



## SAĞLIK ALANINDA TÜRBÜLANS: İRTİFA KAYBEDEN HEKİMLER TURBULENCE IN HEALTH SECTOR: PHYSICIANS LOSING ALTITUDE

Ayşe TEKİN<sup>1</sup>, Esin KAYA<sup>2</sup>

### Öz

*Kamusal sağlık kuruluşları günümüzde artan bir biçimde hizmetlerin karşılaştırıldığı, ölçüldüğü, değerlendirildiği ve tüketildiği mekanlar olarak yeniden yapılandırılmaktadır. Ülkemizde son on yıldır uygulamaya konulan piyasa yönelimli sağlık reformları, bir yandan hastaları tüketicilere dönüştürürken diğer yandan hastaları için sağlık hizmeti üreten konumundaki sağlık emek gücünü sömürü ve tahakkümün nesnesi haline getirmektedir. Görev yönelimli sağlık emek süreci performans, kalite ve verimlilik adına mekansal ve zamansal yönelim temelinde yeniden örgütlenmektedir. Bu süreçte dönüşüm rüzgarlarının oluşturduğu türbülans nedeniyle mekansal ve zamansal sıkışma yaşayan hekimler irtifa kaybetmektedir. Bu çalışmada, hekim emeğindeki dönüşüm Barbara Adam'ın (1990) zaman çözümlemesi kullanılarak, zamanın metalaşması, sıkıştırılması, kontrolü ve kolonizasyonu süreçleri çerçevesinde değerlendirilmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Dönüşüm, Hekimler, Proleterleşme, Zaman

### Abstract

*At the present time, public health organizations are reconstructed progressively as places where service is compared, measured, evaluated and consumed. In our country, market-oriented health reforms have been implemented in the last decade. As a consequence of the reforms, patients turned into consumers, while health labor force producing health services for patients was turned into object of the exploitation and domination. Labor process of task-oriented health has re-organized on the basis of spatial and temporal orientation for performance, quality and productivity. In this process, physicians are experiencing time and space compression and are losing altitude as a consequence of the turbulence generated by the transformation process. In the study, transformation in physician labor is evaluated within the framework of the commodification, compression, control and colonization of time processes via Barbara Adam's (1990) analysis of the time.*

**Keywords:** Health Services, Transformation, Physicians, Proletarianization, Time

## 1. GİRİŞ

· Bu çalışma, 2-5 Ekim 2013 tarihinde, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nde düzenlenen 7. Ulusal Sosyoloji Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulan çalışmanın düzenlenmiş halidir.

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, aysetekin@mehmetakif.edu.tr

<sup>2</sup> Öğr. Gör., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, ekaya@mehmetakif.edu.tr

Türkiye’de, özellikle 1980 sonrasında kamusal sağlık hizmetlerinin verimsiz ve hasta beklentilerini karşılamaktan uzak olduğu yönündeki eleştiriler yaygınlaşmıştır. Bu soruna çözüm olarak, kamu sektörünün özel sektör gibi işletilebileceği görüşü öne sürülmüş ve büyük oranda kabul görmüştür. Günümüzde kamusal sağlık hizmetleri, özel sektör yönetim ilkelerinin benimsendiği ve kalite, verimlilik, rekabet, müşteri memnuniyeti gibi kavramların öne çıkarıldığı bir alan olmuştur. Sağlık harcamalarının artan mali yüküne vurgu yapılarak, genel yönetim alanında değişiklikler, etkililiği artırmak ve maliyeti azaltmak üzere yeni teknikler ve kontrol yöntemleri devreye sokulmaktadır.

Ülkemizde kamusal sağlık kuruluşları, özellikle 2000’li yıllardan bu yana, artan bir biçimde, hizmetlerin karşılaştırıldığı, ölçüldüğü, değerlendirildiği ve tüketildiği mekanlar olarak yeniden yapılandırılmaktadır. Piyasa yönelimli sağlık reformları, bir yandan hastaları tüketicilere dönüştürürken diğer yandan hastaları için sağlık hizmeti üreten konumundaki sağlık emek gücünü sömürü ve tahakkümün nesnesi haline getirmektedir. Görev yönelimli sağlık emek süreci performans, kalite ve verimlilik adına mekansal ve zamansal yönelim temelinde yeniden örgütlenmektedir. Bu süreçte dönüşüm rüzgarlarının oluşturduğu türbülans nedeniyle mekansal ve zamansal sıkışma yaşayan hekimler irtifa kaybetmektedir. Sağlık çalışanları ve özellikle hekimler yeni düzenleme, denetim ve izleme yöntemlerine maruz bırakılırken, bu yöntemlerin uygulanması onların kurulu güç ilişkilerini ve kurumsal düzenlemelerini tehdit etmektedir. Diğer bir deyişle, hekimlerin “proleterleşme” olarak ifade edilebilecek süreci yaşamaya başladıkları gözlemlenmektedir.

Bu çalışmada, ilk olarak hekimlerin yükselişine olanak sağlayan koşullar ve bu koşulların giderek kötüleşmesine neden olan süreçlere değinilecektir. İkinci olarak, ülkemizde 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlayan, kamusal sağlık hizmetlerinde süre giden piyasalaşma süreci değerlendirilecektir. Son olarak, bu sürecin hekim emek sürecini nasıl dönüştürdüğü Barbara Adam'ın zaman çözümlemesi kullanılarak analiz edilmeye çalışılacaktır.

## **2. YÜKSELİŞ VE İRTİFA KAYBI**

Star, 19. yüzyıl ortalarında hekimlerin önemli bir mesleki organizasyon ve statüden yoksun olduğunu ileri sürerek, mesleğin toplumsal olarak zayıf bir konumdan tıbbi egemenlik konumuna geçtiği toplumsal bağlama dikkat çeker. Tıp, bilimsel bir öneme sahip değildi, hastaneler gelişmemiştii ve çoğu hasta evinde bakım görmekteydi (1982’den Aktaran Turner, 2011:215). 1930’lardan itibaren hastalık nedenleri ve tedavileri konusunda devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmış ve tıp yükseliş geçmiştir. Tarihsel öneme sahip bir çakışma olarak tedavi devriminin sosyal refah devletinin ortaya çıktığı döneme denk gelmesi ve emek hareketlerinin de etkisiyle sağlık sosyal bir hak olarak benimsenmiş, 1945 sonrası çoğu ülkede devlet bu hizmeti sunma yükümlülüğünü üstlenmiştir (Leys, 2011:16-17). İkinci Dünya savaşı sonrasında ulus devletler modern tıbbi tedavilerin yapıldığı büyük hastanelerin açılmasına önem vermişlerdir. Toplum sağlığının korunması ve sağlığın eşit bir hak olarak herkese sunulması için topluma sunulan kamusal sağlık programları genişlerken, toplumsal uyumu sağlama işlevini üstlenmesi karşılığında hekimlerin ayrıcalıklı ekonomik ve sosyal konumları desteklenmiştir (Soyer, 2009:142).

Modern sağlık sistemlerinde yetkinin büyük bölümü idareciler yerine hekimlerde toplanmış, sağlık hizmetleri kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve kendi muayenehanelerinde serbest çalışan hekimler

aracılığıyla sunulmuştur. Sağlıkın kamu hizmeti kapsamına alınması ve devletin sağlık hizmetlerine yaptığı yatırımlar, hizmete erişim olanaklarını yaygınlaştırıp, talebi yükselterek hekimlerin elindeki gücü azaltmak bir yana daha da artırmıştır. Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelerin yanı sıra hekimlerin iyi örgütlenmiş meslek birlikleri de bu gücün pekişmesine katkıda bulunmuştur. Böylelikle, tıp alanı devletin desteğini arkasına alarak mesleğe giriş, tıp öğrenimi ve mesleği bağımsız icra etme hakkı üzerinde denetim kurmuştur (Amstrong and Amstrong, 2011:165-168).

1950 ve 1960'lı yıllar tıbbın altın yılları olarak ifade edilir (Hafferty ve Light, 1995:133). Freidson (1970) bu dönemde tıp mesleğinin özerk bir gruplaşma olarak bir dereceye kadar siyasal iktidardan bağımsız toplumsal bir güç oluşturduğunu belirtir. Tıp mesleği, 'iş'in kendisi ve diğer sağlık meslek üyelerinin yaptıkları iş üzerinde kontrol sağlamıştır. Tıp alanında kültürel inançlar yaratılmış ve güç kurumsallaşmıştır. Freidson'a göre, tıp kendini dış etkilerden koruyabildiği sürece özerkliğini devam ettirebileceğinden, bu amaca yönelik olarak toplumun kendilerinden bekledikleri standartları oluşturmuş, bir yığın etik kural koymuş ve mesleği dış etkilere kapatmıştır. Hekimler, sosyal kapanma olarak da ifade edilen kapalı düzen formuyla, tıp eğitimini dolayısıyla tıp bilgisini tekel altında tutarak ve meslek içi ilişkileri düzenleyerek tıp alanında özel kontrol mekanizmaları oluşturmuşlardır (Aktaran Cirhinlioğlu, 2000:12-13; Turner, 2011:156). Bu açıdan Light ve Levine tıbbı, kapitalist toplumun ortasında kendi üyelerinin karşılıklı yararlarını gözetmek, korumak ve mesleğin prestijini sürdürmek için oluşturulan kapitalizm öncesi loncalara benzetmektedir (1988:21).

Hekimler 1970'li yıllardan itibaren egemen konumlarını kaybetmeye başlamışlardır. Hekimlerin statüsü, özerkliği, gelirleri ve gücünde düşmeye yapılan vurgu literatürde sık sık işlenmeye başlanmış, tartışmalar 'proleterleşme' (Oppenheimer, 1973; Larson, 1980; Derber, 1982; McKinlay ve Arches, 1985) ve 'profesyonellikten çıkış' (deprofessionalism) (Haug, 1973) tezleri doğrultusunda ilerlemiştir.

Hekimlerin gücünün azalmasıyla ilgili tartışmalar, çoğunlukla sağlık sistemlerinde örgütsel değişimlerle eş zamanlı olarak ilerleyen, özerkliğin ve baskınlığın azalmasıyla ilgili olup genellikle 'profesyonellikten çıkış' kavramı ile açıklanmaktadır. Elston, tıbbi güç tartışmalarında özerklik ve baskınlık kavramlarının sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığını belirtir ve analitik bir ayrım yapar. Tıbbi baskınlık, tıbbın diğerleri üzerindeki otoritesine göndermede bulunur. Bu otorite, diğerlerinin eylemleri üzerindeki kontrole dayanır. Freidson ise baskınlığı, işbölümünde mesleki konuma göndermede bulunarak açıklar (Aktaran Elston, 2003:61-62). Turner, baskınlığın kurulmasında tabi kılma, sınırlama ve dışlama stratejilerinin kullanıldığını belirtir. Hemşirelik ve ebellek gibi meslekler uzun yıllar tıba tabi kılınmış ve bu tür meslekler kendini düzenleme, bağımsızlık ve özerklik bakımından çok az yetke alanına sahip olmuşlardır. İkinci strateji olarak tıp, mesleki sınırlama yoluyla dışçılık, gözlükçülük ve eczacılık gibi mesleklerin serbest faaliyetlerini engelleyerek bu meslekler üzerinde egemenlik kurmuştur. Üçüncü olarak, alternatif ya da rakip tedavi pratiklerini dışlamışlardır (2011:165).

Coburn (1992), tıbbın diğer mesleklerle üstünlük kurmasıyla birlikte özerkleştigiğine ve diğerleri üzerinde 'kontrolün sürekliliği'nin sağlandığına vurgu yapar (Akt. Elston, 2003:61-62). Tıbbın tabi kılma, sınırlama ve dışlama stratejilerini gerçekleştirebilmesinde önemli bir güce sahip olması ve bu gücü sürdürmesi gerekmektedir. Bu gücü profesyonel örgütler içinde yer alarak, tıbbi eğitimde yetke alanını koruyarak ve güçlü meslek birlikleriyle hareket ederek kullanma fırsatına sahip olmuşlardır. Günümüzde

ise, bir zamanlar tabi kılınan, engellenen bazı mesleklerin artan biçimde profesyonelleşme süreci yaşadıkları, bu nedenle hekimlerin diğer sağlık meslekleriyle bir tür aynı düzeye getirme mekanizmasına tabi kılındıkları ileri sürülmektedir (Kelleher, Gabe ve Williams, 2005:xiii).

Haug'un (1973) profesyonellikten çıkış tezi için kendisinden ziyade tüketici odaklı açıklamalara dayanmaktadır. Haug'un, profesyonellerin profesyonelleşmenin tersi bir profesyonellikten çıkış süreci yaşadıkları iddiası, profesyonellerin sahip oldukları prestiji ve kendilerine duyulan güveni yitirmeleriyle ilgilidir. Haug, profesyonellerin tıbbi bilgiyi tekelinde bulduklarının, kendi çıkarlarından çok kamu çıkarlarını gözettiklerini varsayan imajın ve işleriyle ilgili kuralları kendileri koyabilecek kadar güç sahibi olmalarının değişmeye başladığını iddia eder. Keyfini çıkardıkları özel prestij ve otoritenin ortadan kalkmaya başladığını belirtir. Bunun en önemli nedeni, hastaların eğitim düzeyinin yükselmesi ve tüketici konumuna yükselmelerinin bir sonucu olarak daha bilgili hale gelmeleriyle hekimlerin tıbbi bilgi üzerinde kontrol kaybı yaşamalarıdır. Profesyonellikten çıkış tezinde kültürel otoritede aşınma üzerinde durulur ve anahtar değişim eğitim düzeyinde yükselme ve tıbbi teknolojideki gelişmedir (Akt. Cirhinlioğlu, 2000:14). Bu iddia, mesleki statüdeki düşmeyle ilişkilidir ve genel olarak toplumsal tabakalaşma tezine referansla açıklanmaktadır.

Özerklikle ilgili tartışmalar, hekimlerin kendi çalışmalarının farklı yönleri üzerinde kontrol derecesi ve profesyonel özerkliğin farklı boyutları için bunun nasıl değiştiği üzerinedir. Profesyonel özerklikle ilgili üçlü bir sınıflandırma yapılmaktadır: ekonomik özerklik, ücretlerini saptayabilmeyi; siyasi özerklik, meşru uzman olarak sağlık konularıyla ilgili siyasi kararların alınmasında etkili olabilmeyi; klinik ya da teknik özerklik, kendi standartlarını belirleyebilmeyi, tıbbi eğitim, teknik bilgi ve beceriler, mesleki disiplin ve etik konular üzerinde kontrol sahibi olabilmeyi kapsar (Elston, 2003:61-62). Özerklikte düşüş, iş ve çalışma koşullarındaki değişimle yakından ilişkilidir ve bu bağlamda proleterleşme teziyle açıklanmaktadır.

Proleterleşme tezinde, üç alanla ilgili olarak özerklik kaybına vurgu yapılmaktadır. Larson (1980:162-170), klasik proletaryaya benzer şekilde, profesyonellerin yabancılaşmanın üç formuna maruz kaldıklarını belirtir. Ekonomik olarak yabancılaşma, zaman ve emeğini satarak formal olarak bir işverene tabi olunması ve becerilerin iş disiplini altına alınmasını ifade eder. Örgütsel olarak yabancılaşma, becerideki artış koşullarının kontrol edilmesi ve çalışma şartlarına itaatin sağlanmasıyla, işçinin beceri ve niteliklerinde kişisellikten uzaklaştırılmasıdır. Teknik olarak yabancılaşma ise işin yürütülmesi üzerinde kontrolün kaybedilmesidir.

Braverman, proleterleşme olgusunu işgücünün vasıfsızlaşması ve emeğin yabancılaşmasına yol açan bir süreç olarak inceler. Emek süreci, emek gücünün işçi tarafından satıldığı ve işveren tarafından satın alındığı koşulları yöneten bir sözleşme ile başlar. İşçi, çalışma anlaşmasına toplumsal koşulların kendisine, hayatını kazanacağı başka hiçbir yol bırakmaması nedeniyle girer. Böylece emek kullanım değeri üreten bir süreç iken özel olarak sermayenin genişletilmesi, karın yaratılması süreci haline gelmiş olan emek sürecine dönüşür. Emek süreci artık bir *sermaye birikim süreci* haline gelmiştir (Braverman, 2008:77-78). İkinci aşama, Taylorist prensiplere dayalı bilimsel yönetim ilkelerinin uygulanmasıyla birlikte gerçekleşen vasıfsızlaşmadır. Vasıfsızlaşma, insan emeğinde kavrama ve uygulamanın ayrılması ve kavramanın işçiden yöneticiye geçişiyle gerçekleşir. Çalışanın iş süreci üzerindeki kontrolü elinden

alınır. Bilgi üzerinde tekel kuran yönetim bu tekeli emek sürecinin her adımını ve uygulama tarzını denetlemek üzere kullanır. Braverman, alt parçalara bölünmesi en zor gibi görünen süreçlerin bile yeterli bir hacme ulaştıktan sonra bölünme muamelesine hazır olduğunu söyler. Böylece zihin/kol emeği ya da üretken/üretken olmayan emek ayrımı önemini yitirmektedir (2008:126-132, 290).

McKinlay ve Arches (1985:161-162), Barman'dan yola çıkarak, hekimlerin 19. yüzyıldaki zanaatkarların fabrika sistemine girişle birlikte kitlesel üretim mantığına ve kaba disiplinine tabi hale gelmesine benzer bir süreci deneyimlediklerini ve proleterleştiklerini ileri sürerler. Hekimlerin kendi hesabına çalışan konumundan bürokratik örgüt yapıları içine girişleriyle birlikte iş üzerindeki denetim, emek nesnesi, üretim araçları ve ücretler üzerindeki ayrıcalıklı konumlarını kaybettiklerini belirtirler. Özellikle Amerika'da modern hastane yöneticilerinin yer aldığı karmaşık organizasyonlarda karar verme üzerindeki denetimlerini kaybetmelerinden yola çıkarlar.

Derber (1983) 'profesyonellerin proleterleşmesi' tezini savunurken Braverman'ı izler, proleterleşmeyi teknik ve ideolojik olarak ayırır. Derber'e göre, 'artık değer'in gerçekleşmesine hizmet eden denetim olgusu kullanılma amacı bakımından önemlidir. İki tür denetimden bahseder ve bu iki tür denetimin kurulma sürecini 'teknik proleterleşme' olarak tanımlar. Birincisi, sermayenin çalışanlar üzerindeki denetimi, ikincisi sermayenin çalışanın iş süreci üzerindeki denetimini kapsar. Yabancılaşma olgusunu içeren 'ideolojik proleterleşme' ise, çalışmanın hedefleri ve toplumsal amaçları üzerindeki denetimin yönetim tarafından üstlenilmesine gönderme yapmaktadır. İdeolojik proleterleşmenin öğeleri kişinin işinin nihai ürününü, piyasadaki tasarrufunu ve toplumdaki kullanımını, kişinin işgücünü satın alan örgütlenmenin değerlerini ve sosyal politikasını seçme ya da belirlemedeki yetkisizliğini içerir (Derber, 2010:7-10).

Ünlütürk Ulutaş (2011), ülkemizde sağlık emek sürecindeki dönüşümü açıklarken Braverman'dan yola çıkar. Özellikle sağlık alanında yeni kamu işletmeciliği anlayışı doğrultusunda yapılan düzenlemelerin etkisiyle gerçekleşen hekimlerin çalışma biçimlerindeki dönüşümü proleterleşme bağlamında çözümler.

Ülkemizde hekimler devletin kendileri üzerindeki etkisinden tamamen bağımsız olmamışlardır. Sınıfın belirlenmesinde sömürü ilişkileri, yani üretim araçları sahipliği temel alındığında, hekimler kamusal sağlık örgütlerinde hiçbir zaman üretim araçlarının sahibi olmamışlardır. Ancak profesyonel örgüt yapıları içinde her zaman tahakküm gücünü ellerinde bulundurmışlardır. Hekimler çoğunlukla kısmi zamanlı çalışmayı benimseyerek, hem kamuda hem de kendi adına çalışan konumunda olmuşlardır. Siyasal alanda ise, sağlık sisteminin sorumluluğunu üstlenen bakan her zaman bir hekim olmuş, benzer şekilde hastane yönetimleri de her zaman hekimlere emanet edilmiştir. Bir anlamda yönetim hekimleri temsil eden bir görünüm kazanmıştır. Bu anlayışın yansımaları sağlık çalışanlarının hekim-hekim dışı sağlık personeli olarak tanımlanmalarında da görmek mümkündür.

Ülkemizde hekimlerin irtifa kaybı yaşamalarında temel neden, sömürü mekanizmalarına maruz kalmalarıdır. Sömürü tahakkümün temel amacı değil, bizzat onu açıklayan şeydir. Tahakküm ancak sömürü dolayımından geçerek açıklanabilir. Sömürüde içerilen artı-değere el koyma ise tahakküm uygulanmasını zorunlu kılar (Callinicos, 2009:70). Sömürü tahakküm dolaylı gerçekleşebildiğinden, sağlık alanındaki düzenlemelerin hedefi öncelikli olarak hekimlerin tahakküm altına alınması olacaktır.

Bunun yolu ise hekimlerin gücünü aşındırmaktan geçer. Bunun için hastaların yaşadığı sağlık sistemi kaynaklı sorunların nedeni olarak hekimler gösterilmekte ve halkın gözünde meslek itibarsızlaştırılmaktadır. Böylece sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler için meşruiyet zemini oluşturulmakta ve hekimleri tahakküm altına almanın önü açılmaktadır. İtibarsızlaştırmanın en önemli göstergesi ise son zamanlarda medyada sıklıkla karşılaştığımız, hastalar tarafından hekimlere uygulanan şiddettir. Böylece hekimler hem üstten yönetim kanadından hem de alttan hastalar kanadından olmak üzere iki taraflı bir baskı altında sıkışmaktadır.

### **3. TÜRBÜLANSIN ORTASINDA**

Proleterleşme, maddi yabancılaşma koşullarındaki kötüleşmenin çok ötesinde, böyle bir kötüleşmeye neden olan süreçlerin kavranmasını içeren bir olgudur (Öngen, 1996:178-179). Sağlık hizmetleri tarihi, pek çok bakımdan bu hizmetleri ortaya çıkartan emeğin üzerindeki egemenlik ve denetim mücadelesinin tarihi olmuştur. Egemenlik mücadelelerinin yapısı ve sonuçları zamana ve mekana göre değişime uğramış, dünya genelinde veya yerel ölçekte kendisini hissettiren etkilere göre şekil almıştır (Amstrong ve Amstrong, 2011:163).

İkinci Dünya Savaşından sonra uygulamaya konulan Keynesci refah devleti anlayışının hakim olduğu dönemde devletin kalkınmada öncü rolü oynaması, gerekli altyapı yatırımlarını gerçekleştirilmesi, tam istihdamı sağlayıcı ve çalışma ilişkilerini düzenleyici önlemleri alması, eğitim-konut ve sağlık gibi temel hizmetleri sunması yaygın kabul görmüştür. Ancak 1970'lerden sonra dünya genelinde yaşanan ekonomik krizle birlikte sosyal refah devleti sorgulanmaya başlanmış ve devletin küçülmesi gerektiğini savunan, serbest piyasa sistemine dayalı yeni liberal politikalar gündeme gelmiştir (Sallan Gül, 2004:301-302). IMF ve Dünya Bankası gibi finans kuruluşlarının verdikleri kredi borçlarına karşılık, yapısal uyum programları ile kamu sektöründe piyasa ve özel sektör yönelimli birçok reformun hayata geçirilmesi, kamusal hizmetlerin giderek özelleştirilmesi, pazarların özel tedarikçilere açılması ve sağlık, eğitim gibi alanlara devlet harcamaları üzerinde kısıtlama yapılması istenmiştir. 1980'lerden itibaren refah devletlerinin sorumluluğunda olan sağlık sistemleri piyasalaştırılarak eşitçilikten uzak bir yapıya büründürülmesi doğrultusunda çalışmalara girişilmiştir (Öztek, 2009:7-8; Leys, 2011:16-17).

1980'lerden bu yana ülkemiz küreselleşme aktörlerinin belirlediği doğrultuda küresel sistemle bütünleşmeye çalışmakta, devletin ve kamusal hizmetlerin yeniden yapılandırılması istemi doğrultusunda gereken düzenlemeler yapılmaktadır. 1987 "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile sağlık hizmetlerinde piyasa yönelimli sağlık reformlarına girişin ilk adımı atılmıştır. Ancak tabip odaları ve sağlık çalışanları örgütleri ile bazı siyasi partilerin tepkileriyle, Kanun'un bazı hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi nedeniyle öngörülen girişimler uygulamaya aktarılamamıştır. 1990'lı yıllarda reform çalışmaları yön değiştirmeden devam ederken, sağlığa bütçeden ayrılan paylar oldukça düşük düzeyde seyretmiş, kamu yatırımlarının erimesine paralel olarak kamu sağlık yatırımları da büyük ölçüde gerilemiştir. Bütçeden sağlığa ayrılan payların azaltılması, devlet ve üniversite hastanelerini döner sermaye benzeri araçlarla ayakta durabilme noktasına getirmiştir (Soyer, 2003:307-308, 314). 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte reform süreci hızlanmış, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumunda önemli değişimler yaşanmıştır. Sağlık sisteminin yeniden

yapılandırılması doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkarılarak, sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir yapıya dönüştürülmesi yönünde adımlar atılmıştır. Sağlık finansmanı tek elde toplanarak, özel sektör de dahil olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışının egemen olduğu Aile Hekimliği uygulaması başlamıştır. İkinci ve üçüncü basamak kamu sağlık hizmetlerinin sunulmasında işletmeciliği anlayışın yerleştirilmesi için kamu hastanelerinin idari ve mali olarak özerk bir yapıya kavuşturulma yönünde çalışmalar başlatılmış (Ataay, 2006:87-88; Ataay, 2007:15-21), kamu hastane birliklerinin oluşturulması ile bu sürece son nokta konmuştur. Döner sermaye ve performans dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir.

Kamu hastanelerinin işletmeler gibi yürütülebileceği varsayımıyla yürütülen küçülme ve desantralizasyon, hizmet kalitesi ve müşteri kültürünün yerleştirilmesi, sağlayıcılar arasında rekabet ve sürekli gelişme, daha sıkı ve etkili kaynak kullanımı, performans ölçümü ve çıktı kontrolüne vurgu gibi uygulamaya konan düzenlemelere bakılarak, günümüzde Fordist döneme özgü sağlık hizmeti anlayışından farklı bir rota izlendiği ileri sürülmektedir. Kamu yönetimi anlayışındaki bu değişimini açıklamak üzere, post-modernizm, post-fordizm gibi kavramlar sıkça kullanılmaya başlamıştır (Dent, 1995). Özellikle hiyerarşik ve merkeziyetçi kontrol yapılarının egemen olduğu modern dönem örgüt yapılarından post-fordist üretim modeli olan esnek uzmanlaşma ve yalın üretimin etkin olduğu örgüt yapılarına doğru dönüşüm üzerinde durulmaktadır (Dent, 1995:878). Gabe, Burry ve Elston (2004), sağlık hizmetlerinde bürokratik yapıların eriyerek, yeni esnek yapılanmalar ortaya çıktığını ileri sürerler. Sears (1999:91), devlet düzeyinde dramatik değişimleri ekonomide ve özelde yalın üretimin gelişmesiyle ilişkilendirir. Sosyal programlar kesilmekte ve yalın devlet temelinde yeniden biçimlendirilmekte ve yalın üretim teknikleri tüm toplum boyunca genişlemektedir. Sağlık sistemlerinde gözlenen değişimler 'yalın sağlık sistemi' kavramıyla açıklanmaktadır (Waring ve Bishop, 2010:1333). Toplam kalite yönetimi, tam zamanında üretim, kalite çemberleri gibi uygulamalar, yalın sağlık sistemlerinin temel prensipleridir.

Günümüzde Post-fordist bir döneme girdiğimizi belirten yazarların gözlemlediği değişimler her ülkede ve her sektörde eş zamanlı ve eş değer bir gelişim izlememektedir. Bu nedenle 1970'lerden itibaren post-fordist bir döneme girdiğimizi reddeden, daha çok bu dönemi neo-Taylorist olarak niteleyen yazarlar da vardır. Pollitt (1993:53), kamu yönetimi işletmeciliğinin artan oranda benimsenmesi ve uygulamaya sokulmasını Neo-Taylorizmin yükselişi olarak adlandırılır. Harrison (2002:475, 477), işletmecilik anlayışının bir parçası olan klinik yönetimi, hekimlerin tüm eylemlerinin gözlendiği veya gözlenemiyorsa da ilkesel olarak gözetlenebilir olduklarını bildikleri bir panoptikonik rejim tasarısı olarak tanımlar. Harrison, bu klinik yönetim mekanizmasını standardizasyon ve denetimin merkezileşmesi gibi özellikleri nedeniyle Fordist emek sürecine benzetir ve klinik kararların hekimlerde olduğu dönemden bir kopuş olarak nitelendirir. Özellikle bürokratik denetim üzerinde durur. Benzer şekilde Walby, Greenwell, Mackay ve Soothill (1994), hem kamu sektörünün genelinde hem de kamusal sağlık hizmetlerinde Taylorizmin önemine değinir. Dent, İngiltere'de ulusal sağlık hizmetlerinde 1989 ve 1991 arasında yönetici sayısının yaklaşık üç kat arttığını, hükümetin artan bir şekilde sorumluluğu yöneticilere

devrettiğini belirtir. Yönetici artışıyla birlikte denetimin yoğunlaşmasının ise hekimler için daha çok fordizme çalışma koşulları anlamına geldiğini ifade eder (1995:888).

Ülkemizde, kamusal sağlık alanında fordizme ve post-fordizme özgü düzenlemelerin yan yana yer aldığı gözlenmektedir. Çok amaçlı, hiyerarşik örgüt yapılarından ziyade daha kolay yönetilebilir, küçük, verimli, yerinde daha hızlı kararların alındığı, koordinasyonun kolaylaştırıldığı birimler halinde örgütlenme modeli benimsenmeye başlamıştır. Sonuçlara önem verilen, ölçülebilir sonuçlara odaklanarak sürekli performans ölçümüyle denetlenen, talebe göre esneyebilen bir yapılar öngörülmektedir. “Esneklik” her türlü plan, program ve stratejide yer almaktadır. Hastanelerde yönetim, organizasyon, hizmet anlayışı ve sunumu değişmekte; kaliteyi, verimliliği, etkinliği, esnekliği, katılımcılığı temel alan yeni yaklaşım ve teknikler devreye sokulmaktadır. Bu geçiş sürecinde, ülkemizdeki kamusal sağlık hizmetlerinin görünümü, özel sektörü taklit eder bir yapıya benzemeye başlayan ancak ne tam anlamıyla kamu ne de tam anlamıyla özel olarak tanımlanabilecek bir özellik göstermektedir. Ancak, hastanelerin birer işletmeye hizmet alanların ise müşteriye dönüştürülmesi sürecinde önemli mesafeler alındığı görülmektedir.

Ülkemiz sağlık alanındaki dönüşümleri açıklamada post-fordizm yararlı bir çerçeve sunsa da, özellikle emek süreci açısından daha çok Taylorist ilkelerin hayata geçirildiği bir süreç yaşanmaktadır. Ülkemizde sağlık emekçilerini hedef alan uygulamaların dayandığı söylemlerin asıl olarak Taylorist ilkelerle uyumlu iki temaya vurgu yaptığı görülmektedir; maliyetlerin azaltılması ve verimlilik. Taylorizmin temel felsefesi kaynak israfını önlemek, sistematik çalışmak, az zamanda çok iş yapmak, verimli çalışmak ve maliyeti düşürmektir. Verimlilik ilkesi, işletme faaliyetlerinin temeli olup, birim zamanda aynı miktar girdi ile daha fazla çıktı elde edilmesine dayanmaktadır (Taylor, 2007).

Halkın beklentilerinde artış, nüfustaki yaşlanma ve her geçen gün pahalı yeni tedavilerin ortaya çıkması nedeniyle sağlık harcamalarında muazzam artış olduğu ve kamusal kaynakların sınırlılığı konusunda sorunlar yaşandığı öne sürülerek, giderlerin kısılması önemli bir gereklilik olarak ortaya konarak bu gereklilik verimliliğe hayat kazandırmaktadır (Leys, 2011:33). Tedavinin maliyetine ve uzun vadedeki ekonomik sonuçlarına bakmadan girişimde buldukları için, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesinin temel sorumlusu hekimler olarak görülmektedir (Turner, 2011:226). Hekimlerin bireysel olarak sahip oldukları klinik özgürlüklerin verimsizliğe neden olduğu belirtilmektedir (Ludbrook ve Mooney, 1984:420). Bu nedenle maliyetlerin azaltılması ve verimlilik sağlanması isteniyorsa önce hekimlerden işe başlanması gerektiği ve verimlilik artışının ancak klinik özgürlüklerinin sınırlandırılması yoluyla sağlanabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yeni kamu yönetimi anlayışı çerçevesinde hastane yönetimleri ile ilgili yapılan düzenlemeler hastane yönetimlerinin profesyonel yöneticilere bırakılması yönünde bir anlayışı yansıtır niteliktedir. Bu, hekimlerin tıbbi kararlarının gün geçtikçe dış etmenlerin kuşatması altında kalması ve tıbbi kararlar üzerinde karar verme yetkilerinin hekim dışı aktörlere aktarılması anlamına gelmektedir.

#### **4. HEKİMLER VE ZAMAN BASKISI**

Zaman sözcüğü farklı kavramlara işaret etmesine karşılık, pek çok sosyolojik tanım, zamanın bir anlamda toplumsal olduğunu varsayar. Zaman kategorisinin doğal değil toplumsal olduğunu, toplumsal



olarak üretilmiş olan ve bu nedenle toplumlar arasında değişiklik gösteren, nesnel olarak verili bir toplumsal düşünce kategorisi olduğu ileri sürülür. Modern öncesi toplumlarda zamana dair ifadeler, döngüsel ekolojik değişimlere dayalı toplumsal etkinliklere gönderme yaparken, önemli toplumsal etkinliklerden yoksun dönemlerde zaman belirtilmez ve göz ardı edilir. Modern yaşamda ise saat-zamana güvenilir hale gelmiş ve zaman çoğunlukla toplumsal etkinlikler açısından yapılandırılmaktan uzaklaşmıştır. Saat-zaman modern toplumların ve onların kurucu toplumsal etkinliklerin örgütlenmesinde merkezi hale gelmiştir. Zaman soyut, bölünebilir, evrensel olarak ölçülebilir bir şekilde hesaplanmaya başlamıştır. Saat aracılığıyla örgütlenmiş zamansal düzenlilik, kapitalist toplumun can alıcı özelliği olmuştur (Urry, 1999:14-15).

Saat-zaman insan tasarımı olarak oluşturulmuştur, bununla birlikte temel olarak doğanın geçici süreçlerinden farklı olan bir dizi özelliğe sahiptir. Doğanın ritmik döngüsü değişkendir, saatin bir saatlik döngüsü değişmez ve kesindir. Doğada her bir ritmik dönüş aynı anda bağlam bağımlı bir yenilemedir, saat zamanın aynı saatin dönüşü bağlamdan ve içerikten bağımsızdır. Hayvanlar ve bitkiler varoluşlarında zamana kodlanmışlardır, saat olarak ifade edilen zaman bu ölçüdür süreçlere dışsaldır. Bu saatte kodlanmış zaman türünün dayandığı kozmik ve dünyevi zamanların temelde farklı olduğu anlamına gelir. Doğanın değişken ritimlerinin aksine, zamanın değişmez ve kesin ölçümü bir insan icadıdır ve toplumumuzda bu zaman insan tasarımı olarak oluşturulmuştur, sanki başka zamanlar yokmuşçasına kendi başına zamanla ilişkili olduğu ölçüde baskın hale gelmiştir. Saat-zamanı doğallaştırılmıştır. Barbara Adam, zamanın insan tasarımı yeniden inşasının endüstriyel kültürün gelişmesinin önemli bir ön koşulu olduğunu belirtir (2003:62).

Weber, kapitalizmin Protestan etikle uyumluluğuna ilişkin çözümlemesinde, "zamanın boşa harcanmasının en ölümcül ilk günah olduğu; dostlukla, aylak konuşmayla, lüks hayatla ve hatta gereğinden fazla uykuyla zaman yitiminin ahlaksal kınamayı hak ettiği" düşüncesinin önemine değinir. Benjamin Franklin'nin "vakit nakittir" deyişinde olduğu gibi, zamanı boşa harcamak parayı boşa harcamaktır. Bu nedenle insanlar zamanı tutumlu kullanma, zamanı boşa harcamama, kendi ve başkalarının zamanını titizlikle yönetmenin görevleri olduğu öğretisini benimsemişlerdir. Sadece çalışma değil, boş zamanların da benzer tarzda örgütlenerek, planlanıp hesaplanarak kullanılması gerektiği yaygın kabul görmüştür. Modern toplumlardaki çeşitli süreçler insanları hem zamana doğru bir yönelim gösteren hem de zaman tarafından disipline edilen zamansal önelere dönüştürmüştür (Urry, 1999:16).

Harvey, küreselleşmeyle bağlantılı çözümlemesinde zaman-mekan sıkışmasını merkeze alır. Zaman-mekan sıkışmasını fordizmden post-fordist esnek birikime geçişi açıklamada kullanır. Kapitalizm bunalım dönemlerini zaman ve mekanın yeniden örgütlenmesiyle yenebilmektedir. Zaman ve mekan her kapitalist dönemde üretimin büyümesi, emek gücünün yeniden üretimi ve karın azamiye çıkarılmasını kolaylaştıracak biçimde yeniden örgütlenmektedir. İletişim teknolojilerinin hızlı gelişimi, kısa ömürlü moda akımları, ürünlerin, ilişkilerin, sözleşmelerin geçiciliği gibi gelişmelerle mekan küçülerek küresel köye dönüşürken, zaman şimdinin her şey olduğu noktaya dek kısalmakta ve insanları zaman ve mekan sıkışmasının yarattığı bunalımcı duyguyla başetmek zorunda bırakmaktadır (Harvey, 2006:317).

Adam, çalışmalarında zamanı sosyal ve organizasyonel yaşamın önemli bir özelliği olarak ele alır. Planlar, performans, üretkenlik ve ödemeler tümüyle zamanla ilişkilidir ve sıklıkla zamanla ölçülür.

Endüstriyel yaşamda zaman kıt bir kaynak olarak algılanır, hız verimlilikle ilişkilidir. Mola, durma, bekleme, dinlenme gibi durumlarda zaman üretken olmayan, ziyan ve kayıp fırsat olarak değerlendirilir. Zaman-para denklemi çağdaş batıdaki iş yaşamı ve emek ilişkilerine nüfuz etmiştir. Şirketler emek maliyetlerini zamana göre hesaplarlar. Emek ücreti saat, hafta ya da aya göre ödenir. Artık değer ve kar zamana referans olmaksızın kurulamaz (2001:6-7).

Adam, geçmiş ve şimdiki çalışma ve üretim pratiklerini karşılaştırırken zaman nosyonunu kullanır. Zaman, verimlilik ve normalleştirme üzerine ekonomik bir değer koyan modernizasyon sürecinde çalışma zamanının rasyonalizasyonunu açıklamak için bir çerçeve önerir. Bu çerçevenin günümüzde küreselleşmeyle ilişkili kesintisiz çalışma biçimlerini değerlendirmede de yararlı olabileceğini belirtir. Onun zaman çözümlemesi, zamanın metalaştırılması, zamanın sıkışması, zamanın denetimi, zamanın kolonizasyonu kategorilerini içermektedir (Adam, 2001; Adam, 2003). Bu bölümde, Adam'ın zamanla ilgili kategorileri kullanılarak, sağlık alanındaki yaşanan dönüşümlerin bir sonucu olarak kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin zamanlarının nasıl metalaştırıldığı, sıkıştırıldığı, kontrol altına alındığı ve sömürgeleştirildiği gösterilmeye çalışılacaktır.

#### **4.1. Zamanın Metalaşması**

Zamanın metalaştırılması "vakit nakittir" iddiasında yansıtılmaktadır. Zamanın metalaşması, alınıp satılabilen bir şey gibi meta formu aracılığıyla nesneleştirilmesi anlamına gelir. Zamanın metalaştırılması zamanın nesneleştirilmesinden farklıdır. Zamanın nesneleştirilmesi saat-zaman gibi form alırken, zamanın metalaştırılması zamanın içeriğinin para değeri formunu almasıdır (Adam, 2001:6-7; Adam, 2003:65).

"Vakit nakittir" inancı yönetimin merkezi ekonomik bir gerçeği olarak içselleştirilmiştir. Bunun için çalışanın emek zamanının bağımlı kılınması ve kullanım değerinin soyut değişim değerine dönüşmesi gerekir (Adam, 2001:6; Adam, Whip and Sabelis, 2002:15-17).

Ülkemizde hekimlerin zamanının metalaştırılmasına dair ilk gelişme, kamu hastanelerinde çalışan hekimlere tam gün çalışmanın dayatılarak, hekimlerin hastane çatısı altında toplanmasıdır. Ülkemizde hekimler uzun yıllar kısmi çalışma modelini benimseyerek hem kamuda çalışan hem de kendi adına çalışan konumunda olmuşlardır. Bu çalışma sistemi tıbbi hegemonyaya katkıda bulunmuştur. 1961 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" ile kamuda çalışan hekimlerin özel hekimlik yapamayacakları (Fişek, 1991) kararı alınmış ancak uygulamaya geçilememiştir. 1978'de tam gün çalışma esası yeniden getirildiyse de uygulanması kısa süre devam etmiş ve 1982'de kaldırılmıştır (Türk Tabipleri Birliği (TTB), 2012:250). Hekimler uzun yıllar tam gün çalışmaya direnmişler, güçlü bir meslek olmaları nedeniyle tam gün çalışma uzun yıllar tasarı olmaktan öteye gidememiştir.

Kamuda çalışan hekimlerin çoğunun kısmi zamanlı çalışmaları nedeniyle hastanelerde hekimler üzerinde denetim kurulamayacağı açıktır. Bu nedenle, hekimlerin tam gün çalıştırılmaya başlamasıyla tamamen alacakları ücrete tabi konuma gelmeleri ve emek zamanının karşılığının parayla ölçülebilir hale dönüşmesi öncelikli amaç olmuştur. 2002 yılında kamuda çalışan hekimlerin %89'u kısmi zamanlı çalışırken yalnızca %11'i tam gün çalışmaktaydı. Ancak gerek performansla dayalı ek ödeme sisteminin getirilmesi gerekse tam gün çalışan hekimlere yönelik tavan ek ödeme oranının yükseltilmesi, yarı zamanlı çalışanlardan kesinti yapılması, kamuda tam gün istihdam edilen hekimlerin oranının

yükselmesine neden olmuştur. 2003'ten 2007'ye gelindiğinde kamuda tam gün çalışan hekimlerin oranı %62'ye yükselmiş, yarı zamanlı çalışanlar ise %38'e düşmüştür ("Kamuda çalışan 23 bin doktorun zor seçimi", 2007). 30 Ocak 2010'da Tam Gün Yasası'nın yürürlüğe girmesiyle birlikte, 2011 yılından itibaren hekimler kamu hastanelerinde tam gün çalışmaya başlamışlardır. Amaç, dışarıda çalışmalarının engellenmesi ve böylece kamusal sağlık bakımının iyileştirilmesi olarak öne sürülmüştür. Amaç böyle olunca karşı çıkışlar da anlamsız kılınmıştır. Ancak, özel sektörün önerdiği yüksek ücretler, hekimlerin özel lehine tercih yapmasını kolaylaştırmıştır. Hekimlerin %5'i tam gün çalışmaya razı olmamış, kamu hastanelerindeki bazı doktorlar istifa ederek özel sektöre geçerken, emeklilik vakti gelenler de emekli olup özel sektöre geçmiştir (Hoşgör, 2010).

Hekimlerin zamanının metalaşmasıyla ilgili ikinci gelişme parça-başı ödeme sistemine geçiştir. Sağlık hizmetleri alanında 2006 yılında hayata geçirilen, sağlık personelinin düzenli maaşının yanında döner sermayeden her ay aldığı bir ek ödemeyi içeren Performansa Dayalı Ek Ödeme uygulamasıyla, hizmet başı ödeme ile hekimin hastaya sunduğu her bir hizmetin ücretlendirilmesi sağlanmıştır (TTB, 2012:165). Hekimlerin performans değerlendirmelerinin yapılabilmesi için becerileri ve girişimsel işlemler sınıflandırılmış, beceriler puan ve ücrete karşılık gelen soyut etkinliklere dönüşmüştür. Hasta muayenesi puana, puan paraya dönüşmüştür. Sağlık hizmetleri hekimlerin ürünüdür. Ancak, bakılan hasta sayısı hastanenin performans göstergesine dönüşmüş, muayene ve tedavi de artık hekimin bir becerisi, başarısı değil hastanenin başarısı durumuna gelmiştir. Hekimler artık kendilerini, bu organizasyonların var olmasının ve sürmesinin bir sonucu olarak görmeye başlamışlardır.

#### **4.2. Zamanın Sıkıştırılması**

Zaman para olduğunda, hızlı olmak daha iyi olmak anlamındadır. Zaman metalaştığında, zamanın sıkıştırılması verimlilik ve kar için belirleyici olur ve hız sorgulanmayan bir şey olarak yüceltilir (Adam, 2003:67). Zaman para olduğunda, her şeyin daha hızlı hareket etmesi yoluyla işleyen sistem işletme açısından iyidir, boş zaman ya da kullanılmayan zaman boşa giden paradır (Adam, 2001:8).

Zaman ekonomik maliyetle ilişkili olduğunda, hız ve etkililik teşvik edilir. Zamanın sıkıştırılması, çalışanlardan aynı zaman periyodunda daha fazlasını başarmasını gerektiren süreçleri kapsar. Görevlerin daha küçük birimlere doğru bölünmesi ve böylece arka arkaya ve hızla yapılması ya da yavaş ve üretken olmayan dönemleri kaldırmak yoluyla çalışmanın yeniden örgütlenmesi biçiminde düzenlenir. Etkililik, bir şeyi ya da bir görevi yerine getirmeyi olası en kısa zamanda yapmaktır. Karlılık, emek zamanı olası en az maliyetle hızlandırmakla sağlanır. Bunu yapmanın en iyi yolu ise rekabettir (Adam, 2001:9).

Hekimlerin tam gün yasasıyla hastane çatısı altında toplanması ve alacakları ücrete bağımlı hale gelmeleri süreci, hekimlere kendi çalışma temposunun tersine düzenli çalışma saatleri içinde arzulan çalışma temposunu dayatabilmenin de önünü açmıştır. Sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücretlendirme sistemi zamanı sıkıştırmanın en önemli aracı olmuştur. Taylorizmin, temel ilkelerinden biri olan gayret-mükafat ilkesi hastanelerde uygulanmaya başlamıştır. Hastanelerde parça başına ücretle eş değer hasta başına ücret, girişim başına ücret uygulamasına geçilmiştir.

2007 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" çerçevesinde, hastanelerin performans göstergeleri arasında hasta kalış süresinin kısalması, yoğun bakım ve servislerde yatak sayısının artırılması ve doluluk oranının yükseltilmesi önemli hedefler olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı (SB), 2010a:100). Bu performans göstergelerine ulaşma çabalarına bağlı olarak hasta muayene, yatış, işlem ve taburculuk döngüsünde dayatılan hızlı tempo ile emek zamanı sıkıştırılmakta ve yoğunlaştırılmaktadır. Özellikle cerrahi servislerinde, sürekli operasyonlarla ameliyathaneler boş bırakılmamakta, cerrahi yoğun bakımdan servise çıkarılan hastalar bazen ortalama kalması gereken süreden bile daha kısa zamanda taburcu edilmektedir. Çünkü yeni vakaların durmaksızın cerrahi birime kabulü, yoğun bakımın ve servislerin hızla boşaltılmasını gerektirmektedir.

Sağlık alanında hastalara sağlanan kolaylıkların, erişebilirliğin artmasının yanı sıra performans göstergelerinin önem kazanması ve performansa dayalı ek ödemelerin yapılmaya başlamasıyla birlikte, hasta başvuru sayıları 2002'den 2011'e kadar SB hastanelerinde 2.3 kat, üniversite hastanelerinde 2,8 kat, özel hastanelerde 10.3 kat artmıştır. Ameliyat sayıları SB hastanelerinde 2 kat, üniversite hastanelerinde 2 kat, özel hastanelerde 7 kat artmıştır (Çamurdan, 2013). Bu artışlar nedeniyle hekimler gün içerisinde çok sayıda hasta muayene etmek ve işlem yapmak zorunda kalmışlardır. Hasta sayısı arttıkça muayene süreleri kısalmıştır (TTB Etik Kurulu, 2009: 36). Performansa göre ücret mekanizmasıyla hekimlerin büyük çoğunluğunun bu durumdan şikayet etmesinin önüne geçilmiştir. Dışarıda bekleyen çok sayıda hasta, yanıp-sönen numaratorler, bekleyen gergin hastalar karşısında hizmet vermek zorunda kalmaları, muayenelerin rutin hale gelmesine yol açmıştır. Ata Soyer'den yapılan aşağıdaki alıntı durumu iyi bir şekilde açıklamaktadır:

*"...Çalışılan yer "fabrika" olunca, iş temposu da ona göre ayarlanıyor. Hasta başına ayrılan süreler hesaplanıyor, "verimlilik" bahanesi ile tempo hızlandırılmaya çalışılıyor. Artık, hekimlerin öyle düşünmeye, hastalığı anlamaya ayıracak çok zamanları yok. Şimdi "klinik kılavuzlarımız" var... Geçtiğimiz yüzyılın başlangıcında fabrikalarda uygulanmaya başlayan bilimsel yönetim, yani Taylorizm, artık sağlık sektörüne de girmeye başladı" (Soyer, 9 Aralık 2009).*

Taylorizmde zamanın sıkıştırılması için parçalanmasından ve zihin ve kol emeğinin ayrılmasından köken alır. Tüm üretken olmayan zamanların çıkarılmasıyla birlikte, görev zamanlaması ve biçilen standart zaman üretim sürecinin ve günlük çalışmanın içsel bir parçası durumuna getirilir. Taylorizmde "kronometre bir kırbaç ile eşdeğerdir" (O'Malley, 1992'den Aktaran Adam, 2001:13). Sağlık hizmetleri alanında bunu sağlamanın yolu kanıta dayalı tıp uygulamalarını desteklemek olmuştur. Kanıta dayalı tıp uygulamalarının ortaya konması, önceleri sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönünde amaçlar taşısa da sonradan maliyet kısma ve egemenlik stratejileri uygulamalarına dönüşmüştür. Kanıta dayalı tıp doğrultusunda geliştirilen uygulama kılavuzları ve tedavi protokolleri, performans göstergelerinin oluşturulması esasına dayandırılmaktadır. Hangi işlem, neden, nasıl, ne kadar sürede yapılacak gibi işlemlerin detaylı olarak açılımını içererek, bu işlemler üzerinde denetimi kolaylaştırmaktadır. Bunu doğrudan uygulamak kolay olmadığı için öncelikle performans göstergelerine zemin oluşturacak raporlar hazırlanmıştır. Bir sonraki adımda performans göstergeleri ile ücretler arasında bağlantı kurmak mümkün olmuştur. Hastane yatış kararlarında standart protokoller çerçevesinde gerekçelendirmeler her geçen gün

daha fazla istenir olmuştur (Amstrong and Amstrong, 2011:173-174). Ülkemizde de kanıta dayalı tıp uygulamaları desteklenmekte, bu amaçla standart tedavi ve işlem prosedürleri oluşturulmaktadır (www.kalite.saglik.gov.tr). Performans kriterleri oluşturmak amaçlı olarak başlatılan bu süreçte, tıbbi bilgiyi sınıflandırma, tabloya dökme, akış şemaları haline getirme, formüllere indirgeme yoluyla tıbbi bilginin kullanım hakkı hekimlerden yöneticilere aktarılmakta ve görevler standartlaştırılarak zamanı hızlandırmanın önü açılmaktadır.

#### 4.3. Zamanın Kontrolü

Zaman metalaştığında kıt bir kaynak olur ve zamanın kontrolü yönetimin merkezi bir görevi haline gelir. Bu görev, rakiplerden daha hızlı olabilmeyi, her bir işlem zamanının kısaltılmasını ve kaynakların devir hızını artırmayı gerektirir. Ancak zamanın kontrolü yalnızca zamanın sıkıştırılması yoluyla yapılamaz. Ek olarak, geçmiş-şimdi ve geleceğin yeniden düzenlenmesini, hareket dizilerinin yeniden sıralanmasını, ritmikliğin rasyonelleştirilmiş bir tempoya dönüşmesini, zamanın zirvede daha etkin kullanımını ve üretken olmayan zamanların elimine edilmesini içerir. Zamanın kontrolü hem sıkıştırma hem yönlendirme aracılığıyla ilerletilir (Adam, Whip and Sabelis, 2002:18-19).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan uzaklaşarak daha çok sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir yapıya dönüştürülmektedir. Sorumlulukların paylaşılması ve yerinden yönetim, serbestleştirme, ticarileştirme ve özelleştirmeye yönelik reformlar doğrultusundaki gelişmelerle birlikte izleme ve değerlendirme ihtiyacının arttığı belirtilmektedir (Kusek and Rist, 2010:10). İzleme ve değerlendirme yeni bir olgu değildir. Sağlık sisteminde geleneksel yönetim anlayışı çerçevesinde izleme ve değerlendirme daha çok bürokratik kontrol aracılığıyla yürütülmüştür. Bürokratik kontrolde, daha çok süreç odaklı, aralıklı teftişlerin yapıldığı, geliştirmeden ziyade korumayı hedefleyen bir kontrol söz konusu olmuştur. Bu süreçte hekimler doğrudan izlenmemiştir. Hekimler yönetsel hiyerarşide üst konumlarda yer almışlar, tıbbi normların belirleyici olduğu bir sorumlu özerklikle, zamanlarını ve klinik becerilerini kendileri denetlemişlerdir. Yeni kamu yönetimi anlayışı doğrultusunda sağlık hizmetleri alanında, teftiş yerine rehberliğe, aralıklı hesap verebilirlik yerine sürekli hesap vermeye ve şeffaflığa, korumadan ziyade geliştirmeye ve hızla değişen piyasaya uyum yapmaya vurgu yapan, hedef yönelimli ve daha çok sonuçları temel alan performans odaklı bir izleme ve değerlendirme anlayışı öne çıkmıştır. İzlenecek ve değerlendirilecek sonuçlar önceden belirlenerek, hedefler şeklinde sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerinin tüm ülkede etkin biçimde uygulanması amacıyla stratejik planlar oluşturulmakta ve bu planlarda geleceğe yönelik hedefler ve başarı ölçütleri açıkça ortaya konmaktadır. 2008'de %63 olan yatak doluluk oranının 2014'te %75'e çıkarılması, 2008'de 4.2 olan ortalama kalış süresinin 2014'de 4'ün altına çekilmesi gibi hedefler bunlardan bazılarıdır (SB, 2010a:100). Bu hedeflere ne kadar ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmek üzere, belirli sürelerle izleme ve değerlendirme yapacak birimler, komisyonlar, inceleme heyetleri oluşturulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmeden bahsedebilmek için öncelikle mevcut durumumuzun ne olduğunu ortaya koymanın önemine dikkat çekilerek, periyodik ölçme ve değerlendirme çalışmaları yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Böylece kurumlarda sistematik bir şekilde ölçme kültürünün yerleşmesiyle, belirlenen parametrelerle yönelik çabaların ne kadar etkili, etkin ve verimli olup olmadığı belirlenmek istenmektedir (SB, 2012).

Hekimlerin zamanının sıkıştırılması amacıyla uygulamaya geçirilen performans değerlendirme sistemi aynı zamanda onların zamanlarını kontrol etmek ve onları yönlendirmek için de kullanılmaktadır. Marx, 'terletme sistemi' olarak adlandırılan parça başı ücretin, zamana göre ücretin değişikliğe uğramış hali olduğunu belirtir. Bu ücretlendirme şeklinde, emeğin fiyatının ücret ve zaman oranıyla değil de üreticinin iş yapma yetisiyle belirleniyormuş gibi görüldüğünü söyler (1975:583, 586). Hekimler zamanının değil becerisinin karşılığının ödendiğini düşünür. Böylece rızaya dayalı olarak yüksek performans göstermek için çabalarlar.

Performansı değerlendirebilmenin yolu yapılan işlerin kaydının tutulmasıdır. Hastanelerde hekimlerin koydukları tanıyı, yaptıkları her girişimi ve işlem basamaklarını, reçete ettikleri ilaçları, kullandıkları malzemeleri Medula Sistemine girmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Böylece hekimler enformasyon teknolojisinin gözetimine girmişlerdir. Artık, performansın izlenmesi ve değerlendirilmesi sonucunda, önceki performansıyla şimdiki performansının karşılaştırılarak, geleceğe yönelik gerekli planlamaların yapılabilmesi mümkün kılınmış olur. Veriler hedefler ve sonuçlar açısından ne konumda olduğu bilgisini verir, izleme süreci hedeften saptığında bu sapmanın nedenleri değerlendirme süreciyle bulunur. Çıktı kötüyse performans kötüdür ve hesap sorulur. Böylece gönülsüz çalışma, kaytarma ve motivasyon düşüklüğünün daha sıkı denetlenmesinin gerekçesi sunulmuş olur. Hesap veren hesap sorana sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirip getirmediğinin gerekçelerini sunmak zorunda kalır. Devlet yöneticiye hesap soracak, hesap veren yönetici aynı zamanda hesap soran konumunda olup hekimlere hesap soracaktır. Yöneticiler daha üst yöneticilere karşı hesap verecekler. Dolayısıyla hesapverebilirlik hiyerarşik basamakları ve yaptırım gücünü gerekli kılmakta, hekimlerin bu hiyerarşik basamaklardaki konumu aşağı çekilmek istenmektedir. Bu yolla, hekimlerin zamanı rızaya dayalı denetimin yanı sıra baskıya dayalı olarak da kontrol edilmesi mümkün olmaktadır.

Yukarıdan denetimin yanı sıra rekabet yoluyla hekimin hekimi gözetmesi sağlanmaktadır. Performans değerlendirmesine göre alınan ücretlerde farklılıklar olmasından dolayı klinikler arasında ve aynı klinikteki hekimler arasında çalışma barışı olumsuz etkilenmektedir. Hekimler birbirlerinin aldığı ücretleri takip eder hale gelmişlerdir. Diğer yandan hekimlerin zamanlarını denetlemede hastalar da devreye girmektedir. Bir yandan hekimden verimlilik adına çok sayıda hasta bakması istenirken, diğer yandan kalite adına bir hastaya ortalama ayırması gereken zaman belirlenmektedir. Bu zamanın ayrılıp ayrılmadığı, hastanın memnun kalıp kalmadığı hastalara sorularak, hastalar aracılığıyla da zaman denetlenmektedir (Akarsu Çelik, 2012).

Sağlık hizmetlerinde kalite kontrolüne vurgu artmış, verimlilik ve etkililik kaliteyi gösteren hedefler olmuştur. Kalite kontrolü, üretimin standartlaştırılması, daha sonra da bu standartların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin ölçülmesi ile ilgilidir. Standart bir üretim ve üretim süreci yoksa kalite kontrolünün yapılabileceği bir ortam da yok demektir (Kayıran Dikmen ve Dikmen, 2004:191-192). Başarı ya da başarısızlık nicel verilere dayanarak belirlenmektedir. Bir kurumda tetkik, lokal anestezi, yatırılan hasta, yoğun bakıma yatırılan hasta ve konsültasyon isteme sayılarının artış göstermesi olumlu bir gelişme ve hatta önemli bir başarı olarak değerlendirilmektedir. Ancak aynı tabloda endikasyonsuz müdahaleler, etik olmayan uygulamalar ve uygulama hatalarının (malpraktis) artmış ve

hasta başına düşen muayene süresinin azalmış olması, görünürdeki bu başarıya daha dikkatli yaklaşmayı gerektirir (TTB Etik Kurulu, 2009:36).

#### 4.4. Zamanın Kolonizasyonu

Zamanın kolonizasyonu iki şekilde gelişmiştir: zamanla kolonizasyon ve zamanın kolonizasyonu. Zamanla kolonizasyon, Batı saat-zamanının ve metalaşan zamanın dünya geneline yayılması, sorgulanmaz şekilde empoze edilmesi ve tartışılmaz bir standart haline gelmesidir. Zamanın kolonizasyonu ise saat-zamanın organizasyonlarda, sosyo-ekonomik yaşamın düzenlenişinde önemli bir güç olarak ortaya çıkmasıdır. Endüstriyel zaman globalleşmiş, sorgulanmayan bir norm olarak ekonomik değerle ilişkilendirilmiştir (Adam, 2003:71).

Zamanın kolonizasyonu, ilk olarak gazın ve sonrasında elektriğin kullanılmaya başlamasıyla gecenin kolonize edilmesini ve yararlanılan gün ışığı periyodunun 24 saate çıkarılmasını içerir. Gece çalışması, vardiya çalışma ile 24 saat durmaksızın çalışma ile organizasyonlarda sosyal zamanın düzenlenişi değişmiştir. İkinci olarak, endüstriyel ekonomi geleceğe odaklanmıştır. Geleceğe odaklanmak, şimdi elde olanların değerlendirilmesini ve kar, kayıp, risk analizi yapılmasını gerekli kılar. Bu amaçla geçmiş ve gelecek arasında, geleceği şimdiden güvence altına almak için çok sayıda ekonomik strateji izlenmektedir (Adam, Whip and Sabelis, 2002:20-21).

Kapitalist toplumlarda insan yaşamı zamansal olarak, mesleğe hazırlık için eğitim görme, meslek sahibi olduktan sonra uzun bir süre çalışma, emeklilik dönemi olarak kabaca üç döneme ayrılmıştır. Refah devleti döneminde günlük çalışma süresi, tatiller, dinlenme molaları, emeklilik süresi çalışma yasalarınca belirlenmiş ve standartlar getirilmiştir. Böylece günlük yaşam, iş yaşamı ve boş zaman olarak iki kısma ayrılmıştır. Tam gün çalışan bir ücretli, boş zamanını işe hazırlanmakla geçirmiş, ücretsizler de tam gün çalışanın çalışmasını devam ettirebilmesi ve çocukların sisteme hazırlanması için çalışmışlardır. Dolayısıyla kapitalizm, toplum içinde herkesi kapsayan ve tüm toplumsal yaşamı kolonize eden bir sistem yaratmıştır (Cleaver and De Angelis, 2005:85). Bununla birlikte refah devleti, çalışanlar ve çalışmayanları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alarak toplumsal risklere karşı korunmuş ve onlara temel bir yaşam seviyesi sunmuştur (Sallan Gül, 2004:147). İnsanlar boş zamanlarının ve emeklilik sonrasında kısmen kendi insiyatifleri doğrultusunda geçirebilme özgürlüğüne sahip olmuşlardır.

Günümüzde çalışma zamanı boş zaman ayrışması önemini yitirmekte, yönetimin bağlamını temelden değiştiren küresel elektronik ağ iletişimi ile zaman ve mekan önemsizleşerek, organizasyonun değil insanların durmaksızın yirmi dört saat çalışması ile yaşamlar kolonize edilmektedir (Adam, Whip and Sabelis, 2002:20-21). Düzenli istihdam ve iş güvencesi yerini güvencesizlik, işsizlik, belirsizlik ve gelecek kaygısına bırakmaktadır. Güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte emeklilik sonrası diye bir dönemden de bahsedilmesi zorlaşmıştır.

Sağlık hizmetleri emek yoğun bir sektördür. Sağlıkta işgücü maliyeti yüksektir. Bu nedenle ana politikalarından biri işgücü maliyetlerinin düşürülmesi olagelmıştır (Amstrong and Amstrong, 2011:170). Mesai saatleri düzenlenmesi, daha düşük maliyetli çalışanlar istihdam etme, işgücü ihtiyacını azaltacak teknolojilerin devreye sokulması, yabancı hekim ithal etme, hekimlerin tekelinde olan işlerin önemli bir

kısmını onların denetiminden çıkararak daha ucuza çalışan ara mesleklere devretme gibi pek çok strateji devreye sokulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan süreçte Aile Hekimliği ve Kamu Hastane Birlikleri modellerinin benimsenmesiyle birlikte sağlık personelinin istihdamında sözleşmeli çalışma, taşeron personel çalıştırma ve yabancı hekim ve hemşire çalıştırma gibi esnek istihdam biçimleri hayata geçirilmeye başlamıştır. 2002 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde kadrolu istihdamdaki artış engellenmiş, farklı statülerde sözleşmeli personel alımı hızlanmıştır. Önce yemek, temizlik, çamaşır, güvenlik gibi destek hizmetleri kamusal hizmet kapsamından çıkarılarak taşeron şirketlere devredilmiştir. Daha çok yardımcı sağlık personeli için geçerli olan sözleşmeli statü ve taşeron çalışmanın önümüzdeki süreçte hekimler arasında da yaygınlaşacağı beklenmektedir. Aile hekimliğinde sözleşmeli statüde çalışma başlatılmış, kamu hastane birliklerine sözleşmeli personel alımı ile hastanelerde bu süreç hızlandırılmıştır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012:173, 200).

Hekimler meslek yaşamına girebilmek için uzun ve zorlu bir eğitim sürecinden geçmektedirler. Daha eğitim devam ederken çalışma yaşamına katılmaktadırlar. Asistan hekimler haftada 80 saate varan çalışma süreleri ile çalışmak zorunda kalabilmektedir (Asistanların çalışma saatleri, 2010). Hastanelerde tam zamanlı istihdam edilen hekimlerin reel ücretleri düşük, parça başı ücretleri yüksek tutulmaktadır. Performansa dayalı ödeme sistemi ile hekimlerin ücretlerinde bir iyileşmeden bahsedilse bile, hekimlerin reel ücretleri düşük seyrettiği için emekliye ayrıldıklarında maaş yönünden kayba uğrayacaklardır.

Tam gün çalışmaya geçişle birlikte 'tam gün'ün sınırları da esnetilmeye başlanmıştır. Esneme sınırları yöneticiler tarafından belirlenecektir. 2010 yılında yataklı tedavi kuruluşlarında "Mesai Dışı Poliklinik Uygulaması"na dair yayınlanan genelge ile ihtiyaç ve talep olması durumunda mesai dışında, hafta içleri gece yarısına kadar, hafta sonları 08-24 arası, hasta yoğunluğu ve hekim sayısı gözetilerek hizmet vermeleri için düzenleme yapılmıştır. Lüzum görüldüğü takdirde sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması ve yoğunluğun azaltılması amacıyla vardiya ve nöbet gibi hizmetler için farklı çalışma saatleri uygulamasına gidilebileceği belirtilmiş (SB, 2010b) ve birçok hastanede uygulanmaya başlanmıştır. Zaman esnekliğinin yanı sıra mekan esnekliği de gündemdedir. Döner sermayenin dönebilmesi için hekimlerin kendi uzmanlık alanlarında kurum dışına hizmet verebilme şartları kolaylaştırılmış, sağlık hizmetlerine katkı sağlamaları istendiğinde kamuya ait diğer sağlık kuruluşlarında geçici olarak hizmet verebilmelerinin önü açılmıştır (SB, 2013).

Emek sürecinde yirmi dört saat emeğe el koymanın yolu vardiya sistemidir. Üretim sürecinin yirmi dört saat sürmesi normal işgününün sınırlarının aşılması için uygun olanaklar sağlar (Marx, 1975:281). Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklı olup, hastanelerin yirmi dört saat açık olması ve kesintisiz hizmet sunması gereklidir. Vardiya sistemiyle çalışmak zaruridir. Ancak burada asıl sorun hekimin günlük çalışma saatini aşması, nöbet sonrası izin verilmemesi gibi nedenlerle insani bir gereksinim olan kişisel dinlenme zamanının gasp edilmesidir.

2009'da hekimlerle yapılan çalışmada, % 73,4'ü izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını ifade etmişlerdir (TTB Etik Kurulu, 2009:42). Hekimlerin her an hizmet sunmaya hazır halde bekletilmeleri dinlenme hakkını ihlal etmektedir (Ekici ve Özçelik, 2011:21-22). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ dayanak gösterilerek, alanında tek olan hekimler icap nöbeti tutmaktaydı. Kararda branşında tek olan hekimlerin yılın bütün günleri, mesai



saatlerinin dışında, çağrıldığı gidebilecek bir biçimde, geceleri icap nöbetçisi olmaları, hafta sonu tatillerinde, bütün ulusal ve dini bayram tatillerinde de aynı şekilde buldukları yeri sağlık kuruluşuna bildirmekle, çağrıldıklarında gidebilecekleri bir yerde bulunmakla ve her an sağlık hizmeti sunabilir halde olmakla yükümlü tutulmuşlardır. Bu karara ilişkin açılan dava sonucunda 2011 yılında alanında tek olan uzman hekimler için karar Danıştay tarafından hekimler lehine bozulmuştur ("İcap Nöbetleri", 2012). Benzer bir uygulama 2014 yılında Aile Hekimliği Kanunu'nda yapılan bir düzenleme<sup>3</sup> ile aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet tutmaları yönünde değişikliğe gidilerek gerçekleştirilmiştir.

"An'lar karın unsurlarıdır". Marx, sermayenin işçinin yemek ve dinlenme zamanından yaptığı küçük hırsızlıkları, fabrika denetçilerinin 'küçük hırsızlıklar' ve 'birkaç dakikanın tırtıklanması' olarak adlandırırken, işçilerin 'yemek zamanlarının kemirilmesi' olarak adlandırdıklarını belirtir (1975:266). Durma, dinlenme, tatil gibi üretken olmayan zamanlar fiziksel gerekliliklerden dolayı yok edilemezse de en azından mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Personeli Çalışma Saatleri konulu 2010 yılında yayınlanan bir genelge ile sağlık personeline bir saatlik öğle tatili verileceği, sağlık çalışanlarının bu bir saatlik arada kurumdan ayrılmayacakları, ihtiyaç duyulması halinde görevlerini sürdürecekleri düzenlenmiştir. Türk Tabipleri Birliği tarafından Genelgenin iptali istemiyle dava açılmış ve sonrasında "kurumdan ayrılmama" ibaresi kaldırılmıştır.

## 5. SONUÇ

Dünyada sağlık hizmetleri piyasalaştırılırken, sağlığın meta haline gelmesiyle birlikte sağlık emek süreci sermaye birikim süreci haline gelmektedir. Ülkemizde son on yıldır uygulamaya konulan piyasa yönelimli sağlık reformları, bir yandan hastaları tüketicilere dönüştürürken diğer yandan hastaları için sağlık hizmeti üreten konumundaki sağlık emek gücünü sömürü ve tahakkümün nesnesi haline getirmektedir. Sağlık emek süreci performans, kalite ve verimlilik adına mekansal ve zamansal yönelim temelinde yeniden yapılandırılmaktadır. Bu çalışmada, hekim emeğindeki dönüşüm Barbara Adam'ın zaman çözümlemesi kullanılarak, zamanın metalaşması, sıkıştırılması, kontrolü ve kolonizasyonu süreçleri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Sağlık sistemi içerisinde önceden kısmi zamanlı çalışan hekimler çalışma zamanlarını büyük oranda kendileri kontrol etmişlerdir. Tam gün çalışmanın dayatılmasıyla zamanları metalaşan hekimler alacakları ücrete tabi kılınmışlardır. Bu düzenlemeler çalışma saatleri içinde arzulanan çalışma temposunu dayatabilmenin de önünü açmıştır. Sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücretlendirme sistemi zamanı sıkıştırmanın en önemli aracı olmuştur. Hekimlerin performans değerlendirmelerinin yapılabilmesi için becerileri ve girişimsel işlemler sınıflandırılmış, beceriler puan ve ücrete karşılık gelen etkinliklere dönüşmüştür. Hasta muayenesi puana, puan paraya dönüşmüştür. Bireysel performansın yanı sıra kurumsal performansın öne çıkması ve hastane performans göstergelerinin daha fazla dikkate

<sup>3</sup>02/01/2014 tarih ve 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 52. maddesi ile 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 3.maddesinin beşinci fıkrasında "Aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında ayda asgari sekiz saat; ihtiyaç halinde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verilir." şeklinde değiştirilmiştir.

alınmasıyla hasta muayene, yatış, işlem ve taburculuk döngüsünde dayatılan hızlı tempo ile emek zamanı sıkıştırılmış ve yoğunlaştırılmıştır. İzleme ve değerlendirme ölçütlerinin geçerli olduğu bir ölçme kültürü yerleşmeye başlamıştır. Kurumsal hesapverebilirlik adına teşhis ve tedaviye dayalı geri ödemelere dikkat edilmesine paralel işlem kayıtlarında artış hekimler üzerinde baskıya dayalı kontrol ve denetim mekanizmaların devreye girmesine yol açmıştır. Ayrıca esnek istihdam biçimleri ve esnek çalışma biçimleri hekimlerin emek süreçlerinin sömürgeleştirilmesi amacıyla yaygınlaşan uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde sağlık emek sürecinin sermaye birikim süreci haline gelmesi doğrusal bir çizgi izlememekte, sağlık alanında neredeyse bir yap-boz dönemi yaşanmaktadır. Sağlık alanında yapılan düzenlemelerin bu kadar sık değişmesi değişiklikleri takip etmeyi zorlaştırmasının yanında ortaya çıkan bir güç mücadelesini de gözler önüne sermektedir. Sağlık emek sürecini dönüştürme ve hekimler üzerinde tahakküm kurmaya yönelik düzenlemelere karşı özellikle tabipler birliğinin yürüttüğü karşıt mücadele önemlidir. Diğer yandan ülkemizde hekim ihtiyacının yüksek olması, hekimin verdiği sağlık hizmetinin ikame edilemez olması gibi nedenler hekimlerin toplumdaki güçlü konumlarını sürdürülebilirliğini desteklemektedir.

## 6. KAYNAKÇA

- Adam, Barbara (1990), *Time and Social Theory*, Polity Press, Cambridge.
- Adam, Barbara (1995), *Timewatch: The Social Analysis of Time*, Polity Press, Cambridge.
- Adam, Barbara (2001), *When Time is Money: Contested Rationalities of Time and Challenges to The Theory and Practice of Work*, Cardiff University School of Social Sciences, Working Paper Series, Paper 16, <http://www.labwales.org.uk> (10.06.2013).
- Adam, Barbara, Whipp, Richard and Sabelis, Ida (2002). "Choreographing Time and Management: Traditions, Developments, and Opportunities", R. Whipp, B. Adam and I. Sabelis (Eds), *Making Time. Time and Management in Modern Organizations*, Oxford University Press, Oxford, (1-28).
- Adam, Barbara (2003), "Reflexive Modernization Temporalized", *Theory Culture Society*, Cilt.2, Sayı. 20, (59-78).
- Akarsu Çelik, Özlem (17 Ocak 2012), "Hekimin Performansı Hastadan Sorulacak", *Akşam*, <http://www.medimagazin.com.tr/hekim> (15.07.2013).
- Amstrong, Pat and Amstrong, Hugh (2011). "İşyerindeki Kavga: Kanada Sağlık Hizmetlerinde Egemenlik Mücadelesi", L. Panitch and C. Leys (Eds), *Kapitalizmde Sağlık/Sağlıksızlık Semptomları*, (s. 163-187), (Çev. U. Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Ataay, Faruk (2006), *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, De Ki Basım Yayım, Ankara.
- Ataay, Faruk (2007), *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, TTB Yay, Ankara.
- Braverman, Harry (2008), *Emek ve Tekelci Sermaye*, (Çev. G. Akalın), Kalkedon Yay., İstanbul.
- Callinicos, Alex (2009), *Tarih Yapmak & Toplum Kuramında Etkinlik Yapı ve Değişim*, (Çev. N. Saatçioğlu), Doruk Yay., İstanbul.

- Cleaver, Harry and De Angelis, Massimo (2005), "Otonomist Marksizm ve Sınıf Mücadelesi", *İtalya'da Radikal Düşünce ve Kurucu Politika*, (Der.-Çev. S. Göbelez ve S. Özer), Otonom Yay., İstanbul, (79-112).
- Çamurdan, Orhun M. (8-9 Şubat 2013), "Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunları", 14. Üniversite Hastaneleri Birliği toplantısı, Gaziantep, <http://www.uhbd.org/etkinlikler/2013-yili-toplantilari-h135.htm> (15.07.2013).
- Dent, Mike (1995), "The New National Health Service: A Case of Postmodernism?", *Organization Studies*, Cilt.16, Sayı.5, (875-899).
- Derber, Charles (2010), "Profesyonelleri Yönetmek, İdeolojik Proleterleşme ve Post-Endüstriyel İşgücü", *Kırılmalar: Yakalar ve Renkleri* (Makale 1), (Çev. A. Gelmez), İnşaat Mühendisleri Odası Ankara Şubesi Yayını, [www.imo.org.tr](http://www.imo.org.tr) (15.07.2013) (Orjinal makale 1983 yılında yayınlanmıştır).
- Ekici, Tülay ve Özçelik, Ziyet (2011), *Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet-Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme ve İzin Hakları*. TTB Yay., Ankara, [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/nobet\\_2011.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/nobet_2011.pdf) (15.07.2013).
- Elston, Mary Ann (2003), "The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service", J. Gabe, M. Calnan and M. Bury (Eds), *The Sociology of The Health Service*, Taylor & Francis e-Library.
- Fişek, Nusret (1991), "TC Hükümetlerinde Sağlık Politikaları", *Toplum ve Hekim*, Sayı.48, (pp. 58-89), [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/13.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html) (15.07.2013).
- Gabe, Jonathan; Bury, Michael and Elston, Mary Ann (2004), *Key Concept in Medical Sociology*. Sage London.
- Hafferty, Frederic W. and Light, Donald W. (1995), "Professional Dynamics and The Changing Nature of Medical Work", *Journal of Health and Social Behavior*, Sayı.35, (132-153).
- Harrison, Steve (2002), "New Labour, Modernisation and The Medical Labour Process", *Journal of Social Policy*, Cilt.31, Sayı.3, (465-485).
- Harvey, David (2006), *Postmodernliğin Durumu*, (Çev. S. Savran), Metis Yay., İstanbul.
- Haug, Marie R. (2000), "Profesyonelleşmeme: Gelecek İçin Alternatif Bir Hipotez", (Der.-Çev. Z. Cırhınlıoğlu), *Meslekler ve Sosyoloji*, Gündoğan Yay., Ankara, (Orjinal makale 1973'te yayınlanmıştır)
- Hoşgör, Şebnem (11 Ekim 2010), "2200 doktor istifa etti", *Vatan*, <http://haber.gazetevatan.com/2200-doktor-istifa-etti> (15.07.2013).
- Kayıran-Dikmen, Meltem ve Dikmen, Ahmet A. (2004), "Her Derde Deva İksir: Toplam Kalite Yönetimi", *Toplum ve Hekim*, Cilt.3, Sayı.19, (190-196).
- Kelleher, David; Gabe, Jonathan and Williams, Gareth (2005), "Understanding Medical Dominance in The Modern World", In J. Gabe, D. Kelleher and G. Williams (Eds), *Challenging Medicine* (pp.x-xxviii). Taylor & Francis e-Library.
- Kusek, Jody Z. and Rist, Ray C. (2010), *On Adımda Sonuç Odaklı İzleme ve Değerlendirme Sistemi*, (C. Şimşek), Dünya Bankası Yayını, Ankara, [http://www2.dpt.gov.tr/kamuyat/10adim\\_ID\\_kitap.pdf](http://www2.dpt.gov.tr/kamuyat/10adim_ID_kitap.pdf) (15.07.2013).
- Larson, Magali Sarfatti (1980), "Proletarianization and Educated Labor", *Theory and Society*, Sayı.9, Cilt.1, (131-175).

- Leys, Colin (2011), "Sağlık ve Kapitalizm", L. Panitch ve C. Leys (Eds), *Kapitalizmde Sağlık/Sağlıksızlık Semptomları*, (15-42),(Çev. U. Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Light, Donald W. and Levine, Sol (1988), "The Changing Character of The Medical Profession: A Theoretical Overview", *The Milbank Quarterly*, Sayı.66, (10-32).
- Ludbrook, Anne M. and Mooney, G.H. (1984). Clinical freedom, Efficiency, and the Griffiths Report. *British Medical Journal*, Sayı.288, (420-421).
- Marx, Karl (1975), *Kapital*, (Çev. A. Bilgi), Birinci Baskı, Sol Yay., Ankara.
- McKinlay, John B. and Arches, Joan (1985), "Toward a Proletarianization of Physicians", *International Journal of Health Services*, Cilt.2, Sayı.15, (161-195).
- Oppenheimer, Martin (1973), "The Proletarianization of The Professional", In P. Halmos (Ed.) *Professionalization and Social Change*, J.H. Books, Staffordshire.
- Öngen, Tülin (1996), *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi/ Günümüzde İşçi Sınıfı*, Alan Yay., İstanbul.
- Özkal Sayan, İpek ve Küçük, Aziz (2012), "Türkiye'de Kamu İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt.1, Sayı.67, (171-203).
- Öztek, Zafer (2009), "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği", *Hacettepe Tıp Dergisi*, Sayı.40, (6-12).
- Pollitt, Christopher (1993), *Managerialism and Public Services*, Blackwell, Oxford.
- Sallan Gül, Songül (2004), *Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa! Yeni Liberalizm ve Muhafazakarlık Kıskacında Refah Devleti*, Etik Yay., İstanbul.
- Sears, A. (1999). The "lean" state and capitalist restructuring: towards a theoretical account. *Studies in Political Economy*, Sayı.59, (91-114).
- Soyer, Ata (2003), "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", *Praksis*, Sayı.9, (301-319).
- Soyer, Ata (2009), "Profesyonelden Proletere, Hekimler; Değişen Ne?", *Toplum ve Hekim*, Cilt.2, Sayı.24, (130-150).
- Soyer, Ata (9 Aralık 2009), "Sağlık Bütçesi ve Sağlık Çalışanları". Bağımsız İletişim Ağı BIANET. <http://bianet.org/bianet/bianet/118748-saglik-butcesi-ve-saglik-calisanlari> (15.07.2013).
- Taylor, Frederick W. (2007), *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*, (Çev. H.B.Akın), Çizgi Kitabevi, Konya.
- Turner, Bryan S. (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev. Ü. Tatlıcan), Sentez Yay., İstanbul.
- Urry, John (1999), *Mekanları Tüketmek*, (Çev. R.G. Ögdül), Ayrıntı Yay., İstanbul.
- Ünlütürk Ulutaş, Çağla (2011), *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Notabene Yay., Ankara.
- Walby, Sylvia; Greenwell, June; Mackay, Lesley and Soothill, Keith (1994), *Medicine and Nursing: Professions in a Changing Health Service*, Sage, London.
- Waring, Justin J. and Bishop, Simon (2010), "Lean Healthcare: Rhetoric, Ritual and Resistance", *Social Science & Medicine*, Sayı.71, (1332-1340).
- Sağlık Bakanlığı (2013), "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik", *Resmi Gazete*, [www.tkhk.gov.tr](http://www.tkhk.gov.tr) (15.07.2013).
- Sağlık Bakanlığı (2010a), "TC Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014", Yay. No. 788. [www.sgb.saglik.gov.tr](http://www.sgb.saglik.gov.tr) (15.07.2013).

Sağlık Bakanlığı (2010b), "Mesai Dışı Poliklinik Uygulaması'na Dair Genelge", [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) (15.07.2013).

Sağlık Bakanlığı (2012), "Sağlıkta Kalite Standartları Işığında Sağlıkta Kalite", <http://www.kalite.saglik.gov.tr> (15.07.2013).

Türk Tabipleri Birliği (2012), *Türkiye'de Sosyalleşirmenin 50 Yılı*, TTB Yay., Ankara. [www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf) (15.07.2013).

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu (2009), *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, TTB Yay., Ankara, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliodeleme.pdf> (15.07.2013).

"İcap Nöbetleri" (30 Mart 2012), <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/hukuk-3125.html> (15.07.2013).

"Asistanların çalışma saatleri ruh ve beden sağlığını bozuyor" (28 Kasım 2010), *Medimagazin*, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel> (15.07.2013).

"Kamuda çalışan 23 bin doktorun zor seçimi" (13 Eylül 2007), *Radikal*, <http://www.radikal.com.tr/haber> (15.07.2013).

[www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr). *Kanıtı Dayalı Klinik Rehberler ve Performans İndikatörleri Geliştirme Projesi*