaktadır (Wilkesmann, 2016: 101-104). Türkiye’de hekimlik mesleği ile ilgili yaşananlar, büyük ölçüde farklı ülkelerde yapılan araştırmalarla benzerlikler göstermektedir. Dolayısıyla mesleğin deprofesyonelleşmesi ile ilgili alanyazında yapılan saptamalara oldukça uygun bir örnektir. Ware vd. (2000: 6-8), ABD’de psikiyatristler üzerinde gerçekleştirdiği bir araştırmasında sağlık politikalarının (Managed Care) getirmiş olduğu kısıtlılıklar, standartlar ve katı kuralların hekimlerin mesleki otonomilerini azalttığı, artan rekabet nedeniyle meslektaşlar arasında ilişkinin bozulduğu, hekim gelirlerinin geçmiş dönemlere göre düştüğünü ortaya koyarak, tüm bu gelişmelerin profesyonellik kaybına yol açtığını belirtmektedir.

Saks (2015b) ABD, İngiltere ve Rusya’da hekimlik mesleğini tarihsel vaka analizi ile ülkeler arası karşılaştırmalı olarak incelediği araştırmasında, her üç ülkede de hekimlik mesleğinin profesyonellik kaybı (deprofesyonelleşme) sürecinde olduğunu iddia etmektedir. Rusya’da Sovyet Birliği’nin dağılmasından günümüze kadar olan süreçte dönemde hekimlik mesleğinin üzerindeki baskının geçmişe göre azalarak hekimlerin gelirlerinde, statülerinde ve gücünde kısmi de olsa bir artış gözlenmektedir. Saks bu durumu hekimliğin deprofesyonelleşmesinin yanında yeniden profesyonelleşme sürecinde olduğu şeklinde açıklamaktadır. ABD’de ise piyasalaşma, özelleştirme ve tüketicilerin güçlerinin sürekli artması gibi gelişmelerin yanında Medicaid, Medicare, Managed Care gibi sağlık politikalarının maliyet sınırlayıcı fonksiyonlarının hekimlerin verdikleri hizmetleri sıkı bir şekilde denetlemesi ve kısıtlaması nedeniyle, hekimlerin bürokratik kurumlarda kurum yöneticilerine hesap vermek durumunda kalan ücretli bir çalışana dönüştüğü belirtilmektedir. Ülkede mesleğin statüsü, finansal geliri, gücü ve otonomisi giderek azalmakta, bunlarla bağlantılı olarak deprofesyonelleşme sürecine girildiğine dikkat çekmektedir. İngiltere’de ise hekimlik mesleği ABD’deki kadar çok piyasa baskısı altında değildir. Ulusal Sağlık Sisteminde (NHS) devlet korumacılığının güçlü bir şekilde devam etmesi ve özelleştirmenin daha düşük oranda olması nedeniyle, mesleğin gücü, statüsü ve otonomisindeki zayıflama ABD’yle karşılaştırıldığında daha düşüktür. İngiltere’de hekimlik mesleğinin eğitim, uygulama ve uzmanlık konularında regülasyon yapma, ayrıca kalitenin ve niteliğin korunmasıyla ilgili önemli rolü devam etmektedir.

Lewis vd. (2003: 44-46), Avustralya’da pratisyen hekimler üzerinde yaptığı araştırmada, gün geçtikçe artan hesap verebilirlik taleplerinin artması sonucunda hekimlerin adeta bir malpraktis krizi içinde olduklarını, uygulama standartları ve nitelikleri konusundaki kararların günümüzde giderek daha fazla oranda avukat ve hâkimler tarafından belirlendiğini

iddia etmektedir. Ayrıca sağlık politika ve uygulamalarının sonucunda finansal gelir kaygıları ve hastaların çok talepkâr olmaları nedeniyle hekimlerin ekonomik ve klinik otonomisinin aşındığı, günümüzde hastaların daha eğitimli ve bilgi olmaları sonucunda hekimlerin bilgi tekeli olma özelliğinin sarsıldığı ve tüm bu gelişmelerin kısmi olarak deprofesyonelleşmeye yol açtığını iddia etmektedirler.

Wilkesmann (2016: 103-110) Almanya’da yeni kamu yönetimi anlayışının hekimlik mesleğine olan etkilerini araştırdığı çalışmasında, piyasalaşmanın yoğun etkisiyle 2004 yılında yeni kamu yönetimi anlayışıyla uyumlu sağlık politikalarının hastaneleri kâr odaklı sisteme taşıdığını, hastanelerdeki en statülü kişilerin artık şef hekim değil, hekim olmayan hastane yöneticileri olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca verimlilik ve maliyet odaklı uygulamaların ağırlık kazanmasıyla hekimlerin klinik otonomileri, artan dış kontrol ve performans talepleri nedeniyle giderek aşınmaya başlamıştır. Reformlara bağılı politikalar nedeniyle otonomisi ve prestiji güçlü olan hekimlerin; hesap verebilirlik baskısıyla ücretli çalışanlara dönüştüğü, şiddetli bir statü kaybı yaşandığı; bu durumun deprofesyonelleşme sürecini kademeli olarak artırdığı belirtilmektedir.

Tüm bu örnekler, özellikle hekimlik mesleğı gibi köklü mesleklerin karşı karşıya kaldıkları zorlukların ve profesyonellik kaybı tartışmalarının evrensel düzeyde yaşandığını göstermektedir (Adams, 2015: 157). Ülkeler arasındaki sosyo-politik-kültürel farklılıklara rağmen, neoliberal politikaların küresel düzeyde yaygınlaşmasına bağılı olarak bir yakınsama durumu söz konusudur. Hekimlik mesleğindeki değişimler evrensel bir mesele haline gelmiştir (Evetts vd., 2009: 140; Saks, 2015b, 131-132) ve profesyonellik kaybı tartışmaları için zengin bir veri birikmiştir.

SONUÇ

Meslekler sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda makro ve mikro analiz düzeylerinin birlikte ele alınması, ele alınan olguyu daha iyi açıklamaya imkân vermesi nedeniyle giderek daha fazla önem kazanan bir yaklaşımdır. Özellikle makro düzeyde daha genel olarak mesleği kolektif aktörler olarak ele alan çalışmalar ülkeler arası karşılaştırma yapma fırsatı verirken; mikro düzeyde bireysel olarak profesyonellere odaklanan çalışmalar ise meslekle ilgili daha detaylı ve derin bilgi elde edilmesini sağlamaktadır. Mesleklerin günümüz toplumları içindeki yeri ve önemini daha iyi vurgulamayı amaçlayan araştırmalarda, makro ve mikro analiz düzeylerini eş zamanlı kullanılması önemli bulunmaktadır (Bureau ve Andersen, 2014: 283-289). Bu araştırmada da hekimlik mesleğindeki değişimler çoklu analiz düzeyinde ele alınmıştır. Makro düzeyde ulusal bağlamı açıklayabilmek için meslekle ilgili ikincil verilerin ve TTB raporlarının doküman analizine tabi tutulmasıyla ve mikro düzeyde ise olguyu doğrudan deneyimleyen hekimlerle yapılan görüşmeler yoluyla çoklu veri geliştirilmiştir. Ulaşılan sonuçların meslekler sosyolojisi alanındaki tartışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Meslekler sosyolojisi araştırma alanı son dönemlerde örgüt çalışmaları (Brock vd., 2014: 1) gibi alanlardan beslenen interdisipliner bir çalışma alanı olarak genişlemektedir. Alanda son zamanlarda yeni kurumsalcı yaklaşımına ilgi giderek artmaktadır. Mesleki regülasyonlar veya meslek örgütleri yerine, özellikle profesyonel hizmet firmalarıyla (hukuk firmaları, mühendislik firmaları, denetim ve muhasebe firmaları vb.) ilgili çalışmalar öne çıkmaktadır. Bu firmaların bilgi yoğunluğu, mesleki işgücü gereksinimleri, performansları, insan kaynakları uygulamaları ve sahiplik durumları gibi konular ele alınmaktadır (Bkz. Malhotra ve Morris, 2009; Hitt vd., 2006; Brock, 2006; Suddaby ve Viale, 2011; Reed, 2012).

Meslekler sosyolojisi alanının örgüt çalışmaları açısından önemini ortaya koyan başka bir gelişme 2014 yılında yayın hayatına başlayan “Journal of Professions and Organization” dergisidir. Editörlerin belirttiklerine göre interdisipliner bir perspektife sahip olan bu derginin amacı, analiz düzeyi açısından örgüt düzeyine odaklanarak, meslek sahibi olan profesyonelleri ve onların çalıştıkları örgütlerini anlamaktır (Brock vd., 2014). Örgüt araştırmacılarının meslekler sosyolojisi alanına son dönemlerde ilgisinin arttığını gösteren bir diğer gelişme ise alanın önde gelen dergilerinden olan “Journal of Management Studies” dergisinin 2013 yılında meslekler sosyoloji çalışmalarına özel bir sayı çıkarması olmuştur. Bu gelişmeler, kurumsalcı yaklaşımla gelecekte yapılacak çalışmalara ilham vermektedir. Sadece

mezo örgüt düzeyinde değil, mesleğe odaklanan makro ve örgüt içindeki profesyonellere odaklanan mikro düzeylerde de kurumsal mantıkların kullanılması, meslekler sosyolojisi alanı için önemli bir çaba olacaktır. Diğer yandan bu çalışmanın son zamanlarda örgüt bilimleri alanının gelişmesi ve ilerlemesi için gerekli görülen mikro ve makro araştırma alanlarının ve analiz düzeylerinin bir araya getirilme çabalarına (Aguinis vd., 2011: 396) katkı sağlama potansiyeli mevcuttur. Bu konuyla ilgili olarak sosyolog Gray ve örgüt antropologu Silbey (2014) örgüt içerisindeki farklı meslekleri, mesleki kimlikleri ve profesyonelleri ilişkisel sosyoloji ve etnografik yöntemleri kullanarak incelediği çalışmalarında, makro seviyedeki regülasyonların (yasal yaptırımların), üç farklı sektörde mikro düzeydeki (profesyonellerin) günlük iş pratiklerini nasıl etkilediğini, bu regülasyonlarla meydana gelen değişimleri profesyonellerin nasıl deneyimlediklerini, anlamlandırdıklarını, çalışma davranışlarındaki değişimleri araştırmışlar ve genel olarak profesyonellerin yasal yaptırımlar karşısında uyumlu olma, görmezden gelme, direniş gösterme ve ihlal etme eğilimi içinde olduklarını belirlemişlerdir (Gray ve Silbey, 2014). Nitekim SDP kapsamında yapılan makro düzeydeki regülasyonların, hekimlerin günlük iş pratiklerinde çeşitli değişikliklere yol açtığı yönündeki tespit de benzer bir sonuca işaret etmektedir. Meslekler sosyolojisi alanında profesyonellerin örgüt içi davranışlarına odaklanacak gelecekteki çalışmalarda, makro düzeyde yapılacak çıkarımların yanında, mikro düzeyde örgütsel davranış alanındaki kuramlardan yararlanılması, çalışılan olguların daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte örgüt dışındaki bağlamı çok dikkate almadan indirgemeci bir yaklaşımla sürdürülen mikro örgütsel davranış araştırmalarında da çoklu analiz düzeyinin kullanılması olguların açıklama gücünü artıracaktır.

Bu araştırmanın bulguları Freidson'un (1994; 2001: 2-6) üçlü mantık tipolojisine uygun bir özellik taşımaktadır. Freidson, neoliberal politikalar sonucunda görülen piyasa ve bürokrasi mantıklarının yanında, bunların zıttı olan profesyonellik mantığının varlığını iddia etmektedir. Piyasa mantığında tüketici talepleri, tüketicinin tercihi olabilmek için serbest piyasada profesyonellerin rekabeti, tüketicilerin istediği işleri yapma gibi kavramlar öne çıkmaktadır. Bu mantıkta tüm aktörlerin ortak çıkarı maddi kazançtır. Çalışanlar örgütlerine herhangi bir bağlılık göstermeden sadece gelirlerini maksimize etmeye odaklanırlar. Örgütler ise rekabetçi piyasada temel amaçları olan verimliliği sağlamak ve kâr elde etmek amacıyla en kaliteli ürünü en ucuz fiyattan piyasaya vermek için bir maliyet kalemi olarak gördükleri çalışanlarının ücretlerini minimize etmeye çalışırlar. Bürokrasi mantığında ise rasyonel-yasal otoritenin önemi çok büyüktür. Örgüt yöneticileri hangi hizmetin verileceğini, kimlerin hangi yöntemlerle bu hizmetleri vereceğini ve tüketicilere bu hizmetlerin nasıl ve hangi koşullar

altında verileceğini belirler. Formel kurallar ve standartlar, profesyonellerin performans ölçümleri ve kalite kavramları önemli yer tutar. Bürokrasi söyleminde çalışanlar için önemli olan gelirin maksimize edilmesinden ziyade iş güvenliği ve örgütte kariyer ilerlemesinin sağlanmasıdır. Profesyonellik mantığı ise piyasa ve bürokrasi mantığından meslek üyelerinin kendi işleri ve işin içerikleri, amaçları, koşulları gibi faktörler üzerindeki kontrol ve denetim yapma hakkıyla ayrıldığını savunur. Profesyonellikte tüketicilerin ve örgüt yöneticilerinin profesyonellerin kontrolü üzerinde herhangi bir rolleri yoktur. Meslektaş dayanışması, yapılan işin niteliğinin iyi olması, uzmanlığa özgü ezoterik bilgi ve yetenek gibi kavramlar önemlidir.

Türkiye’de özellikle SDP’nin başlamasıyla birlikte sağlıkta özelleştirme hız kazanmış, ayrıca Yeni Kamu Yönetimi anlayışının yaygınlaşmasıyla, kamu hastaneleri de özel sektördeki gibi verimlilik, kârlılık, rekabet, maliyet etkinliği kaygılarıyla yönetilmeye başlanmıştır. Dolayısıyla SDP’nin başladığı 2003 yılından itibaren piyasa mantığının giderek öne çıktığı söylenebilir. Bu tespitler Türkiye sağlık alanındaki diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Özseven vd., 2014: 143; Özseven vd., 2017: 27). Türkiye’de sağlık alanında öne çıkan başka bir mantık bürokrasi mantığıdır. Kalite ve performans ölçümlerinin önem kazanması, ayrıca özellikle SGK’nın yapmış olduğu regülasyonlar, hesap verebilirliği, rasyonelleşmeyi ve standartlaşmayı artırmada önemli rol oynamıştır. Bu durum hekimlerin daha fazla denetime tabi olmalarına neden olmuş ve otonomilerini zayıflatmıştır. Tüm dünyada yaşanan piyasa ve bürokrasi mantıklarının profesyonellik mantığının önüne geçmesi ile ilgili bu gelişmeler, hekimlik mesleği için profesyonellik kaybı (deprofesyonelleşme) tartışmalarının hız kazanacağını göstermektedir.

Hekimlik mesleği ile ilgili dünyada ve Türkiye’de yaşanan benzer değişimlerin sadece bu mesleğe yönelik olduğunu düşünmek sınırlı bir değerlendirme olacaktır. Neoliberalizmin ve teknolojik gelişmelerin dönüştürmediği bir meslek kalmamış gibidir. Meslek olgusunun değişen anlamları ile ilgili çalışmada İlhan (2008), yeni kapitalizm döneminin, teknolojik değişimlerin, yaygınlaşan tüketim kültürünün meslekleri yakından etkilediğini, mesleki bilgi ve becerilerin hızla tüketildiğini, meslek ve ona dair her şeyin verimliliğe feda edildiğini belirtmekte ve bu durumu mesleki metamorfoz olarak nitelendirmektedir. Diğer yandan birey-meslek ilişkisi bütünüyle bireysel kazanca indirgenmiş görünmektedir. Artık meslekten ziyade gelir getirici işler önemlidir. Bir mesleğin prestijini, toplumun hayati bir ihtiyacını karşılaması değil, bireysel beklentilere cevap vermesi belirlemektedir. Meslekler artık bireylerin beklentilerini karşıladığı ölçüde anlamlı ve itibarlı bulunurken, bu anlayış mesleklerin itibarını aşındırmaktadır. Ayrıca hekimlerin çeşitli yapı ve kurumlarca denetlenmesinin ve tıbbın teknik ve örgütsel özelliğinin daha karmaşık hale gelmesinin onları

kendi mesleklerinin uzmanı ve hâkimi olmaktan çok, giderek mesleklerinin basit birer parçası durumuna getirmektedir. Bu durum hekimlerin mesleklerine olan bağlılıklarını, meslekleriyle kimliklenmelerini engelleyici rol oynamakta ve diğer mesleklerde olduğu gibi hekimin de iş doyumunu ve mesleki heyecanını yitirmesine yol açmaktadır. Bu tespitler bizi, hekimlik mesleğine yönelik yaşanan evrensel gelişmeleri daha iyi kavramamızı sağlayacak geniş bir bakış açısına yönlendirmektedir.

Neoliberal politikalar ve makro değişimler çalışma yaşamını ve birçok mesleği derinden etkilerken, özellikle beyaz yakalılar için gündemde olan prekarizasyon süreci, mesleklerin statüsünde ve prestijinde önemli aşınmalar meydana getirmesinin yanında profesyonelleri sıradan ücretli çalışanlar haline getirmektedir (İçli, 2016: 532-538). Ülkemizde hekimlik mesleği açısından birinci basamakta görev yapan aile hekimlerinin sözleşmeli, esnek ve iş güvencesiz çalışma gibi (Görmüş, 2013: 180) koşullar altında çalışmaya başlamaları; prekarizasyon sürecinden hekimlerin de etkilendikleri iddiasını gündeme getirmektedir. Özellikle tıp fakültelerinin sayı ve kontenjanlarının artmasıyla birlikte, kısa vadede beklenmese de orta vadede, uluslararası bağlamda günümüzün meseleleri olan hekimlerin güvencesiz, esnek ve yarı-zamanlı çalışma biçimlerinin (McKinlay ve Marceu, 2008: 1484) ülkemizde yaygınlık kazanacağı çıkarımı yapılabilir.

Tezin ilk bölümünde de belirtildiği gibi sağlıkta dönüşüm konusunda bir model ülke olarak gösterilen (Dünya Sağlık Örgütü, 2012: 28) ve sağlıkta dönüşüm politikalarının son derece hızlı bir şekilde hayata geçirildiği Türkiye’de (OECD, 2014: 15; Akdağ, 2015: 3), makro sağlık göstergeleri açısından kısa bir sürede olumlu sonuçlar alınmıştır. Özellikle ortalama yaşam süresinde artış, bebek ve anne ölüm hızlarındaki önemli oradan azalmalar, genel sağlık sigortasının kapsama oranının artarak neredeyse bütün nüfusu kapsamı (%98,3), hasta memnuniyet düzeyinde meydana gelen önemli iyileşmeler, olumlu gelişmelerin sadece bazı örnekleridir (Dünya Sağlık Örgütü, 2015 ve Sağlık Bakanlığı, 2016). Ancak, uygulamaların sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hekimler için önemli sonuçları olmuştur. SDP’nin mimarlarından olan Akdağ’ın (2015:8) belirttiği gibi, sağlıkta sürdürülebilir bir dönüşümün olabilmesi için özellikle hizmet sağlayıcılarının koşullarındaki iyileştirmelere ihtiyaç vardır. İlave teşvikler verilmesi, sağlık reformlarının onların pahasına yapılmadığı konusunda ikna edilmeleri ve başarının ancak hekimler dâhil tüm sağlık sağlayıcıları ve hastalar kucaklandığında gerçekleşeceği vurgulanmaktadır. Araştırmanın bulguları, konuyla ilgili iyileştirmelere yönelik bazı ipuçları sunmaktadır: İş yükünü azaltacak düzenlemeler yapılması, hekim başına düşen hasta sayısının OECD ortalamasına düşürülmesi, performansa dayalı ek ödeme sisteminin sadece niceliği değil sağlık hizmetinin niteliğini

artıracak şekilde geliştirilmesi, branşlar ve basamaklar arasındaki gelir adaletsizliklerini giderilmesi, sağlık hizmet kalitesinin sadece hasta memnuniyeti üzerinden değil, hekim memnuniyet üzerinden de değerlendirilmesi, şiddet konusunda caydırıcı güçlü önlemlerin alınması, tıp fakültesi öğrencilerinin ve genç hekimlerin eğitim-öğretim süreçlerindeki aksaklıkların giderilmesi ve cerrahi branşların tercih edilmesini teşvik edecek çeşitli önlemlerin alınması, toplumda hekimlere karşı güveni ve saygınlığı azaltacak söylemlerden kaçınılması, evrensel standartlarda mesleğe regülasyon yapma hakkı verilmesi gibi konular öne çıkmaktadır. Nitekim son dönemde Sağlık Bakanlığı, sağlıkta etkinliği artıracak bir takım düzenlemelere giderek teşkilat yapısını değiştirmiştir³³. Ayrıca Bakanlığı'nın son dönemdeki açıklamalarında sağlıktaki dönüşümün gerçekleştiğini, bundan sonra artık sağlıkta gelişim ve kalite döneminin başlayacağını belirtilmektedir³⁴. Correia vd.'in (2015: 168) belirttiği gibi sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde yönetilebilmesi, devletle hekimlik mesleği arasındaki ilişkinin çatışmadan ziyade bir medcezir gibi karşılıklı bağımlılığa dayanmasını gündeme getirmektedir. Hekimlik mesleğinin gücü devlet tarafından uygulanan kamu politikalarına dayanırken, devletin kamu sağlığını koruma gücü de hekimlere ihtiyaç duymaktadır.

Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer husus, hekimlerin kendi mesleklerinde gözlemledikleri piyasalaşma ve performansa dayalı çalışma sistemi gibi değişimlerin genel olarak iş yaşamını ve diğer meslekleri de önemli derecede etkilemesine rağmen, sadece kendi meselelerine odaklanmaları ve sağlık sisteminin diğer çalışan gruplarını ilgilendiren gelişmelere ya da diğer mesleklerde yaşanan değişimlere ilgi göstermemeleridir. Bu durum, mesleklerin çıkar grupları olduğu ve çoğu çıkar grubu gibi öncelikle kendi çıkarlarını gözettikleri, ekonomik ve toplumsal düzene ayak uydurmalarının diğerkâm (özgeci) olmalarından değil, kâr ve itibar peşinde koşuyor olmalarından ileri geldiği yönündeki tespitle uyumlu görülmektedir (Herdman, 2012:5). Herdman (2012) bu konuyu tıp alanı için ele aldığı çalışmasında, Sullivan'a (2005) atıfla meslek sahiplerinin kamu yararına katkıda bulunmak konusunda merkezi bir öneme sahip olduklarını ve iyi bir sağlık sisteminin sivil bir profesyonellik gerektiren temel bir kamu yararı olduğunu belirtmektedir. Yüksek oranda özelleşmiş bir bilgi formuna sahip olmak ve bunu yönetmek olarak tanımladığı teknik profesyonelliğin ise profesyonellik ile başkalarını önemsemek arasındaki bağlantıyı zayıflattığını ve örneğin hemşirelik mesleği için sivil profesyonelliğin, kusurları ortaya

³³ <http://www.milliyet.com.tr/illerde-saglikta-en-yetkili-il-gundem-2508504/>, 2017 (erişim tarihi: 14.09.2017)

³⁴ <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1595025-saglik-bakani-ahmet-demircan-dan-saglikta-donusum-ile-ilgili-aciklama>, 2017 (erişim tarihi: 26.09.2017).

konmuş olan tıbbın teknik profesyonellik modelinden daha yararlı bir rehber olacağı vurgulanmaktadır.

Hekimlik mesleği ile ilgili değişimlere odaklanan bu tez çalışmasında son olarak, araştırma kısmıyla ilgili bazı sınırlılıklara değinilecektir. Öncelikle nitel bir araştırma tasarımına sahip bu çalışmadan elde edilen sonuçların nomotetik olarak genellemesi (istatistiki genelleme) mümkün değildir. Ancak, araştırma sırasında elde edilen bağlama özgü derin ve zengin verilerden çıkarılan sonuçların tümevarımsal açıdan analitik genellemesi ve bu sonuçların benzer bağlam, sosyo politik iklimi sahip ülke ve diğer mesleklerle aktarılabilirliği mümkündür (Eisenhart, 2009; Polit ve Beck, 2010: 453). Dolayısıyla bu araştırmadan yapılan çıkarımların sonraki araştırmalara veri sağlama ihtimali yüksektir. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulguların büyük bir bölümünün SDP'nin mimarlarından olan Dünya Bankası'nın (2014b) raporunda yer alan tespitlerle de uyumlu olması, bulguların geçerliliği açısından önemli bir destektir.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise doküman analizinde TTB belgelerinin ağırlıkta olmasıdır. TTB'nin bir meslek örgütü olduğu, temel varlık nedeninin kendi üyelerinin çıkarlarını korumak ve hekimlerin taleplerini meşrulaştırma misyonunu benimsemek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle raporlarda sağlık sisteminde yaşanan olumlu gelişmelerin sık sık geri planda kaldığı, sistemden yararlananlar açısından yapılan iyileştirmelere fazla vurgu yapılmadığı da dikkate alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aasland, O. G. (2015). "Healthy Doctors - Sick Medicine". *Professions and Professionalism*, 5(1): 1-14.
- Abbott, A. (1983). "Professional ethics". *American Journal of Sociology*, 88(5): 855-885.
- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on The Division of Expert Labor*. University of Chicago Press, Chicago.
- Abbott, A. (1993). "The sociology of work and occupations". *Annual Review of Sociology*, 19(1): 187-209.
- Abbott, P. ve Meerabeau, L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions*. Psychology Press, London.
- Accenture. (2015). The Independet Doctor Will Not See You Now. https://www.accenture.com/t20150608T044420_w_us-en/acnmedia/Accenture/Conve rsion-Assets/DotCom/Documents/Global/PDF/Dualpub_15/Accenture-The-Doctor-Will-Not-See-You.pdf (erişim tarihi: 21.02.2017).
- Adams, T. L. (2015). "Sociology of professions: International divergences and research directions". *Work, Employment & Society*, 29(1): 154-165.
- Adams, T. L. (2017). "Self-regulating professions: past, present, future". *Journal of Professions and Organization*, 4(1): 70-87.
- Adler, P. S. ve Kwon, S. W. (2008). "Community, market, and hierarchy in the evolving organization of professional work: The case of medicine". D. Muzio, S. Ackroyd ve J. F. Chanlat (Ed.). *Redirections in the Study of Expert Labour*. Palgrave Macmillan, UK, 139-160.
- Adler, P. S., Kwon, S. W. ve Heckscher, C. (2008). "Professional work: The emergence of collaborative community". *Organization Science*, 19(2): 359-376.
- Adler, P. S. ve Kwon, S. W. (2013). "The mutation of professionalism as a contested diffusion process: Clinical guidelines as carriers of institutional change in medicine". *Journal of Management Studies*, 50(5): 930-962.
- Aguinis, H., Boyd, B. K., Pierce, C. A. ve Short, J. C. (2011). "Walking new avenues in management research methods and theories: Bridging micro and macro domains". *Journal of Management*, 37(2): 395-403.

- Ağartan, T. (2015a). “Sağlıkta reform salgını”. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar (Ed.). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformları, Sorunlar, Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul, 37-54.
- Ağartan, T. (2015b). “Explaining large-scale policy change in the Turkish healthcare system: Ideas, institutions, and political actors”. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(5): 971–999.
- Ağartan, T. (2015c). “Health workforce policy and Turkey’s healthcare reform”. *Health Policy*, 119(12): 1621-1626.
- Akdağ, R. (2015). “Lessons from health transformation in Turkey: leadership and challenges”. *Health Systems & Reform*, 1(1): 3-8.
- Akdur, R. (1999) “Cumhuriyetten günümüze sağlık insan gücü politikaları”, *Hekim ve İnsan*, 5(1): 17-22.
- Akıncı, F., Mollahaliloğlu, S., Gürsöz, H. ve Ögücü, F. (2012). “Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis”. *Health Policy*, 107(1): 21-30.
- Aksoy, B. (2007). *Bir Meslek Örgütünün Kurumsal Değişimdeki Yeri: Türkiye Sağlık Alanı Örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Başkent Üniversitesi SBE, Yönetim ve Organizasyon ABD, Ankara.
- Aktan, A. Ö. (2013). Meslek Odaları ve Demokrasi. <https://www.istabip.org.tr/2838-meslek-odalar-ve-demokrasi-prof-dr-a-oezdemir-aktan-.html> (erişim tarihi: 22.06.2017).
- Alqasim, K. M., Ali, E. N., Evers, S. M. ve Hiligsmann, M. (2016). “Physicians’ views on pay-for-performance as a reimbursement model: a quantitative study among Dutch surgical physicians”. *Journal of Medical Economics*, 19(2): 158-167.
- Amante, D. J., Hogan, T. P., Pagoto, S. L., English, T. M. ve Lapane, K. L. (2015). “Access to care and use of the Internet to search for health information: results from the US National Health Interview Survey”. *Journal of Medical Internet Research*, 17(4): 106.
- Amerika Meslek Güvenliği ve Sağlığı İdaresi [OSHA]. (2015). Workplace Violence in Healthcare: Understanding the Challenge. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf> (erişim tarihi: 22.05.2017).
- Amerikan Tıp Okulları Birliği [AMMC]. (2015). Medical School Graduation Questionnaire: 2015 All Schools Summary Report. <https://www.aamc.org/download/440552/data/2015ggallschoolssummaryreport.pdf> (erişim tarihi: 24.09.2017).
- Armstrong, D. (2002). “Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors’ behaviour”. *Social Science & Medicine*, 55(10): 1771-1777.

- Ataay, F. (2015). “Neoliberal reformlar, devletin yeniden yapılandırılması ve kamu hizmetlerinde dönüşüm”. *Akdeniz İİBF Dergisi*, (30): 20-39.
- Atabek, Ü., Atabek, G. ve Bilge, D. (2013). “Televizyon sağlık programlarında ideolojik söylemler”. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı 3: 11-30.
- Atasever, M. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002 – 2013 Dönemi. https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/Saglik_Harcamalari_Kitabi/saglik_harcamalari_kitabi.pdf (erişim tarihi: 12.02.2017).
- Attar, G. E. (2017). “Türkiye’de hekimlere yönelik şiddet: Bir temellendirilmiş kuram analizi”. *Sosyoloji Dergisi*, 37(1): 157-178.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, Ş., Aydoğan, Ü., Ayar, B., Dilmen, U. ve Akdağ, R. (2013). “Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity”. *The Lancet*, 382(9886): 65-99.
- Baathe, F. (2015). *Physicians’ Engagement: Qualitative Studies Exploring Physicians’ Experiences of Engaging in Improving Clinical Services and Processes*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. University of Gothenburg Institute of Health and Care Sciences, Gothenburg.
- Batı, F. (2016). Tus’ta tercihler artık değişti, işte en gözde uzmanlıklar. <http://www.tusanalizleri.com/tusta-tercihler-artik-degisti-iste-en-gozde-uzmanliklar/> (erişim tarihi: 25.06.2016).
- Beaton, G. R. (2010). “Why professionalism is still relevant”. <https://poseidon01.ssrn.com/delivery.php?ID=291017116081003119098016095074024069055063001016012032102066113104008067111022127007027096058007119109030023066123000109125028041042078020060028074069120093005015038019076091086102117009116098068065023112082024001100088006070088104084107123127081029&EXT=pdf> (erişim tarihi: 23.04.2017).
- Bendix, J. (2015). From quantity to quality: Meeting the new demands of value-based care. Making Quality metrics work for your practice. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/quantity-quality-meeting-new-demands-value-based-care?page=full> (erişim tarihi: 04.09.2016).
- Bentz, V. M. ve Shapiro, J. J. (1998). *Mindful Inquiry In Social Research*. Sage Publications, California.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F. ve Evetts, J. (2012). “New public management and professionals in the public sector. What new patterns beyond opposition?”. *Sociologie Du Travail*, 54, 1-52.

- Bodenheimer, T. ve Grumbach, K. (1995). "The reconfiguration of US medicine". *JAMA*, 274(1): 85-90.
- Bodegom, D., Hafkamp, M. ve Westendorp, R. G. (2013). "Using the Master-apprentice relationship when teaching medical students academic skills: The young excellence class". *Medical Science Educator*, 23(1S): 80-83.
- Bora, T. ve Erdoğan, N. (2013). "Cüppenin, kılıcın ve kalemin mahsup yoksulları: Yeni kapitalizm, yeni işsizlik ve beyaz yakalılar". T. Bora, A. Bora, N. Erdoğan ve İ. Üstün (ed.) *Boşuna mı Okuduk? Türkiye'de Beyaz Yakalı İşsizliği*, İletişim Yayınları, İstanbul, 13-44.
- Boots, L. M. M., Vugt, M. E., Knippenberg, R. J. M., Kempen, G. I. J. M. ve Verhey, F. R. J. (2014). "A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4): 331-344.
- Bourdieu, P. (1986). "The forms of capital". J. G. Richardson (Ed). *Handbook of Theory and Research for The Sociology of Education*. Greenwood, New York, 241-258.
- Boyle, M. J. ve Wallis, J. (2016). "Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector". *Safety In Health*, 2(1): 4.
- Braithwaite, J. (2005). "Neoliberalism or regulatory capitalism". <http://regnet.anu.edu.au/sites/default/files/publications/attachments/2015-05/ROP5.pdf> (erişim tarihi: 02.02.2017).
- Brante, T. (1988). "Sociological approaches to the professions". *Acta Sociologica*, 31(2): 119-142.
- Brien, A. (1998). "Professional ethics and the culture of trust". *Journal of Business Ethics*, 17(4): 391-409.
- British Medical Association (2017). "Medical Unemployment" <https://www.bma.org.uk/collective-voice/policy-and-research/education-training-and-workforce/medical-unemployment> (erişim tarihi: 22.05.2017).
- Britten, N. (2001). "Prescribing and the defence of clinical autonomy". *Sociology of Health & Illness*, 23(4): 478-496.
- Brock, D. M. (2006). "The changing professional organization: A review of competing archetypes". *International Journal of Management Reviews*, 8(3): 157-174.

- Brock, D. M., Leblebici, H. ve Muzio, D. (2014). "Understanding professionals and their workplaces: The mission of the Journal of Professions and Organization". *Journal of Professions and Organization*, 1(1): 1-15.
- Brock, D. M., ve Saks, M. (2016). "Professions and organizations: A European perspective". *European Management Journal*, 34(1): 1-6.
- Broom, A. (2005). "Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship". *Health*, 9(3): 319-338.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford University Press, Oxford.
- Bulut, A. (2015). "Türkiye'de sağlık reformunun tarihçesi". Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar (Ed.) *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformları, Sorunlar, Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul, 111-124.
- Bureau, V. ve Andersen, L. B. (2014). "Professions and professionals: Capturing the changing role of expertise through theoretical triangulation". *American Journal of Economics and Sociology*, 73(1): 264-293.
- Burdi, M. D. ve Baker, L. C. (1999). "Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California". *Health Affairs*, 18(4): 134-145.
- Bucher, R. ve Strauss, A. (1961). "Professions in process". *American Journal of Sociology*, 66(4): 325-334.
- Burgess, R. G. (2006). *In The Field: An Introduction to Field Research*. Routledge, London.
- Calnan, M. ve Williams, S. (1995). "Challenges to professional autonomy in the United Kingdom? The perceptions of general practitioners". *International Journal of Health Services*, 25(2): 219-241.
- Campion, E. (2001). "A symptom of discontent". *New England Journal of Medicine*, 344(3): 223-225.
- Carrol, A. E. (2014). The problem with pay for performance in medicine. <https://www.nytimes.com/2014/07/29/upshot/the-problem-with-pay-for-performance-in-medicine.html> (erişim tarihi: 23.10.2016).
- Carvalho, T. (2014). "Changing connections between professionalism and managerialism: A case study of nursing in Portugal". *Journal of Professions and Organization*, 1(2): 176-190.
- Carvalho, T. ve Santiago, R. (2015a). "Professional autonomy in a comparative perspective". T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.). *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 30-63.

- Carvalho, T. ve Santiago, R. (2015b). "Cross-country and inter-professional convergences and divergences in changes in professions and professionalism". T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.). *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 172-180.
- Castellani, B. ve Wear, D. (2000). "Physician views on practicing professionalism in the corporate age". *Qualitative Health Research*, 10(4): 490-506.
- Cauchi, R. (2013). Managed Care, Market Reports and the States. <http://www.ncsl.org/research/health/managed-care-and-the-states.aspx> (erişim tarihi: 11.04.2017).
- Centers for Medicare & Medicaid Services, (2016). Total Number of Medicare Beneficiaries, <https://www.kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/> (erişim tarihi: 17.06.2017).
- Chaudhuri, E., Mason, N. C., Newbery, N. ve Goddard, A. F. (2013). "Career choices of junior doctors: is the physician an endangered species?". *Clinical Medicine*, 13(4): 330-335.
- Chamberlain, J. M. (2009). *Doctoring Medical Governance: Medical Self-Regulation in Transition*. Nova Science Publishers, New York.
- Chriss, J. J. (2001). "Alvin W. Gouldner and industrial sociology at Columbia University". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 37(3): 241-259.
- Christensen, T. ve Laegreid, P. (2011). "Complexity and Hybrid Public Administration: Theoretical and Empirical Challenges". *Public Organization Review*, 11(4): 407-423.
- Clarke, J. (2004). "Dissolving the public realm? The logics and limits of neo-liberalism". *Journal of Social Policy*, 33(1): 27-48.
- Clarke, J., Newman, J., Smith, N., Vidler, E. ve Westmarland, L. (2007). *Creating Citizen-Consumers: Changing Publics And Changing Public Services*. Sage Publications, London.
- Coburn, D. ve Willis, E. (2000). "The medical profession: Knowledge, power and autonomy". *Handbook of social studies in health and medicine*. G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick ve S. C. Scrimshaw (ed.). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, Sage, London, 377-393.
- Coburn, D. (2006). "Medical dominance then and now: Critical reflections". *Health Sociology Review*, 15(5): 432-443.
- Cockerham, W. C. ve Ritchey, F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. Greenwood Publishing Group, London.

- Cohen, L., Wilkinson, A., Arnold, J. ve Finn, R. (2005). "Remember I'm the bloody architect!' Architects, organizations and discourses of profession". *Work, Employment and Society*, 19(4): 775-796.
- Collyer, F., ve White, K. (2011). "The privatisation of Medicare and the National Health Service, and the global marketisation of healthcare systems". *Health Sociology Review*, 20(3): 238-244.
- Cogan, M. L. (1955). "The problem of defining a profession". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 297(1): 105-111.
- Compton, M. T., Frank, E., Elon, L. ve Carrera, J. (2008). "Changes in US medical students' specialty interests over the course of medical school". *Journal of General Internal Medicine*, 23(7): 1095-1100.
- Cornfield, D. B. ve Hodson, R. (2002). *Worlds of Work: Building an International Sociology of Work*. Springer Science and Business Media, New York.
- Correia, T., Carapinheiro, G. ve Serra, H. (2015). "The state and medicine in the governance of health care in Portugal". T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.) *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 151-171.
- Creed, P. A., Searle, J. ve Rogers, M. E. (2010). "Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students". *Social Science & Medicine*, 71(6): 1084-1088.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. SAGE, California.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE, California.
- Crouch, E., Dickes, L. A., Davis, A. ve Zarandy, J. (2016). "The effects of Dr. Oz on health behaviors and attitudes". *American Journal of Health Education*, 47(6): 373-378.
- Cruess, R. S. ve Cruess, S. L. (2009). "The cognitive base of professionalism". R. L. Cruess, R. S. Cruess ve Y. Steinert (Ed.). *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge University Press, New York, 7-26.
- Çirpici, E. (2015). *Sağlıkta Dönüşüm Çıkmazı*. Gece Kitaplığı, İstanbul.
- Çubukçu, B. (2015). Cerrahi ve doğum tercih dışı. <http://www.aljazeera.com.tr/al-jazeera-ozel/cerrahi-ve-dogum-tercih-disi> (erişim tarihi: 03.02.2016).
- Dağdelen, İ. (2005). "Post-fordizm". *Mevzuat Dergisi*, 8(90): 1-21.

- Das, A., Gopalan, S. S. ve Chandramohan, D. (2016). "Effect of pay for performance to improve quality of maternal and child care in low-and middle-income countries: a systematic review". *BMC Public Health*, 16(1): 321.
- Davies, H. T. ve Harrison, S. (2003). "Trends in doctor-manager relationships". *BMJ: British Medical Journal*, 326(7390): 646-649.
- Denzin, N. K ve Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage, London.
- Department of Health and Human Services, (2016). *Medicaid & CHIP: July 2016 Monthly Applications, Eligibility Determinations and Enrollment Report*. Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore.
- Dikmen, M. S. (2013). *A Bourdieusian Lens on to Professions: A Case Study of Architecture*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. York Üniversitesi Sosyoloji Bölümü, York.
- Dingwall, R. (2008). *Essays on Professions*. Ashgate, Hampshire.
- DiMaggio, P. ve Powell, W. W. (1983). "The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields". *American Sociological Review*, 48(2): 147-160.
- Dixon-Woods, M., Yeung, K. ve Bosk, C. L. (2011). "Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors". *Social Science & Medicine*, 73(10): 1452-1459.
- Domagalski, T. A. (2008). "Organization and subjectivity in the US medical profession: Physician responses to structural changes within advanced capitalism". D. Muzio, S. Ackroyd ve J. F. Chanlat (Ed.). *Redirections in the Study of Expert Labour*, Palgrave Macmillan, UK, 118-138.
- Drache, D. ve Sullivan, T. (1999). *Health Reform: Public Success, Private Failure*, Routhledge, New York.
- Dunkerley, D. (1975). *Occupations and Society*. Routledge ve -Kegan Paul Ltd, Boston.
- Dünya Bankası. (2014a). Turkey on the Way of Universal Health Coverage through the Health Transformation Program (2003 – 2013). <http://documents.worldbank.org/curated/en/704941468338368780/Turkey-on-the-way-of-universal-health-coverage-through-the-health-transformation-program> (erişim tarihi: 21.03.2017).
- Dünya Bankası. (2014b). A Political Economy Analysis of Turkey's Health Transformation Program. <http://documents.worldbank.org/curated/en/254431468101383013/A-political-economy-analysis-of-Turkey-s-health-transformation-program> (erişim tarihi: 02.05.2017).

- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). Economic and Policy Incentives: The Effects of Economic and Policy Incentives on Provider Practice. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69778/1/WHO_EIP_OSD_00.8.pdf (erişim tarihi: 11.01.2017).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2012). Successful Health System Reforms: The Case of Turkey. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/2106,successful-health-system-reforms-the-case-of-turkeypdf.pdf> (erişim tarihi: 03.04.2017).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2015). Strategic Planning for Health: A Case Study From Turkey. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/272321/Strategic-Planning-for-Health_Turkey.pdf (erişim tarihi: 12.02.2016).
- Dünya Tabipler Birliği. (2015). Growing Violence Against Doctors Alarms Medical Profession. <https://www.wma.net/news-post/growing-violence-against-doctors-alarms-medical-profession/> (erişim tarihi: 22.04.2017).
- Dünya Tabipler Birliği. (2017a). World Medical Association Statement On Medical Malpractice. <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/> (erişim tarihi: 11.02.2017).
- Dünya Tabipler Birliği. (2017b). The High-Level Commission report on Health Employment and Economic Growth. <http://www.who.int/hrh/com-heeg/WMA.pdf?ua=1> (erişim tarihi: 23.04.2017).
- Eberle, T. S. (2014). "Phenomenology as a research model". Flick, U (Ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. SAGE, London. 184-202.
- Eisenhart, M. (2009). "Generalization from qualitative inquiry". K. Erkican ve W. M. Roth (Ed.) *Generalizing from Educational Research: Beyond Qualitative and Quantitative Polarization*, Routhledge, New York, 51-66.
- Eke –Dikeçligil-, B. (1987). "Bir sosyal sınıf belirleyicisi olarak meslek faktörü", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 43 (Prof. Dr. S. F. Ülgener'e Armağan): 377-401.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). "Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme". *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1): 33-43.
- Engelhardt, H. T. J. (2002). "Managed care and the deprofessionalization of medicine", W. Bondeson ve J. Jones (Ed.). *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Springer, Dordrecht, 93-107.

- Erdem, F. ve Atalay, M. (2017). "The effect of health transformation policies on the resident physicians' perception of the medical profession in Turkey". *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(2): 189-216.
- Ersoy, B. (2014). Tıbbi Malpraktis. <http://toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492529-2932.pdf> (erişim tarihi: 01.03.2017).
- Erus, B. ve Hatipoglu, O. (2017). "Physician payment schemes and physician productivity: Analysis of Turkish healthcare reforms". *Health Policy*, 121(5): 553-557.
- Esping-Andersen, G. (2015). "Altın çağ sonrası? Küresel bir ekonomide refah devleti ikilemleri". A. Buğra ve Ç. Keyder (Ed.). *Sosyal Politika Yazıları*, İletişim Yayınları, İstanbul, 53-100.
- Evetts, J. (2000). "Professions in European and UK markets: The European professional federations". *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20(11/12), 1-30.
- Evetts, J. (2002). "New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation". *Work, Employment And Society*, 16(2): 341-353.
- Evetts, J. (2006). "Introduction: Trust and professionalism: Challenges and occupational changes". *Current Sociology*, 54(4): 515-531.
- Evetts, J. (2009). "New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences". *Comparative Sociology*, 8(2): 247-266.
- Evetts, J., Gadea, C., Sánchez, M. ve Sáez, J. (2009). "Sociological theories of professions: Conflict, competition and cooperation", A. Denis ve D. Kalekin-Fishman (Ed.). *The ISA Handbook in Contemporary Sociology*, Sage, London, 140-154.
- Evetts, J. (2013). "Professionalism: Value and ideology". *Current Sociology*, 61(5-6): 778-796.
- Evetts, J. (2014). "The concept of professionalism: Professional work, professional practice and learning", S. Billett, C. Harteis ve H. Gruber (Ed). *International Handbook of Research in Professional and Practice-Based Learning*, Springer, Dordrecht, 29-56.
- Exworthy, M., Wilkinson, E. K., McColl, A., Moore, M., Roderick, P., Smith, H. ve Gabbay, J. (2003). "The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK". *Social Science & Medicine*, 56(7): 1493-1504.
- Faulconbridge, J. R. ve Muzio, D. (2012). "Professions in a globalizing world: Towards a transnational sociology of the professions". *International Sociology*, 27(1): 136-152.

- Farrell, C. ve Morris, J. (2003). "The 'neo-bureaucratic' state: Professionals, managers and professional managers in schools, general practices and social work. *Organization*, 10(1): 129-156.
- Fazel, S. ve Ebmeier, K. P. (2009). "Specialty choice in UK junior doctors: is psychiatry the least popular specialty for UK and international medical graduates?". *BMC Medical Education*, 9(1): 77.
- Ferrinho, P., Van Lerberghe, W., Fronteira, I., Hipólito, F. ve Biscaia, A. (2004). "Dual practice in the health sector: review of the evidence". *Human Resources for Health*, 2(1): 14.
- Filc, D. (2006). "Physicians as 'organic intellectuals' a contribution to the stratification versus deprofessionalization debate". *Acta Sociologica*, 49(3): 273-285.
- Fişek, N. H. (1991). "Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları". *Toplum ve Hekim*, 7(48): 2-4.
- Felexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada, <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v80n7/a12v80n7.pdf> (erişim tarihi: 22.04.2017).
- Flexner, A. (1915). Is social work a profession? <http://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/is-social-work-a-profession-1915/> (erişim tarihi: 01.02.2017).
- Flick, U. (2007). *Designing Qualitative Research*. SAGE Publications, London.
- Flood, C. M., Allen, P., Thomas, B. ve Walker, K. (2015). "Restricting private-sector practice using contracts". *Canadian Medical Association Journal*, 187(8): 583-586.
- Forsberg, E., Axelsson, R. ve Arnetz, B. (2001). "Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care". *The International Journal of Health Planning and Management*, 16(4): 297-310.
- Fortune, L. D. ve Gillespie, E. (2010). "The influence of practice standards on massage therapists' work experience: A phenomenological pilot study". *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 3(3): 5-11.
- Foucault, M. (2003). *Society Must Be Defended*. Picador, New York.
- Fournier, V. (1999). "The appeal to 'professionalism' as a disciplinary mechanism". *The Sociological Review*, 47(2): 280-307.
- Frechette, D., Hollenberg, D., Shrichand, A. ve Jacob, C. (2013). What's really behind Canada's unemployed specialists? Too many, too few doctors? Findings from the Royal College's employment study – 2013. Royal College of Physicians and Surgeons

- of Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/employment-report-2013-e.pdf> (erişim tarihi: 22.04.2016).
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Mead, New York.
- Freidson, E. (1984). "The changing nature of professional control". *Annual Review Of Sociology*, 10(1): 1-20.
- Freidson, E. (1985). "The reorganization of the medical profession". *Medical Care Review*, 42(1): 11-35.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Polity Press, Cambridge.
- Freidson, E. (1999). "Theory of professionalism: Method and substance". *International Review of Sociology*, 9(1): 117-129.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. University of Chicago Press, Chicago.
- Gabe, J., Bury, M. Ve Elston, M. A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage, London.
- Gabel, J. R. ve Rice, T. H. (1985). "Reducing Public Expenditures for Physician Services: The Price of Paying Less". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9(4): 595-609.
- García-Prado, A. ve González, P. (2011). "Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(2): 265-294.
- Gates, D. M. (2004). "The epidemic of violence against healthcare workers". *OEM*, 61: 649-650.
- Given, L. M. (2008). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Sage Publications, California.
- Gray, G. C. ve Silbey, S. S. (2014). "Governing inside the organization: interpreting regulation and compliance". *American Journal of Sociology*, 120(1): 96-145.
- Goldstein, J. (1984). "Foucault Among the Sociologists: The "Disciplines" and the History of the Professions". *History and Theory*, 23(2):170-192.
- Gomes, A. P. ve Rego, S. (2013). "Pierre Bourdieu and medical education". *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2): 260-265.
- Goodrick, E. ve Reay, T. (2011). "Constellations of institutional logics: Changes in the professional work of pharmacists". *Work and Occupations*, 38(3):372-416.

- Gorman, E. H. ve Sandefur, R. L. (2011). "Golden Age, Quiescence, and Revival: How The Sociology of Professions Became The Study of Knowledge-Based Work". *Work and Occupations*, 38(3): 275-302.
- Goyder, J. (2005). "The dynamics of occupational prestige: 1975–2000". *Canadian Review of Sociology*, 42(1): 1-23.
- Görmüş, A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Gray, B. H. (1997). "Trust and trustworthy care in the managed care era". *Health Affairs*, 16(1): 34-49.
- Greenwald, H. P. (2010). *Health Care in the United States: Organization, Management, and Policy*. John Wiley & Sons, San Francisco.
- Greenwood, E. (1957). "Attributes of a profession". *Social Work*, 3(2): 45-55.
- Greenwood, R., Suddaby, R. ve Hinings, C. R. (2002). "Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields". *Academy of Management Journal*, 45(1): 58-80.
- Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M. (2017). "Mali regülasyon olarak sağlık regülasyonlarının sağlık kurumlarına etkisi: Türkiye’de üniversite hastaneleri ve sağlık uygulama tebliği". *AİBÜ-İİBF Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 13(1): 23-44.
- Hafferty, F. (2006). "Viewpoint: The Elephant In Medical Professionalism’s Kitchen". *Academic Medicine*, 81(10): 906-914.
- Hall, R. H. (1983). "Theoretical Trends in the Sociology of Occupations". *The Sociological Quarterly*, 24(1): 5-23.
- Hall, R. H. (1994). *Sociology of Work*. California, Pine Forge Press.
- Ham, C. ve Alberti, K. G. M. M. (2002). "The medical profession, the public, and the government". *BMJ*, 324(7341): 838-842.
- Hargreaves, L. (2009). "The status and prestige of teachers and teaching". L. J. Saha A. G. Dworkin (Ed.). *International Handbook of Research on Teachers and Teaching*. Springer, New York, 217-229.
- Harrison, S. ve Dowswell, G. (2002). "Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say". *Sociology of Health & Illness*, 24(2): 208-226.
- Harrison, S. ve Smith, C. (2003). "Neo-bureaucracy and public management: the case of medicine in the National Health Service". *Competition & Change*, 7(4): 243-254.

- Haug, M. R. (1972). "Deprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future". *The Sociological Review*, 20(S1): 195-211.
- Haug, M. R. (1975). "The Deprofessionalization of Everyone?" *Sociological Focus*, 8(3): 197-213.
- Haug, M. (1988). "A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization." *Milbank Quarterly* 66(supplement 2): 48-56.
- Healy, K. (2009). "A Case of Mistaken Identity: The Social Welfare Professions and New Public Management". *Journal of Sociology*, 45(4): 401-418.
- Herdman, E. A. (2012). "Meslekler ve profesyonellik". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2): 3-7.
- Hill, L. J. (2014). *Men In Nursing: A Qualitative Study Examining The Male Neophytes Lived Experiences In Nursing Practice*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Graduate School of The University of Alabama, Alabama.
- Hilton, M. (2009). *Prosperity for All: Consumer Activism in an Era of Globalization*. Cornell University Press, New York.
- Hipgrave, D. B. ve Hort, K. (2013). "Dual practice by doctors working in South and East Asia: a review of its origins, scope and impact, and the options for regulation". *Health Policy and Planning*, 29(6): 703-716.
- Hirvonen, H. (2015). "Reconstructing care professionalism in Finland". T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.) *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 81-101.
- Hitt, M. A., Bierman, L., Uhlenbruck, K. ve Shimizu, K. (2006). "The importance of resources in the internationalization of professional service firms: The good, the bad, and the ugly". *Academy of Management Journal*, 49(6): 1137-1157.
- Hodges, B. D., Kuper, A. ve Reeves, S. (2008). "Discourse analysis". *British Medical Journal*, 337: 570-572.
- Hogg, M. A. ve Terry, D. I. (2000). "Social identity and self-categorization processes in organizational contexts". *Academy of Management Review*, 25(1): 121-140.
- HRPA. (2015). What Does it Mean to be a Regulated Profession? Human Resources Professionals Associations. <http://cphrbc.ca/wp-content/uploads/2015/03/what-it-means-regulated-profession.pdf> (erişim tarihi: 10.05.2017).
- Hugman, R. (1994). "Consuming health and welfare". R. Keat, N. Whiteley ve N. Abercrombie (Ed.). *The Authority of the Consumer*. Routhledge, London, 192-207.

- Hujala, A., Laulainen, S. ve Lindberg, K. (2014). "Powerless positions, silenced voices? Critical views on health and social care management". *Journal of Health Organization and Management*, 28(5): 590-600.
- Hupe, P. L. (2012). "Autonomy in health care practice: A paradise lost?" H. Dickinson ve R. Mannion (Ed.). *The Reform of Health Care: Shaping, Adapting and Resisting Policy Developments*. Palgrave Macmillan, Basingstoke, 37-50.
- Ibarra, H. (1999). "Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation". *Administrative Science Quarterly*, 44(4): 764-791.
- İçli, G. (2016). "Precarious work: Proletarianization or precarization". H. Yaldir, R. Efe, E. Zuzanska-Zysko, M. Arslan (Ed.). *Current Topics In Social Sciences*, St. Kliment Ohridski University Press, Sofia, 531-539.
- İlhan, S. (2007). "Yeni kapitalizmin karanlık yüzü: İnsanlık ve ahlakilik söylemlerinin sahiçiliğı üzerine". *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2): 283-306.
- İlhan, S. (2008). "Yeni kapitalizm ve meslek olgusunun değışen anlamları üzerine". *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21: 313-328.
- Johnson, M. ve Bowman, C. C. (1997). "Occupational prestige for registered nurses in the Asia-Pacific region: Status consensus". *International Journal of Nursing Studies*, 34(3): 201-207.
- Kalble, K. (2005). "Between professional autonomy and economic orientation: The medical profession in a changing health care system". *GMS Psycho-Social Medicine*, 2: 1-13.
- Kalleberg, A. L. (2009). "Precarious work, insecure workers: Employment relations in transition". *American Sociological Review*, 74(1): 1-22.
- Kamberelis, G. ve Dimitriadis, G. (2011). "Focus groups: Contingent articulations of pedagogy, politics, and inquiry" Denzin, N. K. ve Lincoln, Y. S. (ed). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, California, 545-562.
- Kamp, A. (2016). "Welfare professions in transition". *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6(S1): 1-6.
- Kartal, F. (2009). "Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye’de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm". *Amme İdaresi Dergisi*, 42(2): 23-43.
- Kaya, A., Aktürk, Z., Çayır, Y. ve Taştan, K. (2014). "2007-2013 arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir trend analizi". *Ankara Medical Journal*, 14(2): 53-58.

- Keyder, Ç. (2015). "Giriş". Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, Ç. Yoltar (Ed.) *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformları, Sorunlar, Tartışmalar*. İletişim Yayınları, İstanbul, 15-35.
- Klegon, D. (1978). "The sociology of professions: an emerging perspective". *Sociology of Work and Occupations*, 5(3): 259-283.
- Koehn, D. (1994). *The Ground of Professional Ethics*. Routledge, London.
- Kong, K. (2014). *Professional Discourse*. Cambridge University Press, Cambridge.
- KPMG Türkiye. (2014). Sağlık Sektörü: Yeni Teşvik Sistemi Öncelikli Yatırımlar ve Diğer Teşvikler. <https://www.kpmgvergi.com/PDF/Yayinlar/Guncel-Yayinlar/saglik-sektoru-tesvik-11082014.pdf> (erişim tarihi: 22.202.2017).
- Krejsler, J. (2005). "Professions and their Identities: How to explore professional development among (semi-) professions". *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(4): 335-357.
- Kuhlmann, E. (2006). *Modernising Health Care: Reinventing Professions, The State and the Public*. Bristol, UK The Policy Press.
- Kuhlmann, E., Burau, V., Larsen, C., Lewandowski, R. A., Lionis, C. ve Repullo, J. (2011). "Medicine and management in European healthcare systems: how do they matter in the control of clinical practice?". *International Journal of Clinical Practice*, 65(7): 722-724.
- Laing, A., Hogg, G. ve Winkelman, D. (2005). "The impact of the internet on professional relationships: the case of health care". *The Service Industries Journal*, 25(5): 675-687.
- Landis, J. R. ve Koch, G. G. (1977). "The measurement of observer agreement for categorical data". *Biometrics*, 33(1): 159-174.
- Lane, C., Potton, M. ve Littek, W. (2000). "The Professions between State and Market: a cross-national study of convergence and divergence". *European Societies*, 4(2): 235-260.
- Lane, C., Potton, M. ve Littek, W. (2002). "The professions between state and market: A cross-national study of convergence and divergence". *European Societies*, 4(2): 235-260.
- Larson, M. L. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, University of California Press, Berkeley.
- Lasser, K. E., Woolhandler, S. ve Himmelstein, D. U. (2008). "Sources of US physician income: The contribution of government payments to the specialist-generalist income gap". *Journal of General Internal Medicine*, 23(9): 1477-1481.

- Leicht, K. T. ve Fennell, M. L. (2001). *Professional Work: A Sociological Approach*. Wiley-Blackwell, Oxford.
- Leicht, K. T. ve Fitzgerald, S. T. (2014). *Middle Class Meltdown in America: Causes, Consequences, and Remedies*. Routledge, New York.
- Leicht, K. T. (2016). "Market fundamentalism, cultural fragmentation, post-modern skepticism, and the future of professional work". *Journal of Professions and Organization*, 3(1): 103-117.
- Leiter, M.P., Harvie, P. ve Frizzell, C. (1998). "The correspondence of patient-satisfaction and nurse burnout", *Social Science and Medicine*, 47: 1611-1617.
- Levay, C. ve Waks, C. (2009). "Professions and the pursuit of transparency in healthcare: Two cases of soft autonomy". *Organization Studies*, 30(5): 509-527.
- Levi-Faur, D. (2005). "The global diffusion of regulatory capitalism". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 598(1): 12-32.
- Lewis, J. M. ve Marjoribanks, T. (2003). "The impact of financial constraints and incentives on professional autonomy". *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(1): 49-61.
- Lupton, D. (1997). "Doctors on the medical profession". *Sociology of Health & Illness*, 19(4): 480-497.
- Luzio, G. I. (2004). "Trust in profession" <http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/1872/?sequence=1> (erişim tarihi: 14.04.2017).
- Luzio, G. (2006). "A sociological concept of client trust". *Current Sociology*, 54(4): 549-564.
- Macdonald, K. M. (1995). *The Sociology of the Professions*. Sage Publications, London.
- Macdonald, K. M. (2006). "Professional work". M. Korczynski, R. Hodson ve P. Edwards (Ed.). *Social Theory at Work*. Oxford University Press, New York, 356-387.
- Macdonald, R. (2009). "Precarious work: Risk, choice and poverty traps". A. Furlong (Ed.) *Handbook of Youth and Young Adulthood: New Perspectives and Agendas*, Routledge, Oxon, 167-175.
- Macdonald, R. (2015). "Financial incentives and the governance of performance". E. Kuhlmann, R.H. Blank, I. L. Bourgeault ve C. Wendt (Ed.) *Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 393-408.
- Macdonald, R. (2004). "The hospital at night". *British Medical Journal*, 328(suppl): 19.

- Macdonald, R. ve Roland, M. (2009). "Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences". *The Annals of Family Medicine*, 7(2): 121-127.
- Malhotra, N. ve Morris, T. (2009). "Heterogeneity in professional service firms". *Journal of Management Studies*, 46(6), 895-922.
- Marshall, C. ve Rossman, G. B. (2006). *Designing Qualitative Research*. SAGE Publication, California.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. SAGE Publications, California.
- McCarthy, N. (2016). America's Most Prestigious Professions in 2016. <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2016/03/31/americas-most-prestigious-professions-in-2016-infographic/#7cd257da1926> (erişim tarihi: 13.03.2017).
- McClelland, C. E. (2014). *Queen of the Professions: The Rise and Decline of Medical Prestige and Power in America*. Rowman & Littlefield, Maryland.
- McDowell, B. (2000). *Ethics and Excuses: The Crisis in Professional Responsibility*. Quorum Books, Westport.
- McKinlay, J. B., ve Arches, J. (1985). "Towards The Proletarianization of Physicians". *International Journal of Health Services*, 15(2): 161-195.
- McKinlay, J. B. ve John D. S. (1989). "Corporatization and the social transformation of doctoring." *International Journal of Health Services*, 18: 191-205.
- McKinlay, J. B. ve Marceau, L. D. (2002). "The end of the golden age of doctoring". *International Journal of Health Services*, 32(2): 379-416.
- McKinlay, J. B. ve Marceau, L. (2008). "When there is no doctor: reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century". *Social Science & Medicine*, 67(10): 1481-1491.
- McKinlay, J. B. ve Stoeckle, J. D. (1988). "Corporatization and the social transformation of doctoring". *International Journal of Health Services*, 18(2): 191-205.
- Medscape. (2017). Medscape Physician Compensation Report 2017. <https://www.medscape.com/slideshow/compensation-2017-overview-6008547> (erişim tarihi: 06.07.2017).
- Mekouar, D. (2016). What Most Prestigious US Jobs Have in Common...and It's Not Money. <https://blogs.voanews.com/all-about-america/2016/04/01/what-most-prestigious-us-jobs-have-in-common-and-its-not-money/> (erişim tarihi: 03.03.2017).

- Merriam, S. B. ve Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research: A Guide To Design And Implementation*. John Wiley & Sons, San Francisco.
- Merton, R. K. (1958). "The functions of the professional association". *The American Journal of Nursing*, 58(1): 50-54.
- Meyer, H. D., John, E. S., Chankseliani, M. ve Uribe, L. (2013). *Fairness in Access to Higher Education in A Global Perspective: Reconciling Excellence, Efficiency, and Justice*. Sense, Rotterdam.
- Michtalik, H. J., Yeh, H. C., Pronovost, P. J. ve Brotman, D. J. (2013). "Impact of attending physician workload on patient care: a survey of hospitalists". *JAMA Internal Medicine*, 173(5): 375-377.
- Monteiro, A. R. (2015). *The Teaching Profession: Present and Future*. Springer International Publishing, New York.
- Muzio, D., Ackroyd, S. ve Chanlat, J. F. (2008). *Redirections in the Study of Expert Labour: Established Professions and New Expert Occupations*. Palgrave Macmillan, UK.
- Muzio, D., Brock, D. M. ve Suddaby, R. (2013). "Professions and institutional change: Towards an institutionalist sociology of the professions". *Journal of Management Studies*, 50(5): 699-721.
- Naagarazan, R. S. (2006). *Textbook on Professional Ethics and Human Values*. New Age International, New Delhi.
- Nahin, R. L., Barnes, P. M. ve Stussman, B. J. (2016). Expenditures on Complementary Health Approaches: United States, 2012. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr095.pdf> (erişim tarihi: 19.05.2017).
- Neal, M. ve Morgan, J. (2000). "The professionalization of everyone? A comparative study of the development of the professions in the United Kingdom and Germany". *European Sociological Review*, 16(1): 9-26.
- Neuberger, J. (2000). "The educated patient: new challenges for the medical profession". *Journal of Internal Medicine*, 247(1): 6-10.
- Noordegraaf, M. (2011). "Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues". *Organization Studies*, 32(10): 1349-1371.
- OECD. (2005). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8105171e.pdf?expires=1508329233&id=id&accname=guest&checksum=889FADD63AC42DB49A2FC3D58FBBDBC0> (erişim tarihi: 03.05.2017).
- OECD. (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey*, OECD Publishing, Paris.

- <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en> (erişim tarihi: 11.04.2017).
- OECD. (2015). OECD Health At a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (erişim tarihi: 19.05.2017).
- OECD ve Dünya Bankası. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye. OECD, Paris.
<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/oecdkitap.pdf> (erişim tarihi: 23.04.2017).
- Oğuz, Ş. (2012). “Sınıf mücadelesinde özne sorunu: Proletarya mı? Prekarya mı?” Ö. Göztepe (Ed.) *Güvencesizleştirme: Süreç, Yanılgı, Olanak*, NotaBene Yayınları, Ankara, 229-250.
- Oppenheimer, M. (1972). “The proletarianization of the Professional”. *The Sociological Review*, 20(S1): 213-227.
- O'Reilly, D. ve Reed, M. (2011). “The grit in the oyster: Professionalism, managerialism and leaderism as discourses of UK public services modernization”. *Organization Studies*, 32(8): 1079-1101.
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M. (2015). “What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the Health Transformation Programme”. *Health Policy*, 119(9): 1153-1163.
- ÖSYM. (2009). Tıpta uzmanlık eğitimi giriş sınavı (TUS) İlkbahar dönemi kılavuzu.
<http://www.osym.gov.tr/Eklenti/2732,tustercihklvzpdf.pdf?0> (erişim tarihi: 03.04.2016).
- ÖSYM. (2016). TUS ilkbahar dönemi ek yerleştirme sonuçlarına göre en küçük ve en büyük puanlama (Genel). http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2016/TUSILKBAHAR/EKYER/TUS_EK_GENEL_30062016.pdf (erişim tarihi: 07.02.2017).
- Özdemir, M. (2013). “Resmi genel liselerin eğitsel amaçlarının "misyon" cümlelerine dayalı olarak çözümlenmesi”. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(1):281-293.
- Özseven, M., Danışman, A. ve Bingöl, A. S. (2014). “Dönüşüm mü, gelişim mi? Kamu hastanelerinin yönetiminde yeni bir kurumsal mantığa doğru”. *METU Studies in Development*, 41(2): 119-150.
- Özseven, M., Danışman, A. ve Bingöl, A. S. (2017). “Kamu örgütü mü, ticari işletme mi? Türkiye şehir hastanelerinin kurumsal yapısı”. 25. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, 25-27 Mayıs 2017, Ankara, s. 19-30.

- Par, Ö. E. ve Soysal, E. (2010). “Kişisel sağlık bilgilerinin güvenliği açısından Medula’da kullanılan yasa ve standartların Hıpa ile karşılaştırılması”. <http://turkmia.org/kongre2011/cd/pdf/36%20Par.pdf> (erişim tarihi: 04.05.2017).
- Parsons, T. (1939). “The professions and social structure”. *Social Forces*, 17(4): 457-467.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press, London.
- Paul, E. ve Renmans, D. (2017). “Performance-based financing in the health sector in low and middle-income countries: Is there anything whereof it may be said, see, this is new?”. *The International Journal of Health Planning and Management*. <https://doi.org/10.1002/hpm.2409> (erişim tarihi: 12.07.2017).
- Pavalko, R. M. (1988). *Sociology of Occupations and Professions*, F. E. Peacock Publisher, Itasca.
- Peerson, A. (1995). “Foucault and modern medicine”. *Nursing Inquiry*, 2(2): 106-114.
- Pellegrino, E. D. (1999). “The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic”. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3): 243-266.
- Perakyla, A. ve Ruusuvuori, J. (2011). “Analyzing talk and text” Denzin, N. K. ve Lincoln, Y. S. (Ed.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, California, 529-543.
- Polit, D. F. ve Beck, C. T. (2010). “Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies”. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11): 1451-1458.
- Potter, S. J. ve McKinlay, J. B. (2005). “From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor–patient relationship”. *Social Science & Medicine*, 61(2): 465-479.
- Racko, G. (2017). “Bureaucratization and medical professionals’ values: A cross-national analysis”. *Social Science & Medicine*. 180: 76-84.
- Reed, M. I. (2002). “New managerialism, professional power and organisational governance in UK universities: A review and assessment”. A. Amaral, G. A. Jones ve B. Karseth (Ed.). *Governing Higher Education: National Perspectives on Institutional Governance*, Springer, Netherlands, 163-185.
- Reed, M. I. (2012). “Masters of the universe: Power and elites in organization studies”. *Organization Studies*, 33(2): 203-221.
- Reeder, L. G. (1972). “The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship”. *Journal of Health and Social Behavior*, 13: 406-412.

- Relman, A. S. (2007). "Medical professionalism in a commercialized health care market". *JAMA*, 298(22): 2668-2670.
- Resmi Gazete (2003). Kanun No. 4924 Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Kabul Tarihi: 10.07.2003 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/07/20030724.htm#1> (erişim tarihi: 10.03.2017).
- Resmi Gazete (2010). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ. Yayınlanma Tarihi: 21.07.2010. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100721-17-1.htm> (erişim tarihi: 19.05.2017).
- Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S. ve Richards, D.A. (2000). "Skill mix between nurses and doctors working in primary care delegation or allocation: A review of the literature", *International Journal of Nursing Studies*, 37: 185-197.
- Rimmer, A. (2014). UK Doctors May Face Underemployment or Even Unemployment, BMA Warns, http://careers.bmj.com/careers/advice/UK_doctors_may_face_underemployment_or_even_unemployment,_BMA_warns (erişim tarihi: 22.4.2017).
- Riska, E. (1988). "The professional status of physicians in the Nordic countries". *The Milbank Quarterly*, 133-147.
- Riska, E. (2010). "Health professions and occupations". W. C. Cockerham, (Ed.). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Publishing, West Susse., 337-354.
- Ritzer, G. ve Walczak, D. (1988). "Rationalization and the deprofessionalization of physicians". *Social Forces*, 67(1): 1-22.
- Ritzer, G. (2016). *Toplunun McDonaldlaşması : Çağdaş Toplum Yaşamının Değişen Karakteri Üzerine Bir İnceleme*. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Rizzo, J. A. ve Zeckhauser, R. J. (2003). "Reference Incomes, Loss Aversion, and Physician Behavior". *Review of Economics and Statistics*, 85(4): 909-922.
- Rosoff, S. M. ve Leone, M. C. (1991). "The public prestige of medical specialties: Overviews and undercurrents". *Social Science & Medicine*, 32(3): 321-326.
- Ruckert, A., Labonté, R. ve Parker, R. H. (2015). "Global healthcare policy and the austerity agenda". E. Kuhlmann, R.H. Blank, I. L. Bourgeault ve C. Wendt (Ed.) *Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 37-53.

- Sağlık Bakanlığı (2008). Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> (erişim tarihi: 12.03.2017).
- Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003 – 2011). <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5131,sdpturkpdf.pdf?0> (erişim tarihi: 14.03.2017).
- Sağlık Bakanlığı. (2014). 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Raporu. <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibaski-webpdf.pdf?0&tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85> (erişim tarihi: 01.10.2017).
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (erişim tarihi: 27.04.2017).
- Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf (erişim tarihi: 24.03.2017).
- Sağlık Bakanlığı (2017). Faaliyet Raporu 2016. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585,raporpdf.pdf?> (erişim tarihi: 22.07.2017).
- Saks, M. (2010). “Analyzing the professions: The case for the Neo-Weberian approach”. *Comparative Sociology*, 9(6): 887-915.
- Saks, M. (2015a). “The changing medical profession in England”. T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.) *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 135-150.
- Saks, M. (2015b). *The Professions, State and the Market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. Routhledge, New York.
- Saks, M. (2016). “A review of theories of professions, organizations and society: The case for neo-Weberianism, neo-institutionalism and eclecticism”. *Journal of Professions and Organization*, 3(2): 170-187.
- Santiago, R. ve Carvalho, T. (2015). “Towards changes in professions and professionalism: Academics, doctors and nurses”. T. Carvalho ve R. Santiago (Ed.) *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. Palgrave Macmillan, Hampshire, 1-12.
- Savage, D. A. (1994). “The professions in theory and history: The case of pharmacy”. *Business and Economic History*, 23(2): 129-160.
- Schinkel, W. ve Noordegraaf, M. (2011). “Professionalism as symbolic capital: Materials for a Bourdieusian theory of professionalism”. *Comparative Sociology*, 10(1): 67-96.

- Sciulli, D. (2005). "Continental sociology of professions today: Conceptual contributions". *Current Sociology*, 53(6): 915-942.
- Scott, W. R. (2008). "Lords of the dance: Professionals as institutional agents". *Organization Studies*, 29(2): 219-238.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir Üniversitesi SBE Sağlık Hukuku ABD, İzmir.
- Slay, H. S. ve Smith, D. A. (2011). "Professional identity construction: Using narrative to understand the negotiation of professional and stigmatized cultural identities". *Human Relations*, 64(1): 85-107.
- Smith, A. (1977). *An Inquiry into The Nature and Causes of the Wealth of Nations*. University of Chicago Press, Chicago.
- Smith, J. (2014). "The 10 most prestigious jobs in America". <http://www.businessinsider.com/most-prestigious-jobs-in-america-2014-11> (erişim tarihi: 24.4.2017).
- Smith, M. (2015). "Rise in violence against doctors in Turkey, elsewhere". *CMAJ*, 187(9): 643.
- Socha, K. Z. ve Bech, M. (2011). "Physician dual practice: a review of literature". *Health Policy*, 102(1): 1-7.
- Soucat, A., Dale, E., Mathauer, I. ve Kutzin, J. (2017). "Pay-for-performance debate: not seeing the forest for the trees". *Health Systems & Reform*, 3(2): 74-79.
- Srivastava, P. ve Hopwood, N. (2009). "A practical iterative framework for qualitative data analysis". *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1): 76-84.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Basic books, Cambridge.
- Stenbacka, C. (2001). "Qualitative research requires quality concepts of its own". *Management Decision*, 39(7): 551-556.
- Stout, D. M (2004). *Teacher Professional Identity Development: Initial Years of Teaching Practice*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Faculty of Graduate School of the University of Colorado, Denver.
- Suddaby, R., Cooper, D. J. ve Greenwood, R. (2007). "Transnational regulation of professional services: Governance dynamics of field level organizational change". *Accounting, Organizations and Society*, 32(4): 333-362.
- Suddaby, R. ve Viale, T. (2011). "Professionals and field-level change: Institutional work and the professional Project". *Current Sociology*, 59(4): 423-442.

- Sunar, L. ve Kaya, Y. (2016). “Türkiye’de Değişen Sosyo-Ekonomik Yapı İçerisinde Meslekler”. L. Sunar (Ed.) *Türkiye’de Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik*. Matbu Kitap, İstanbul, 267-312.
- Sunar, L., Kaya, Y., Otrar, M., Nerse, S., Demiral, S. ve Yalçın, B. K. (2016). Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi Geliştirme Projesi. Tübitak Proje No:113K506, İstanbul.
- Supe, A. (2017). Violence Against Doctors Cannot be Tolerated. <http://blogs.bmj.com/bmj/2017/03/29/avinash-supe-violence-against-doctors-cannot-be-tolerated/> (erişim tarihi: 25.05.2017).
- Susskind, R. ve Susskind, D. (2015). *The Future of The Professions: How Technology Will Transform The Work of Human Experts*. Oxford University Press, Oxford.
- Swagler, R. (1994). “Evolution and applications of the term consumerism: Theme and variations”. *Journal of Consumer Affairs*, 28(2): 347-360.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve HernándezQuevedo, C. (2011): “Turkey: Health system review”. *Health Systems in Transition*, 13(6):1-186.
- Tavşancıl, E. ve Aslan, A. E. (2001). *Sözel, Yazılı ve Diğer Materyaller İçin İçerik Analizi ve Uygulama Örnekleri*. Epsilon Yayıncılık, İstanbul.
- The NHS (National Health Service). (2016). The NHS in England: About the National Health Service. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> (erişim tarihi: 01.02.2017).
- Thornberg, R. (2012). “Informed grounded theory”. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 56(3): 243-259.
- Tierney, E. L. (2002). *The Professionalization fo Organization Development (OD): Essential Competencies for OD Practices*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Graduate School of the Univesity of Minnesota, Minnesota.
- Timmermans, S. ve Oh, H. (2010). “The continued social transformation of the medical profession”. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Sup1): 94-106.
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact*, Wiley-Blackwell, West Sussex.
- Tousijn, W. (2002). “Medical dominance in Italy: a partial decline”. *Social Science & Medicine*, 55(5): 733-741.
- Treiman, D.J. 1977. *Occupational Prestige in Comparative Perspective*. Academic, New York.
- TTB. (2003). Sağlıkta dönüşüm programı, 2003 Türkiye’inde halka ve hekimlere ne getiriyor? http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_donusum.pdf. (04.09.2016).

- TTB. (2005). Genel sağlık sigortası: Türk Tabipler Birliği görüşleri. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf> (erişim tarihi: 23.10.2016).
- TTB. (2006). Aile hekimliğinde son durum. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi_son_durum.pdf (erişim tarihi: 25.04.2017).
- TTB. (2008a). Füsün Sayek TTB Raporları:Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler, Türk Tabipler Birliği, Ankara. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/emekgucurapor.pdf> (erişim tarihi: 23.02.2016).
- TTB. (2008b). Sağlık personelinin Tam Gün çalışmasına ve sağlıkla ilgili bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı hakkında görüşler. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tamgunbrosur.pdf> (erişim tarihi: 19.05.2017).
- TTB. (2009a). Tam gün yasa tasarısı hekimlere ne getiriyor? <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tamgun09.pdf> (erişim tarihi: 19.05.2016).
- TTB. (2009b). Hekimlerin değerlendirmesi ile performansa dayalı ödeme. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliode.pdf> (erişim tarihi: 04.05.2016).
- TTB. (2011). Sağlık alanında hizmet kaynaklı zarar: Hekimler ne diyor? <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf> (erişim tarihi: 04.05.2017).
- TTB. (2012a). Hekimlik sorunları. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimsorunlari.pdf> (erişim tarihi: 03.02.2016).
- TTB. (2012b). Hekim bağımsızlığı, meslek örgütü özerkliği için Dünya tabipler birliği hekimlerle buluşuyor. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/dtb_brosur.pdf (erişim dosyası: 02.04.2017).
- TTB. (2013a). Sağlık çalışanlarının sağlığı: 4. Ulusal Kongresi. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/scs4.pdf> (erişim tarihi: 04.05.2017).
- TTB. (2013b). Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf (erişim tarihi: 07.05.2017).
- TTB. (2013c). Özel hekimlik çalıştayı. 19-20 Ocak 2013 İstanbul. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/calistay_kitap.pdf (erişim tarihi: 04.03.2017).
- TTB. (2014). Önlenebilir bir sorun: Hekime yönelik şiddet. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf> (erişim tarihi: 02.05.2017).
- TTB. (2015a). Hekimler 4924 Sayılı Yasa Kapsamında Güvencesi Çalışmaya Zorlanamaz. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/4924-5221.html> (erişim tarihi: 23.05.2017).

- TTB. (2015b.) Tıpta Uzmanlık Eğitimi Raporu. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf> (erişim tarihi: 02.02.2016).
- TTB. (2015c). Sağlık hizmeti ve çalışma yaşamının temel ilkeleri ışığında hekim ücretleri: TTB talepleri. http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2015/14mart/14mart_ucretler.pdf (erişim tarihi: 01.05.2017).
- TTB. (2015d). Tıp eğitimi sağlıkta dönüşüme feda ediliyor. Talep ediyoruz: Nitelikli tıp eğitimi. http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2015/14mart/14mart_tipegitimi.pdf (erişim tarihi: 05.05.2017).
- TTB. (2015e). Asistan hekimin hakları var. Talep ediyoruz: Nitelikli uzmanlık eğitimi. http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2015/14mart/14mart_asistan.pdf (erişim tarihi: 05.05.2017).
- TTB. (2017). TTB hakkında. http://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=706e317c-7698-11e7-9986-54b29146220c (erişim tarihi: 10.08.2017).
- TTB Adana Tabip Odası. (2016). Sabim ve bimer şikayetleri. <http://www.adanatabip.org.tr/sabim-ve-bimer-sikayetleri-hakkinda/> (erişim tarihi: 05.02.2017).
- TTB Ankara Tabip Odası. (2013). Her iki hekimden biri mutsuz. <http://www.hekimpostasi.org.tr/2013/04/10/her-iki-hekimden-biri-mutsuz/> (erişim tarihi: 04.03.2017).
- TTB Ankara Tabip Odası. (2016). Hekim geliri azalıyor, çalışma koşulları ve sağlık hizmetinin niteliği kötüleşiyor. <http://www.hekimpostasi.org.tr/2016/02/22/hekimlerin-geliri-azaliyor-calisma-kosullari-ve-saglik-hizmetinin-niteligi-kotulesiyor/> (erişim tarihi: 03.03.2017).
- TTB Antalya Tabip Odası. (2014). Şehir hastaneleri efsaneleri. <http://www.antalyatabip.org.tr/roportajlar/443-sehir-hastaneleri-efsaneleri> (erişim tarihi: 21.02.2017).
- TTB Antalya Tabip Odası. (2015). Hekim güncesi. <https://drive.google.com/file/d/0B9TfEXMmEsenWWWhjTzlEcXJQVWs/view?usp=sharing> (erişim tarihi: 04.06.2016).
- TTB Balıkesir Tabip Odası. (2017). 1-30 Haziran 2017 etkinlik raporu. <http://www.balikesirtabip.org.tr/tr/2017/HAZ%C4%B0RAN-2017-ETK%C4%B0NL%C4%B0K-RAPORU-1%20.pdf> (erişim tarihi: 21.08.2017).
- TTB İstanbul Tabip Odası. (2009). Hekime yönelik şiddet çalıştayı. <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf> (erişim tarihi: 03.02.2016).

- TTB İzmir Tabip Odası. (2013). 17 Nisanda sağlık hizmeti üretmeyeceğiz. [http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/1/hid/705/17 Nisanda Saglik Hizmeti Uretmeyecegiz!.htm](http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/1/hid/705/17_Nisanda_Saglik_Hizmeti_Uretmeyecegiz!.htm) (erişim tarihi: 02.02.2017).
- TTB İzmir Tabip Odası. (2015). Biz yoksak, sağlık hizmeti de, hastane de, döner sermaye de yoktur. http://www.izmirtabip.org.tr/L/TR/mid/396/hcid/16/hid/1435/Biz_Yoksak,_Saglik_Hizmeti_de,_Hastane_de,_Doner_Sermaye_de_Yoktur_!.htm (erişim tarihi: 23.10.2016).
- TTB Samsun Tabip Odası. (2017). Basın açıklaması 5. <http://www.samsuntabipodasi.org.tr/haberler/basin-aciklamasi-5> (erişim tarihi: 11.06.2017)
- Tu, H. T. ve Ginsburg, P. B. (2006). “Losing ground: Physician income, 1995-2003”. *Tracking Report*, Vol. 15: 1-4.
- Turner, B. S. (1988). *Status*. University of Minnesota Press, Minnesota.
- TÜİK. (2017). Hanehalkı bilişim teknolojileri araştırması. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 (erişim tarihi: 05.02.2017).
- Ulutaş, Ç. Ü. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, NotaBene Yayınları, Ankara.
- Vivilaki, V. ve Johnson, M. (2008). “Research philosophy and Socrates: rediscovering the birth of phenomenology”. *Nurse Researcher*, 16(1): 84-92.
- Ward, S. C. (2011). “Commenrary: The machinations of managerialism: New public management and the diminishing power of professionals”. *Journal of Cultural Economy*, 4(2): 205-215.
- Ware, N. C., Lachicotte, W. S., Kirschner, S. R., Cortes, D. E. ve Good, B. J. (2000). “Clinician experiences of managed mental health care: A rereading of the threat”. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(1): 3-27.
- Waring, J. ve Bishop, S. (2013). “McDonaldization or commercial re-stratification: Corporatization and the multimodal organisation of English doctors”. *Social Science & Medicine*, 82: 147-155.
- Watson, T. (2012). *Sociology, work and Organization*. Taylor & Francis, London.
- Weber, M. (1978). *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. University of California Press, Los Angeles.
- Weber, M. (2001). *Sosyolojinin Temel Kavramları*. Yarın Yayınları, İstanbul.

- Weeden, K. A. (2002). "Why do some occupations pay more than others? Social closure and earnings inequality in the United States". *American Journal of Sociology*, 108(1): 55-101.
- Weitz, R. (2007). *The Sociology of Health, Illness, and Health Care: A Critical Approach*. Thomson Wadsworth, Belmont.
- Wendt, C., Frisina, L. ve Rothgang, H. (2009). "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison". *Social Policy & Administration*, 43(1): 70-90.
- Whittle, A., Mueller, F. ve Carter, C. (2016). "The 'Big Four' in the spotlight: Accountability and professional legitimacy in the UK audit market". *Journal of Professions and Organization*, 3(2): 119-141.
- Wilensky, H. L. (1964). "The professionalization of everyone?". *American Journal of Sociology*, 70(2): 137-158.
- Wilkesmann, M. (2016). "From demigods in white to normal employees: Employment relations and new incentive structures in German hospitals". P. Mattei (Ed.) *Public Accountability and Health Care Governance: Public Management Reforms Between Austerity and Democracy*. Palgrave Macmillan, Oxford, 91-114.
- Wojnar, D. M. ve Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of holistic nursing*, 25(3), 172-180.
- Wooding, D. (2017). "Theresa May's 'strong' handling of the terror crisis has put her back on track for a strong lead in General Election, poll reveals". <https://www.thesun.co.uk/news/3666236/theresa-may-terror-crisis-general-election-poll-lead/> (erişim tarihi 15.06.2017).
- Woodward, A. (2006). American Medical Association. <http://www.encyclopedia.com/sports-and-everyday-life/social-organizations/private-organizations/american-medical-association> (erişim tarihi: 05.08.2017).
- Yao, S., Zeng, Q., Peng, M., Ren, S., Chen, G. ve Wang, J. (2014). "Stop violence against medical workers in China". *Journal of Thoracic Disease*, 6(6): 141-145.
- Yayla, M. (2017). Defansif tıp ve kadın doğumda örnekler. <http://www.acibadem.edu.tr/doc/ProfDrMuratYayla-DefansifTip.pdf> (erişim tarihi: 01.04.2017).
- Yıldırım, İ. (2015). "Tıbbi malpraktis ve hekim mesleki sorumluluk sigortası". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 121-129.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

- Yılmaz, B. N. (2008) “Aile hekimliği: Sağlıkta geriye gidişin öyküsü”. *Eskişehir Tabip Odası Bülteni*, Sağlıkta Dönüşüm Özel Sayısı, 4-6.
- Yılmaz, V. (2017). *The Politics of Healthcare Reform In Turkey*. Palgrave Macmillan, Cham.
- Yılmaztürk, A. (2013). “Türkiye’de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı’nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi”. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 176-188.

İnternet kaynakları

- <http://www.haberturk.com/ekonomi/is-yasam/haber/1118013-turkiye-akilli-telefonunda-internet-kullaniminda-dunya-ikincisi> Habertürk Gazetesi (20.08.2015) (erişim tarihi: 02.03.2017).
- <http://www.haberturk.com/turkiyede-son-10-yilda-126-bin-universite-mezunu-yoksullasti-1649760-ekonomi> Habertürk Gazetesi (27.09.2017) (erişim tarihi: 28.09.2017).
- <http://www.trthaber.com/haber/saglik/genc-hekimler-cerrah-olmak-istemiyor-242038.html> TRTHABER (30.03.2016) (erişim tarihi: 19.05.2017).
- https://www.merrithawkins.com/uploadedFiles/MerrittHawkings/Surveys/Physicians_Foundation_Merritt_Hawkins_2014_Todays_Physician_Doctor.pdf MerrittHawkings (2014) (erişim tarihi: 22.07.2017).
- <http://www.medscape.com/public/about> Medscape (2017) (erişim tarihi: 23.08.2017).
- <https://www.forbes.com/sites/karstenstrauss/2017/01/10/the-20-highest-paying-jobs-in-america-in-2017/#3f9ca5922594> 2017 (erişim tarihi: 25.09.2017).
- <http://www.milliyet.com.tr/illerde-saglikta-en-yetkili-il-gundem-2508504/> Milliyet Gazetesi (25.08.2017) (erişim tarihi: 14.09.2017).
- <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1595025-saglik-bakani-ahmet-demircan-dan-saglikta-donusum-ile-ilgili-aciklama> Habertürk Gazetesi (11.08.2017) (erişim tarihi: 26.09.2017).
- <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-saglik-calisanlarina-siddeti-onlemek-icin-acilan-beyaz-koda-sikayet-yagdi-2-12-47814.html> (2012) (erişim tarihi: 03.09.2017).
- <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/06/saglikta-siddet-sona-ersin/> (2017) (erişim tarihi: 04.09.2017).
- <http://www.hurriyet.com.tr/doktorlar-kalp-cerrahi-olmaktan-kaciyor-40503838>, 2017 (erişim tarihi: 27.08.2017)
- <http://www.isguvenligi.net/dunyada-ve-turkiyede-sagliga-ve-saglik-calisanlarina-yonelen-siddet/> (2014) (erişim tarihi: 15.09.2017)

<http://www.tipfak.com/2017-2018-tip-taban-puanlari-aciklandi/> (2017) (erişim tarihi: 02.10.2017).



EK 1- GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

- Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 11.04.2016 tarihinde etik onay alınmıştır.
- Bu çalışma, özellikle son yıllarda gündemde olan sağlıkta dönüşüm politikalarının hekimlik mesleğini nasıl etkilediği ve değiştirdiğini meslekler sosyolojisi perspektifinden anlamayı ve açıklamayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda Türkiye'deki hekimlik mesleğinin durumunun tespitine yönelik bir araştırma gerçekleştirilecektir. Veriler doküman analizi, yarı yapılandırılmış görüşmeler ve odak grup görüşmesinden elde edilecektir. Bu araştırma sonucunda sağlıkta dönüşüm politikalarının Türkiye'de hekimlik mesleğini nasıl değiştirdiği ortaya konulacak, Türkiye'deki hekimlik mesleğinin meslekler sosyoloji açısından durumu uluslararası literatürle ve farklı ülke örnekleriyle karşılaştırılarak önemli çıkarımlar yapılacak, hekimlik mesleğinin geleceğini yönlendirecek politika yapıcılara ve uygulayıcılara önemli veriler sağlanarak literatüre ve uygulamaya katkı yapılacaktır.
- Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla katılımcılar, istemedikleri konularda gerekçe belirtmeksizin konuşmayabilirler ve/veya istedikleri zaman sebep bildirmeksizin araştırmadan çekilebilirler. Bu durumda kendilerinden edinilen bilgiler kullanılmayacak ve imha edilecektir.
- Mülakatlar ortalama 30-45 dakika sürmesi öngörülmektedir. İhtiyaç duyulduğunda katılımcının onay vermesiyle ikinci bir mülakat yapılabilir.
- Mülakatlar, katılımcının izniyle ses kayıt cihazına kaydedilecektir.
- Araştırma, gizlilik esası uyarınca yürütülecektir. Bu kapsamda verilerin toplanması, analizi ve araştırma sonuçlarının yayınlanması aşamalarında katılımcıların kimlikleri, kurumları saklı tutulacak ve verdikleri bilgiler genel olarak değerlendirilecektir. Ayrıca araştırmadan elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak ve bu amaç dışında hiçbir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Tüm veriler, çalışma tamamlandıktan sonra imha edilecektir.
- İstenildiği takdirde, çalışma tamamlandıktan sonra araştırmanın genel bir özeti katılımcılara iletebilir.

Araştırmacının İletişim Bilgileri:

Arş. Gör. Murat ATALAY

Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı

Ofis Tel: 0 242 310 18 45 / Gsm: 0 542 645 5353

E-Posta: atalay@akdeniz.edu.tr

EK 2- YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Demografik Sorular

Mesleki Tecrübeniz (Yıl) :

Bölümünüz: Dahili Tıp Bilimleri ☐ Cerrahi Tıp Bilimleri ☐ Temel Tıp Bilimleri ☐

Varsa idari görevleriniz:

Görüşme Soruları:

1. Hekimlik mesleğini seçme nedenleriniz nelerdir?
2. Bugüne kadar olan mesleki kariyerinizi kısaca anlatır mısınız?
3. Özellikle son 15 yıldır gündemde olan sağlık politikaları / (sağlıkta dönüşüm programı) hekimlik mesleğini etkilemiş midir? Etkilemişse hangi açılardan (ekonomik, sosyal, klinik, akademik, mesleki (profesyonel) otonomi, idari gibi) etkilemiştir?
4. Son dönemdeki sağlık uygulamalarındaki değişimler ve tıp bilgisine erişimdeki kolaylıklar hekim-hasta ilişkilerini nasıl etkilemektedir?
5. Son dönemde kamuoyunun hekimlere yönelik yaklaşımları nasıldır? Artan şiddetle ilgili gerekçeler neler olabilir?
6. Tıp öğrencileri için lisans ve uzmanlık düzeyinde verilen formel eğitim ve usta-çırak ilişkisi ile ilgili son dönemdeki gelişmeleri değerlendiriniz.
7. Malpraktis uygulamaları ve hasta hakları hakkında ne düşünüyorsunuz?
8. Meslek örgütlerinin (TTB, uzmanlıkla ilgili örgütler, sendika gibi) misyonlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini düşünüyorsunuz?
9. Son dönemde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında yapılan düzenlemeler hekimlik mesleğini nasıl etkilemektedir?

10. İyi bir hekimi nasıl tarif edersiniz?

11. Genel olarak hekimlik mesleğinin imajı ve statüsü hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
Hekimlik mesleğinin geleceği ile ilgili düşünceleriniz? Bugünkü koşullarda, tekrar bir
fırsat olsa yine hekimlik mesleğini seçer misiniz?



EK 3- ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ FORMU**Görüşme Soruları:**

1. Hekimlik mesleğini seçme nedenleriniz nelerdir?
2. Tıp öğrencileri için lisans ve uzmanlık düzeyinde verilen formel eğitim ve usta-çırak ilişkisi ile ilgili son dönemdeki gelişmeleri değerlendiriniz.
3. Genel olarak hekimlik mesleğinin imajı ve statüsü hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Hekimlik mesleğinin geleceği ile ilgili düşünceleriniz? Bugünkü koşullarda, tekrar bir fırsat olsa yine hekimlik mesleğini seçer misiniz?

EK 4- EK DEĞERLENDİRİCİ FORMU

Açıklama: Lütfen aşağıdaki kod tablosunda yer alan kod numaralarını, eşleştirme tablosunda yer alan özet alıntılardan uygun bulduğunuzun karşısına yerleştiriniz. Bir kod, birden fazla kez kullanılabilir. Özet alıntıların karşısına birden fazla kod yazılabilir.
Desteyiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacının İletişim Bilgileri:

Arş. Gör. Murat ATALAY

Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı

Ofis Tel: 0 242 310 18 45 / *Gsm:* 0 542 645 5353

E-Posta: atalay@akdeniz.edu.tr

Kod Tablosu

Kod no	Kodlar	Kodların Açıklamaları
1	Mesleki Otonominin Azalması	SGK ve SUT uygulamaları sonucunda klinik otonomide meydana gelen aşınma, Tam gün yasasıyla birlikte kamuda hekimlik yapanların dışarıda serbest muayenehanelerde ve özel kurumlarda çalışma kısıtlılıkları sonucunda ekonomik otonominin aşınması
2	İş Yükünün Artması	Sevki zinciri sisteminin ortadan kalkması ve hekime ulaşmanın çok kolay hale gelmesi, kişi başı hekime başvuru sayısının hızla artması.
3	Hizmet Kalitesinin Zayıflaması	Performansa dayalı ödeme sistemi nedeniyle nitelik değil, niceliğe verilen önem; komplike ve riskli işlemlerden kaçınma; gelir getirici basit, riski az olan işlemlere yönelme, hastaya yeteri kadar zaman ayıramama, muayene ve işlem sayısının artması
4	Hekim Meslektaş İlişkilerinde Değişim	Rekabetin artması, işbirliğinin ve dayanışmanın zayıflaması, takım çalışması yerine bireyselleşmenin ön plana çıkması, informel ilişkilerin zayıflaması
5	Hekim - Hasta İlişkilerinde Değişim	Şikayet sisteminin hekim aleyhinde kullanılması, hekime karşı şiddetin artması, hasta haklarının ön plana çıkması, hekime duyulan güvensizlik, malpraktis davalarında ve defansif tıp uygulamalarındaki artış
6	Gelirlerin Yetersizliği	Piyasacılık baskılarının etkileri, muayenehanelerin kapanmasından ötürü geçmiş dönem gelirlerine göre meydana gelen kayıplar, emekli maaşının yetersiz olması, sabit maaşın toplam gelir içinde düşük olması.
7	Gelirlerin Eşitsizliği	Performans sisteminin uygulamaları nedeniyle farklı branş hekimlerinin ve farklı basamaklarda çalışan hekimlerin gelirleri arasındaki önemli farklılıklar, ayrıca diğer mesleklerle kıyaslandığında ortaya çıkan gelir eşitsizliği algısı
8	Eğitimin Niteliğinin Zayıflaması	Tıp fakültesi sayısının ve kontenjanların artması, deneyimli hocaların kamu üniversitelerinden ayrılması; üniversite hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunun öncelikli olması nedeniyle eğitim ve öğretim faaliyetlerinin niteliğinin zayıflaması
9	Usta - Çırak İlişkilerinde Değişimler	Deneyimli öğretim üyelerinin bir kısmının kamu üniversitelerinden ayrılması ve performans baskısına bağlı zaman sorunu nedeniyle deneyimli-genç hekim etkileşiminin azalması ve geleneksel usta - çırak ilişkisinin zayıflaması
10	Genç Hekimlerin Uzmanlık Tercihlerindeki Değişimler	Malpraktis düzenlemelerinin etkileri nedeniyle riski düşük; nöbeti az, hastayı çok görmeyen ve geliri daha iyi bölümlerin uzmanlık tercihlerinde öne çıkması, cerrahi branşlara ilginin zayıflaması
11	Meslek Saygınlığının Zayıflaması	Hekimlere karşı şiddetin artması, gelirdeki düşüş, hekim sayısının artması ve hekime ulaşımın kolaylaşması sonucu değersizleşme algısının yaygınlaşması ve hekimlik mesleğinin toplumsal imaj ve saygınlığında meydana gelen zayıflama
12	Meslek Örgütlerinin Politik Gücünün Zayıflaması	Meslek örgütlerinin mesleğini çıkarları savunmak, geliştirmek ve meslektaş kontrolü konularındaki belirleyici politik gücünün zayıflaması

Eşleştirme Tablosu

Alıntılar	Kod no
“Bizim dönemimizde biz hocalarla yüz yüze temas ederdik, ameliyatlara girerdik, beraber poliklinik yapardık, zaman ayrılırdı ayrılacak bir zaman vardı, kimsenin çok hasta bakıyım, çok ameliyat yapıyım telaşı yoktu çünkü yeterince zaman vardı ona artı belli bir zaman sonra hocalar gidip muayenehanesinde hasta bakıyordu, yani burda eğitimlerini görüyorlardı burdan sonrada çıkıp özel sektörde nasıl istiyorlarsa öyle çalışıyorlardı, şimdi onu kaldırdıkları için bir kısım insanlar ayrıldı o ayrılanlarda hakaten mesleğe yeterince zaman ayırmış tecrübeli insanlar, usta-çırak ilişkisi ile ilgili olumsuz olduğunu düşünüyorum çünkü tecrübeli insan kalmayınca eğitim verecek kim var” (G.19)	
TTB bir hekim haklarını koruyan bir birlikten çok, siyasi bir birlik görünümünde. Çok ciddi bir güçleri yok. Tabanları yaygın değil, gerçekten meslek sorunları ve meslektaşlarıyla ilgilense daha güçlü bir örgüt olur. (G.20)	
“...sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından baktığımız zaman, sayı açısından gerçekten çok çok iyi. Kalite açısından biraz daha geriden geliyor belki ama giderek kalitenin de yükseltilmesi lazım. Öncelikle 2002 yıllarında Türkiye'deki hekime başvuru oranı 2'lerde 3'lerde iken şu anda bul 8 buçuk 9'lara çıkmış durumda. Bir kişinin yıllık olarak hekime başvuru sayısı, belirgin bir artış. Tabi bu sayının arttığını gösteriyor. Bu ister istemez kaliteyi düşürüyor. Çünkü ne kadar çok başvuru olursa, sizin hekim sayınız belli ve halen ciddi bir hekim açığı da hala mevcut diye görünüyor. Ancak ne yapılabilir? Belki sevk zinciri gelerek, aile hekimliği daha aktif hale getirilerek 2.ve 3. basamak biraz daha rahatlatılıp daha çok kendi işine yönlendirilebilirse kalitenin de daha çok artırılması yönünde bir çalışma yapılabilir diye düşünüyorum” (G.14)	
“serbest çalışma imkânı büyük ölçüde kısıtlanmış, diğer mesleklerin sahip olduğu ki bütün dünyada hekimliğin sahip olduğu muayenehane açıp, özgür bir şekilde hasta bakıp, hastası ile karşı karşıya gelip bunun sürdürülebilmesi ile ilgili bütün haklar elimizden alındı” (G.11)	
“SDP'nin ekonomik olarak etkisi olumlu olmamıştır. Kaldı ki performans sisteminde genel değerlerine göre durumu iyi olanlar bile satın alma gücü bakımından bakıldığı zaman kayıp içerisindeler, mesela dolar endeksli bakılacak olursa neredeyse yarıya düşmüş durumda son 15 yıldaki gelirleri hekimlerin satın alma gücü bakımından ve performans sistemi emekliye yansımadığı için insanlar emekli olmakta zorlanıyorlar. Bu sistem aynı zamanda tatile giderken, izne ayrıldığınız zaman çalışılan gün katsayısı direk geri bizi olumsuz etkilediği için.” isterseniz soruların bir tanesine ekleyebilirsiniz. “Son 5 yılda ne kadar tatil yaptınız?” diye sorabilirsiniz hekimlere. Hekimler artık tatil yapamaz hale gelmişler bu sistem yüzünden” (G.26)	
“Ben ekonomik açıdan 2002 yılındaki aylık kazancıma bu sene, o da sadece iki ay için ulaşabildim. Dolayısıyla politikaların başladığı andan itibaren benim aylık kazancım olumsuz yönde çok ciddi şekilde etkilendi tabiki.” (G.11)	
“Hasta hakları çok ön plana çıktı. Tek taraflı değil bu iş, sağlık çalışanı, hasta, herkesin hakkı ve sorumluluğu vardır. Herkes tek başına haklı değildir. Bakanlığın gözünde kötü hekim imajı var, tüm adımlarını ona göre atıyor, insanın olduğu her yerde olumsuz örnekler mutlaka vardır. Bütün doktorlar bu şekildedir manasına gelmez. Maalesef bu sistemde işini düzgün yapan hekimler de yıpranıyor.” (G.30)	

Alıntılar	Kod no
“Özellikle belli branşlara olan, yani malpraktis yapma olasılığınız yüksek olan branşlara insanlar girmiyor. TUS sınavında. Mesela kadın doğum, en yüksek puanla alan yerdi. Şimdi kadın doğum en düşük puanlardan birisi oldu. Sebebi malpraktis, en kolay malpraktis olabilecek alanlardan birisi. Cerrahi alanlar genellikle malpraktisten ötürü, insanlar çekiniyor. Şu anda en yüksek puan ile nereler alıyor biliyor musunuz? Cildiye alıyor, fizik tedavi alıyor. Bir riski yok bunların. Gençler kendi konforlarını düşünüyorlar Kesinlikle. En yüksek puanlar ile oralara giriyorlar. Bu ne demektir? idealizm bitti. Tercihler değişti” (G.5)	
“...bazı tedaviler işte diyorum ya, bir finans kuruluşu SGK sağlığı yönetiyor esasen. SGK şu ilacın parasını ödemiyorum dediği anda, o bizim en büyük çaresizliğimiz, çocuğu biliyorsun, teşhisini biliyorsun, tedavisini biliyorsun, ama o tedaviyi o çocuğa ulaştıramıyorsun” (G.2)	
“bir üst solunum yolları enfeksiyonu olan hasta, kendi kendine iyileşebilecek bir hastalığından dolayı, beş ayrı hekimi görebiliyor şu anda Türkiye’de. Beş tane hekimi, beş ayrı günde ve beş ayrı SGK faturası ödeyerek, ve arada eğer giderse özel hastaneye fark ödeyerek. Bu bizim gibi gelişmekte olan, tasarrufları limitlerin altında olan bir ülke için bence handicap, Dolayısıyla dönüşüm iyi bir şey ama dönüşümü yaparken mutlaka sevk zinciri olması lazımdı, sevk zinciri kalktı.(G.3).	
“Geçmişte çok daha saygın bir meslekti. Bugün o saygınlığını kaybettiğini düşünüyorum. Böyle kolay ulaşılır olması vs. Hekimler de bazı yerlerde yetersiz kalıyorlar.... Batılı ülkelerde bu imajın halen yüksek olduğunu görüyorum” (G.5)	
“Tabii ki uzmanlık için risksiz bölümler tercih ediliyor. Çünkü tazminat davaları ve tazminat davasına yol açabilecek şikayetlerin hekimlik mesleğini çok ciddi bir şekilde huzursuz ettiği bir gerçek. Hekimliğin gelir kısmına geldiği zaman “Türkiye şartları” ama tazminat kısmında “Amerikan şartları” geçerli. Çok yüksek, bizim gelirimizin kat kat üzerindeki rakamlarla, inanılmaz miktardaki rakamlarla bize dava açılabilir. Amerikan standartlarındaki bir tazminat davasıyla Türk standartlarındaki ekonomik şartları olan bir hekimin muhattap olmak istememesi gayet normaldir” (G.11)	
“Mesleğin imajı belirgin olarak kötü, negatif. Sebepleri siyasilerin ve sağlık sistemindeki söylemler, ayrıca meslektaşlarımız içinde paraya tenezzül eden, arkadaşlarımız olması sebebiyle toplumda saygınlık belirgin derecede azaldı, tabi sayı da arttı. Tıp fakülteleri ve kontenjanlar da arttı. Ben girdiğimde 150 kişi alıyordu Hacettepe, şimdi 300 kişi alıyor. Sayı artınca tabi çürük yumurta oranı da artıyor. Onlar hekim oldukları zaman bizim imajımızı olumsuz etkiliyor.” (G.32)	
“Hasta geziyor. 80 milyon kişiyiz 640 milyon poliklinik rakamı var. Her kişi ortalama 6-7 kez gidiyor görünüyor. Ben 6-7 kez hasta olmuyorum, siz de olmuyorsunuz. Demek ki birileri 12-13 kez gidiyor. Sürekli geziyor. Sistem iş yükümüzü arttırıyor” (G.5)	
“...şu an temel bilimlerde sabahçı-öğlenci mantığı var. Hoca bir dersi iki sınıfa ayrı ayrı anlatıyor, aynı dersi. İnanılmaz bir iş yükü var. Devletin şu anda bunu yapmasındaki amaç, tabi ki doktor açığını kapatmak. “Bana bilimsel ürün üreten doktor lazım değil, bana boğaz ağrısını tedavi edecek, doğuda pratisyen hekim olabilecek vs. doktor açığını kapatmak istiyorum ben” diyor. Onun amacı bu. O yüzden eğitim kalitesine önem vermiyor. “Ne kadar sayı fazla olursa, o kadar iyi” mantığını güderek devam ettiler. Şu anda da sanırım sayıyı tekrar eski haline yavaş yavaş çekmeye çalışıyorlar. Çünkü şu anki istatistiklere göre işte dört beş yıl sonra açığı kapatacaklar ve dört beş yıl sonra artık bilmiyorum ne olur da, belki KPSS bize bile gelebilir.” (O.G.1)	

Alıntılar	Kod no
“Yetkileri çok sınırlı diye düşünüyorum bu örgütlerin yetkileri çok sınırlı olunca, hekimlerde doğal olarak bu örgütlere özveriyle katkıda bulunamıyorlar, bulunmuyorlar ve olması gereken noktadan çok uzaktalar. Yani bu örgütler sağlıkla ilgili politikaları büyük oranda şekillendirebilir örgütler olmalıydı ama ondan çok çok uzaktalar, hiç bir şekilde sağlık politikaları üzerinde çok küçük bir söz hakkı bile yok bu örgütlerin ...yetkileri olmadığı için hekimler tarafından desteklenmiyor, desteklenmedikleri içinde zayıf kalıyorlar bu kısır döngü devam ediyor malesef, heralde de kırılacak gibi de görünmüyor.” (G.22)	
“Şimdi başarılı olan insanların zor olan işlerden kaçması performans Yasası'nın en büyük günahıdır. Gelecekte artık zor olan işler artık yapılamaz hale gelecek, yapılamaz hale gelecek. Burada zor olan işleri yaptırmak için insanlar yurtdışına gitmeye başlayacaklar, ...sistem önce maaşı yarıya indirdi, aynı önceki maaşını yakalayabilmesi için insanların olağanüstü bir sayı tutturmaya yönelik bir gayretleri oldu. Bu haliyle kaliteyi azalttı ve bu çözülemez hale geldi” (G.1)	
“Şimdi aile hekimleri var bu arkadaşlar pratisyen her birisinin geliri bizim 2 katımız. 8-10 bin alıyorlar, biz de burada 4bin lira. Eşek gibi çalışan genel cerrah da alıyor 8 bin lira. Eşek gibi çalışan onların alt seviyesine ulaşıyor. Biz uzmanız ya. 30 yıllığım ben, 30 yılım gitti benim.” (G.40)	
“...Allah ömür verirse bir 15 sene sonra yaşadığımda iyi bir hekim olacak mı ve o iyi hekime ameliyat olabilecek miyim ve başarılı olacak mı şüpheliyim. Çünkü yetiştiricinin olmadığı bir yerde nasıl iyi yetişebilirler? Hocalar hep özele kaçıyorlar. Çünkü tıp usta-çırak ilişkisiyle olacak bir şey...” (G.49)	
“Geçmişte tabi tam gün yasası olmadan evvel biraz daha iyiydi hekimlerin kazancı tam gün ile beraber belli bir miktara maruz bırakıldılar ve adalet yok. Atıyorum bilmem ne şehrinde BA hastanesinde aynı branş hekiminin alacağı ücretle falanca şehirde B hastanesinde yine aynı branş hekiminin alacağı ücret kendisinden bağımsız olarak, kendi çalışma performansını. Aynı düzeyde çalışsalar bile farklı olabiliyor. Bir adalet yok. Kendi içinde bile sistemin bir adaleti yok ki farklı branşlar ve dediğim gibi birinci ve ikinci basamak arasındaki üçüncü basamak arasındaki dağlar kadar farklar yarattı dolayısıyla çokta doyurucu değil.” (G.41)	
“Tıp fakültelerine giren öğrencilerin kaliteleri son derece düştü. 500-600 öğrenci yapıldı, iki tane sınıf yapıldı. 1-2-3. sınıflara çift çift derse giriyor hocalar. Bir çok hoca lise hocasına döndü, derslerden kafamızı kaldırıp da şey ile ilgilenemiyoruz. Bir hoca 4 saat ders anlatıyor. Ertesi gün bir daha 4 saat anlatacak, kolay mı 4 saat konuşmak, Hiç lise hocası gibi aç kitabından çalış deme şansın da yok. Alt yapı eksiklikleri, öğrenci sayısının fazla olması kaliteyi düşürdü” (G.21)	
“...mesela aile hekimleri bazında her hekim her hekimin düşmanı. Çünkü aldığınız maaşı kendi portföyünüzdeki hastaya göre alıyorsunuz. Sayıyı arttırmak için hekim hekimin düşmanı oldu artık...Ben aile hekimliğine başladım altı ay sonra bıraktım çünkü hekimi hekime düşman eden asosyal eden bir sistem” (G.50)	

Alıntılar	Kod no
<i>“Oğlumda tıp fakültesi öğrencisi, ben Cerrahpaşa mezunuyum, Cerrahpaşa’da hoca kalmadı, hepsini özel üniversiteler transfer etti. Öğrencileri asistanlar yetiştiriyor, bilim desen yok, yapılamıyor, hoca yok ki. Tüm sebep de para değil, hocaların üniversitede iş yapması da engellendi, sen ameliyat yaparsın ama, o ameliyatı senin hesabına yazmam, bir havuza gider oradan paylaşılır diyor, yaptıkları ameliyatlara kanser ameliyatları. Sadece para için değil, gittiği yerde mesleğini istediği gibi icra edebilmek için özel üniversitelere gitti hocalar. Kesinlikle öğrenci yetiştirmek adına eskiye göre kalite lisans düzeyinde %80 düzeyinde bozuldu, bundan eminim.” (G.47)</i>	
<i>“Günlük yaşamımızda hekimlerin birbiriyle olan diyalogları ve iş barışı bozuldu, böyle bir yansıması oldu. Yani şimdi çalışma arkadaşınla güzel güzel çalışırken araya para girdi.” (G.1).</i>	

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Murat ATALAY

Doğum Yeri – Tarihi : Konya - 23.10.1980

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Gündoğdu Lisesi, Konya, 1999

Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Antalya, 2003

Yüksek

Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Antalya, 2012

Tez Konusu : Entelektüel Sermaye, Yenilik ve İşletme Performansı İlişkisi: Otomotiv Yan Sanayi Sektöründe Bir Araştırma

Doktora Diploması : Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Antalya, 2017

Tez Konusu : Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Açısından İncelenmesi

Yabancı Diller : İngilizce (*ileri düzey*), Almanca (*orta düzey*)

Bilimsel Faaliyetler

SCI,SSCI,AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Erdem, F. ve Atalay, M. (2017). The Effect of Health Transformation Policies on the Resident Physicians' Perception of the Medical Profession in Turkey. *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol.32, No.2, pp.189-206. (SSCI)

Diğer Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Atalay M., Dirlik O. ve Sarvan, F. (2017). "Impact of Multilevel Strategic Alliances on Innovation and Firm Performance: Evidence from the Yacht-Building Industry in Turkey", *International Journal of Innovation Science*, Vol.9, No.1, pp.53-80. (ESCI, Scopus)

- Açar A. ve Atalay M. (2014). “Kentli Bireylerin Kırsal Mekan Algısı ve Mekan Tüketimi: Antalya Çakırlar Örneği”, *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, Vol.4, No.7, ss.1-19, 2014
- Atalay M., Anafarta N. ve Sarvan F. (2013). “The Relationship between Innovation and Firm Performance: An Empirical Evidence from Turkish Automotive Supplier Industry”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol.75, pp.226-235.
- Sarvan E.F.D., Başer G.G., Köksal C.D., Özdemir A.E., Dirlik O., Atalay M., et al. (2012).”Network based Determinants of Innovation Performance in Yacht Building Clusters: Findings of the SOBAG Project”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol.58, pp.830-841, 2012
- Sarvan F., Özdemir A.E., Köksal C.D., Başer G.G., Dirlik O., Atalay M., et al. (2011).”Network based determinants of innovation performance in yacht building clusters”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, Vol.24, pp.1671-1685.
- Atalay M. ve Anafarta N., "Enhancing Innovation Through Intellectual Capital: A Theoretical Overview", *Journal of Modern Accounting & Auditing*, vol.7, no.2, pp.202-210, 2011

Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

- Atalay M. “Why do surgical branches losing popularity among young MDs? The Case of Turkey” ISA RC 52 Sociology of Professions Conference, Oslo, NORVEÇ, 8-10 Haziran 2017, pp.1.
- Atalay M., “Transformation of the Medical Profession: Findings From Turkey”, 9th ESA RN19 Interim Meeting, Aveiro, PORTEKİZ, 8-10 Eylül 2016, pp.1
- Atalay M. ve Açar A. , "Örgütlerde Yaranma Davranışının Lider-Üye Etkileşimi Perspektifinden İncelenmesi", 24. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, İSTANBUL, TÜRKİYE, 29-31 Mayıs 2016, ss.330-334
- Atalay M., “Enformel İlişkilerin Sosyolojik Bağlamı: Hawthorne Araştırmaları Örneği”, 23. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, MUĞLA, TÜRKİYE, 14-16 Mayıs 2015, ss.969-973
- Atalay M. ve Sarvan E.F.D., “Knowledge management processes in international joint ventures: A case of an airport operator firm”, 10th International Strategic Management Conference, Roma, İTALYA, 19-21 Haziran 2014, vol.150, ss.658-667

- Atalay M. ve Dirlik O., Sarvan E.F.D., “Yatırım firmalarında stratejik ittifakların yenilik ve performans üzerinde etkileri”, 21. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, KÜTAHYA, TÜRKİYE, 30 Mayıs - 1 Haziran 2013, ss.311-315

Desteklenen Projeler

- “Hekimlik Mesleğindeki Değişimin Meslekler Sosyolojisi Perspektifinden İncelenmesi”, BAP Doktora, SDK-2016-1802, Araştırmacı.

İş Deneyimi

Stajlar

- İstanbul Menkul Kıymetler Borsası, Genel Staj, İstanbul, 2002
- Nortel Networks Netaş Telekomünikasyon A.Ş., Üretim ve Pazarlama Departmanlarında Staj, İstanbul, 2002
- Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, Dış İlişkiler Müdürlüğünde Staj, Ankara, 2002

Çalıştığı Kurumlar

- Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Araştırma Görevlisi, 2010 - 2017, Antalya
- Fraport IC İçtaş Uluslararası Terminal İşletmeciliği A.Ş., İnsan Kaynakları Uzmanı, Antalya, 2007 - 2010
- Antalya Havalimanı Uluslararası Terminal İşletmeciliği A.Ş., İnsan Kaynakları Memuru, Antalya, 2003 - 2006

E-Posta

: atalay@akdeniz.edu.tr , atalay_murat@yahoo.com