

TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARI VE HEKİMLERİN MESLEKİ BAĞIMSIZLIĞI: ÇELİŞKİLİ BİR İLİŐKİ¹

Gül ÇORBACIOĞLU²

ÖZ

Bu çalışma, en yaygın tıp teknolojilerinden olan tıbbi görüntüleme cihazlarının Türkiye’de hekimlerin mesleki bağımsızlığı üzerindeki etkisini incelemektedir. Tıbbi görüntüleme cihazlarının sunduğu olanaklar, hekimlerin otoritesini ve mesleki bağımsızlığını güçlendirmekte önemli bir rol oynamış, fakat aynı zamanda sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bu harcamaları kontrol altına almak için 1970’lerden başlayarak sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında gerçekleştirilen değişiklikler, hekimlerin, aralarında teknoloji kullanımı da olmak üzere, faaliyetlerini kontrol altına almayı ve denetlemeyi de amaçlamıştır. Bu değişikliklerin hekimlerin mesleki bağımsızlığı nasıl etkilediği, tıp sosyolojisi ve meslekler sosyolojisi alanında önemli bir yer tutmuştur. Bu çerçeveden yola çıkan çalışma, Ankara’da uzman hekimlerle yapılmış görüşmelere dayanarak, tıbbi görüntüleme cihazı kullanımını bağlamında hekimlerin mesleki bağımsızlıklarının boyutunu ve cihaz kullanımının hekimlik pratikleri üzerindeki etkilerini incelemektedir. Çalışma, bu inceleme için yalnızca teknolojinin hızı ve doğasını değil, hekimlerin sağlık hizmetleri alanındaki diğer aktörlerle kurdukları ilişkileri ve sağlık sistemin yapısal özelliklerini de ele almak gerektiğini ileri sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp Teknolojileri, Tıbbi Görüntüleme Cihazları, Mesleki Bağımsızlık, Hekimlik, Sağlık Reformları.

¹ Bu çalışmada kullanılan veriler, araştırmanın Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de hekimliğin dönüşümüne dair sürdürmekte olduğu doktora çalışmasının saha araştırmasından alınmıştır.

² Doktora Adayı, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

MEDICAL IMAGING DEVICES AND PHYSICIAN AUTONOMY: A CONFLICTUAL RELATIONSHIP

ABSTRACT

This study examines the impact of medical imaging devices on physician autonomy in Turkey. While the opportunities provided by these devices have helped strengthen physician authority and autonomy, they have also led to skyrocketing healthcare costs. Since 1970's, in order to control the costs, changes have been implemented in the provision and financing of the healthcare, which also aimed to control and audit physician activity, including use of technology. The impact of these changes on professional autonomy have a significant place in the medical sociology and sociology of professions literature. Drawing from this framework and interviews conducted with medical specialists in Ankara, this study examines the physician autonomy with regards to their use of medical imaging devices and how these devices affect their daily medical practices. The study argues that this requires not only addressing the nature and pace of technologies but also physicians' relationships with other actors in healthcare and the structural characteristics of the health system.

Keywords: Medical Technologies, Medical Imaging, Professional Autonomy, Physicans, Health Reforms.

1. TIP TEKNOLOJİLERİ VE HEKİMLİK

Tıp teknolojileri, özellikle hızla gelişmeye başladığı 19. yüzyılın sonundan itibaren tıbbi uygulamaların, teşhis ve tedavi süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Tıp teknolojileri, hastalıkların önlenmesi, teşhis edilmesi, hasta bakımı ve rehabilitasyonunda kullanılan tüm yöntem, teknik, malzeme ve araçları içermektedir. En basit laboratuvar testlerinden tıbbi görüntüleme cihazlarına, biyomedikal ve genetik uygulamalardan dijital bilgi teknolojilerine pek çok teknolojik araç ve uygulama hem hekimler hem hastalar için teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırmış ve kolaylaştırmıştır. İnsan bedeninin içinin görüntülenmesini ve izlenmesini sağlayan teknolojiler sayesinde cerrahi teknikler gelişmiş, hastalar dijital bilgi teknolojileri sayesinde kendi durumlarını gündelik olarak takip edebilmeye başlamıştır.

Daha önce teşhis edilemeyen ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesine olanak sağlayan tıp teknolojileri, hekimlerin toplumdaki otoritesinin ve statüsünün güçlenmesinde de büyük rol oynamıştır (Green ve Thorogood, 1998; Stevens, 2009). Hekimler, daha önceleri insanları öldürmesini çaresizce izledikleri hastalıkları tanımlayabilir, bunlar için tedavileri belirleyebilir olmuşlar, böylece toplumların güvenini ve saygısını kazanmışlardır. Nitekim teknolojinin, ivme kazandığı 19.yüzyıl sonu ve 20.yüzyılın ilk yarısının hekimliğin “Altın Çağı” olarak adlandırılmasında rolü büyüktür (Gorman ve Sandefur, 2011). Bu teknolojiler içinde büyük bir yer kaplayan tıbbi görüntüleme cihazları, insan bedeninin içinin kesitler halinde gözlemlenmesini sağlayarak tıbbın her branşı adına büyük atılımlar gerçekleşmesini sağlamıştır.

Öte yandan, özellikle yaygınlaştıkları ve sağlık hizmetlerinin temel bir parçası haline geldikleri 20.yüzyılın ikinci yarısından itibaren hekimlerin çalışma koşullarını dönüştürmüş ve mesleki değerleri açısından bir çatışma durumu yaratmaya başlamıştır. Giderek çeşitlenen ve maliyeti artan bu cihazlar artık tüm sağlık kuruluşları içinde yer almakta, hekimler ise artan hızda bu kuruluşların çalışanları haline gelmektedir. Dünyanın dört bir yanında piyasa dinamiklerine göre şekillenen sağlık reformları, sağlık harcamalarını kısma odaklanmış, bu durum cihazların kullanımına dair kararları da etkilemeye başlamıştır. Maliyet hesaplarını verimlilik ve etkinlik ilkelerini önceleyen sağlık kuruluşlarında ücretli

birer çalışan haline gelmiş hekimlerin çalışma biçimlerini belirlemeye çalışan, sağlık kuruluşu yöneticileri, sosyal güvenlik kurumları, sigorta ve ilaç şirketleri ve hastalar gibi başka gruplar ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar, bu koşullar altında hekimlerin, teknoloji kullanımı da dahil olmak üzere, işlerine dair aldıkları kararların nasıl etkilendiğini, 20. yüzyılın ortasına kadar sarsılmaz olduğu düşünülen otoritelerinin ve mesleki bağımsızlıklarının azalıp azalmadığını tartışmışlardır. Bu tartışmalarda bağımsızlığı etkileyen çeşitli etkenleri farklı açılardan ele alan yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlarda eksik olan bir nokta, tıp teknolojilerinin bu çerçevede çok ele alınmamış olmasıdır. Tıp teknolojilerinin tıp pratiklerini, bedeni algılayışımızı ve bedene ve sağlığa dair kavramları nasıl değiştirdiği çokça incelenmiş olsa da mesleki bağımsızlık ve gündelik mesleki ve teknik pratikler üzerindeki etkisi yeterince incelenmemiştir (Casper ve Morrison, 2010).

Bu makale, bu boşluğun doldurulmasına Türkiye'deki durumu ele alarak katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Çalışmada, Ankara'da kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan uzman hekimlerle yapılan görüşmelere dayanarak, Türkiye'de 2000'li yıllardan itibaren yaygınlaşan tıbbi görüntüleme cihazı kullanımının hekim bağımsızlığını nasıl etkilediği incelenmektedir. Bu amaçla ilk önce mesleki bağımsızlığın tanımı yapılacak, mesleki değer olarak hekimler ve toplum açısından taşıdığı öneme değinilecektir. Sonrasında dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve bunların sonucunda ortaya çıkan mesleki bağımsızlık tartışmaları ele alınacaktır. Teknolojinin burada nasıl bir rol oynadığına temel hatlarıyla değinilecektir. Makalenin son bölümünde ise saha çalışmasında elde edilen verilerle Türkiye'de tıbbi görüntüleme cihazlarının mesleki bağımsızlığı ne ölçüde etkilediğini ve bunun hekimlik pratikleri üzerindeki etkisini etkilediği incelenecektir.

2. HEKİMLİK VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK

Hekimlik, sahip olduğu bilginin karmaşık ve uzmanlık gerektiren niteliği, bu bilginin uzun süren zorlu bir eğitim süreci sonunda edinilmesi, işini insanlığa ve topluma hizmet idealiyle icra ettiği düşüncesinin insanlar tarafından benimsenmiş olması sayesinde tıp alanında büyük bir otorite sahibi olmuştur (Larson, 1977, Freidson, 1970). 19. yüzyılın sonu itibariyle Batı dünyasında devletler, otoritesine

güvendiği mesleğin yetkilerinin hukuki olarak korunmasına destek olmaya başlamıştır (Elliott, 1972). Şifacılar ya da çıkıkçılar gibi geleneksel tıp uygulayıcısı rakiplerini bu sayede saf dışı edebilen hekimler, alanları üzerinde tekel oluşturabilmiş ve toplum içinde güven duyulan ayrıcalıklı bir statüye sahip olmuşlardır (Saks, 1994). Meslek grubu üyelerinin eğitimle belgelenmiş ve kanunlarla onaylanmış yetkileri ve hastalarına her koşulda hizmet edeceklerine duyulan güven, mesleğin, aranan nitelikler ile iş bölümü ve iş koşulları üzerinde kontrol sahibi olmasını, mensuplarını denetleme ve gerektiğinde cezalandırma yetkisini elde etmesini sağlamıştır.

Bu yetkiler, bu otoriteye sahip meslek grubunun üyeleri olarak hekimlerin mesleklerini bağımsız olarak icra edebilmelerini mümkün kılar. Mesleki bağımsızlık, meslek mensubu kişilere işlerini başka hiç kimsenin müdahalesini ve hiçbir etkeni göz önünde bulundurmada icra etme ayrıcalığını sunar. Fakat bu ayrıcalık, aynı zamanda bir zorunluluktur (Parsons, 1939). Hekimler hastaları için en iyi tedaviye hiçbir kişisel ekonomik ya da siyasi çıkarı gözetmeden, yalnızca tıbbi bilgi, beceri ve deneyimlerine dayanarak karar verme yükümlülüğünü taşımaktadır. Alanları üzerinde devlet ve hukuk desteğiyle kurulmuş otoriteyi, toplumdaki saygınlıklarını ve hastalarla aralarındaki güven ilişkisini sürdürmenin tek yolu, mesleklerini her türlü dış etkiden bağımsız olarak sürdürebilmelerinde yatmaktadır. Dolayısıyla bir ayrıcalık ve zorunluluk olmanın yanı sıra mesleki bağımsızlık, hekimliğin en temel mesleki değeri olmuştur. Gündelik meslek pratiğinde mesleki bağımsızlık, hastanın teşhis ve tedavisi sürecinde alınması gereken klinik ve ekonomik kararları içermektedir. Hastanın kabulünden başlayarak tedavisi sonuçlanana kadar alınacak her türlü karar buna dahildir. Hasta yönetimi, tıbbi sürecin koşulları ve içeriği, yani işin teknik boyutlarının yanı sıra, süreç için gerekli kaynakların dağılımı, bakacakları hasta sayısı, yapacakları işin miktarı, belirlenecek ücret gibi lojistik ve finansal boyutları da içermektedir (Elston, 1991; Freidson, 1970; Freidson, 1988; Harrison ve Schulz, 1986; Funck, 2012; Lin, 2014).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK TARTIŞMALARI

Hastane yapısının yaygınlaşmaya başladığı 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar hekimlerin, mesleklerini bir kurumun çalışanı olarak değil, tek başlarına icra ettikleri için mutlak bağımsızlığa sahip oldukları

düşünülmüştür. Ellerindeki kaynakları, kısıtlı da olsalar, nasıl kullanacaklarına, tedaviyi nasıl yönlendireceklerine ve alacakları ücrete kendileri karar veriyorlardı. Fakat 20. yüzyılın ikinci yarısında, bir yandan dünyanın pek çok yerinde neoliberal bir düzlemde yeniden yapılandırılmaya başlanan sağlık sistemleri sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını değiştirmekte, diğer yandan hekimlerin sağlık kuruluşlarının bünyesinde istihdam edilme oranı artmaktadır. Bu gibi gelişmeler hekimlerin çalışma biçimlerinin ve dolayısıyla mesleki bağımsızlıklarının nasıl etiklendiğine dair tartışmaların başlamasına ve bu sorulara dair farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Özellikle 1980’lerden itibaren ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeyleri birbirinden farklı pek çok ülkede sağlık sistemlerinde hizmetlerin sunumunu ve finansmanını etkileyen reformlar uygulanmaya başlanmıştır. Klein’in (1995) “sağlıkta reform salgını” olarak adlandırdığı bu süreçte, uygulamalar benzer noktalar etrafında şekillenmektedir. Hizmet sunumu ve finansmanını verimlilik ve etkinlik ilkeleri etrafında düzenleyen, piyasa kurallarına açık hale getiren, kamu harcamaları kısmayı hedefleyen ve özel sektörü ve kamu – özel işbirliklerini teşvik eden değişiklikler uygulanmaktadır. Kamu harcamalarını kısmak ve maliyetleri kontrol etmek için alınan bir dizi önlem, sağlık hizmetlerinin hekimler dışında başka aktörlerin de söz sahibi olduğu, ticarileşmiş bir faaliyete dönüşmesine neden olmuştur. Bu önlemler ve geliştirilen yeni uygulamalar, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hizmetlerin niteliğinden ziyade maliyetini merkeze almaktadır. Bu hesaplamaların yapılabilmesi için sağlık çalışanlarının performansının “verimli ve etkin” hale getirilmesi, ölçülebilmesi ve ödeme ve değerlendirmelerin de buna göre yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumu ve finansmanında merkezi aktörler olarak ortaya çıkan sağlık kuruluşu yöneticileri, sosyal güvenlik kurumları, sigorta ve ilaç şirketleri, hekimlerin faaliyetlerinin kontrol altına alınmasını, denetlenmesini ve niceliksel olarak değerlendirilmesini, maliyetlerin kontrolü için başat bir koşul olarak görmektedir.

Aynı süreçte, hekimlerin otoritesine dair şüpheli yaklaşımların arttığı ve güvenin aşındığı da gözlemlenmektedir. Bilimsel tıbbın gelişmesiyle hizmetlerde, tedavi yöntemlerinde ve ücretlerde oluşan farklılıklar, hekimlerin aldıkları kararların kendi ekonomik çıkarlarına dayanıp dayanmadığının

sorgulanmasına neden olmaktadır. Başta ABD’de olmak üzere artan malpraktis davaları, yeni bazı ilaç denemelerinin felaketle sonuçlanması, Türkiye de dahil olmak üzere çeşitli ülkelerde kamuoyunda geniş yer tutmuş “sağlık skandalları”, teknik başarısızlığın ve mesleğin kötüye kullanıldığının ispatı olarak gösterilmiştir (Navarro, 1988; Freund, McGuire ve Podhurst, 2003; Dixon – Woods, Yeung ve Bosk, 2011). Hali hazırda sağlık harcamalarında yaşanan olağanüstü artışla bir araya gelince bu gelişmeler, hekimlere dair sorgulayıcı ve şüpheli yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Mesleğin kendi üyelerini denetleme görevini yerine getirmediği, çıkarlarıyla çatıştığı için kendi içlerindeki “kötü elmaları” cezalandırmadıklarına dair algı, hekim – hasta ilişkilerindeki güveni de zedelemiştir.

Sağlık kuruluşlarının yapısının ve hekimlerin istihdam biçimlerinin değişiyor olması da bu ilişki üzerinde etkilidir. Hekim ve hastalar arasındaki ilişkiler, hekimlerin birer kurumu çalışanı olmasıyla daha da uçucu hale gelmiştir. Potter ve McKinlay (2005), geçmişte ailenin her üyesinin hastalık geçmişi bilen, ailenin nesiller boyunca her üyesini tanıyan bir aile hekimi olduğunu, fakat artık hekim ve hasta arasında daha kısa vadeli ilişkiler kurulduğunu vurgulamıştır. Hastaların gördükleri hekim, hangi kuruluşa başvurabildiklerine, hastalıklarının hangi uzmanlık alanına girdiğine, randevu alıp alamadıklarına, sigortalarının kapsamının ne olduğuna göre değişebilmektedir. Uzun geçmişe dayalı güven ilişkisinin yokluğu, hekim ve hasta arasındaki birebir ilişkide de güveni engelleyebilmektedir (Potter ve McKinlay, 2005). Bunun yanı sıra, başta İnternet olmak üzere dijital bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle bilgiye erişimin kolaylaşması, hastaların hekimlerin karşısına tıbbi süreçlere dair daha çok bilgiyle çıkmasını sağlamaktadır (Hardey, 1999; Hardey, 2001). Ayrıca sağlık hizmetlerinde hastaların daha aktif ve özerk olması gerektiğini vurgulayan yaklaşımların desteklenmesiyle hastalar, hekimler karşısında yeni bir güç kazanmıştır.

Freidson’a göre (1970) mesleki bağımsızlık bir paradoks oluşturmaktadır: Bağımsızlık, hekimlerin işlerini doğru yapabilmeleri ve tıbbi kararları hastanın en üstün yararına olacak şekilde almaları için elzemdir. Fakat bağımsızlık aynı zamanda dış aktörlerin hekimleri denetlemesini neredeyse imkânsız kılmaktadır. Özel, uzmanlık gerektiren, meslek dışındakilerin değerlendirmesine ve ölçmesine imkân

vermeyen bir bilgiye sahip olmaları, kendi mensuplarını denetleme ve değerlendirme ayrıcalığına sahip olmalarını ve dışarıdan gelecek müdahalelere kapalı olmalarını da beraberinde getirmektedir (Larson, 1977). Bu durum, sağlık hizmetlerinin merkezi aktörü olan hekimlerin, 1970'lerden itibaren sağlık harcamalarında yaşanan patlamanın sorumlusu olarak gösterilmelerine ve diğer aktörlerin hekimlerin faaliyetlerini kontrol altına alma çabalarına yol açmıştır.

Tüm bu gelişmeler, çalışma sosyolojisi, meslek sosyolojisi ve tıp sosyolojisi alanlarında hekim bağımsızlığını tartışan yeni yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bir grup gözlemci, hekimlerin tek başına çalışan “serbest meslek sahipleri” olmaktan çıkıp karlılığı gözeten ve kendilerini denetleyen bürokratik kurumların çalışanları haline gelmesiyle, “proleterleştiklerini” ileri sürmektedir (McKinlay ve Arches, 1985; Stoeckle, 1988; Oppenheimer, 1973). Onlara göre bu durum, özellikle ekonomik ve lojistik kararların kural ve düzenlemeleri belirleyen başkaları tarafından alınmasıyla, hekimlerin mesleki bağımsızlıklarının azalacağını göstermektedir. Diğer bir grup gözlemci ise hekimlerin hastalar üzerindeki otoritesine odaklanmıştır. Teknolojiyle birlikte hekimlerin tıbbi bilgiye dair tekellerinin kırıldığını ve hastaların hekim otoritesini sorgulamaya başladığını ileri sürmektedir (Haug ve Lavin, 1978; Haug, 1988; Ritzer ve Walczak, 1988; Neuberger, 2000). Hastaların semptomları, teşhis ve tedavi yöntemlerine dair daha çok bilgiye sahip olmalarıyla, hekim ve hasta arasındaki bilgi farkı biraz da olsa kapanmakta, gözlemcilere göre bu durum “profesyonelliğin yitimine” neden olmaktadır.

4. TEKNOLOJİ VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK

Tıp teknolojilerinin, sağlık harcamalarının artması, bürokratik yapısı olan kuruluşların hizmet sunumunda temel örgütlenme biçimi haline gelmesi, sağlık personelinin çeşitlenmesi ve hatta hekimlere karşı şüpheciliğin artması gibi pek çok gelişmede rolü vardır. 1950'lerden itibaren en küçük hastanelerde bile farklı cihazlar bulunduran radyoloji bölümleri kurulmaya başlanmış, özellikle tıbbi görüntüleme cihazları teknolojisini giderek karmaşılaşmıştır. 1980'li yıllara gelindiğinde üretimi ve kullanımı yaygınlaşan görüntüleme cihazları, bir yandan teknolojinin modern tıpta edindiği hâkim pozisyonun,

diğer yandan da artan masrafların sembolü haline gelmiştir (Bynum, 2014: 175; Bloom, 2002: 205). Bu durum sağlık hizmetleri için bir ikilem ortaya çıkarmıştır. Görüntüleme cihazları sağlık harcamalarını baş edilmez biçimde artırmakta, fakat bu masrafları karşılanması ve maliyetlerinin çıkarılması için daha çok kullanılmaları da kaçınılmaz hale gelmektedir. Çünkü sağlık kuruluşları, kuruluşların sunduğu hizmet çeşitliliğinden ve uygulanan prosedürlerin sayısından kar etmektedir (Goldstein Jutel, 2011). Cihaz çeşitliliği arttıkça sağlık personeli de artmaya ve çeşitlenmeye başlamış, bu durum da hekimlerin kimi görevleri hemşireler ya da teknisyenler gibi başka çalışanlara devretmelerine neden olmuştur (Liberati, 2017).

Tıp teknolojilerinin karmaşıklaşp çeşitlenmeleri ve maliyetlerinin artması, sağlık hizmetleri alanında rekabet edebilmek için daha çok sermayeye, daha çok personele ve daha büyük mekanlara ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Bu da, hekimlerin tek başlarına çalışan meslek sahipleri olmaktan çıkıp ücretli birer çalışan haline gelmelerinde etkili olmuştur. Teknoloji geliştikçe ve tıpta uzmanlaşma arttıkça hastanelerin yapısı karmaşıklaşmış, personel sayısı ve çeşidi artmış ve tüm bunların mali ve idari yönden yönetilebilmesi için başlı başına bir yönetici grubu ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarında böylece çifte bir otorite ortaya çıkmıştır: İdari ve mali kararlardan sorumlu hastane yöneticileri ve tıbbi kararlardan sorumlu hekimler.

Yöneticiler ve hekimler arasında, değerler, otoritelerinin doğası ve karar alma biçimleri açısından farklılıklar vardır. Hekimleri otoritesi bilgilerinden, yöneticilerinki ise kurallardan kaynaklanmaktadır. Hekimler diğerkamlık, bağımsızlık, insanların refahı gibi değerlerle karar alırken, yöneticilerin kararları öngörülebilirlik ve ölçülebilirlik gibi niteliklere dayanır (Ritzer, 1975). Yani yöneticilerin rasyonel yönetim anlayışıyla hekimlerin bağımsız tıbbi değerlendirme anlayışı, yöneticilerin bürokratik ilkeleri ve hekimlerin mesleki değerleri aynı çatı altında çalışma halindedir (Freidson, 1988). Sağlık kuruluşlarının bürokratik şemalarında çalışanların takip etmesi gereken kurallar, süreçler ve denetleme mekanizmaları mevcutken, hekimlerin iş süreci mesleki bağımsızlık ve özdenetim üzerine kuruludur. Fakat kurumun ve daha geniş bağlamda sağlık sisteminin işleyişi, hekimleri yöneticilerin harcamaları

kontrol altına almak üzere oluşturdukları hesaplanabilir ve öngörülebilir kurallara tabi olmalarını zorunlu kılar. Mesleklerini yalnızca kendi bilgi, yargı ve deneyimlerine dayanarak icra etmeleri gerekirken, artık göz önünde bulundurmaları gereken yeni standartlar, denetim araçları ve hesap vermeleri gereken yeni otoriteler çıkmıştır. Harrison (2002) bürokratik kuralların uygulanmasını sağlayan standardizasyon ve denetim pratikleriyle dönüşen tıbbi emek süreçlerine, Taylor'un bilimsel yönetim ilkelerine atıfla "Bilimsel Bürokratik Tıp" adını vermiştir. Teknoloji kullanımı da, sağlık hizmetlerini içinde maliyetinin kontrol edilmesi, hekimlerin faaliyetlerinin standardize edilmesi, ölçülmesi ve denetlenmesi üzerinden mesleki bağımsızlıklarına başka aktörlerin müdahale etmesini sağlayan bir araç haline gelmiştir.

5. TÜRKİYE'DE TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARININ MESLEKİ BAĞIMSIZLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Türkiye'de sağlık hizmetlerini dönüştürmeyi hedefleyen ilk planlar, 1990'larda Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün teşvikleriyle hazırlanmış, fakat tam olarak uygulamaya geçirilememiştir. Dünyadaki diğer sağlık reformu uygulamalarıyla aynı ilkeler etrafında hazırlanmış bu planlar, kamu sağlık harcamalarını azaltarak hizmetlerin maliyet açısından verimli ve etkin olmasını hedeflemiştir. 2002 yılında tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) ise ilk icraatlarından biri olarak, bu planlarla benzeşen ilkeleri ve uygulamaları içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) başlatmıştır. 2003 yılında uygulamaya koyulan program, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı "verimlilik, etkinlik ve hakkaniyet" ilkeleri çerçevesinde dönüştürmeyi hedeflemiştir. Daha önce parçalı bir yapısı olan sosyal güvenlik sistemi tek çatı altında birleştirilerek nüfusun tamamına yakını bu sistemde sosyal sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır. Öte yandan kamu harcamalarının kısılması ve özel sağlık sektörünün genişlemesi teşvik edilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarının mali ve idari yapıları özertleştirilmiş, kamu – özel işbirliği uygulamaları ve kamuya hizmet alımları artmıştır. Sağlık çalışanlarının ödemeleri, ölçülebilir kriterlere dayanan performans değerlendirmelerine göre yapılacak şekilde düzenlenmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim nüfusun büyük kısmı için nispeten daha kolaylaşmış ve daha az hiyerarşik hale gelmiş olsa da hizmetlere erişimin artması, talepte de artışa neden olmuştur. Kişi başı hekime müracaat oranı 2002 yılından 2018 yılına 3 kattan fazla artmıştır. Müracaat sayısı, muayene sayısı ve işlem sayılarındaki artış, kışkırtılmış sağlık talebi tartışmalarını da beraberinde getirmiştir. Talep artışı, tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına da yansımıştır. En çok kullanılan tıbbi görüntüleme cihazı olan MR cihazından 2002 yılında Türkiye’de 58 adet bulunurken 2018’de 1211, Ultrason cihazından ise 2002 yılında 1005 adet bulunurken 2018’de 5846 adet bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye, 31 OECD ülkesi arasında MR cihazı görüntüleme sayısının en yüksek olduğu, Bilgisayarlı Tomografi görüntüleme sayısının ise üçüncü en yüksek olduğu ülke haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Ankara’da kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan uzman hekimlerle yapılan görüşmelerin analizi, Türkiye’de tıbbi görüntüleme cihazların kullanımının artışının nedenlerini ve mesleki bağımsızlık üzerindeki sonuçlarını birkaç farklı yönden ele almamızı sağlamaktadır. Elde edilen bulgularla mesleki bağımsızlık odağında, hekimlerin tıbbi cihaz kullanımına dair karar alma mekanizmalarını yönlendiren etkenler ve aktörler incelenecek ve bu müdahalelerin hekimlik uygulamalarında ne gibi değişikliklere neden olduğu ele alınacaktır.

5.1. Tıbbi Görüntüleme Cihazları ve Hekimlerin Karar Alma Mekanizmaları

Tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygınlaşması, bu cihazların Türkiye’de de sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçası haline gelmesine ve maliyetlerin içinde önemli bir yer tutmasına neden olmuştur. Dolayısıyla bunların kullanımına dair kararlara doğrudan ya da dolaylı olarak müdahale etmeye çalışan başka aktörler de ortaya çıkmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) sağlık kuruluşlarıyla yaptığı geri ödeme anlaşmaları, bu kapsam dışında hastaların hastanelere cepten yapması gereken ödemeler, cihazlar için özel sektörle yapılan hizmet alım anlaşmaları, hekimlere yapılacak performans ödemelerinin kriterleri, kısacası sağlık kuruluşlarının, SGK’nın ve özel sağlık sigortalarının finansman ve kaynak dağılımına dair aldıkları kararlar, hekimlerin bu cihazları ne ölçekte kullanacaklarını etkileyebilmektedir. Cihazların mülkiyeti kendilerinde olmadığı için hekimler, bu cihazların

maliyetlerine, ne kadar kullanılacaklarına ve karşılığında alınacak ücrete kendileri karar verememektedirler.

Görüşülen hekimler, sağlık kuruluşu ve yöneticileri tarafından belirlenen görmeleri gereken günlük hasta sayısının cihaz kullanımına dair kararda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık kuruluşlarının dayattığı hasta yoğunluğu nedeniyle hasta başına ayrılan sürenin 5 dakikaya kadar düşebilmekte, bu durumda hastanın fiziki muayenesi gerçekleştirmek ve hasta öyküsü almak için çok zaman kalmamaktadır. Fiziki muayene ve hasta öyküsü almak tıp fakültesinde öğrendikleri en temel becerilerden olsa da, zaman kısıtlaması nedeniyle artık eskisi kadar sıklıkla gerçekleştirememekte ya da daha kısa sürede gerçekleştirilmektedir. Oysa fiziki ve sözlü iletişim, hastanın sağlık geçmişini öğrenmenin yanı sıra hastayla karşılıklı güveni inşa etmek ve endişeleri azaltmak için gereklidir. Hekimler, bu tür geleneksel teşhis yöntemlerinin hem hasta ile iyi bir ilişki kurabilmek hem de doğru teşhis yapabilmek için çok önemli olduğunu düşünselerde, kendi kontrollerinde olmayan gündelik hasta sayısını zorunluluğu karşılayabilmek için daha kısa sürede daha kesin teşhis koymalarını sağlayan tıbbi görüntüleme cihazlarına başvurduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin çoğu “daha hızlı olmanın” kendi tercihleri olmadığını vurgulamışlardır.

Bu durum, hekimler açısından bir çelişki de teşkil etmektedir. Bir yandan tıbbi görüntüleme cihazlarına ellerindeki verilerin ve zamanın kısıtlı olması nedeniyle başvurduklarını belirtmekte, öte yandan bu cihazların işlerini daha kolaylaştırdığını söylemektedir. Fakat bu cihazların hekimlik becerilerini “körelttiğini” de düşünmektedirler. Görüşülen bazı hekimler bunu zoraki olarak bir “kör ve sağır olma” durumu olarak betimlemişlerdir. Hızlanmak ve daha kesin sonuç almak üzere başvurdukları yöntemler, teşhis koyma becerilerini köreltmekte, bu becerilerin eskisi kadar keskin olduğunu düşünmedikçe de hastaları bu cihazlara yönlendirme eğilimleri artmaktadır.

Öte yandan, sigorta kapsamlarında, geri ödeme ya da katkı payı miktarlarında, özel hastanelerin SGK anlaşmalarında değişiklik yapıldığı takdirde, hekimlerin tıbbi cihaz kullanımlarına yapılan müdahalelerde de değişiklik olabilmektedir. Özel hastanelerde çalışan hekimler, üzerlerinde oluşturulan

ciro baskısının genellikle hastadan daha çok ücret alınması için daha çok görüntüleme yapmaları için yapılan bir baskıya dönüştüğünü belirtmişlerdir. Yöneticiler, hekimlerin cihazları ne kadar kullandıklarını kontrol etme çabasıdadır; teknoloji bir yandan maliyetleri artırmakta, diğer yandan bu maliyetleri karşılayıp üzerine kar etmek için en önemli araçlardan biri haline gelmektedir. Fakat hekimler aynı zamanda çalıştıkları kurumların SGK'yla anlaşmalarında ya sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasını yapan Sağlık Uygulamaları Tebliği'nde (SUT) değişiklikler olduğu durumlarda, daha fazla cihaz kullanma baskısının bir gün içinde daha az kullanmalarına dair baskılara dönüştüğünü de anlatmışlardır. Hekimlerin fiyatlandırma ve ödeme sistemlerinde ve sağlık kuruluşlarının mali yapısı içinde söz sahibi olmamaları, teşhis ve tedavinin niteliğini ve hızını etkileyebilecek görüntüleme cihazı kullanımını da etkiler hale gelmiştir.

Daha çok hastaya bakabilmek, daha hızlı ve kesin teşhis koyabilmek için fiziki muayene ve sözlü iletişimden tıbbi görüntüleme cihazlarından elde edilecek verilere doğru kayış, hastanın sağlık geçmişini öğrenmenin büyük önem taşıdığı “biyografik tıp”tan “teknolojik tıba” doğru bir kayış olarak değerlendirilebilir (Cockerham, 2016: 324). Hekimler, teknoloji kullanımının olumlu yönlerinden bahsetseler de, hem temel becerilerine kullanmamalarına neden olması, hem de bunlara dair kararlarda bağımsız olamamaları nedeniyle genellikle görüntüleme cihazlarına karşı olumsuz bir tavır almışlardır. Tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına dair kararların kontrolünün tümüyle kendi iradelerinde olmayışı, kendileri için bir etik problem de ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla tıbbi görüntüleme cihazı kullanımına olan talep artışının bir bölümünün gereksiz teşhis ve tedavi işlemleriyle sonuçlandığını düşünmektedirler. Literatürde de “aşırı teşhis” olarak değerlendirilen durum, tıp alanının dışında olan ya da tedavi gerektirmeyen bir durumun tıbbi terimlerle tanımlanarak bir “hastalık” haline getirilmesini anlatmaktadır (Welch, Schwartz ve Woloshin, 2011). Aslında gerekmediği halde görüntüleme yapmak, hastada aslında bir “hastalık” olmayan, tedavisi olmayan ya da tedavisine gerek olmayan bir durumun gözlemlenme ihtimalini artırmaktadır. Welch ve arkadaşları, tanı ve tedavi sınırlarının değiştirilmesi, endikasyonların genişletilmesiyle “yeni hastaların” ortaya çıkmasının, kimi zaman zararlı olabilecek tedavilerin uygulanması hatta ameliyatların yapılması riskini oluşturduğuna

işaret etmektedir. Hızla gelişen görüntüleme teknolojileriyle insan bedeninde daha dar alanların daha detaylı bir şekilde görüntülenmesi sağlanmakta, dolayısıyla görülebilecek “anormallikler” artmaktadır. Hekimler, bu durumlarda hastalara tedaviye gerek olmadığını anlatmanın zorluklarından bahsetmişlerdir. Fakat iş işten geçmiştir, vakit darlığı ya da yönetim baskısı nedeniyle yapılan görüntüleme sonucunda hasta artık gerçekten “hasta” olduğunu düşünmektedir. Diğer yandan hekimler burada yalnızca yöneticileri ya da hastaları suçlamanın doğru olmadığını da belirtmişlerdir. Kamuda performansa ve özel sektörde prime dayalı ödeme biçimleri nedeniyle bazı meslektaşlarının da gönüllü olarak “aşırı teşhis” ve sonucunda gereksiz işlemler yapabildiğini söylemişlerdir. Hastaya zarar vermek potansiyeli olan bu gereksiz işlemlerin, gönüllü ya da gönülsüz yapıldığı her iki durumda da hekimler, durumun aslında kendi mesleki bağımsızlıklarına bir müdahale sonucunda gerçekleştiğini ima etmektedirler. Birisinde finansal motivasyonları göz önünde bulunduran yöneticiler tarafından buna zorlanmakta, diğerinde ise, özellikle temel ücretlerin yetersiz olduğu noktada, performans ödemelerini alabilmek için aslında zorunlu bırakıldıklarını düşünmektedirler.

5.2. Bütüncül Tıptan Noktasal Alanlara

Tıbbi görüntüleme cihazlarının, hekimlerin tıp yaklaşımı ve işleriyle olan ilişkilerini algılayışları üzerinde de önemli bir etkisi vardır. Hekimler, tıbbi görüntüleme cihazlarının insan bedeninin çok dar kesitlerine dair detaylı görüntüler sunabilmesi nedeniyle, hastaların ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü bir arada değerlendiren, bedeni bir bütün olarak gören bütüncül yaklaşımdan uzaklaştığını belirtmişlerdir. Bütüncül tıp, insanı tüm organlarıyla birlikte bütün bir organizma olarak değerlendirir ve insanın doğal ve sosyal çevresiyle olan etkileşiminden etkilendiğini kabul eder. Bunun sonucu olarak yalnızca hastanın belirli şikayeti olan bölgeye odaklanmaz, sosyal ortamını ve psikolojik durumunu da göz ederek fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak yaklaşır. Oysa tıp teknolojilerinin katkısıyla da tıp uzmanlaşma derinleşmiş, her hekimin uzmanlık branşına giren alan giderek daralmıştır. Tetkikler ve görüntüleme cihazları da sundukları dar kesitlere ait imgelerle hekimlerin belirli bir organa/bölgeye dair daha derinlemesine bilgi sahibi olmalarını sağlamıştır. Giderek daralan uzmanlaşma ve detaylı incelenebilen bulgular, teşhis ve tedavi yaklaşımlarını da etkilemiştir. Teknoloji, görüşülen bir hekimin deyişiyle

“tıbbi noktasal alanlara çekmiştir”. Fiziki muayene ve hasta öyküsü alma gibi geleneksel teşhis yöntemlerinin de daha az kullanılmasıyla hastayla sözlü iletişim daralmış, bu durum da hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak ele alma yaklaşımından uzaklaşılmasına katkıda bulunmuştur. Hekimler, zaman kısıtı, hastayla sözlü iletişimin azalması, uzmanlık alanının getirdiği kısıtlamalar ve görüntüleme çıktılarından edinilen bulguları kullanma eğiliminin artmasıyla, hastaları psikososyal bir açıdan da ele alarak bir bütün olarak değerlendirme yaklaşımının azaldığını belirtmişlerdir. Bir yandan bütüncül tıptan uzaklaşırken diğer yandan tek bir kesite dair detaylı bilgi sahibi olabilmek, hekimlerin tıbbi görüntüleme cihazları ile ilişkisinde bir çelişki daha teşkil etmektedir.

5.3. Teknoloji ve “Demokratikleşen” Hekim – Hasta İlişkileri

Hekim – hasta ilişkileri, sağlık hizmetleri alanında hizmetlerin niteliğini belirleyen en önemli ilişki biçimlerindedir. Bu ilişki, geleneksel olarak bilgi ve dolayısıyla güç asimetrisi içerdiği için “paternalist” olarak nitelendirilmektedir. Fakat 20. yüzyılın son çeyreğinden başlayan, sağlık hizmetlerindeki dönüşümlerle birlikte bu ilişkinin de değiştiğini ve bu değişikliklerin hekimlerin otoritesi ve mesleki bağımsızlığı üzerinde de büyük etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Mead ve Bower, 2000; Bury, 2009).

Hekimler ve hastalar arasındaki eşitsiz ilişkinin sorunsuz bir şekilde ilerleyebilmesini sağlayan en önemli özellik, güvene dayalı olmasıdır. Hastanın tıp alanındaki bilgi, beceri ve deneyimlere sahip olmaması nedeniyle hastalık gibi kırılgan bir durumunda hekimin uzmanlığına ihtiyacı olması, aslında hastayı suistimale açık hale getirmektedir. Fakat hastanın, hekimin teşhis ve tedaviye dair başka hiçbir dış etkene ya da kişisel çıkarına dayanmadan karar alacağına güveniyor olması, hekim otoritesini tanıması, bu ilişkinin pürüzsüz şekilde işlenmesini sağlar. Güven ilişkisi kırıldığında, hastaların, hekimin yeterliliğini ya da tavsiyelerini sorgulama eğilimi artmaktadır. Hekimler, bu durumun sağlık hizmetlerinin niteliği de olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir. 1970’lerden itibaren sağlık hizmetlerinin dönüşümüyle birlikte hekim – hasta ilişkisindeki güven ilişkisinin zedelenmeye başladığı, hekim kararlarının hastalar tarafından daha çok sorgulandığı gözlemlenmiştir (Haug ve Lavin, 1978).

Bazı araştırmacılar, hastaların daha sorgulayıcı olmasının, kendi sağlıkları için daha aktif bir role sahip olmalarının tümüyle olumsuz bir gelişme olmadığını, ilişkinin “demokratikleşmesinin” gerekli olduğu ileri sürmüşlerdir. Bazı araştırmacılar ise hekimlerin hastalar üzerindeki otoritelerinin zayıflamasının, profesyonelliklerini aşındırdığını ileri sürmüşlerdir (Haug, 1973; Haug, 1988). Hekim – hasta ilişkileri dönüşen sağlık hizmetleri içinde hekimlerin otoriteleri ve mesleki bağımsızlıklarını etkileyen önemli bir etken olarak tartışılmıştır.

Hekim – hasta arasındaki ilişkinin değişmesine ve “daha demokratik” hale gelmesine neden olan en önemli gelişmelerden biri, dijital bilgi teknolojileri ve İnternetin kullanımının yaygın hale gelmesiyle hastaların tıbbi bilgiye daha kolay erişebilmesidir (Hardey, 1999; Hardey, 2001). İnternet ve diğer popüler medya mecraları sayesinde hastalar kendi durumları ve teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında bilgiye erişebilir, diğer hastalarla iletişim kurarak destek alabilir, hekimlerine dair değerlendirme alabilir hale gelmiştir. Öztakip mekanizmaları ve bilgisayar teknolojileri hekimlere başvurmadan durumlarını takip edebilmelerini sağlamıştır. Dolayısıyla teknoloji hastaların hekimlerle ilişkilerinde daha aktif bir rol oynayabilmelerini, daha çok sorumluluk alabilmelerini ve daha özerk olabilmelerini sağlamıştır.

İnternet ve diğer medya araçlarıyla erişimi kolaylaşan bilgiler arasında tıbbi görüntüleme cihazlarına dair bilgiler de bulunmaktadır. Görüşülen hekimler, hastaların daha çok bilgi sahibi olmalarının olumlu bir gelişme olduğunu düşündüklerini belirtse de, muayeneye tıbbi görüntüleme cihazlarına dair doğruluğu sorgulanabilir görüşler edinerek gelmelerinin kendi işlerini güçleştirdiğini belirtmişlerdir. Tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygınlaşması, bu cihazlara erişimin kolaylaşması ve bunlara dair bilginin çok olması, hastalarda bu cihazların teşhisi tamamlayıcı birer araç değil, tedavinin gerekli bir parçası olduğuna dair bir algı oluşmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu gereklilik algısı, hastaların hekimlere bu cihazların kullanımına dair taleplere gelmelerine, ısrarcı olmalarına ve sonunca hekimin gerekli görmese de hastaları bu cihazlara yönlendirmeleriyle sonuçlanabilmektedir. Hasta memnuniyetinin hekim performansı değerlendirilmesi üzerinde etkisi nedeniyle hastalarla karşı karşıya gelmeme çabası, bu seçimlerini yönlendiren bir etkidir. Görüşülen hekimler, Türkiye’de sağlık

çalışanlarına yönelik şiddetin artmasının kararlarını etkileyen bir başka nokta olduğunu belirtmişlerdir. Hastalarla gerilim yaşamamak ya da hastaların tepkisi çekmemek için kimi zaman gerekli görmeseler de hastaların taleplerini karşıladıklarını vurgulamışlardır.

5.4. Hekimlik “Teknisyen”leşiyor mu?

Giderek derinleşen uzmanlık dalları ve bunun sonucunda gelişen teknoloji, hekimlerin uzmanlık alanlarının daralmasına neden olmaktadır. Bu durum, hekimlik deneyiminin, hekimlerin bilgisi ve hakimiyet alanının parçalanmasına yol açmaktadır. Bunun sonunda hekimler arasında teknolojinin vasıf kaybına yol açıp açmadığı konusunda endişeler ortaya çıkmaktadır (Lu, 2016). Hekimler, işin ve tıbbi sürecin tümüne hakim, bu süreci uzun bir eğitim sonucunda edindikleri karmaşık bilgi birikimi ve deneyimin süzgecinden geçirerek gerçekleştiren, bağımsız profesyonellerden, sürecin tek bir parçası üzerine standardize bir görüntü okuması yapan bir “teknisyene” dönüştüklerini hissetmektedirler. Oysa görüntüleme cihazlarından çıkan görüntüler de, bu görüntüler üzerinden değerlendirmeleri amacıyla kendileri veya radyoloji uzmanları tarafından yazılmış raporlar da standardize değildir; hekimlerin yorumlama ve değerlendirme yetisini gerektirmektedir. Fakat tıbbi görüntüleme cihazlarının işin mekanik bir teknik boyutu olarak görülmesi ve bu cihazların çok kullanılması, hekimlerin hastalar tarafından “düşük vasıflı teknisyenler” olarak görülmelerine neden olmaktadır. Bu algı, hastane yönetimi tarafından iş koşullarına yapılan müdahalelerle bir araya gelerek, hekimlerin vasıf ve dolayısıyla statü kaybına dair endişelerini artırmaktadır.

Jamous ve Peloille (1970), hekimliği de içeren profesyonel meslekler ve diğer meslekler arasında belirsizlik ve teknik detay oranına göre bir ayrım yapmıştır. Profesyonel meslekleri, teknik faaliyetleri daha ağırlıklı olan ve herkesin bilgisine açık kural ve süreçlere sahip diğer mesleklerden ayıran, bilginin diğerlerinin kontrol ve müdahalesini imkansız kılan belirsizliğidir. Tıbbi bilgi de karmaşık ve belirsiz doğası nedeniyle hekimliğin “profesyonel meslek” olarak sınıflandırılmasını sağlar. Bilgiye erişim dışarıya kapalıdır, teknik yönleri olsa da temel özelliği teorik niteliğidir. Oysa tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına dair hastaların edindiği (doğruluğu sorgulanabilir de olsa) bilgiler, yönetimin

müdahaleleri ve performansı niceliksel olarak değerlendirerek ölçme çabası, hekimliğin standardize edilebilir, ölçülebilir, müdahale edilebilir mekanik bir süreç olduğuna dair algıyı güçlendirmektedir. Hekimler bu algının hastalar ve hastane yöneticileri gibi diğer aktörler tarafından mesleki bağımsızlıklarına daha kolay müdahale edilmesine neden olduğu konusunda endişe taşımaktadır.

6. SONUÇ: MESLEKİ BAĞIMSIZLIK İÇİN BİR ÇELİŞKİ VE ENDİŞE KAYNAĞI OLARAK TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARI

Her ne kadar mesleki bir değer ve ideal olarak hekimlerin mutlak bir bağımsızlığa sahip oldukları düşünülmüş olsa da, normatif anlamda bu ayrıcalık, sistemin yapısal karakterinin elverdiği ölçüde sağlık hizmetleri alanında faal diğer aktörlerle müzakere edilerek uygulanmaktadır (Evetts, 2002; Light, 2010). Hekimlerin klinik ortamlardaki mesleki bağımsızlıkları, içinde çalıştıkları sağlık sisteminin yapısal nitelikleriyle doğrudan ilişkilidir (Hoogland ve Jochemsen, 2000). Sağlık sistemi, hizmetlerin sunumu, finansmanı, örgütleniş biçimi, sınırsız bağımsızlık için olanaklar sunabildiği gibi aynı zamanda bağımsızlığı kısıtlayabilmektedir. Kaynak dağılımının hükümetler, bakanlıklar ya da sosyal güvenlik kurumları gibi merkezi aktörler tarafından belirlendiği, hasta ve cihaz sayısı gibi kararların bütçelere bağlı olarak yöneticiler tarafından alındığı, hekimlerin çoğunun ücretli çalışan olduğu sağlık sistemlerinde bu tür ekonomik ve lojistik kararlar, devlet ve piyasa aktörleri tarafından alınmaktadır. Hekimlerin klinik bağımsızlığına, yaptıkların işin içeriğine doğrudan karışılmaz, fakat bağımsızlıklarını sistemin sunduğu mali ve lojistik çerçevede icra etmesi istenir. Bir kuruluştaki kaç görüntüleme cihazı olacağı, bu cihazların ne kadar kullanılacağı, bundan ne kadar kar edileceği gibi teknoloji kullanımı ilgilendiren kararlar da bu parametreler dahilindedir. Dolayısıyla hekimlerin başka hiçbir etkeni gözetmeden icra etmeye çalıştıkları mesleki bağımsızlıkları, bu kararların dayatmalarıyla çatışabilir. İşin içeriğine müdahale etmeseler de bu diğer aktörler, getirdikleri kısıtlamalarla hekimlerin mesleki bağımsızlığını dolaylı olarak etkiler.

Çalıştıkları sağlık kuruluşunun yapısı, sosyal güvenlik kurumları, ilaç şirketleri ve sigorta şirketleri, hekimlerin çalışma biçimleri ve karar alma mekanizmalarının değişmesine neden olan aktörler olarak ortaya çıkmıştır. Teknolojinin buradaki rolü, bu aktörlerin finansal motivasyonlarını şekillendirdiği için, büyük önem teşkil etmektedir. Harcamaların artmasının baş nedenlerinden biri olan tıp teknolojileri, aynı zamanda burada meydana gelen açığı kapamak ve kar etmek için önemlidir. Teknolojinin neden olduğu mali kısır döngü ve kar etme hedefi, hekimlerin teknoloji kullanımına dair aldıkları kararların bu dış aktörler tarafından kontrol edilmeye çalışılmasına neden olmuştur.

Tıbbi görüntüleme cihazları, teşhis ve tedavi süreçleri açısından hekimlere büyük kolaylıklar sağlamıştır. Öte yandan, hekimlik pratikleri ve mesleki bağımsızlık açısından daha karmaşık ve hatta çelişkili gelişmelere yol açmıştır. Aynı hekimler, tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygın kullanımını gündelik pratikleri açısından hem olumlu hem olumsuz bir gelişme olarak değerlendirebilmektedir. Saha çalışmasının sunduğu bulgular ışığında, tıbbi görüntülemenin mesleki bağımsızlıkları üzerindeki etkileri ve bunların hekimlik pratikleri nasıl değiştirdiği incelenmiştir. Tıbbi görüntüleme cihazları bir yandan teşhis ve tedavi yöntemlerinde tıp tarihinde daha önce görüşmemiş bir hız ve kesinlik sağlarken, diğer yandan tıbbi dar uzmanlaşma alanlarına çekere bütüncül yaklaşımdan uzaklaştırmaktadır. Hekimler, eğitimleri sırasında öğrendikleri temel bilgilerin başında gelen fiziki muayene gibi teşhis yöntemlerini terk ederek, görüntüleme cihazlarının sunduğu olanaklardan faydalanmaktadır. Fakat bu tercih, hekimlerin yalnızca kendi iradeleriyle verdikleri bir karar olarak değerlendirilmemelidir. Sağlık kurumlardaki yoğunluğun ve ekonomik hesaplamaların getirdiği sınırlamalar ve bunların yöneticiler tarafından dayatılması, teşhis yöntemlerine dair kararların her zaman bağımsız bir biçimde alınmadığını göstermektedir. Karar alma mekanizmaları sosyal güvenlik sisteminin yapısından ödeme biçimlerine, yöneticilerin ciro baskısından maliyet hesaplarına, ek ödeme miktarlarından hasta yoğunluğuna, başkaları tarafından alınan ve dayatılan mali ve lojistik kararlardan etkilenmektedir. Bu durum, hekimlerin gerekli görmedikleri işlemleri gerçekleştirmek zorunda kalmaktan ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin olumsuz etkileneceğinden endişe etmelerine neden olmaktadır.

Bunun yanı sıra, tıbbi görüntüleme cihazları hekim – hasta ilişkilerinde de bir gerilim noktası haline gelmektedir. Bu cihazlara erişim ve bunlara dair bilginin yaygınlaşması, hekim – hasta ilişkisinin daha “demokratik” bir biçime bürünmesine yol açmıştır. Öte yandan bu durum, hekimlerin hastalar üzerindeki otoriteleri sarsmakta ve cihazların kullanımını bir “gereklilik” olarak gören hastaların tıbbi da kararlara müdahale etmeye çalışan bir başka grup olarak ortaya çıkarmaktadır. Tıbbi pratiklerin standardize, ölçülebilir faaliyetler olduğuna dair teknolojinin de kuvvetlendirdiği algı, hekimlerin profesyonelliklerini sorgulamalarına ve vasıf kaybına dair endişelerinin artmasına neden olmaktadır.

20. yüzyılın başında hekimlerin otoritesini sağlamlaştıran tıbbi görüntüleme cihazları, 20.yüzyılın ortasından itibaren hekimlerin erişebileceği bilginin ufkunu genişletmekle birlikte, içinde bulunulan sistem nedeniyle mesleki bağımsızlıklarını kısıtlayan bir etken haline gelmiştir. Bu, hekimler için çelişkili bir durum yaratmaktadır. Bu cihazların mesleki bağımsızlık üzerindeki etkileri, teknolojilerin yalnızca hızından, içsel özelliklerinden ya da doğasından kaynaklanmamaktadır. Sağlık kuruluşlarının idaresinden sorumlu yöneticiler, sosyal güvenlik sistemleri, sigorta şirketleri, hastalar gibi diğer aktörler, bu teknolojilerin dağılımı, kullanım miktarı ve kullanım biçimine dair kararlara müdahale eden aktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Tıbbi görüntüleme cihazların hekimliğin mesleki bağımsızlığı üzerindeki etkisi incelenirken, hekimlerin nasıl bir sağlık sistemi içinde çalıştıkları, maliyet hesaplarının kimler tarafından yapıldığı, nasıl denetlendikleri, cihazların mülkiyetinin kime ait olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de sağlık sisteminin yapısal özellikleri ve hekimlerin sağlık alanındaki diğer aktörlerle ilişkileri ele alınarak incelendiğinde, tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımının yaygınlaşmasının hekimlerin mesleki bağımsızlığını azalttığı görülmektedir.

SUMMARY

Medical technologies have become an integral part of medical processes since the end of 19th century. Since they have enabled diagnosis and treatment of illnesses and conditions that were previously left undiagnosed, they have also contributed to strengthening of authority and status of physicians in society. The advancement of medical imaging devices, the most utilized medical technologies, has also contributed to ever – increasing healthcare costs. Controlling these costs has the been the most significant motive behind the healthcare reforms implemented around the world in the second half of the 20th century. These reforms, main principles of which were efficiency and effectiveness, have enabled other actors, such as social security institutions, managers in healthcare organizations, pharmaceutical and insurance companies and patients, to become influential powers in the sphere of healthcare services. Controlling and auditing physician activity has become a main objective of these actors, since physicians' professional autonomy, the ability to conduct and control their own work free of outside influence and forces, has been seen as responsible for increasing costs. Debates on the impact of changes in provision, organization and financing of healthcare services on physician autonomy have become an important part of the sociological debates on healthcare and professions. Drawing on findings from a field study conducted in Ankara, this study examines the impact of medical imaging devices on physician autonomy and how, as a result medical practice is changing. This impact does not solely result from the pace and nature of the technology, but rather the structural characteristics of the Turkish health system, which has been reformed in line with the same principles as its counterparts around the world, and the characteristics of the relationships between physicians and other actors involved in healthcare. Increasing tendency of physicians to become employees in bureaucratic healthcare organizations have enabled managers to control and audit physician behaviour in line with cost control measures, as determined by both the healthcare organizations and the Social Security Institution. The patients have gained more ground in their relationship with physicians, which has led physician authority over patients to erode. The time and resource limitations imposed by managers have led physicians to be able to spend less time per patient that they find suitable, which has led them to utilize medical imaging devices more

than they find necessary. However, they have also identified the convenience of using these devices in the diagnosis process. They have pointed out a shift from wholistic medical approach to deepening specialization. Physicians stated that patients who are now more knowledgeable about the devices create a source of tension, as they feel they have to give into patients' demands about these devices even when they see unfit. Finally they voiced concerns over loss of skill and status. They argued that the increase in using these devices have led a perception of their profession as a standardized, manageable occupation that requires lower skills. Physicians stated that this results in managers and patients to be more willing in intervening their practice and decision making.

KAYNAKÇA

- Bloom, S. (2002). *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bury, M. (2009). The British Health Care System, W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, MA and Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bynum, W. (2014). *Tip Tarihi*. Ankara: Dost Kitabevi.
- Casper, M. J. ve Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), 120–132.
- Cockerham, W. C. (2016). *Medical Sociology*. Londra ve New York: Routledge.
- 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.
- Elliott, P. (1972). *The Sociology of Professions*. Londra: Macmillan.
- Elston, M. A. (1991). The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service. J. Gabe, M. Calnan, M. Bury (Eds.), *The Sociology of the Health Services*. Londra ve New York: Routledge.
- 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.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988). *Professional Powers: A Study of Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freund, P.E.S., McGuire, M.B. ve Podhurst, L.S. (2003). *Health, Illness and The Social Body: A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Funck, E. (2012). Professional Archetype Change: The Effects of Restricted Professional Autonomy. *Professions and Professionalism*, 2 (2), 1-18.
- Goldstein Jutel, A. (2011). *Putting a Name on It: Diagnosis in the Contemporary Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Gorman, E. ve Sandefur, R. (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.
- Green, J. ve Thorogood, N. (1998). *Analysing Health Policy: A Sociological Approach*. Londra ve New York: Longman.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenges to Expertise. *Sociology of Health & Illness*, 2 (6), 820-835.
- Hardey, M. (2001). 'E-health': The Internet and the Transformation of Patients into Consumers and Producers of Health Knowledge. *Information, Communication & Society*, 4 (3), 388-405.
- Harrison, S. (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process. *Journal of Social Policy*, 31 (3), 465-485.
- Haug, M. H. (1973). Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future. *Sociological Review Monographs*, 20, 195-211.
- Haug, M. H. (1988). A Re-Examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. *The Milbank Quarterly* 66, suppl. 2: 48-56.
- Haug, M. H. ve Lavin, B. (1978). Method of Payment for Medical Care and Public Attitudes Toward Physician Authority. *Journal of Health & Social Behavior*, 19 (3), 279-291.
- Hoogland, J. ve Jochemsen, H. (2000). Professional Autonomy and the Normative Structure of Medical Practice. *Theoretical Medicine*, 21, 457-475.
- Jamous, H. ve Peloille, B. (1970). Professions or Self-perpetuating System; Changes in the French University-Hospital System. Jackson, J. (Ed.), *Professions and Professionalisation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klein, R. (1995). The State and the Profession: The Politics of the Double Bed. *BMJ*, 301, 700-702.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Liberati, E. G. (2017). Separating, Replacing, Intersecting: The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135-143.

- Light, D. W. (2010). Health – Care Professions, Markets and Countervailing Powers. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, S. Timmermans (Ed.), *Handbook of Medical Sociology*, 270 – 289. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Lin, K. Y. (2014). Physicians' Perceptions of Autonomy Across Practice Types: Is Autonomy in Solo Practice a Myth?. *Social Science & Medicine*, 100, 21–29.
- Lu, J. (2016). Will Medical Technology Deskill Doctors?. *International Education Studies*, 9 (7), 130-134.
- McKinlay, J. B., ve Arches, J. (1985). Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*, 5 (2), 161-195.
- Mead, N. ve Bower, P. (2000). Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine* 51 (7), 1087-1110.
- Navarro, V. (1988). Professional Dominance or Proletarianization?: Neither. *The Milbank Quarterly* 66 (Suppl.2), 57-75.
- Neuberger, J. (2000). The Educated Patient: New Challenges for the Medical Profession. *Journal of Internal Medicine* 247, 6-10.
- Oppenheimer, M. (1973). The Proletarianization of the Professional, *The Sociological Review*, 20 (S1), 213-227.
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17 (4), 457-467.
- 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 and Medicine*, 61: 465-79.
- Ritzer, G. (1975). Professionalization, Bureaucratization and Rationalization: The Views of Max Weber. *Social Forces*, 53 (4), 627-634.
- Ritzer, G. ve Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 67 (1), 1-22.
- Saks, M. (1994). *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. Londra ve New York: Routledge.

- Schulz, R. ve Harrison, S. (1986). Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health and Planning and Management*, 2, 335-355.
- Stevens, F. (2009). The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems. W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, MA ve Oxford: Wiley-Blackwell.
- Stoeckle, J. D. (1988). Reflections on Modern Doctoring. *The Milbank Quarterly*, 66 (Suppl.2), 76-91.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Welch, G. H., Schwartz, L. M. ve Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston, MA: Beacon Press.