socialist register 2010

hazırlayanlar: **Leo Panitch-Colin Leys**

İngilizceden çeviren: Umut Haskan

kapitalizmde sağlık sağlıksızlık semptomları



2. basım

Yordam Kitap

Eserin orijinal adı:
Morbid Symptoms: Health under capitalism
(Merlin Press, 2009, Londra)

Yordam Kitap'ta *Socialist Register* Sayıları

Socialist Register 2008
Küresel Parlama Noktaları
Emperyalizme ve Neoliberalizme Karşı Tepkiler
(Şubat 2009)

*

Socialist Register 2009
Günümüzde Şiddet
Ya Barbarlık Ya Sosyalizm
(Mart 2010)

*

Socialist Register 2010
Kapitalizmde Sağlık
Sağlıksızlık Septomları
(Ocak 2011)

*

Socialist Register 2011
Bu Defaki Kriz
(Ekim 2012)

Socialist Register 2012
Ekonomik Kriz ve Sol
(Ekim 2013)

SOCIALIST REGISTER 2010

KAPİTALİZMDE SAĞLIK

Sağlıksızlık Semptomları

Hazırlayanlar

Leo Panitch ve Colin Leys

İngilizceden Çeviren

Umut Haskan

Yordam Kitap: 119 ✣ Socialist Register 2010: **Kapitalizmde Sağlık**
ISBN-978-605-5541-22-4 ✣ *Çeviri*: Umut Haskan • *Kitap Editörü:* Zeynep Hale Akman
Kapak ve İç Tasarım: Savaş Çekiç • *Sayfa Düzeni*: Gönül Göner
Birinci Basım: Ocak 2011 • *İkinci Basım*: Kasım 2014
© The Merlin Press, 2009 (merlinpress.co.uk) © Yordam Kitap, 2009

Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti. (Sertifika No: 10829)
Çatalçeşme Sokağı Gendaş Han No: 19 Kat:3 34110 Cağaloğlu - İstanbul
Tel: 0212 528 19 10 • **Faks:** 0212 528 19 09
W: www. yordamkitap. com • **E:** info@yordamkitap. com
www.facebook.com/YordamKitap • www.twitter.com/YordamKitap

Baskı: **Yazın Basın Yayın Matbaacılık Turizm Tic.Ltd.Şti.** (Sertifika No: 12028)
İ.O.S.B. Çevre Sanayi Sitesi 8. Blok No:38-40-42-44
Başakşehir - İstanbul
TEL: 0212 5650122 - 0212 5650255

SOCIALIST REGISTER 2010

siyaset - güncel

KAPİTALİZMDE SAĞLIK

Sağlıksızlık Semptomları

İÇİNDEKİLER

Önsöz 9

Sağlık ve Kapitalizm
Colin Leys 15

Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma
Hans-Ulrich Deppe 43

Eşitsizlik ve Sağlık
David Coburn 54

Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi
Rodney Loeppky 74

Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları
Kalman Applbaum 99

Amerikan Sağlık Reformu ve Stockholm Sendromu
Marie Gottschalk 119

Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci
Christoph Hermann 143

İşyerindeki Kavga:
Kanada Sağlık Hizmetlerinde Egemenlik Mücadelesi
Pat Armstrong ve Hugh Armstrong 163

Afrika'da Anne Ölümleri:
Sağlıktaki Fiyaskoya Cinsiyet Penceresinden Bakış
Paula Tibandebage ve Maureen Mackintosh 188

Obezite İle Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi
Robert Albritton 205

Televizyondaki Tıp: Pembe Dizi Olarak Sağlık Hizmetleri
Lesley Henderson 219

Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası
Julie Feinsilver 237

Çin Sağlık Hizmetlerinde İkili Hareket
Shaoguang Wang 262

"Herkes İçin Sağlık" ve Neoliberal Küreselleşme: Bir Hint İllüzyonu
Mohan Rao 285

Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi
Meri Koivusalo 302

Kapsamlı Bir Halk Sağlığı Hareketi İnşa Etmek:
Hiv/Aids Örgütlenmesinden Alınacak Dersler
Sanjay Basu 318

Hasta Bir Toplumda Akıl Sağlığı: İnsan Ne İçin Yaşar?
Julian Tudor Hart 340

Yazarlar Hakkında 352

Önsöz

Son 15 yılda *Socialist Register*'ın hâkim teması haline gelen neoliberal küreselleşmeye, insan hayatının en önemli boyutu olan sağlık alanındaki etkileri üzerinden eğiliyoruz bu sayıda. Dengeli bir beslenme düzeninden makul barınma olanaklarına, iş güvencesinden mesleki tatmine kadar, halk sağlığının bütün unsurları, insanların ne kadar uzun ve ne kadar iyi bir yaşam sürebildiklerine dair değerlendirmede can alıcı öneme sahip. İnsanın fiziksel potansiyelini gerçekleştirebilmesi için gerekenlerin temini halk sağlığının bir boyutunu oluştururken, hastalıkların önlenmesi ve tedavi hizmetleri işin ikinci boyutu olarak çıkıyor karşımıza. Kapitalizmin son yirmi-otuz yıllık dönemde büründüğü çehre, sözünü ettiğimiz her iki boyutta da tıka basa *sağlıksızlık semptomlarıyla* dolu. *Socialist Register*'ın, "kapitalist sistemde sağlık" konusunu işleyen, elinizde tuttuğunuz 46. sayısının başlığını da işte bu tablo belirledi.

Sağlık söz konusu olunca, bugüne dek yazılanların ucu bucağı yok belki ama, bunların pek azı tabloya sistematik eleştiri noktasından bakabiliyor. Sağlığın ekonomi politiğinde çığır açan çalışmalar, Lesley Doyal, Vicente Navarro ve Julian Tudor Hart gibi öncülerle 1970'lerde başladıysa da, en azından İngilizce konuşulan ülkelerde, öncüleri takip edenlere nadiren rastlanabildi. Küresel sağlık sektörünün faaliyet alanının boyutları ve bir sermaye birikim alanı olarak büyüyen önemi göz önüne alındığında, bu oldukça şaşırtıcı. Bu sayıyı hazırlamaktaki amacımız, neoliberal çağda sağlık sisteminin ekonomik, toplumsal ve siyasi belirleyicilerine odaklanarak kapitalist sağlık sisteminin tarihsel materyalizm penceresinden tahliline katkıda bulunmak; sağlığı metalaştırmak isteyen sermaye güçleriyle, sağlığın kamu hizmeti haline gelmesi (ya da öyle kalması) ve hizmete erişimde yaşanan mevcut eşitsizliklerin azaltılması için uğraş veren halk güçleri arasındaki mücadele üzerinden sağlık *hizmetleri* alanına bakmaktı. Bugün, özellikle de kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına dikkat çekmek; ilaç, sigorta, tıbbi teknoloji ve tıbbi hizmet şirketlerinin sağlığı her yerde bir sermaye birikimi alanı haline getirme, hem ürün hem de hizmet düzeyinde tıbbi tüketimi pompalama baskısını ele almak, sol açısından büyük önem taşıyor. Çünkü, tıbbi araştırma ve eğitimin şirketlerin egemenliğine girmesi, bilimsel veri-

lerin ticari kazanç uğruna kötüye kullanımı, bir psikolojik rahatsızlık salgınının önce yaratılıp sonra sömürülmesi ve kapitalist birikimin ulaştığı son sınıra işaret edecek şekilde, genlerin bile metalaştırılması dahil, karşımızda duran sağlıksızlık semptomlarının çoğu doğrudan bu kanaldan besleniyor.

Bugün, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin haberlere konu olmadığı gün yok gibi: yeni salgınlara ya da eski salgınların hortlamasına dair korkular; gıda endüstrisinin bir yanda obeziteyi, diğer yandaysa açlığı üretişi; antibiyotiğe dirençli mikropların türeyişi; hastanelerde yaşanan yanlışlıklar; tıbbi araştırmalarda veya cerrahi yöntemlerde çığır açan buluşlar; yeni "mucize ilaç"lar; ve elbette, "kontrolden çıkmış" sağlık harcamaları hakkında dinmeyen yakınmalar. Giderek daha karmaşık, daha maliyetli hale gelen biyomedikal araştırmalarına ve tıp teknolojilerine elbette ancak zengin kapitalist ülkeler kaynak ayırabiliyor. Bunun yanında, bilgi dağarcığı geliştikçe, tıbbi müdahale seçenekleri de artıyor ve dolayısıyla araştırma ile tedavi için daha fazla kaynak talebi ortaya çıkıyor. Bu ülkelerin büyük bölümünde, sağlık sistemlerinin ihtiyaç duyduğu kaynaklar, insanların hizmet karşılığında ödeme olanağına sahip olup olmadığına bakılmaksızın, genel vergilerden ya da sosyal sigorta sandıklarından karşılanıyor ve en azından prensipte herkesin eşit muamele görmesi sağlanıyor. Bu yapı, zenginden yoksula (sağlığı daha bozuk olanlara) kaynak aktarımı sağladığından, söz konusu sınıflı toplumlarda kamu hastane ve kliniklerini sınıfsal ayrımın görece düşük olduğu, "business" ve "ekonomi" sınıfı kabinlerin bulunmadığı nadir alanlar haline getiriyor. Tüm bunlar, sağlık sistemlerini finanse eden zengin kamu kaynaklarına el atma yolunda küresel özel sağlık endüstrisinin başlattığı saldırıya kapitalizmin ve devletlerin neden destek verdiğini de açıklıyor. Harcamaların kısılmasına ve sağlık hizmetlerinin rekabet ortamının sağlayacağı verimlilik sayesinde giderleri azaltacağı iddia edilen özel sektöre devrine yönelik vaazları büyük bir gayretle destekliyorlar. Sağlık hizmetleri ile kapitalizm arasındaki ilişkiye dair çözümlemelerin, bu güçler arasındaki etkileşimin asıl yoğunlaşma noktasını teşkil eden varlıklı "kuzey"e odaklanması kaçınılmaz. Fakat, bu sayıdaki çoğu makalenin de örneklerle açıkladığı üzere bu etkileşimin dinamikleri yoğun etkileriyle tüm dünyaya yayılmış durumda.

Mevcut küresel ekonomik kriz, kapitalist sağlık sistemine ilişkin sağlıksızlık semptomlarını en çıplak haliyle gözler önüne seriyor. Krizin ilk patlak verdiği ABD'de, hükümetin krizle başa çıkma adımlarını attığı süreçte ülke gündeminin en üst sırasına sağlık reformunun oturması tesadüf değil. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki dönem boyunca, diğer ülkeler aksi yönde hareket ederken, farklı bir sınıflar arası güç dengesinin varlığını yansıtacak şekilde, piyasacı sağlık sisteminin ısrarla devam ettirildiği yer oldu ABD. Bu noktada kritik sorun daima temel sınıfsal durum olageldi. UAW (Birleşik

Otomotiv İşçileri Sendikası) yetkilisi Walter Reuther, ülkede bir ulusal sağlık sigortasının oluşturulmasına yönelik kampanyaya, şirketin sağlık giderlerini azaltacağı halde General Motors'un destek vermeyi neden reddettiğini şöyle açıklıyordu: "Onlar için, kendi şirket çıkarlarından daha önemli şeyler vardı." Kolektif kapitalist sınıf disiplini adını verebileceğimiz bu "önemli şeyler", şirket sigortaları üzerinden sağlık hizmeti almakta olan işçileri kendilerine bağımlı kılma yolunda patronların ortak çıkarlarını, daha geniş ölçekte de, yaşamın her alanına, mümkünse dünyanın her yerine piyasa ilişkilerini sokma yolundaki ortak Amerikan kapitalist projesini ifade etmekteydi. Neoliberal çağda bu amaçlara giderek daha da yaklaşılmasıyla, diğer ülke sağlık sistemlerinin de etkin biçimde Amerikanlaştırıldığını görüyoruz. Bu başarı, özel sermayenin kamu sağlık sektörüne acımasızca nüfuz edişiyle, ama aynı zamanda da devlet öncülüğünde yürütülen piyasalaştırma yoluyla elde ediliyor. En dikkat çekici istisna Küba'yı hariç tutarsak, görece yoksul kapitalist ülkelerde, BM'nin 1978 Alma Ata Deklarasyonu'nda benimsenen "Herkes İçin Sağlık" hedefinin pek yakında hükmünü tamamen yitirmesine neden olacak küresel eşitsizlikler de bu gidişata eşlik ediyor.

Kapitalist sağlık sisteminin ekonomi politiğine ilişkin her ciddi çözümleme sistemin yapısında bulunan temel çelişkiye odaklanmak zorundadır: Sağlık ve sağlık hizmetleri temelde *salt* kullanım değeri sunuyor ve bu kullanım değeri de değişim değerine dönüştürülemediği sürece sermayenin ilgi alanına pek az giriyor. Sağlıklı bir işgücünün üretim gücü, kamunun finanse ettiği sağlık hizmetlerinin güvence altına alınmasına sermayenin rıza göstermesinde daima kilit unsur olmuştur. Kamu sağlık hizmetleri bir birikim sorunu olarak görülmeye başlandığında ise, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin kullanım değeri muğlaklaştırılmak ve çarpıtılmak zorundadır. Bugün sağlık hakkında yürütülen pek çok kamuoyu tartışması ve resmi politika işte bu amacı taşıyor. Sağlık alanında geçerli bir ekonomi politik için temel şart, tüm bu söylem ve politikaları ayrıntılı bir eleştiriye tabi tutmasıdır. Ama bu da hiçbir şekilde yeterli olamaz. Özellikle de sözünü ettiğimiz bu ortamda, örgütlenme yeteneğine ve etkinliğe sahip muhalif güçlerin yaratılması için zorunlu olan şey, kapitalist sağlık sisteminin temel çelişkisini, yeniden inşa edilecek bir sosyalist stratejinin ekseni haline getirmektir.

Bu sayıyı hazırlarken bize en fazla umut veren şeylerden biri de sahada uzmanlarla kurduğumuz yeni temasların kapsamı ve onların da tıpkı bizim gibi bu sayıyı önemli bir proje olarak görmeleri oldu. Sayının planlanmasındaki yardımı için özellikle Roddy Loeppky'ye, ayrıca katkı sunan tüm diğer yazarlara minnet borçluyuz. Her zaman olduğu gibi, bu sayıda da yazarlarla her nokta üzerinde uzlaşma zorunluluğumuzun bulunmadığını belirtmeliyiz. Alışılageldiği üzere, yazı işlerine verdikleri emek için Alan Zuege ve Adrian

Howe'ye, çarpıcı kapak tasarımı için Louis McKay'a, sunduğu destek ve verdiği cesaretten ötürü de yayıncımız Tony Zurbrugg'a teşekkür ediyoruz.

Bu sayıyla birlikte, *Socialist Register*'ın yayına hazırlanması ve yayınlanmasında iki önemli değişiklik yaşanıyor. Eş-editörlük görevini 12 yıl boyunca Leo Panitch ile birlikte yürütmüş olan Colin Leys, Alfredo Saad Filho'ya eşlik etmek üzere yardımcı editörlüğe geçerken, Greg Albo ve Vivek Chibber de eş-editörlük görevine getiriliyorlar. Böylece, yayın hayatında 50. yılına yaklaşan *Socialist Register*'da yönetimin bir sonraki nesle devri yolunda ilk adım atılmış oluyor. *Register*'ın geleceğine yönelik adımlar, editörlük alanındaki değişikliklerle sınırlı kalmayacak ve yayın kolektifinde yaşanacak bir dönüşüme kadar uzanacak. Yıllar boyunca *Register*'a yaptıkları paha biçilmez katkılar için büyük şükran duyduğumuz Huw Beynon, Varda Burstyn, David Coates, Terry Eagleton, Steve Jefferys ve Ellen Meiksins Wood'a yardımlarına ihtiyaç duyduğumuz anda ulaşabileceğimizi biliyor ve gelecek sayılarda yazarlarımız arasında görmeyi ümit ediyoruz. Öte yandan, Bashir Abu-Manneh, Johanna Brenner, David Harvey, Christoph Hermann, Nancy Holmstrom, Martijn Konings ve Charles Post'un yayın kolektifine katılmayı kabul etmelerini büyük memnuniyetle karşılıyor ve verimli bir işbirliğine imza atacağımızı düşünüyoruz.

Yine bir nesil değişimini yansıtan ikinci önemli değişiklikse, ilk kez bu sayımızın baskıyla eş zamanlı olarak internet sitemizde de yayınlanıyor oluşu. Ayrıca, önceki 45 sayının tamamına da aynı şekilde www.socialistregister.com adresinden ulaşılabilecek. Bu değişiklik, çok sayıda kişinin önemli bir zaman ve kaynak ayırması ile hayata geçirilebildi. Toronto Üniversitesi Kütüphanesi Bilimsel İletişim Birimi'nden Rea Davakos, Gabriela Mircea ve Colin Prince, ayrıca kendi bünyemizdeki "e-takımı"nı oluşturan, York Üniversitesi Siyasal Bilgiler Bölümü'nden Alan Zuege, Frederick Peters, Lana Goldberg, James Parisot ve Jason Sykes, bu konuda kendimizi borçlu hissettiğimiz kişiler arasında ilk sıralarda yer alıyor. Temel atıldı; sırada tüm *Register* okurlarının abone olması, kütüphaneleri ve dostlarını aboneliğe ikna etmesi var.

Socialist Register'ın editörlüğünü ilk üstlendiğimizde, bir önceki nesilden bayrağı devralmış oluyorduk aynı zamanda. Bizden önceki neslin olağanüstü sosyalist kararlılığını hatırlarken, Ralph Milliband ile birlikte 1964 yılında *Register*'ı kuran John Saville'in geçtiğimiz sene hayata veda edişini de üzüntüyle anıyoruz. Eş-editörlük dönemimiz boyunca bizi çalışmaya iten şeylerden biri, derginin yönetimimiz altında başarısızlığa uğraması halinde John'un yüzüne nasıl bakacağımız sorusuna yanıt verememizdi. John'un editörlük sürecinde doğrudan yer aldığı son sayı 1989'da basıldı. *Devrimin Bugünü: Umutlar ve Gerçekler* başlığıyla çıkan sayının önsözünde "yardımlaşmaya dayalı, eşitlikçi, demokratik ve sınıfsız bir toplum" arayışının 20.

yüzyılda karşılaştığı "sorunlar ve açmazlar" ile ilgili "bir dizi başlık"ın gündeme getirilmesi ve gelecekte bu açmazların nasıl aşılacağının incelenmesi, *Register*'ın başlangıcından beri temel derdinin ne olduğunu açıkça ifade ediyor. John'un, 25 yıldır sürdürmekte olduğu eş-editörlük görevini 1989 sayısının ardından bırakma kararı alışı, bir sonraki sayının önsözünde, "aradan geçen yıllarda sarsılmaz karakteri, açıklığı ve sağduyusu ile kattığı büyük değer" çerçevesinde, "gerçek bir ayrılık acısı" olarak tarif edilecekti.

1990'da *Socialist Register*'ın teması *Aydınların Kaçışı* olduysa da, John'un hamlesi bir kaçış değildi. Tam tersine, aydınların sınıf siyasetini terk edip, Üçüncü Yol olarak anılacak cepheye doğru geri çekilmesinde oynadığı rol nedeniyle, "Günümüz Marksizmi" üzerine sert bir eleştiri ile sayıdaki yerini aldı. 1991 sayısı içinse, 20. yüzyıl Komünizm deneyimi ile ilgili değerlendirmesini sundu ve günümüz dünyasında da yankısını bulan gerekçelerle, 1934 yılında aldığı partiye katılma kararını açıkladı: "Biraz gönül zenginliğine sahip her genç aydın için, faşist vahşetin ve kendi halkının büyük kesimlerinin yaşadığı yoksulluğun ötesinde başka sebepler de vardı. Burjuva toplumu, duyarsızlığı, açgözlülüğü ve kültürel çoraklığı nedeniyle giderek daha fazla eleştiri ile karşılaşmaktaydı." John, 1994 sayısına da, Edward Thompson'un bir önceki yılki ölümü üzerine, 1956'da Thompson'la birlikte saf tutmalarını ve *Socialist Register*'ın öncüsü *New Reasoner*'ı kurmalarını konu alan bir makaleyle katıldı. 1956 Kasım'ında Komünist Parti'den uzaklaştırılmaları karşısında kaleme aldıkları ortak bildiri de bu makalenin ekinde sunuldu. Orada yazılanlar, solun bugünkü koşullarında da yankı buluyor: "İçinde bulunduğumuz zaman, her şeyden önce, parti duvarlarının ötesine geçen, sosyalistleri oportünizm yerine ilke temeli üzerinde bir araya getiren yeni bir fikir hareketinin doğuşunu gerektiriyor."

Ralph Miliband'ın ölümünün ardından bizim eş-editörlük dönemimize geçiş sürecinde sağladığı son derece büyük yardımlar için de minnet duyacağız John'a. 1997 yazında John'la birlikte Hampstead Heath'te oturup parlak güneşin vurduğu gölete baktığımız, Ralph ile kendisinin *Register* için yaptıklarının yanına bile yaklaşamama konusunda, kesinlikle geçerli nedenlere dayanan kaygılarımızı dile getirdiğimiz anı özellikle anımsıyoruz. Yoldaşça katılığı kişisel samimiyetle harmanlayabilen kendine özgü üslubuyla, "Sadece işinize bakın arkadaşlar." deyişi hâlâ kulaklarımızda.

John Saville, E.P. Thompson ve Eric Hobsbawm ile birlikte ünlü Britanya Komünist Partisi Tarihçiler Grubu'nun üyeleri arasında yer alan Victor Kiernan'ı kaybedişimizi de anmadan geçemeyiz. Hindistan'da yaşamış ve Hindistan tarihi, kültürü, bağımsızlık mücadelesi üzerine kapsamlı çalışmalar yürütmüş olan Kiernan, büyük ölçüde antiemperyalist davadaki yeriyle anılmakta. İlk on yıllık dönemde, emperyalizm başlığı altında *Register*'a sık-

lıkla katkıda bulundu ve bu makaleler *Marxism and Imperialism* adındaki önemli kitabının temelini oluşturdu.

2009 yılındaki büyük üzüntü duyduğumuz kayıplarımız arasında, bir sonraki sosyalist aydınlar neslinin parlak temsilcilerinden Giovanni Arrighi ile Peter Gowan'ı da anmak isteriz. Arrighi'nin yayınlanan ilk yazılarından biri, 1969 sayımız için John Saul ile birlikte kaleme aldıkları "Sahra Altı Afrika'da Milliyetçilik ve Devrim" makalesi oldu. Takip eden onlarca yılda ekonomi politik ve tarihsel sosyoloji alanlarına son derece geniş bir yelpazede sunduğu katkılar arasında, ünlü kitabı *Long Twentieth Century*[1] de yer alıyor. Dünya proleteryasının evrimine duyduğu ilgi, çalışmasının değişmez ayaklarından birisini oluşturuyordu. *Emekçi Sınıflar: Küresel Gerçekler* başlığıyla yayınlanan *Socialist Register* 2001 sayısında, Beverly Silver ile ortak çalışmaları "Kuzey, Güney ve İşçiler" makalesine yer verebilmiş olmaktan son derece mutluyuz.

Sol, 63 yaşındaki Peter Gowan'ın ölümüyle de ağır bir kayba uğradı. Otoriter komünist rejimle yönetilen ülkelerdeki grevler ve diğer protesto biçimleri ile ilgili açık ara en yetkin kaynak olarak gösterilebilecek *Labor Focus on Eastern Europe*'un [Doğu Avrupa'da Emeğe Bakış] editörlüğüyle (Oliver Macdonald takma adıyla), 1970'ler ve 80'ler boyunca eylemci bir aydın olarak kilit rol oynadı. Daha sonra, bir yandan komünizmin yıkılışının ardından "şok tedavisi"ne maruz kalan Doğu Avrupa'da sınıf mücadelelerinin çözümlemesini yapmaya devam ederken (*Register*'ın 1998 sayısındaki makalesi de dahil), küreselleşmenin devletlerin arkasından iş çevrilerek yürütülen amansız bir süreç değil, kararlı bir devlet stratejisinin ürünü olduğunu açıkça görebilen ilk aydınlar arasında yer aldı. *The Global Gamble: Washington's Faustian Bid for World Dominance* [Küresel Kumar: Washington'un Faustvari Dünya Egemenliği Kalkışması] adlı ünlü kitabının ana temasını oluşturan bu konuyu, 2000 ve 2003 *Register* sayılarındaki makaleleriyle daha da geliştirdi. Çekici ve kışkırtıcı konuşma tarzıyla solun entelektüel durum değerlendirmesi yapmak için toplandığı her konferansın aranan ismi ve her ilkbaharda New York'ta düzenlenen Sol Forumların, ayrıca her sonbaharda Londra'da gerçekleşen Tarihsel Materyalizm konferanslarının başlıca dayanağıydı.

Bu yoldaşlarımıza veda ederken, Urdu şairi Faiz Ahmed Faiz'in, İngilizce'ye Victor Kiernan tarafından çevrilmiş bir şiirinin iki dizesinde teselli buluyoruz:

> Dün gece solmuş hatıran kalbime doldu...
> Hastalıkta her nasılsa çıkıp gelen huzur gibi.

LP ve *CL*
Temmuz 2009

1 Uzun Yirminci Yüzyıl, çev. Recep Boztemur, İmge Kitabevi, 2000 – *çev.*

Sağlık ve Kapitalizm



Colin Leys

Geçtiğimiz 125 yıllık dönemde sağlık alanında ortaya çıkan müthiş gelişmeleri kapitalizmin yarattığına dair yaygın bir kanı var. Kapitalizm kalkınmanın en önemli motoru olarak, kalkınma da sağlık düzeyindeki yükselmenin yaşamsal koşulu olarak görülüyor. Ne var ki gerçek bu değil! Yoksul ülkelerin sağlıkta zenginlere göre daha iyi durumda olması mümkün ve bazen bunu başarıyorlar da. ABD tıp alanında "dünya lideri" olarak sunulurken, gerçekte sadece sağlıktaki piyasa başarısızlığında liderliği elinde bulunduruyor: Devasa ulusal gelirinin neredeyse beşte birini sağlığa ayırdığı halde, kişi başına gelir rakamlarında kendisinin ancak yirmide birine ulaşabilen komşu ülke Küba'dan bazı bakımlardan biraz daha ileri, bazı bakımlardansa daha geri sonuçlar elde ediyor. Tıp bilimi ve teknolojisinde (nükleer tıp, genetik tıp veya nanoteknoloji) ortaya çıkan büyük buluşlar, araştırmalara ayrılan kapitalist yatırımların zaferi olarak gösteriliyor. Oysa yenilik getiren tıbbi araştırmaların çoğunluğu, devlet kaynaklarından beslenen tıp fakültelerinin ve araştırma laboratuvarlarının eseri.

Kapitalizmin sağlığımız için iyi bir şey olduğu düşüncesi, 19. yüzyıl sonlarında İngiltere'de başlayan "ölüm oranı devrimi"ne dayanıyor. İnsan topluluklarında genel sağlık durumunun ölçütü kabul edilen ortalama yaşam süresi, kayıtları tutulmuş tüm önceki tarih dönemleri boyunca son derece düşüktü. Yerleşik tarımın gelişmesiyle birlikte, pek çoğu temelde evcil hayvanlardan bulaşan hastalıklar son derece yaygın hale geldi. İnsanlar mikroplu gıdalar tüketmekte ve kanalizasyon işlevi gören akarsuları içme suyu kaynağı olarak kullanmaktaydılar. Küresel "güney"de yüz milyonlarca insan hâlâ böyle yaşıyor. Sanayileşme, kitleleri kırdan kente sürüklediğinde ise bu etkiler daha da ağırlaştı. 1840 Liverpool'unda, emekçi sınıfa mensup bir ailede dünyaya gelen bebekler için ortalama yaşam süresi yalnızca 15 sene, üst sınıf ailelerde ise ancak 35 seneydi.[1] Yetmezmiş gibi, 1800'lerden itibaren geniş

1 Frederich Engels, *The Condition of the Working Class in England in 1844* (1845), K. Marx, *Karl Marx and Frederich Engels on Britain* içerisinde, Moskova: Yabancı Diller Yayınevi, 1953, s. 140.

ölçüde uygulanmaya başlanan çiçek aşısı gibi istisnalar bir kenara bırakılırsa, bulaşıcı hastalıklara yönelik tedavilerin büyük bölümü ya yararsızdı ya da kan alma örneğinde olduğu gibi, fayda bir yana, zarar vermekteydi: 1850'lerin sonlarına dek, kendi hallerine bırakıldığında iyileşecek pek çok hasta bu yüzden kan kaybından ölüyordu. Evde doğum yapmak, lohusa humması kaynaklı ölüm oranının bazı durumlarda dörtte biri aştığı hastanelere göre daha güvenliydi.[2]

Derken, dikkat çekici etkilerini ilk olarak 1870'ler İngiltere'sinde göstermek üzere, halk sağlığında çarpıcı bir gelişme kaydedilmeye başlandı. 1850'de İngiltere ve Galler'de ortalama yaşam süresi 40 yıl civarındayken, insanlık tarihinin hiçbir döneminde görülmemiş bir sıçramayla, 1950'ye kadar geçen sürede 70'e yükseldi. O günden bu yana artış hızı düştüyse de, ortalama yaşam süresi her on yılda bir yaklaşık iki buçuk sene yükselmeye devam etti. Kimi farklılıklarla Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da yinelenen bu süreç, genellikle çok daha değişik yollar izleyip toplumsal sınıflar arasında derin uçurumlar bırakarak da olsa, bir miktar gecikmeyle dünyanın geri kalanının büyük bölümünde de işledi.[3] Yaşanan değişim pek çoklarınca "epidemiyolojik dönüşüm" olarak da adlandırılıyor: bulaşıcı hastalıkların ana ölüm nedeni olduğu bir çağdan, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların, genellikle de yaşlılarda gelişerek başlıca ölüm nedeni haline geldiği bir çağa geçiş. Bu dönüşüm kendini önce İngiltere'de, sanayi kapitalizminin merkezinde gösterdi. Ancak, kapitalist sanayileşmenin bulaşıcı hastalık tehdidini daha da büyütmüş olduğu ve bu tehdidin üstesinden gelecek önlemlere İngiliz kapitalistlerinin genellikle direnç gösterdiği düşünüldüğünde, dönüşüm aslında kapitalizme rağmen gerçekleşmişti. Benzer şekilde, Batı Avrupalı patronlar da, örgütlü emeğin gittikçe büyüyen siyasal gücünün önünü kesmek amacıyla, sosyal sigorta sistemlerinin 1880'lerden itibaren işçilere sunmaya başladığı güvencelere karşı çıktılar. Sosyal sigortanın başlangıçtaki önemi, hastalandıklarında ya da kazalardan sonraki iyileşme dönemlerinde işçilere mali destek sağlamaktan ibaretti. Ancak 1930'larda, tıp bilimi nihayet hastalıkların nedenlerini anlama ve hastalıktan korunmayı sağlama noktasını aşarak, hastalıkları tedavi etme aşamasına erişti. İkinci Dünya Savaşı öncesinde başlayıp, savaş boyunca ve sonrasında devam eden "tedavi devrimi"ydi bu. Başarıyla tedavi edilebilen ölümcül hastalıkların sayısının giderek artmasıyla, sağlık *hizmetleri* birdenbire gerçek bir değere kavuştu. Dönemin emek hareketleri, bu hizmetlerin başlıca hak sahiplerinin işçiler ve aileleri olmasını sağlayabilecek güçteydi. Böylece, toplumsal ölçekte herkese

---

Eserde, İşçi Sınıfının Sağlık Koşulları Raporu'na yer verilmiştir. Bulaşıcı hastalıklar yaygın olduğu sürece, yüksek bebek ölüm oranı nedeniyle ortalama yaşam süresi aşağıda kalmıştır. Çocukluk dönemini geçebilen kişiler genellikle üreme olgunluğuna erişecek kadar yaşayabilmişlerdir.

2 Roy Porter, *The Greatest Benefit of Mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*, Londra: Fontana Press, 1999, s. 369-70.

3 Örneğin, 19. yüzyıl sonlarında ortalama yaşam süresi 37 olan Japonya, bugün dünyanın en yüksek değerlerine ulaşmış durumda. Üstelik, daha 1930'lara kadar Japon evlerinin pek azında su şebekesi ve suyla işleyen kanalizasyon sistemi vardı. Bkz. C. Riley, *Rising Life Expextations: A Global History*, Cambridge: Cambridge University Press, 2001, s. 19 ve devamı.

eşit sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitli biçimleri, 1945 sonrasında çoğu Batılı ve komünist ülkede hayata geçti.

Dolayısıyla, tedavi devriminin, dünyanın büyük bölümünde sosyal demokrat ve komünist refah devletlerinin ortaya çıktığı döneme denk gelmesi, tarihsel öneme sahip bir çakışmaydı. Ancak diğer yanda, mümkün olan en fazla insana azami fayda sağlamak yerine en kârlı olanı bulmaya odaklanmış bir kapitalist sağlık endüstrisi de, başta ABD olmak üzere kimi Batı Avrupa ülkelerinde giderek güç kazanıyordu. Özel sağlık sektörü, ABD'de herkese açık bir genel sağlık sisteminin kurulmasına yönelik tüm çabalara başarıyla karşı koydu ve 80'lerden itibaren de, 1945 ertesinde başka yerlerde inşa edilmiş olan genel sağlık sistemlerinin piyasalaştırılarak eşitlikçilikten uzak bir yapıya büründürülmesi yönünde çalışmalara girişti. Bir yandan da, sağlık araştırmaları ve eğitimini kendi çıkarlarına giderek daha bağlı hale getirdi. Neoliberalizm çağı ise, ülkeler arasındaki ve ülke içindeki eşitsizliklerin derinleşmesiyle ortaya çıkan etkiler başta gelmek üzere, tıbbın bugün içinde bulunduğu yeni koşullarda kapitalizmin sağlıksızlığı hâlâ nasıl beslemekte ya da en azından devam ettirmekte olduğunu bir kez daha gözler önüne seriyor. Kimi en varlıklı ülkelerde bile, zenginlerle karşılaştırıldığında yoksul insanların ortalama yaşam süresi on ya da yirmi yıl daha kısa olabiliyor.[4]

Tüm bu noktalarda orta yerde duran bolca kanıta karşın, "kapitalizm sağlıkta ilerleme sağlar" efsanesi, muhtemelen dünya genelinde insanların büyük bölümü tarafından bilinçli ya da bilinçsiz olarak doğru sayılıyor. Dolayısıyla, yapacağımız tüm akılcı çözümlemelerde ilk işimiz bu efsanenin ardındaki gerçeği açığa çıkarmak olmalı.

KAPİTALİZM VE ÖLÜM ORANI DEVRİMİ

1850 ile 1950 arasında İngiltere'deki ölüm oranlarında gözlenen çarpıcı düşüşlerle kapitalizm arasında nasıl bir ilişki vardı? Düşüşün, o dönemde verilen piyasacı sağlık hizmetlerinden kaynaklanmış olması mümkün değil, zira sözünü ettiğimiz yıllarda hastalıklara yönelik pek az etkin tedavi yöntemi keşfedilebilmişti. Son zamanlara kadar hâkim görüş, reel gelirlerdeki artışa bağlı olarak beslenmede sağlanan iyileşmenin bu düşüşteki ana etmen olduğu yönündeydi. Ancak tarihsel araştırmalar, bu etmenin duruma olsa olsa kısmi bir açıklama getirebileceğini gösteriyor.[5] 19. yüzyılın ilk

4 Etnik köken ve cinsiyet gibi etmenler de hesaba katıldığında, farkın ABD'de 20 yılın da üzerine çıkabildiği görülüyor. Bkz. Christopher Murray ve diğerleri, "Eight Americas: investigating mortality disparities accross races, counties, and race-counties in the United States", *Public Libray of Science Medicine (PLoS Medicine)*, 3(9), 2006, http://plosmedicine.org adresinde mevcuttur.

5 Yaşam sürelerinin beslenmedeki iyileşmeler sayesinde uzadığı görüşü, Thomas McKeown tarafından yürütülen ayrıntılı istatistiki araştırmalara dayandırılmaktadır. Bu görüşe getirilen eleştiri için özellikle bkz. Simon Szreter, *Health and Wealth: Studies in History and Policy*, Rochester: University of Rochester Press, 2005.

üçte ikilik bölümü boyunca, kentlerde gelir ve beslenme düzeyi yükseldiği halde ölüm oranları aşağı inmediği gibi, gelirlerin düşük seyrini devam ettirdiği kırsalda ölüm oranlarının daha düşük olduğu görülüyordu. Kentlerdeki ölüm oranlarında ancak 1870'ler ve sonrasında, "hıfzısıhha hareketi"nin etkileri hissedilmeye başladıktan, yani kanalizasyonlar inşa edildikten, temiz su kaynakları temin edildikten, evler daha yaşanır hale getirildikten, mikropsuz gıdalar sunulabildikten sonra ciddi bir ilerleme kaydedilebildi. Hıfzısıhha hareketi, kanalizasyon için daha yüksek vergiler ödemek veya uygun olmayan işçi konutlarını değiştirmek için para harcamak istemeyen patronların, ayrıca özel su tedarikçilerinin, hijyenik olmayan gıda satıcılarının direnciyle sıklıkla karşılaştı. Ancak, orta ve üst sınıfların bağışıklığa sahip olmadığı salgın hastalıkların yaydığı korku ile dönemin yerel yönetim reform hareketi önderlerinin kararlılığı sayesinde hareket giderek yaygınlık kazandı ve 19. yüzyıl sonlarına doğru, hastalıkların nedenlerinin anlaşılmasında sağlanan gelişmelerin halkın eğitimli kesimi üzerinde yarattığı etki de bu durumu pekiştirdi.

Hıfzısıhha hareketi, başlangıçta hastalık nedenleriyle ilgili yanlış inanışlar üzerine (özellikle de kirli havanın, dönemin deyişiyle *miasma*nın [zehirli havanın] ana neden olduğu fikri) inşa edildi. Hastalıkların mikroplar yoluyla bulaştığının 1870'lerde keşfedilmesiyle, hijyenin gerçekten de çözümün kilit parçası olduğu anlaşıldı. Bu yeni bilgi, halk sağlığı faaliyetlerinde kapsamın genişletilmesinin, evlerde ve okullarda hijyen, bebek ve çocuk bakımı benzeri konularda sağlık eğitimlerinin verilmesinin önünü açacaktı. Bulaşıcı hastalıkların nedenleri birbiri ardınca keşfedilirken, bağışıklık kazandırma gibi yeni koruyucu yöntemler de uygulamaya koyuluyordu. Elde edilen sonuç ise son derece çarpıcıydı: 1871 ile 1940 arasında, İngiltere ve Galler'de bir yılda meydana gelen ölümlerde bulaşıcı hastalıkların payı yüzde 31'den yüzde 10'a geriledi. 1951'e gelindiğinde ise, bulaşıcı hastalıklar tüm ölümlerin sadece yüzde 6'sından sorumluydu. Genel yıllık ölüm oranı ise her bin kişide 22,4'ten 6,1'e inmişti.[6] Bir kez daha vurgulamakta fayda var ki, bu düşüşü sağlayan şey neredeyse tek başına koruyucu önlemlerdi. Zaten bu sürecin büyük bölümünde, çoğu bulaşıcı hastalık için herhangi bir etkin tedavi bulunabilmiş değildi (sülfanilamid türevi ilaçlar ancak 1935'te, penisilin 1941'de, geniş spektrumlu antibiyotikler ise 1947'de kullanıma girdi).

Richard Easterlin, tarihin kapitalist piyasa ile sağlık arasındaki ilişkiye dair hükmünü şöyle özetliyor:[7] Birincisi, 19. yüzyılın büyük bölümünde, hızlı ekonomik büyümenin yaşandığı ülkelerdeki ortalama ömürde herhangi bir artış yaşanmadı veya en iyi ihtimalle hafif bir iyileşme gözlendi. Yaşam süresi (ve fiziksel gelişim) üzerindeki asıl iyileşmeler, ancak hastalıklardan korunma ön-

6 Richard Easterlin, *The Reluctant Economist*, Cambridge: Cambridge University Press, 2004, s. 108.

7 Aynı eser, 7. Bölüm, "How Beneficent Is the Market? A Look at the Modern History of Mortality".

lemleri etkinlik kazandığında ortaya çıkabildi. Yani, işçilerin gelirlerinin artmasına bağlı olarak beslenmenin iyileşmesi bizatihi bu sonucu doğuran etmen olmamıştır. İkincisi, herkes için temiz su ve kanalizasyon gibi, ölüm oranı devriminin gerçekleşmesinde pay sahibi önleyici tedbirlerin çoğu, kolektif etkinlik gerektiren, maliyetin ödenmesine katkı yapıp yapmadığına bakılmaksızın herkese fayda sunan kamu ürünleridir. Kapitalist piyasa bu ürünleri sunmayacaktır ve geçmişte de sunmamıştır. Aynı durum, aşılama ve bağışıklık kazandırma faaliyeti için de geçerlidir. Bu tedbirler, ancak mümkün olduğunca genele yayıldığında işe yaramaktadır. Bu hizmetler için halkın çoğunluğunun ödeme yapmaya yanaşması mümkün görünmediğinden, gereğini devlet yapmak zorundadır. Hane içi hijyen için de aynı şey söz konusu: "Yeni bilgiler birilerinin patentli, tescilli malı olmadığından, bunların genele yayılmasında piyasaya bel bağlanamazdı." Üçüncü olarak, tıp biliminin ve koruyucu önlemlerin sağlık alanında ortaya çıkardığı çarpıcı iyileşmeler öyle pek yüksek maliyetli değildi. Bunların sağlanması kapitalizmin sunduğu ulusal gelir artışına da bağlı değildi. Gerçekten de, 1950'lerin Çin'inden tutun da, 60'ların Küba'sına ve 70'lerin Kerala'sına[8] kadar en yoksul ülkeler bile yaşam süresinde önemli gelişmeler kaydedebildi.[9] Son olarak, bu gelişmelere önayak olan araştırmaların maliyeti de oldukça düşüktü ve bu maliyetin karşılanması kapitalist büyümeye dayanmıyordu. "Pasteur, Koch ve Fleming gibi bilimcilerin son derece sade laboratuvarlara sahip oldukları dikkate alındığında" diyor Easterlin, "ihtiyaçlarının da kendilerinden iki yüzyıl önce yaşamış öncülerinkinden daha fazla olduğunu düşünmek pek mümkün değildir." 1929'da bile, ABD'de kamu ile özel sektörün tüm bilimsel alanlardaki araştırma ve geliştirme için yaptığı toplam harcamaların GSYH 'deki payı sadece yüzde 0,2 idi ve biyomedikal araştırmalar da bu toplamın içinde küçük bir paya sahipti.[10] Günümüzde ise, tıp araştırmalarının maliyeti muazzam ölçüde yükselirken, ilerleyen sayfalarda göreceğimiz gibi, elde edilen toplumsal fayda söz konusu olduğunda bambaşka bir tablo ortaya çıkıyor.

Öyleyse, İngiltere'de ölüm oranı devriminin kıvılcımını çakan hıfzısıhha hareketinin, amaçlar bakımından ele alındığında, kapitalizmin bir başarısı olduğunu söylemek hayli güçtür ve Rus devriminin Çarlık otokrasisi sayesinde gerçekleştiğini ya da Hindistan'ın bağımsızlığını İngiliz egemenliğine borçlu

8 Hindistan'ın güneybatısında eyalet – *çev.*

9 "Çin deneyimi, ortalama ömrü uzatmanın ne kadar düşük maliyetli bir iş olduğunu çok çarpıcı biçimde gösteriyor. Ülkede 1950'lerin başlarında 40 olan ortalama yaşam süresi, 60'ların sonlarında 60 yıla yükselmişti. Oysa bu dönemin sonunda Çin'in ulusal geliri, Batı Avrupa'nın 1820'de (yani ortalama ömür 40 yılın altındayken) sahip olduğu düzeyin sadece dörtte üçü kadardı... Çin'in bu dönemde GSYH'sinin ancak yüzde 2'sini sağlık harcamalarına ayırdığı tahmin ediliyor." (Aynı eser, s. 132). Ayrıca bkz. J.C. Caldwell, "Routes to low mortality in poor countries", *Population and Development Review*, 12(2), 1986, 170-220.

10 Easterlin, *The Reluctant Economist*, s. 134.

olduğunu ileri sürmekten pek farklı değildir. Ölüm oranı devriminin yaratıcısı konumundaki hıfzısıhha hareketi, bırakın kapitalist sınıfın bir lütfu olmayı, kapitalizmin toplumsal maliyetine karşı bir tepki olarak gelişmiştir. Ayrıca, kapitalist olmayan ülkeler de ortalama yaşam süresini uzatma konusunda kapitalist ülkeleri yakalayabilmiş, hatta kimi zaman geride bırakabilmiştir. Her şeye karşın, ölüm oranı devrimi ile sanayi kapitalizminin yükselişi arasında elbette bir bağlantı vardır. Sonuçta devlet için, genel su şebekeleri inşa etmek, sınırlı sayıda özel tüketiciye su satmaktan daha kârlı bir iştir. Ölüm oranı devriminin itici güçleri incelendiğinde, genellikle birbiriyle çatışma halindeki farklı unsurların varlığıyla karşılaşılır.

Kesin önem taşıyan şey, bilimin kendisiydi. Başta fizik ve kimya olmak üzere doğa bilimleri, sermaye birikimi için taşıdıkları değeri fazlasıyla kanıtlamış olmaları sayesinde gelişme olanağı buldu. Ardından gelen biyoloji alanındaki gelişmeler, sahip olduğu kâr potansiyelini tümüyle gözler önüne serdi. Ancak belirtmek gerekir ki, doğa bilimlerinden elde edilen ekonomik fayda sayesinde genel olarak bilimin kapitalist sınıftan aldığı destek, toplumsal hijyen teknolojileri ve tıp bilimindeki kritik gelişmelerin ortaya çıkmasını sağlayan önemli bir etmen olmuştur ve bunlar da burjuva devriminin ilerleyişi ile elde edilen entelektüel özgürlüklerin bir sonucudur. Dolayısıyla, ölüm oranlarındaki devrim, kapitalistlerin isteyerek imza attıkları bir başarı olmasa da, burjuvazinin yükselişi, genellikle dolaylı ve karmaşık yollardan etki etmekle birlikte, devrimin bilimsel temeline gelişme olanağı veren zemini yaratmıştır.

19. yüzyıl sonlarında, ölüm oranı devrimi zirve noktasındayken, tıp araştırmalarında hâlâ görece tarafsız ve eleştirel bir yapının hâkim olduğunu belirtmekte yarar var. Tıp bilimi henüz yozlaşmaya başlamamıştı ve Marx'ın belirtmiş olduğu gibi, ana akım iktisat için de aynı şey geçerliydi: "[Sınıf mücadelesi], burjuva ekonomi okulunda bilimsel eleştirinin ölüm çanlarını çaldı. O zamandan beri, kuramlar söz konusu olduğunda sorun bilimsel açıdan doğruluk veya yanlışlık değil, sermayenin işine yaramak veya yaramamaktır... Tarafsız araştırmacıların yerini kiralık ödül avcıları alırken, gerçek araştırmanın yerine de düzeni mazur gösterme gayretinin vicdansızlığı ve şeytani niyetleri geçti."[11] Bundan yüz yıl önce, biyomedikal araştırma alanında, ilaç şirketleri için yazılan ve tıp dergilerinde yayınlanan makalelere imza atmaları karşılığında büyük meblağlar ödenen ödül avcısı kiralık doktorların, ayrıca sigorta şirketlerinin çıkarları doğrultusunda kanıtları fütursuzca çarpıtan sağlık araştırmacılarının çağı henüz başlamamıştı.[12]

11 Karl Marx, "Postface to the Second Edition of Capital" (Londra 1873), Marx, *Capital*, Cilt 1 içerisinde, Londra: Penguin Books, 1976, s. 97.

12 Hekimlerin itibarının ilaç şirketleriyle ilişkileri nedeniyle ne denli sarsıldığına ilişkin pek çok şey yazıldı. Güncel bir anlatı için bkz. Marcia Angell, "Drug Companies and doctors: a story

ÖLÜM ORANI DEVRİMİNİN ARDINDAN

Kapitalizmin ölüm oranı devrimindeki çelişkili rolü üzerine yeterince şey söyledik. Peki, devrim büyük ölçüde tamamlandıktan sonra kapitalizmin oynadığı rol neydi? 20. yüzyıl ortalarından bu yana, özellikle de gelişmiş kapitalist ülkelerde, ortalama ömür yükselmeye devam etti ve 2000'de 80 yaş civarına ulaştı.[13] Kapitalizmin ödül avcısı bazı yandaşları, buna dayanarak, büyümeyle elde edilen yeni kaynaklar nasıl kullanılırsa kullanılsın, ekonomik büyümenin nihayetinde yaşam süresini uzattığını ve dolayısıyla sağlık politikasının ana hedefinin de bu olması gerektiğini ileri sürüyor (bu tez, 1996 yılında, Clinton yönetiminde Maliye Bakan Yardımcılığı görevini yürütürken yazdığı "Daha Fazla Refah, Daha Fazla Sağlık" makalesinde Larry Summers tarafından özetlenmişti.)[14]

Hastalıkların nedenlerinin günümüzde 150 yıl öncesine göre çok daha iyi anlaşılabiliyor olması sayesinde, en yoksul ülkelerdeki en yoksul yurttaşların yaşam koşullarında sağlanan herhangi bir gelişme, elverişli koşullar altında, sadece kişisel davranış biçimlerini değiştirerek bile sağlık düzeyini yükseltebilmektedir (daha iyi beslenme ve kişisel hijyen, sineklik kullanımı vb.). Ancak genel olarak bakıldığında, kanıtların "daha fazla refah, daha fazla sağlık" tezini desteklemediği görülüyor. Gelişmiş kapitalist dünyada ortalama ömürde kaydedilen artışın büyük bölümü, yaşam süreleri üzerindeki devrimi başlatan koruyucu önlemlerin kapsamının giderek genişlemesiyle elde edilmiştir. Beslenme koşullarındaki iyileşme ve kişisel tüketimin diğer unsurları önem sırasında daha gerilerde yer almakta, sağlık hizmetlerinin payının ise yalnızca yüzde 10-15 düzeyinde kaldığı düşünülmektedir.[15] Üstelik zaman içinde en büyük iyileşmeler, gelirin en yüksek olduğu değil, eşite en yakın dağıtıldığı dönemlerde ortaya çıkmıştır. En zengin ülkeler arasındaki ortalama

---

of corruption", *The New York Review of Books*, 56(1), 15 Ocak 2009, s. 8-12. Sigorta sektörünün çıkarları doğrultusunda verilerin çarpıtılması yönünde göze batan bir örnek için bkz. Richard Feachem ve diğerleri, "Getting more their dollars: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente", *BMJ (British Medical Journal)*, 324(9330), 2002, Allyson Pollock, *NHS plc* içerisinde, İkinci Baskı, Londra: Verso, 2005, s. 217-19. Kaynak, Kaiser Permanente şirketinin, paranın karşılığını NHS'ye göre daha iyi verebildiğini savunuyor.

13 Bkz. John Bongaarts, "A decomposition of life expectancy levels and trends", Population Council, New York, 15 Şubat 2006, Tablo 1.

14 Lant Pritchett ve Lawrance H. Summers, "Wealthier is healthier", *Journal of Human Resources*, 31(4), 1996, s. 841-68. Makalenin yazarları, ortalama yaşam süresi üzerinde kayda geçmiş iyileşme kamu politikaları temelinde tam olarak açıklanamayacağı için, ulusal gelirdeki artışın, hükümetler tarafından başlı başına bir sağlık politikası hedefi haline getirilmesinin mantıklı olacağını ileri sürüyorlar.

15 Bkz. Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York: The New Press, 2005, s. 59. Temel neden ise nicelikle ilgili: Yeni tıbbi tedavilerin ortalama insan ömrünü uzatma yönündeki etkisi, söz konusu tedavilerin sunulduğu tıbbi koşulların dar ölçeği nedeniyle zayıf kalmaktadır.

ömür sıralamasını GSYH miktarı değil, yurttaşlar arasındaki eşitlik düzeyi belirlemektedir.[16]

Kapitalizmin zorlanmadan başarabildiği bir şey varsa, o da *eşitsizliği* üretmek ve sonra yeniden üretmektir: İlk olarak, emek piyasasının normal işleyişi ve artık değerin sermaye sahipleri tarafından kâr payları veya rant şeklinde iç edilmesi ile; ikinci olaraksa, vergi sistemi, sosyal hizmetler (eğitim, sağlık, uzun süreli tıbbi bakım ve sosyal güvenlik) ve sosyal altyapı (konut edindirme, ulaştırma, kamusal alanlar, kütüphaneler vb.) gibi kamu politikaları üzerinde sermayenin yarattığı etki yoluyla.[17] Kapitalizm, tüm bu boyutlarda eşitsizliğin durmaksızın derinleştirilmesi yönünde bir güdüye sahip ve dizginlerinden kurtuldukça da bu güdüsünü hayata geçiriyor. 1970'lerin sonlarında başlayan neoliberal çağda, başta neoliberal politikaların en kararlı biçimde takip edildiği ABD, Birleşik Krallık gibi ülkeler olmak üzere hemen her yerde eşitsizliğin derinleştiği, ayrıca zengin ve yoksul ülkeler arasındaki uçurumun büyüdüğü gözleniyor.[18] Eski komünist ülkelerin pek çoğunda ise, kapitalizme ani geçişin yarattığı etkilerin, özellikle de erkekler arasında, ölüm oranlarında dramatik bir artışa neden olduğu görüldü.

Eşitsizliğin sağlıksızlığı üretme yolları oldukça karmaşık ve bu yollar üzerinde çok fazla tartışma yürütüldü.[19] Yoksul insanların daha fazla maruz kaldığı, enfeksiyonlar, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklar ve yaralanmalar gibi bedensel riskleri de doğrudan beraberinde getiren olumsuz maddi koşullar; gecikmiş veya bozuk kavramsal ya da sosyal gelişim gibi kişisel gelişim temelli sorunlar; toplumsallaşma, iş yaşamına hazırlanma ve aile yaşamı benzeri toplumsal sorunlar; ayrıca, bir araya gelerek bileşik bir etki yaratan tüm bu etmenler arasındaki etkileşim, farklı yaşlarda çeşitli hastalıkların önünü açıyor.[20] Zayıf ekonomik ve toplumsal statünün, patojenik fizyolojik tepkilerin ortaya çıkmasının başlıca nedeni olduğu yönünde Richard Wilkinson tarafından ortaya atılan ve çokça tartışılan teoriyi destekleyen kanıtlar zayıf görünse de, Wilkinson'un da belirtmiş olduğu gibi, etkili ve yakın insan ilişkilerinin, sağlığın desteklenmesi konusunda çeşitli yollardan olumlu bir etki yarattığı ve eşitsizliğin de bunun tam tersi yönde etki gösterdiği konusunda fazla şüpheye

16 Aynı eser, bölüm 4, özellikle s. 119-23.

17 Bu süreçleri, *Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Pubic Interest*, Londra: Verso, 2001 kitabımda incelemiştim. Ayrıca bkz. Leys, "The cynical state", *Socialist Register 2006* içerisinde, s. 1-27.

18 George Davey Smith, Daniel Dorling, David Gordon ve Mary Shaw, "The widening health gap. What are the solutions?", George Davet Smith (der.), *Health Inequalities: Lifecourse approaches* içerisinde, Bristol: The Policy Press, 2003, s. 459-65.

19 Özellikle bkz. Davey Smith, *Health Inequalities*, s. xxxv-xxxvii ve 440.

20 Dennis Raphael, "Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions", *International Journal of Health Services*, 36(4), 2006, s. 651-77.

yer yok.[21] En eşitsiz ülkelerde yetişkinlerin beşte biri ila dörtte birini etkileyerek günümüzde salgın boyutlarına ulaşmış olan depresyon gibi zihinsel hastalıklar ele alındığında, bu ilişki daha da ön plana çıkıyor.

Bu karmaşık yapının karşısında durmak için, farklı tarihsel ve toplumsal yapılar çerçevesinde bireyin yaşamı boyunca ortaya çıkan çeşitli sağlıksızlık nedenlerini irdelememiz gerekiyor. Örneğin, mide kanseri, tüberküloz, felç gibi yaşamın son dönemlerinde ortaya çıkan belli hastalıkların kimi nedenleri, çocuklukta yaşanan ve daha çok yoksul ailelerde gözlenen bazı deneyimlerle bağlantılı. Bazıları, ilk gençlik döneminde yaşanan ve niteliksiz kol işlerinde daha sık rastlanan kazalar ve işyeri yaralanmaları gibi vakalarla ilişkili. Geriye kalanlarsa, yalnızca ileri yaşlarda kendini gösteren etmenlerle bağlantılı. Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan eşitsizliğin etkileri, yıllar geçtikçe birikerek, ileriki yaşlarda ortaya çıkabilecek hastalıklara yatkınlığı artırabiliyor.

Hastalık nedenleri arasında, yaşamın herhangi bir bölümünde alınan tıbbi yardımın yetersiz kalması da bulunabiliyor ve tıbbi yardıma ulaşma konusunda en büyük güçlüğü yine en yoksul kesimler ya da cinsiyet, etnik köken, engellilik gibi başlıklarda ezilen tarafta yer alanlar hissediyor. Sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamen vergi gelirlerinden finanse edildiği ve gerçekten de herkese ücretsiz sunulduğu Birleşik Krallık'ta bile, Julian Tudor Hart'ın o ünlü "tersine hizmet yasası" işlermiş gibi görünüyor: Sunulan tıbbi hizmetin miktarı ile hizmete duyulan ihtiyaç arasında ters orantı ortaya çıkıyor. Bu kural hem farklı coğrafi topluluklar arasında, hem de topluluk içindeki kişi ve gruplar düzeyinde geçerlilik kazanıyor. Örneğin, en yoksul şizofreni hastaları, en varlıklılara göre ortalama sekiz yıl daha geç tedavi görmeye başlıyor. Nüfusun geneline bakıldığında ise, en yoksul kesimlerin, ciddi kalp krizleri için varlıklılara göre çok daha az tedavi görüyor oluşu dikkatten kaçmıyor.[22] Gelişmekte olan ülkelerin büyük bölümünde değilse bile pek çoğunda, kamu eliyle finanse edilmek ve sunulmak üzere 1945'ten sonra oluşturulmuş sağlık sistemlerinin kadükleştirildiği, yerlerini denetimden uzak, tehlikeli özel sağlık hizmetlerine bıraktığı, böylece geçmiş dönemlerde elde edilen kazanımların önemli oranda gerilediği görülüyor.[23] Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008'de yayınladığı raporda, "Çok sayıda farklı bağımsız girişimci tarafından sunulan ve

21 Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How to make sick societies healthier,* New York: The New Press, 2005; ve Kate Pickett ile birlikte, *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better*, Londra: Allen Lane, 2009, s. 66-7.

22 Julian Tudor Hart, *The Political Economy of Health Care: A clinical perspective,* Bristol: Policy Press 2006, s. 67 ve 145, no.58; Davey Smith, *Health Inequalities*, s. 494.

23 Sahra Altı Afrika'da 1990'da 50 olan ortalama yaşam süresi, 2002 yılında 46'ya gerilemişti. Yapısal düzenlemelerin diğer yerlerde sağlık alanında yarattığı maliyetler de ileride istatistiklerle ortaya koyulacaktır.

başlangıçta sadece kentlerdeki uygulamalarla sınırlı kalan küçük ölçekli, denetimsiz, paralı sağlık hizmetleri, şimdilerde Sahra Altı Afrika'dan tutun da, serbest piyasacılığa geçiş yapmakta olan Asya veya Avrupa ekonomilerine kadar pek çok yerde sağlıktaki manzaraya egemen olmuş durumda." deniliyor.[24] 1990 sonrasında çok hızlı biçimde yoğun özelleştirmelere maruz kalanlar başta gelmek üzere, Eski Sovyetler Birliği ülkelerinde de az çok benzer bir gerileme yaşandı. Bu gidişattan en çok etkilenen beş ülkede işsizlik oranı yüzde 23'e fırlarken, yetişkin erkekler arasındaki ölüm oranında da dehşet verici biçimde yüzde 42,3'lük bir artış yaşandı.[25]

Dolayısıyla, herhangi bir toplumda ortalama yaşam süresini belirleyen etmenler tarihsel boyutta gelişiyor ve karmaşık bir yapı sergiliyor. Toplumsal koşullarla sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği ayrıntılı araştırmaların hemen hepsine ev sahipliği yapan zengin ülkelerde, zıt eğilimlerin bir araya geldiğini görüyoruz: Ortalama ölüm oranları düşerken, toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerle ilişkili olarak, ortalama yaşam sürelerinde *giderek büyüyen bir farklılaşma* ortaya çıkıyor. George Davey Smith, şunları söylüyor:

> ... doğumdan ölüme kadar maruz kalınan ve imtiyazsız toplumsal çevrelerde yoğunlaşan elverişsiz koşulların nedeni niteliğindeki toplumsal süreçleri teşhis etmek mümkün... Bu durumdan etkilenen bireylerin ve ayrıca onların ebeveynlerinin toplumsal yapıya göre şekillenmiş beslenme, sağlık ve çevresel etki deneyimleri, bireyin ileriki yaşlarında ortaya çıkacak sağlık tablosuyla ilgili önemli göstergeleri, örneğin doğum ağırlığını, boyu, kiloyu ve akciğer işlevlerini etkiliyor. Vücuda dair bu biyolojik göstergeler (ve bedenin geçmişi), *toplumsal ilişkilerin somutlaşmış hali* olarak görülmelidir...[26]

HALK SAĞLIĞI[27]

Öyleyse, toplumsal ilişkiler kitlelerin sağlığı üzerinde bir etmen olarak kilit önem taşıyor. Oysa 1980'lerden bu yana, çağımız kapitalizminin değişen toplumsal ilişkileri, belli başlı ülkelerin hiç birinin siyasi gündeminde yer tutabilmiş değil. Sağlıksızlığın toplumsal nedenlerinin, şu ya da bu ülkenin kamu politikalarında yankı bulduğunu gösteren kanıtlar iç karartacak denli

24 *World Health Report 2008*, Cenevre: DSÖ, 2008, s. 13-14. Rapor, denetimsiz sağlık hizmetlerinin doğası gereği tehlikeli oluşuna dikkat çekiyor: "Örneğin Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde sağlık çalışanlarının, ek iş olarak "la chirugie safari" (safari ameliyat) yapması, yani yasa dışı biçimde, hastaların evlerinde yüksek ücretler karşılığında apandisit ameliyatlarına ve diğer cerrahi müdahalelere girişmesi oldukça yaygın bir uygulama.

25 David Shukler, Lawrance King ve Martin McKee, "Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis", *Lancet*, 373(9661), 31 Ocak 2009, s. 399-407.

26 Davet Smith, *Health Inequalities*, sxlvii (vurgular tarafımdan eklenmiştir).

27 "Halk sağlığı" terimine getirilen tanımlarda kayda değer bir çeşitlilik söz konusu. Ancak pek çok tanımın merkezinde, toplum sağlığını topyekûn iyileştirmeye odaklanan, hastalıklardan korunmaya büyük rol biçen faaliyetler ve bu faaliyetleri yürüten kamu kurumları yer alıyor.

az. Devletlerin sağlıktaki belirleyici toplumsal etmenlere ilişkin politikası, asıl olarak yok saymak üzerine kurulu. Bir yanda eşitsizlik aman vermeden derinleşirken, siyasi söylem hangi yöne meylederse etsin, azalan oranlı vergilendirme sisteminin daha makul sonuçlar doğuracak şekilde güçlendirilmesi, okullarda sınıf mevcutlarının düşürülmesi, mesleki tehlikelerin azaltılması gibi hepsi de devletçe alınacak kararlara bağlı bulunan, toplumun sağlık bakımından en geri kesimlerinde sağlık tablosunu iyileştirebilecek mütevazı önlemlere pek öncelik tanınmıyor. Bunun yerine, sağlık politikalarının odak noktasını en başta birey ve onun sözüm ona özgür tutumu ("kişinin kendi sağlığı için sorumluluk alması"), tabii bir de, farklı toplumsal koşullar altında önemli bölümüne asla ihtiyaç duyulmayacak olan, bireysel vakalara yönelik "yüksek teknoloji" ürünü ilaçların temini oluşturuyor.

Bu manzara, ölüm oranı devriminin kazandığı başarıdan doğan, tek tek bireylerin değil, halkın sağlığını; tedavi etmeyi değil, önlemeyi odak noktası kabul eden halk sağlığı uzmanlık alanının amaçlarından önemli ölçüde uzaklaşıldığını gösteriyor. 20. yüzyılın ilk yarısında emek hareketinin yükselişiyle birlikte toplumsal sorunlar ön plana çıktıkça;

> Tıp bilimi, o zamana dek pek dikkat çekmemiş olan, yaygın, derinlere kök salmış sağlık sorunlarının oluşturduğu bataklığa dikti gözünü: hastalıklı bebekler, zekâ geriliği taşıyan çocuklar, kansızlık çeken anneler, ülserli büro çalışanları, kireçlenmeden, bel ağrısından, felçten, kalıtsal sorunlardan, depresyondan ve diğer sinir hastalıklarından, ayrıca her türlü yaşlılık illetinden muzdarip olanlar... Çağdaş toplumun sağlık konusunda yüz yüze geldiği tehlikelerde, yoksulluk, bilgiye uzaklık, eşitsizlik, zayıf beslenme ve barınma koşulları, işsizlik veya aşırı çalışma nedeniyle işlevlerinde kırılmaya uğrayan ya da üretkenliğini yitiren topluluklarda baş gösteren fizyolojik ve psikolojik sorunlar, hastalıklara karşı yaygın ve muhtemelen doğuştan gelen yatkınlıklar artık daha fazla yer tutuyordu. Tüm bu tükenmişlik, güçlük ve acılarla mücadele etmek için tıp biliminin pozitif ve sistematik bir yapıya bürünmesi, gerek sağlıklı görünen normal insanları, gerekse hastaları takip etmesi, grupları bebeklikten yaşlılığa kadar izlemesi, kronik, kalıtsal ve yapısal koşulların kaydını tutması, hastalıklarla gelir düzeyi, eğitim, toplumsal sınıf, beslenme düzeni ve konut durumu gibi değişkenler arasındaki bağlantıları kurması gerekiyordu.[28]

Ne var ki 1980'lerin sonlarına gelindiğinde bu idealler (içkin devletçi karakterleri ve muhtemelen hafif otoriter eğilimleriyle), yalnızca neoliberal ülkelerle sınırlı kalmamak üzere, kesin olarak kenara itildi. Oysa halk sağlığı alanında çalışan hekimler, toplumsal ve ekonomik politikaların halk sağlığından alınan dersler üzerine inşa edilmesi ihtiyacının hiç olmadığı kadar büyüdüğüne işaret ediyorlardı. Kamu politikasının tüm alanlarının, sağlık politikasının birer unsuru olarak görülmesinin; hem fiziksel çevrenin (çevre

28 Porter, *The Greatist Benefit,* s. 633-4.

kirliliği, küresel ısınma, enerji, toprağın bozulması vb.) hem de toplumsal çevrenin (işsizlik, konut durumu, ulaşım, gıda üretimi vb.) halk sağlığıyla bağlantılı başlıklar olarak ele alınması gereği yönünde ısrarcıydılar. Ancak Britanyalı bir hekimin o günlerde dile getirdiği gibi, uygulama genellikle bunun aksi yöndeydi:

> Geride kalan on yıllık dönemde, büyük ölçüde artan yoksulluğun, işsizliğin, evsizliğin ve sağlık üzerindeki diğer tehlikelerin bir bakan tarafından her yok sayılışında; Ulusal Sağlık İdaresi'nin, sağlık alanında bir iyileşmeye imza atmışçasına böbürlenerek, "hiç olmadığı kadar fazla sayıda hastayı tedavi ettiklerini" her açıklayışında, bu bütünlüklü yaklaşımın kavranamamış olduğu gerçeği tüm katılığıyla karşımıza çıkıyordu.[29]

Avrupalı sosyal demokrat partilerin bile halk sağlığı ile ilgili önceki fikirlerini bir kenara bırakmasıyla, halk sağlığını bir zamanlar büyük bir prestijle savunanlar etkinliklerini önemli ölçüde yitirdiler. Genellikle sosyal demokrat politikacılarla kurdukları yakın ilişki aracılığıyla toplumsal ve ekonomik politikaların (örneğin tam istihdam) sağlık politikasıyla bağdaştırılmasında yürüttükleri işlev ve sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarına dair çalışmalar temelinde planlanmasında oynadıkları merkezi rol, yerini "piyasa sinyalleri"ne bıraktı.[30] Halk sağlığının rolü, küresel salgın tehlikelerine verilecek tepkilerin planlanmasına ve toplumsal eğitim yoluyla bireylerin "yaşam tercihleri"nin şekillendirilmesi arayışlarına indirgendi. Aşırı içki ve sigara tüketiminin azaltılmasına, insanların daha fazla egzersiz yapmaya teşvik edilmesine yönelik kampanyalara bolca para harcanırken, insanları sigaraya, aşırı alkol tüketimine ve kalitesiz gıdaya (çünkü kaliteli gıdalar pahalıdır ve fiyatlar yoksul semtlerde varlıklı semtlere nazaran daha yüksek olabilir) iten, eşitsizlikle bağlantılı temel koşullar, bırakın değiştirilmeyi, ağza alınmıyor bile. Britanya'nın önde gelen halk sağlığı hekimlerinden ikisi, 1997'de şu hükme varıyorlardı:

> Birleşik Krallık'ta sağlık alanındaki eşitsizlikler önemli ve giderek de etkisini artıran bir boyutta. Sağlıktaki söz konusu ayrımlarla mücadele etmenin ana yolu, açıktır ki, daha eşitlikçi bir toplumsal yapıya önayak olacak kapsamlı toplumsal ve siyasi değişimlerden geçiyor. Halk sağlığı çalışanları, bu değişimlerin savunucuları haline gelmezlerse, ana hedeflerinden, yani toplumun sağlık durumunun topyekûn iyileştirilmesi amacından uzaklaşmış olacaklardır.[31]

Ancak, mesleki yayınlarda bu değişimlerin savunuculuğunu yapmak baş-

29 Peter Draper, "A public health approach", Draper (der.), *Health Through Public Policy: The greening of public health* içinde, Londra: Greenpoint, 1991, s. 20.

30 OECD ülkelerinde 2007'de halk sağlığının toplam sağlık harcamalarından aldığı pay ortalama yüzde 3,1 oldu. OECD, *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, Paris: OECD, 2007, s. 91.

31 George Davey Smith ve Yoav Ben-Shlomo, "Inequalities in health: what is happening and what can be done?, Davey Smith, *Health Inequalities* içinde, s. 496.

ka, tüm büyük partiler bunu yapamayacağını ve hatta yapmak istemediğini düşünmekteyken, söz konusu fikirleri halka anlatmak başka şeydir. Halka bu türden şeyleri anlatmanız, araştırmalarınıza ayrılan kaynakların kesilmesi riskini doğurabilecek ve kim bilir, belki de mesleki itibarınıza yönelik devlet destekli bir saldırı dalgası yaratabilecektir.[32] Neoliberalizmin egemenlik kurmayı başardığı tüm ülkelerde işler üç aşağı beş yukarı böyle yürür.

TEDAVİ DEVRİMİNDEN BU YANA SAĞLIK HİZMETLERİ

Tıp bilimi ve teknolojisinin 20. yüzyılda yaşadığı devrim, pek çok ölümcül hastalığın tedavi edilmesini, yaşam süresinin uzatılmasını, ağrıların dindirilmesini ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini tarihte ilk kez mümkün kıldı. Bu gelişmelerin kavranmasıyla birlikte, sağlık *hizmetlerine* erişim bir anda insanların en derin korkuları ile umutlarının odak noktası haline geldi. Hatta, 1948 yılında hazırlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde, sağlık hizmeti almak bir insan hakkı olarak tanımlandı.[33] 1948'de hizmet vermeye başlayan Britanya Ulusal Sağlık İdaresi'nin (NHS) mimarı Aneurin Bevan yerinde bir benzetmeyle, sağlık hizmetinin "korkudan kurtuluş" anlamına geldiğini söylüyordu. 1950'lerin sonlarında, güçlü bir emek hareketinin mevcut olduğu hemen her ülkede, devletler herkese açık genel sağlık hizmetlerine yönelik talebin önünde duramaz hale gelmişti. Sosyal sigorta veya genel vergi sistemi üzerinden finanse edilen, çalışanları olduğu gibi kadınları ve çocukları da kapsamına alan hizmet sistemleri, özel sağlık piyasalarının ve sınıf ayrımını dayatan ikinci sınıf hizmetlerin yerini aldı; eğitimli işgücü için sosyal hizmetler alanında muazzam bir istihdam alanı yarattı.[34] 1965 yılında ABD dahi çok yoksullar (Medicaid) ve 65 yaşın üzerindekiler (Medicare) için ücretsiz kamu hizmetlerini (kullanım noktasında) sunmaya başladı. Komünist ülkelerde ise devlet eliyle halkın tümüne sunulan sağlık hizmetleri standart uygulama halini aldı. "Üçüncü dünya"da, devletçe sağlanan hizmetlerde kaynak yetersizliği ve devasa taleple boğuşmak zorunda kalındıysa da, devlet müdahalesiyle güvence altına alınan herkese açık erişimin geniş bir uygulama ölçeğine kavuştuğu görüldü.

Ölüm oranı devrimiyle bağlantılı önlemlerde olduğu gibi, kapitalistle-

32 Halk sağlığına dair etkili eleştirileri karalama ve lekeleme yolunda devlet olanaklarının kötüye kullanımıyla ilgili bir örnek için bkz. Pollock, *NHS plc*, s. 219-23.

33 Sağlık hizmetlerini, bir insan hakkı olarak devletin görevleri arasında sayan bir diğer metin için bkz. Center for Economic and Social Rights, *The Right to Health in the United States of America: What Does It Mean?*, Brooklyn: Center for Economic and Social Rights, 2004, http://www.cesr.org adresinde mevcuttur.

34 İngiltere'deki genel uygulamanın sınıf ayrımıyla nasıl delik deşik edildiğine dair çarpıcı bir anlatı için bkz. Porter, *The Greatest Benefit*, s. 644.

rin ve bu arada sıklıkla da hekimlerin çıkarları başlangıçta yine genel sağlık hizmetlerinin inşasına direnç gösterdi. Buna karşın, uygulamanın halk tarafından müthiş ölçüde sahiplenilmesi tıp mesleğinden gelen direnci alt etti ve tıp dünyası da yeni sistemin işlemesine katkıda bulunmayı kabul etmesi karşılığında, istediği mükemmel çalışma şartlarına kavuştu. Kimi Batı Avrupa ülkelerinde, büyük bir özel sektörün de sosyal sigorta temelli kamu sistemleriyle yan yana faaliyet yürütmesine izin verildi. Ayrıca, yeni kamu sağlık sistemlerinin çoğunluğunda hekimlere hizmet miktarına göre ücret ödenmeye devam edildi ve bu da kaçınılmaz biçimde, gereksiz tedavilere ve maliyette artışa neden oldu. Bunun sonucunda baş gösteren zayıflık, dünya savaşının ardından gelen uzlaşma döneminin 1970'lerde sona ermesiyle birlikte, herkese açık halkçı sağlık sistemlerinin düşmanları tarafından sömürülmeye başlayacaktı. Yine de, herkes için parasız sağlık hizmeti ilkesi çoğu OECD ülkesinde derinlere kök salmayı başardı.

Tedavi devrimi, öte yanda bilime dayalı ilaç endüstrisine çarpıcı bir büyüme hızı kazandırdı. Daha sonra, yakından bağlantılı biyoteknoloji endüstrisi de bu dalgaya katılacaktı. Muazzam ekonomik ve siyasi güç sağlayan bu sermaye biçimleri, özellikle de ABD'de, kuvvetli bir yapı sergileyen özel sağlık sigortası ve sağlık hizmeti sektörleri ile yakın siyasi bağ içerisinde.

2008 yılında dünya genelinde ilaç satış tutarının 600 milyar dolar seviyesine ulaştığı hesaplanıyor. Bu tutarın üçte ikisini, büyük kısmı Amerika veya Batı Avrupa merkezli olan yirmi büyük şirket paylaştı. Tahminlere göre gelirleri 2005 yılında 51 milyar dolara ulaşan biyoteknoloji şirketlerinin, toplam değer bakımından ilaç firmalarını er ya da geç geride bırakacağı düşünülüyor. Beri tarafta, ilaç uygulamaları, tıbbi görüntüleme ve bilgisayarlı cerrahi alanlarındaki gelişmelerin göbeğinde bulunan ve büyük bir hızla genişleyen tıbbi teknoloji endüstrisi, yıllık satış tutarını 200 milyar dolara çıkartıyor. İlaç endüstrisi, artık OECD ülkelerinde sağlık harcamalarından yüzde 10'a varan oranlarda pay alıyor.

20. yüzyıl öncesinde, sayıları son derece sınırlı olan aspirin gibi etkili ilaçların temininde Bayer ve Alman kimya endüstrisinin sonradan ortaya çıkan diğer şirketlerinin oynadığı rol giderek büyüyordu. Tedavi devriminin fitilini ateşleyen araştırmalar, devletçe finanse edilen üniversite laboratuvarlarında ya da hayır kurumlarınca desteklenen araştırma kuruluşlarında yürütülmekteydi asıl olarak. Ama 1930'larda güçlü yeni ilaçların potansiyeli açığa çıkınca, Hoffman La Roche, Merck, Eli Lilly ve GlaxoSmithKline çatısı altında birleşen firmalar gibi günümüz ilaç endüstrisinde aileden sayılan şirketlerin pek çoğu ani bir büyüme yakalayarak, araştırma ekiplerini bünyelerine katmaya, ilaç test ve pazarlama faaliyetlerine yatırım yapmaya başladılar.

Ancak 1980'lerle birlikte, ciddi hastalıklar söz konusu olduğunda, tamamen iyileştirmek bir yana, hastalar için önemli sayılabilecek düzeyde rahatlama sağlayacak yeni ilaçların keşfinde bile sona gelinmiş gibiydi. Üstelik o günlerden bu yana keşifler daha da azaldı: Tescil ettirilen yeni ilaç sayısı 90'larda 50 civarındayken, bugün 20 dolaylarına inmiş durumda.[35] Çığır açacak gelişmeler hakkında durmaksızın vaatler duymamıza karşın, Oxford Üniversitesi Kraliyet Tıp Profesörü'nün 1990'larda çizdiği karanlık tablo genel anlamda hâlâ geçerli görünüyor: "Batı toplumlarındaki temel ölüm nedenlerine ilişkin değerlendirmemizde bir çıkmaza girmiş gibiyiz... bu hastalıkların ortaya çıkışına dair küçük ayrıntılar hakkında her geçen gün daha fazla şey öğrenmemize karşın, bunların daha en başından neden geliştiğini belirleme konusunda pek az ilerleme kaydedebildik."[36]

İlaç şirketlerinin duruma verdiği yanıtlardan biri, mevcut ilaçların neredeyse kopyası niteliğindeki "eşdeğer ilaçlar" için patent almak oldu. Başka şirketlere ait ilaçlarla karşılaştırıldığında ancak çok küçük miktarda ilave fayda sağlayabilen, yine de patent almaya yetecek farklılıklar içeren ilaçlar bunlar. Yeni ilaçların yarıya yakını bu türden ürünler.[37] Bunun yanında, devasa reklam kaynaklarını, mevcut ilaçlarla iyileştiği iddia edilen fizyolojik durumları öne çıkarmak için kullanmaya başladılar. "Huzursuz bacak sendromu" gibi bazıları komik buluşlar olmanın ötesine geçemezken, genellikle yaygın, gerçekte son derece normal olan, ancak "sertleşme bozukluğu" (bildiğiniz cinsel güçsüzlük), "sosyal anksiyete bozukluğu" (bildiğiniz utangaçlık) ve benzeri yeni adlarla yaldızlanan fizyolojik durumlar da vardı. Bu şekilde müthiş servetler kazanıldı. *New England Journal of Medicine*'in eski editörlerinden Marcia Angell, "İlaç pazarlamacılarının büyük başarıyla uyguladığı strateji, insanların ikiye ayrıldığı konusunda Amerikalıları ikna etmektir: sağlık durumları ilaç tedavisini gerektirenler ve henüz bunun farkında olmayanlar."[38] diyor. Angell, diğer ilaçlar başarısızlığa uğramışken epilepsi tedavisinde kullanımı onaylanan Pfizer şirketinin Neurontin adlı ilacını örnek gösteriyor:

> Manik depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, uykusuzluk, huzursuz bacak sendromu, sıcak basması, migren, gerilim kaynaklı baş ağrısı ve başka rahatsızlıklara yönelik kullanımını methetmeleri için akademik uzmanlara para ödeyerek ve bu yönde konferanslar düzenlenmesi için kaynak temin

35 Ben Goldacre, *Bad Science*, Londra: Fourth Estate, 2008, s. 185.

36 Porter, *The Greatest Benefit*, s. 595-96.

37 Goldacre, *Bad Science*, s. 185.

38 Marcia Angell, "Drug companies and doctors", s. 12, Melody Petersen, *Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs*, New York: Sarah Crighton/Farrar, Strauss ve Giroux, 2008 eserinden alıntı.

ederek, Pfizer bu ilacın rekor kırmasını sağladı ve 2003'te 2,7 milyar dolar satış geliri elde etti.[39]

Yine en çok ABD'de olmak üzere, bazı hekimlerin bu süreçte suça ortaklık edişine daha önce değindik. Ancak, ilaç şirketleri tarafından yazılmış makalelere imza atmaları karşılığında büyük meblağlar (yarım milyon dolarlık ödemeler pek sıra dışı sayılmaz) almış olmaları, ilaç endüstrisinin tıp biliminde yol açtığı çürümenin yalnızca bir boyutunu teşkil ediyor. Çıkması için büyük gayret gösterilen gevşek mevzuattan faydalanılarak test bulgularının gizlenmesi yoluyla, tehlikeli ve hatta ölümcül olduğu daha sonra ortaya çıkacak ilaçlara bir bir onay alınması da bir o kadar rezilce (Merck şirketinin ağrı kesici ilacı Vioxx'un bazı kişilerde felç ve kalp krizi riskini artırdığına ilişkin kanıtların, Amerikan Federal İlaç İdaresi tarafından görmezden gelinmesi gibi). Sektörün bilimsel bulgulara karşı tutumu, alametifarikası bilimselliği yok saymak olan 40 milyar dolarlık "alternatif" tıp sektörünün yaklaşımıyla örtüşebiliyor.[40]

İlaç sektörü, herkese açık genel sağlık sistemlerinin uygulandığı ülkelerde, yaşamın son döneminde ortaya çıkan hastalıklardan muzdarip kişilerin ömrünü ancak çok az sürelerle uzatabilen ilaçları satın almaları konusunda hükümetlere muazzam baskı yapıyor. Bunun yanında, mümkün olan en yüksek fiyatların ödenmesi için de bastırıyor. Araştırma ve geliştirme masrafı yaratan çalışmaların ancak pek azının etkin ilaçların keşfiyle sonuçlandığını, dolayısıyla masrafların da az sayıdaki bu ilaçlardan çıkartılması gerektiğini savunuyor. Oysa diğer yanda, promosyon giderlerinin, araştırma-geliştirme harcamalarının çok daha ötesine geçtiği görülüyor (tahminlere göre arada iki ila üç kat, belki de daha fazla fark var). Ayrıca, ellerine her fırsat geçtiğinde, talepleri karşılanmadığı takdirde faaliyetlerini yurtdışına kaydırma teh-

39 Aynı eser. Yazıda, sektörün bilimi suistimal edişine dair, sayıları gittikçe artan örnekler de veriliyor.

40 Bkz. Simon Singh and Edzard Ernst, *Trick or Treatment? Alternative Medicine on Trial*, Londra: Bantam Press, 2008; ve Goldacre, *Bad Science*. Singh ve Ernst, Britanya'nın alternatif tıbba 5 milyon pound harcadığını ve bu tutarın 500 milyon poundluk kısmının da, medyadan, Galler prensinden, hastalardan ve bazı hekimlerden gelen amansız baskılar karşısında, akupunktur, homeoterapi gibi uygulamalar için Ulusal Sağlık İdaresi tarafından yapıldığını tahmin ediyorlar (s. 240). Piyasanın gücünden faydalanılarak sağlık sektörünün çıkarlarının korunmasına dair dikkat çekici bir örnekte, Singh'in bir gazetedeki yazısı nedeniyle Britanya Kiropraktik Birliği'nin (BCA) açtığı iftira davasında, 2009 Mayıs'ında yazarın aleyhine karar çıktı. Singh, söz konusu yazıda "BCA'yı, çocuklarda kolik, kulak enfeksiyonu, astım, uyku ve beslenme bozukluğu, uzun süreli ağlama gibi hastalıkları üyelerinin omurgaya elle müdahale [*spinal manipulaton*] yoluyla iyileştirebildiğini iddia etmekle eleştiriyordu. Singh, yeterli kanıta dayanmadığını belirttiği söz konusu yöntemleri 'aldatıcı' olarak tanımlamakta ve BCA'yı da bu yöntemleri 'güle oynaya desteklemekle' eleştirmekteydi." Chris French, "'Witch Hunt' forces chiropractors to take down their websites", *Guardian*, 20 Haziran 2009. Olay sonrasında bir grup saygın bilimci, mahkemenin kararını protesto eden bir bildiri yayınladı. *[Ancak, bu kitabın yayına hazırlanmasından sonraki süreçte Singh karara itiraz etti ve 15 Nisan 2010'da yüksek mahkeme kararı bozdu. 15 Nisan'da da BCA davayı geri çekmek zorunda kaldı – ç.n.].*

didini savurmaktan da kesinlikle çekinmiyorlar.[41] Bugüne kadar, belli başlı ilaç şirketlerinin yerleşik olduğu ülkelerin hiçbirinde, devletlerin bu istismarı dizginleme niyetini gösteren herhangi bir emareye rastlanmadı. İlaç endüstrisi, hissedarlarının kaynaklarını, ödeme gücüne sahip olmayan yoksul ülkelerde halkların boğuştuğu hastalıkların tedavisine yönelik araştırmalara yatırmaya da istekli değil. Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu [*Global Forum for Health Research*] örgütü, dünya genelinde her yıl tıp araştırmaları için harcanan 70 milyar doların yüzde 90'lık bölümünün, küresel hastalık yekûnunda sadece yüzde 10 paya sahip sorunlara ayrıldığını tahmin ediyor.[42]

İlaç endüstrisinin büyük promosyon harcamaları, sağlıksızlığın nedenleri yerine tedaviyi öne çıkaran yaklaşımı destekleyerek ideolojik bir etki de yaratıyor. Medya ise, kök hücre araştırmalarında kaydedilen gelişmeler sayesinde "yaşlıların gözlerini, felçlilerin omuriliklerini, şeker hastalarının insülin üreten hücrelerini" yenileyecek[43] mucize tedavilerle ilgili öyküleri ya da genetik bilimi ile nanoteknoloji alanındaki çalışmaları öne çıkararak ("hücreleri ve hatta DNA dizilerini tek tek onarabilen, molekül boyutlarındaki robotlar sayesinde insanlar herhangi bir yaşlanma belirtisi sergilemeden iki asır yaşayabilecekler") işbirliğine soyunuyor.[44] Diğer taraftan, zengin ülkelerde sağlık sorunlarının çok daha büyük bir kısmından sorumlu olan zihinsel hastalıklar ve alkol bağımlılığı o kadar ilgi çekmiyor. Öyle ya; bu sorunlarla baş etmek için meselenin sosyoekonomik nedenlerine eğilmek gerekiyor.

Öyleyse, tedavi devrimi kapitalizm koşullarında insan sağlığı açısından çelişkili sonuçlar doğurmuştur. Büyük ölçüde kamu üniversitelerinde ve kâr amacı gütmeyen diğer laboratuvarlarda yürütülen temel tıp araştırmaları, bir zamanlar ölüm nedenleri arasında yer alan bulaşıcı hastalıklar için etkin te-

41 Britanyalı ilaç devi GlaxoSmithKline, ülkedeki faaliyetlerini yurtdışına taşıma tehdidini bugüne dek iki kez dile getirdi. İlk olarak 1999'da, grip önleyici Relenza ilacının NHS tarafından satın alınmak için yeterince uygun maliyette olmadığını karar verildiğinde, ikinci olaraksa 2008'de, Britanya hükümeti ile aralarında ortaya çıkan vergi anlaşmazlığı sonucunda. Dünyanın dört bir yanında yasal temsilcilikleri bulunan GSK, 7,4 milyar poundluk küresel kârına karşılık, Britanya'da yalnızca 450 milyon pound vergi ödedi. AstraZeneca da, Britanya vergi yasasının getirdiği kısıtlamalardan kaçmak amacıyla, ülkedeki faaliyetlerini İrlanda'ya kaydırma kartını masaya sürdü. 2004 yılındaki vergi iptali düzenlemeleri sayesinde, vergiye tabi kârları 2,6 milyar pounda ulaştığı halde, 103 milyon pound ile kurtuldular. Britanya'da kâr üzerinden yüzde 30 kurumlar vergisi uygulanmakta.

42 Global Forum for Health Research (GFHR), *The 10/90 Report on Health Research 2000*, Cenevre, 2000. Patrick Bond, dünyada sağlık harcamalarının yüzde 89'unun, toplam nüfusun yalnızca yüzde 16'lık bölümü için yapıldığını hesaplıyor. "Globalisation, pharmaceutical pricing and South African health policy", *International Journal of Health Services*, 29(4), 1999, s. 765-92.

43 Sarah Boseley, "Medical marvels", *Guardian*, 20 Ocak 2009. Söz konusu kişiler arasında, NASDAQ hisse endeksinde yer alan biyoteknoloji şirketi Geron'un CEO'su Dr. Thomas B. Okarma da bulunuyor.

44 Luke Mitchell, "Sick in the head", *Harper's Magazine*, Şubat 2009, s. 39. Kaynakta, ABD'nin en büyük sağlık hizmetleri şirketi McKesson'un başkanı ve CEO'su John Hammergren'in tahminlerine yer verilmekte.

daviler yarattı. Bu yapı, yeterince ödeme yapabilecek zenginlikteki insanlar ya da genel sağlık sistemlerine yeterince kaynak ayıran ülkelerde yaşayacak kadar şanslı olanlar için hâlâ müthiş gelişmeler sağlayabiliyor. Bağışıklık bilimi, ileri tıp teknolojileri ve cerrahi alanlarındaki ilerlemeler görmezden gelinemeyecek denli çarpıcı. Bu ilerlemelerin sağladığı faydalar yoksul ülkelere de ucundan kıyısından ulaşıyor belki ama, faydanın büyük kısmı, dünya genelinde önceliği bulunmayan sorunlara yöneliyor. Aynı zamanda, üniversite merkezli tıbbi araştırmalarda ilaç ve teknoloji şirketlerinin çıkarlarının giderek daha fazla gözetildiğine dair kaygılar güçleniyor: Araştırma konularının belirlenmesinde, şirketlerin kaynak ayırma tercihleri hangi ölçüde etkili oluyor?[45] Kanserin çevresel nedenlerine dair araştırmaların ticari çıkarlar nedeniyle nasıl kösteklendiği, önlendiği ve lekelendiğini anlatan; bizatihi kendi ilaçları hastalık üretirken, şirketlerin tıbbi ilerlemeyi bireysel tedavilere yönelik araştırmalarla nasıl sınırlandırdığını açıklayan öyküler, tıp biliminin getirdiği pratik faydaya duyulan güveni zedeliyor.[46] Yetmezmiş gibi, elde edilen bilimsel başarıları yok eden de kapitalizmin kendisi oluyor kimi zaman: İlaçlara dirençli yeni bakteri türlerinin ortaya çıkışına neden olacak şekilde, antibiyotiklerin aşırı miktarda ve çoğu zaman da düzensiz biçimde tüketiminin teşvik edilmesi gibi.[47]

SAĞLIK HİZMETLERİ VE MEŞRUİYET: İDEOLOJİNİN ROLÜ

Sisteme eleştirel çözümleme penceresinden bakanlar, sağlık hizmetlerinin sisteme meşruiyet kazandırma işlevini daima teşhis etmişler, aynı zamanda, karmaşık bir yapıya bürünmüş çağdaş ekonomideki işgücünün, işin gerektirdiği düzeyde sağlıklı olmaları ihtiyacının ortaya çıktığını vurgulamışlardır.[48] Bununla birlikte, toplumun ne kadarının sağlıklı olmasının gerektiği ve bunlar için ihtiyaç duyulan sağlık düzeyi ele alındığında iş değişiyor. Eşitsizliğin büyümesine ve ona bağlı olarak da sağlık hizmeti fiyatlarının artmasına, ayrıca istihdamın sürekli zengin ülkelerden yoksul ülkelere, diğer bir deyişle daha sağlıksız işgücüne, daha kısa ortalama ömre sahip yerlere kaydırılmasına izin verildiğine göre, sistem bu yönde güçlü bir baskı hissetmiyor olsa gerek.

45 Bkz. George Monbiot, *Captive State: The corporate takeover of Britain*, Londra: Macmillan, 2000, bölüm 9, "The Corporate Takeover of the Universities". NHS'ye bağlı hastaneleri ilaç endüstrisinin resmi iş ortakları haline getirme hamleleri, hastanelerde yürütülen ilaç araştırmalarına duyulan güveni sarsıyor.

46 Devra Davis, *The Secret History of the War on Cancer*, New York: Basic Books, 2007.

47 Hindistan ve Brezilya gibi ülkelerde ilaçların halka gelişigüzel satılması, Avrupa ve Kuzey Amerika'nın yoğunlaştırılmış hayvancılık endüstrilerinde antibiyotiklerin aşırı kullanımı da örnekler arasında. Sıtmaya karşı etkili son ilaç (bazı yerlerde tek ilaç) konumundaki Artemisinin için de aynı şeyin gerçekleşeceği kaygısı, hekimler arasında ciddi boyuta ulaşıyor.

48 Öncülük eden bir çalışma için bkz. Lesley Doyall (Imogen Pennell ile birlikte), *The Political Economy of Health*, Londra: Pluto Press, 1979, s. 37-39.

Porter'ın sözcükleriyle, "karmaşık biçimde iç içe geçmiş üretim ve tüketim ekonomilerinin düzgün ve verimli bir şekilde işleyebilmesi, halkın eğitimli, vasıflı ve itaatkâr olduğu kadar sağlıklı olmasını da gerektiriyordu" düşüncesi, 20. yüzyılda geniş kabul görmüş olabilir.[49] Ama neoliberalizm çağında devletlerin izlediği politika, bu gerekliliğin artık sadece kalburüstü kesim için geçerli olduğunu ortaya koyuyor.[50]

1990 sonrasında neoliberal siyasetin kamu sağlık hizmetlerini yeniden metalaştırma projesine girişmesi ve burayı özel sermaye için bir birikim alanı olarak açmasıyla, sözünü ettiğimiz tablo netlik kazandı. Söz konusu süreç sağlık hizmetlerinin maddi bir gerçeklik olduğu kadar ideolojik bir yapı olduğunu da gösterdi. Sisteme meşruiyet kazandırma rolünün oynanmasında önemli olansa sağlık hizmetinin kalitesi ve hatta erişilebilirliği değil, egemen ideoloji içindeki diğer unsurlara nasıl eklemlendiğidir. Kamu sağlık hizmetleri "yoksulluk", "barınma", "endüstriyel çevre kirliliği" veya "kentsel yoksunluk" yerine, "maliyet", "vergilendirme", "bürokrasi", "refah", "kendi kaynaklarıyla ayakta durma," ve bizzat "devlet" terimleriyle birlikte dile getiriliyor ("devlet ana", "merkezi" veya "Stalin tipi" devlet gibi olumsuz sıfatlarla birlikte). Neoliberal ideolojiyle başarılı bir şekilde bütünleştirilmiş, örneğin "üretkenlik", "verimlilik" ve "tercih" gibi terimlerle birlikte sağlık hizmetlerini de diğer her şey gibi bir meta olarak sunmak mümkün. Amerikan özel sağlık sektörü, sağlık hizmetinin devletçe sağlanması girişimlerini engellemek için muazzam paralar harcıyor. Ancak harcanan bu para da tek başına yeterli olamaz, ideolojik içerik hayati önem taşıyor. Özel kuruluşların sağlık hizmetini daha verimli sunduğu görüşü, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesinin kendi kendine yeterliğe zarar vereceği kanısı ve bunların "sosyalist" uygulamalar olduğu suçlaması, ABD'de büyük rağbet görerek, bugüne dek eşit sağlık hizmeti taleplerine baskın çıktı.

Avrupa'da ise, genel sağlık hizmetlerinin yeniden metalaştırılmasında kullanılan söylem asıl olarak iki temaya dayanıyor: giderlerin kısılması ve verimlilik. Giderlerin amansız şekilde arttığı, bunun da halkın beklentilerindeki yükselme, nüfustaki yaşlanma, her geçen gün pahalı yeni tedavilerin ortaya çıkması sonucunda sağlık hizmetine yönelik talebin sınırsız hale gelmesinden kaynaklandığı ısrarla iddia edildiği için, giderlerin kısılması da sorgulanamaz bir gereklilik olarak masaya koyuluyor. Kamu harcamaları gerçekte hiç de sınırsız olmadığı halde, bu alanda "karşılanabilirlik" sınırına varıldığı öne sürülüyor. Bu kabul, özelleştirme söyleminin ikinci kilit

49 Porter, *The Greatest Benefit*, s. 631.

50 Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism*, New York: Prodist, 1976, s. 160-61. Ayrıca, eğer genel sağlık sistemlerinin tek veya başlıca işlevi sağlıklı bir işgücü temin etmek olsaydı, sistemin başlıca kullanıcıları durumundaki emeklilere hizmet sunulması mantıklı olmazdı.

aldatmacası olan verimliliğe hayati önem kazandırıyor. Verimliliğin ancak rekabete dayalı özel sermaye hizmetiyle sağlanabileceği iddia ediliyor. Ne var ki bu savların ikisi de eleştirel çözümleme karşısında ayakta duramıyor.

Sağlık politikalarında söz sahibi olan her siyasetçinin ve konuyla ilgili her gazetecinin okuması gereken 1998 tarihli bir yazısında, Penelope Mullen talebin hiç de sınırsız olmadığını kesin olarak gösteriyor: İnsanlar sınırlı sayıdadır ve ihtiyaçları da sınırlıdır. Çoğu durumda tıbbi yardım talepleri de kısıtlıdır. İktisat teorisinin özü olarak dayatılan, "tüketiciye" sıfır fiyatla sunulan her şey için sınırsız talebin ortaya çıkacağı savı neoliberal beyin takımının emrinde çalışanlara mantıklı gelebilir; ancak, en azından sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, aklıselim böyle söylemiyor.[51] Dahası, konuyla ilgili deneysel bulgular, belli tedavi türlerine yönelik ihtiyacın son derece makul miktarda harcama ile karşılanabileceğini gösteriyor. Yeni tıp teknolojilerinin daima maliyet artışı getirdiğini söylemek de doğru olmaz. Örneğin laparoskopik cerrahi müdahalelerin büyük bölümü, ayrıca pek çok ilaç, hastanede yatışı kısaltarak veya tümden ortadan kaldırarak giderleri düşürmekte. Yeni teknolojilerin genellikle tekel olmaktan kaynaklanan yüksek fiyatları ise, sektörde geniş ölçekli kullanım başladığında hızla gerilemekte. Nüfustaki yaşlanmaya bağlı maliyet artışı da abartılan bir konu; zira aynı zamanda nüfusun sağlıklı geçirdiği süre de uzuyor. Sağlık hizmeti harcamalarının yaklaşık yarısı, öldüğümüzde kaç yaşında olursak olalım, hâlâ insan ömrünün son birkaç ayında yoğunlaşıyor.

Mullen, sağlık harcamalarının da gerçekte sınırlı olduğunu, harcama düzeyinin ise siyaset tarafından belirlendiğini belirtiyor. Neyin "karşılanabilir" olduğunu belirleyen şey, toplumun tercihidir: Sağlık harcamaları GSYH'nin yüzde 8'ine, 10'una veya 15'ine ulaştığında "zor karar"ı verme anının geldiği aslında sadece siyasi bir görüştür ve tipik olarak sağa aittir. Gerçekte mesele ulusal gelirin yüzde kaçının sağlığa ayrıldığı değil, vergilerden karşılanmakta olan harcama tutarıdır. Parası olan insanlar, bu parayı kendileri için harcamayı tercih etmektedirler. ABD şu anda GSYH'sinin yüzde 18'ini sağlık hizmetlerine yatırarak bu alanda dünyanın en yüksek oranına ulaşıyor ve son dönemde bu oran her yıl yüzde 1 civarında yükseliyor. Kongre Bütçe İdaresi'nin 2007'de yaptığı tahmine göre, 2082'ye varıldığında oran yüzde

51 Penelope M. Mullen, "Is it Necessary to Ration Health Care?", *Public Money and Management*, 18(1), Ocak-Mart 1998, s. 53-57. Ayrıca bkz. George Davey Smith, Stephen Frankel ve Shah Ebrahim, "Rationing for health equity: is it necessary?", Davey Smith, *Health Inequalities* içerisinde, s. 513-21. Yazarlar, herhangi bir şeyin görünürdeki maliyeti hesaplanırken sorgulayıcı bir tutumun benimsenmesi gereğine dikkat çekiyor. Örneğin, ilaç giderleri genellikle açıklandığı gibi değerlendirmeye alınıyor. Oysa lipit düşürücü bir ilacın Britanya'daki yıllık kullanım maliyeti 500 pound iken, aynı ilaç Hindistan'da yalnızca 67 pounda satın alınabiliyor.

49'a erişecek.[52] Mevcut eğilimlerden yola çıkılarak yapılan bu tahmin aslında ABD'de sağlık hizmetlerinin ne kadar pahalı olduğunu gösteriyorken, sağlık alanındaki talebin doğası gereği "sınırsız" olduğunun ve ABD'de vergilerden karşılanan sağlık harcamalarının (2007'de yüzde dokuz) yarısında kesintiye gitme gereğinin göstergesi olarak sunuluyor. Gerçek soruna, yani ülkede sağlık hizmetlerinin piyasacı yapı nedeniyle pahalı oluşuna ise raporda hiç değinilmiyor.[53]

Durum ne olursa olsun, GSYH yükseldiği sürece, sağlığa ayrılacak payda kısıtlama gereğinden söz edilemez. William Baumol tarafından çok önceleri ifade edildiği gibi, GSYH'nin yükseldiği bir ortamda, GSYH içerisinden sağlığa (ya da diğer emek-yoğun hizmetlere) ayrılan pay büyütüldüğünde bile, işgücü maliyetinin devamlı düştüğü sektörlerin ürünlerine ayrılan kaynak artmaya devam edecektir.[54] Ulusal gelirinin yarısını ülke genelinde örgütlenmiş bir genel sağlık hizmeti sunmak, insanları daha sağlıklı hale getirmek için her türlü aracı devreye sokmak amacıyla harcayan bir ülke, yaşamak için hiç de fena bir yer olmayacaktır. Alman tıp bilimcisi Rudolf Virchow'un sıkça değinilen ünlü sözünün taşıdığı ilerici potansiyel, işte böyle bir ülkede gerçeğe dönüşebilir: "Siyaset, tıbbın geniş ölçekli uygulamasından başka bir şey değildir."[55]

Kâr odaklı sağlık hizmetlerinin, devlet eliyle sunulan ya da kâr amacı gütmeyen hizmetlere göre daha verimli olduğu iddiasının genel kabul görüyor oluşu ise, nesnel bulgu açısından değerlendirildiğinde hiçbir şey ifade etmez. En geçerli deneysel kanıtlar yine ABD'den geliyor. Amerikan Sağlık Koruma Kuruluşları (*Health Maintenance Organizations* – HMO'lar)[56] bünyesinde,

52 *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, ABD Kongre Bütçe İdaresi, Kasım 2007, http://www.cbo.gov adresinde mevcuttur.

53 "CBO olarak yaptığımız tahminlerde, sağlık hizmetleri haricindeki reel tüketimde bir düşüşün engellenmesi amacıyla, işverenlerin, hane halkının ve sigorta firmalarının, sağlık sisteminin federal idare dışında kalan kısmında harcamaların büyümesini engellemek üzere çeşitli tutum değişikliklerine gideceği varsayılmaktadır (maliyet paylaşımının artırılması, daha etkin fayda yönetimi, işverenlerin sigorta kapsamlarını daraltması ve yeni teknolojilerin kabulünde öncelikle eski yöntemlerle verimlilik karşılaştırmasının yapılması gibi). Federal yasalarda değişiklik yapılmasa bile, sağlık sisteminin geri kalanında büyümeyi önleyecek tedbirlerin Medicare ve Medicaid programlarındaki harcama artış hızını da düşüreceği, federal mevzuat değişikliklerin ve eyalet düzeyindeki politika değişikliklerinin bu programlarda maliyet artış hızını keseceği düşünülmektedir." (aynı eser, s. 1-2).

54 William J. Baumol ve William G. Bowen, *The Performing Arts: The Economic Dilemma*, New York: Twentieth Century Fund, 1966, ve Baumol ile eşi Hilda Baumol'un, Ruth Towse (der.), *Beumol's Cost Disease: The Arts and Other Victims*, Londra: Edward Elgar, 1997 eserinde derlenmiş diğer çalışmaları.

55 Alıntılayan Porter, *The Greatest Benefit*, s. 643. 1848 devrimini destekleyen Virchow, uğranan başarısızlığın ardından Berlin'den sürüldü ve sekiz yıl geri dönemedi. Ancak bu, Alman halk sağlığı biliminin ve bilimsel araştırmalarının hâkim isimlerinden biri olmasını engellemedi.

56 Amerikan sağlık sisteminin bir parçasını oluşturan HMO'lar, temelde prim ödemesine dayanan, ancak katkı payları gibi ek ücretlerin de ödendiği bir sağlık sigorta sistemi olarak tanımlanabilir.

kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile kâr amaçlı şirketler ("sermayeye ait" tesisler) arasında bir karşılaştırma yapmak için yeterli örneğe sahibiz. Önde gelen Amerikalı araştırmacıların, 1999 yılında HMO kayıtlarının yüzde 56'sını kapsayacak şekilde yürütülen bir çalışma ile vardıkları sonuçlar hep aynı noktada yoğunlaşıyordu: "Kâr amacı gütmeyen HMO'lar ile karşılaştırıldığında, sermayeye ait HMO'ların, 14 hizmet kalite göstergesinin tamamında daha düşük puanlar aldığı... sermaye mülkiyetinin daima daha düşük kaliteyi de beraberinde getirdiği görülmektedir...".[57] Bu bulgular kimseyi şaşırtmamış olmalı. bu ölçüde vasıflı işgücüne dayanan bir hizmet sektöründe kâr etmenin en geçerli yolu, hizmet kalitesinden taviz vererek endüstriyel bir hizmet modeline kaymaktır: daha az sayıda personel, daha vasıfsız işgücü, daha kısa muayene süreleri vb. Peki, rekabet kaynakların daha verimli kullanılmasına yol açmıyor mu? Bu konuda da elimizdeki kanıtlar aksini söylüyor. ABD'de 1980 ve 2000 yılları arasında kâr amacı güden ve gütmeyen hastaneler, özel klinikler, HMO'lar, evde bakım kuruluşları ve diyaliz merkezleri arasında karşılaştırmalar yapan 132 çalışma incelendiğinde, kâr amacı gütmeyen kuruluşların, kalite alanında olduğu kadar, kaynakların etkin kullanımı alanında da çoğunlukla üstün olduğu görülüyor.[58]

Üstelik ABD'de tüm hizmet sağlayıcılar piyasada faaliyet yürüttüğü için, bu karşılaştırmalar bile öykünün ancak yarısını anlatabiliyor. Piyasada yer almak, yani sigorta planlarının ve tesislerinin promosyonunu, reklamını yapmak; sigortacılar ile hizmet sağlayıcılar arasında sözleşmeler düzenlemek; her bir tedavi için muhasebe kaydı tutup fatura düzenlemek; ödemeleri kayıt altına almak ve ödenmemiş alacakları takip etmek; denetlemeler yapmak ve hukuk davalarına taraf olmak devasa masrafları da beraberinde getiriyor.[59] ABD'de sağlık hizmetleri için harcanan her doların kabaca üçte birinin ida-

Ülkede HMO olarak hizmet veren kamu kuruluşları ve özel şirketler bulunmaktadır. Her bir HMO, sözleşmeyle üye alarak, kendi bünyelerinde bulunan ya da anlaşmalı oldukları sağlık tesisleri ve sağlık personeli aracılığıyla hizmet sunmaktadır. Ülkede geçerli yasalar, 25 veya daha fazla kişi istihdam eden ve klasik sağlık sigortası sunmayan şirketler için, çalışanlarına HMO sigortası zorunluluğu getirmektedir. Sunulan tedavilere getirilen kısıtlamalarla, maliyetin klasik sigorta sistemlerinden daha düşük olması amaçlanmaktadır –*çev.*

57 David U. Himmelstein, Steffie Woolhandler, Ida Hellander ve Sidney M. Wolfe, "Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs", *Journal of the American Medical Association*, 282(2), 1999, s. 159.

58 P. Vaillancourt Rosenau ve Stephen H. Linder, "Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider in the United States", *Social Science Quarterly*, 84(2), 2003, s. 219-241; ayrıca bkz Vaillancourt Rosenau ve Linder, "Comparison of the performance of for-profit and nonprofit US psychiatric inpatient care providers", *Psychiatric Services*, 54(2), Şubat 2003, s. 183-187.

59 1994 yılında ABD kamu hastanelerinde idari giderler, toplam giderler içinde yüzde 22,9'luk paya sahipti. Kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlarda bu oran yüzde 24,5'te kalıyor, kâr amaçlı hastanelerde ise yüzde 34'e çıkıyordu. Steffie Woolhandler ve David Himmelstein, "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States", *New England Journal of Medicine*, 336(11), 1997, s. 769-74.

ri giderlere ayrıldığı hesaplanıyor. Oysa Britanya Ulusal Sağlık İdaresi'nde (NHS) idari harcamaların, 1970 ortalarında, yani piyasalaştırma operasyonu başlamadan önce, toplam giderin yalnızca yüzde 5'i ila 6'sı arasında olduğu tahmin ediliyordu.[60]

Kâr odaklı şirketlerce sunulan sağlık hizmetlerinin, kamu hizmetlerine göre daha verimli olduğu, kaynakları daha etkin kullandığı iddiası (veya varsayımı), piyasa savunucularının daima sırtını dayadığı iktisat teorisiyle bile çelişiyor. İlginç bir şekilde, Britanya Maliye Bakanlığı 2003 yılında kamu hizmetlerinde verimlilik düzeyinin değerlendirilebilmesini sağlayacak bir temel oluşturmak istemiş, kamu tercihi teorisi ışığında, genel sağlık hizmetlerinin temininde piyasanın verimlilikten uzak olduğu sonucuna varmıştı. Hastalarla hekimler arasındaki "bilgi asimetrisi", hizmet sağlayıcı cephesinde doğal olarak ortaya çıkan yerel tekeller, uygulanabilir sözleşmeler düzenleyip takip etmenin güçlüğü ve maliyeti, riskin özel hizmet sağlayıcılara devrinin imkânsız oluşu (çalışmada açık sözlülükle belirtildiği gibi, "başarısız hastanelerin batmasına izin vermek kolay değildir"), özel sağlık sigortalarının yapısından kaynaklanan olumsuz yönelimler,[61] kısacası, özel sağlık hizmetlerini kamu seçeneğine göre daha verimsiz ve pahalı kılan tüm etmenler içtenlikle sergilenmişti (besbelli ki, bakanların istediği "siyaset temelli kanıtları" sunmaya hevesli olmayan eski kafalı bir devlet memuru tarafından hazırlanmıştı rapor).[62] Ne var ki çalışmanın vardığı sonuçlar hükümet tarafından tamamen görmezden gelinecekti. 2009'da İngiltere'de NHS artık özel şirketlerin giderek büyüyen bir role sahip olacağı, parçalı bir sağlık piyasası yoluna sokulmuştu bile (İskoçya ve Galler ise, yavaş yavaş kan kaybetmekte olan kuvvetleriyle direndi).[63]

---

60 Charles Webster, *The NHS: A Political History*, İkinci Baskı, Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 203. "Daha sonra ['iç pazar' adı verilen şey NHS bünyesine katıldıktan sonra] idari giderler fırladı. 1997 yılında yüzde 12 seviyesine ulaştı. Yöneticiler, yüzde 17'nin muhtemel hedef olacağını söylüyorlar." Tüm bunlar, hastane hizmetlerinde "sonuca bağlı ödeme" (her bir hastane tedavisi için ayrı ücretlendirme) gibi tam piyasacı yaklaşımlara geçilmeden önceydi. Zira 2009 itibarıyla, Sağlık İdaresi'nin idari giderleri, kâr amacı gütmeyen Amerikan hastaneleriyle aynı düzeye ulaşmış olmalı.

61 Söz konusu olumsuz yönelimler için, yüksek risk taşıyan hastaların sigortalanmaması, sadece kârlı tedavilere ağırlık verilmesi, devletten hizmet başına ücret alınması nedeniyle gereksiz fazla tedavi uygulamaları ve pek çok başka örnek gösterilebilir.

62 Maliye Bakanlığı, *Public services: meeting the productivity challenge. A discussion document*, Londra: HMT, 2003. Bir gazetenin haberine göre, hükümetin yeni atanmış ilaç politikaları danışmanı, daha önceleri bir tıp dergisinde Ecstasy kullanmanın at binmekten daha az tehlikeli olduğunu yazmıştı. Haber üzerine İçişleri Bakanı, istedikleri bilimsel önerilerin bu türden olmadığını, söz konusu ifadenin "kendisinden beklenen bilimsel önerilerin ötesine geçtiğini" söylemişti. Press Association, "Jacqui Smith slaps down drugs adviser for comparing ecstasy to horse riding", *Guardian*, 9 Şubat 2009.

63 Bu süreç, Pollock, *NHS plc* ve John Lister, *The NHS after 60: For patients or profits?*, Londra: Middlesex University Press, 2008 kaynaklarında ana hatlarıyla inceleniyor. NHS klinik hizmetlerinin özelleştirilmesindeki ilk adımla ilgili olarak ayrıca bkz. Stewart Player ve Colin Leys, *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, Monmouth: The Merlin Press, 2008.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN METALAŞTIRMA SÜRECİ

Vicente Navarro, önemli bir ileri görüşlülük örneği sergileyerek, sonraki 30 yıllık dönemde kapitalist sağlık sisteminde hangi unsurların egemen olacağını daha 1976'da açıklamıştı:

> ...çağdaş kapitalizm, kamu hizmetlerini serbest piyasada alınıp satılabilecek metalara dönüştürme eğilimindedir. Hem Britanyalı muhafazakârların hem de ABD'de çok sayıda liberalin sağlık hizmetini tekrar özel sektöre kaydırma ve o mecrada tutma yönündeki baskıları işte bu eğilimi yansıtmaktadır (sözde, hizmetlerin daha verimli ve kârlı hale gelmesini sağlamak üzere). Bu projede, hizmetler için ödemeleri kamu yapmakta, gelgelelim kârı elde eden özel sermaye olmaktadır.[64]

1970'lerdeki neoliberal karşı devrimin kilit unsurlarından biriydi bu. Sermaye önceleri hastane binaları inşa etmekle, devlet sağlık sektörüne ekipman ya da ürün satmakla yetiniyordu. Şimdi ise amaç, hizmetlerin kendisini üstlenmek. Sağlık hizmetlerinin insan yaşamı üzerindeki önemi ve 1945 sonrasında dünyanın büyük bölümünde kurulmuş kamu sistemlerine yönelik sahiplenme düşünüldüğünde, kapitalizmin elde ettiği başarıya bir açıklama getirmek gerekiyor. Gelirlerinin büyük bölümünü borçları nedeniyle ipotek ettiren ve IMF tarafından dayatılmış yapısal düzenlemelerle kamu hizmetlerinin büyük bölümünden vazgeçmek zorunda bırakılan küresel "güney" ülkelerinde bu başarı şaşırtıcı değil. Aynısı, "şok doktrini" ile iflas ettirilmiş, halklarının aklı Reagan ve Thatcher retoriğiyle çelinmiş eski Sovyet bloğu ülkeleri için de geçerli. Bu ülkelerde Amerikan sağlık şirketleri hükümetlere tavsiyelerde bulunmakta ve ödeme gücü olan herkese özel sağlık sigortası satmaktalar.

Ancak, kamu sağlık hizmetlerinin iyice kök saldığı ve benimsendiği Batı Avrupa ile diğer sanayileşmiş ülkelerde, kamu sağlık sistemlerinin tekrar sermayeye devri girişimlerinin çok sayıda hükümet tarafından başarıyla yürütülebilmiş olması ilk bakışta pek anlaşılır görünmüyor. Ulusal sağlık sistemleri ile pek çok diğer tarihsel, kültürel ve siyasal etmen konusunda ülkeler arasında farklılıklar bulunması nedeniyle, bu duruma her ülke için farklı açıklamalar getiriliyor. Alman hastane sektörünün önemli parçalarının özelleştirilmesine giden yol, İsveç'te birinci basamak tedavi hizmetlerinin özelleştirilmesinden veya Avustralya ile Kanada'da hastane inşası ve işletmesi için "kamu-özel sektör ortaklığı" yönteminin benimsenmesinden oldukça farklıdır. Yine de her vakada aynı ortak unsurlar göze çarpıyor.

Birincisi, kamu sağlık sistemleri, kapitalist medyanın da durmaksızın işaret ettiği kimi zaafları daima bünyesinde barındırmıştır. Devletçe koyulan bütçe sınırlamalarına tabi oluşları nedeniyle, çok zaman ertelemeler yoluyla sisteme erişimin kısıtlanması gerekmiştir. Sistem, kendi kusurlarını da be-

64 Navarro, *Medicine Under Capitalism*, s. 216.

raberinde getiren hantal bir bürokrasi tarafından işletilmiş ve yönetilmiştir. Siyasetçiler, özel çıkarlar doğrultusunda sisteme müdahale etmeye daima yatkın olmuşlardır. Çıkar sahiplerine (tıp mesleği içerisinde çeşitli gruplar ve özel hastane sahipleri gibi) daha işin en başında verilen ödünler, yüksek işlem maliyeti yaratan ve gereksiz tedavileri teşvik eden ödemeli sağlık hizmetinin devam ettirilmesi ya da birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında bütünleşmenin sağlanamaması gibi saçmalıklara yol açmıştır. Öte yandan, aslında kâr amaçlı sağlık kuruluşlarının da aynı sorunları ve daha nicesini yaşamakta olduğu medya tarafından hiçbir zaman dile getirilmemiştir. Orta sınıfa mensup hastaların, emekçi sınıftan ayrı tedavi istiyor oluşu da öyle (özel sağlık reklamlarının çoğundaki önemli gizli mesaj). Her şeyden önce, kamu sağlık sistemi bürokrasisinin halka hesap verir hale getirilmesine yönelik demokratik bir yaklaşımın geliştirilmesi hemen hiç tartışılmamıştır.

İkinci olarak, özel sağlık sektörü hemen her ülkede kamu sisteminin yanı sıra varlığını sürdürmüş ve ödeme gücü olanlar için benzer hizmetler vermiş, kârlı alanları ince eleyip sık dokuyarak seçmiş, "otel" tipi yatarak tedavi olanakları ve tedavi için kısa bekleme süreleri sunmuştur. Kısacası, pahalı olması sayesinde, metalaştırılmış hizmetlerden oluşan bir model ortaya koyabilmiştir. İngiltere'de, ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan küçük, pahalı bir özel sağlık sektörünün varlığı işte bu modele karşılık gelmektedir. Yüksek gelire sahip üst sınıfa ve beyaz yakalılara, ayrıca yurtdışından gelen varlıklı hastalara hizmet veren bu sistemde sunulan tedaviler, son döneme kadar, ek iş olarak çok yüksek ücretlerle çalışan NHS hekimlerinin elinden çıkmıştır. Özel şirketlere NHS eliyle yürütülen faaliyetlerin giderek büyüyen bir kısmını NHS fiyatlarına yakıt fiyatlarla devralma fırsatı tanındığında, şirketlerin ödemeleri NHS tarafından yapılan hastalar için yüksek ciroya dayalı, gösterişin bir kenara bırakıldığı, tamamen farklı bir hizmet modeline geçiş yaptıkları gözlenmiştir.[65] Kanada ise, özel sağlık sektörünün gelişimi konusunda tersi yönde bir örnektir. Kanada Sağlık Kanunu, kamuya paralel bir özel sağlık sektörünün gelişimini engellemektedir. Diğer yerlerde özel sağlık sektörü, kamu sektörünün derinliklerine ulaşan yeni damarların inşası için zemin oluşturmuştur.

Üçüncü olarak, bu zemini sömüren sermaye, devlet bünyesindeki ve tıp mesleği içerisindeki unsurlara nüfuz edebilmek için yoğun çaba sarf etmektedir. Muhtemelen en çarpıcı örnek, özel sağlık sektörünün "devleti ele geçirme" konusunda ders kitabı bile yazabileceği İngiltere'dir. 2006 ortaların-

65 Britanya'nın en büyük kâr amaçlı sağlık hizmetleri şirketi BMI'nın CEO'su, özel hastalarda amacın "klinik kalitesini yükseltmek, tedavide ve hizmetlerde benzersiz bir mükemmelliğe ulaşmak" olduğunu söylerken, NHS hastaları içinse "düşük maliyetli işletme modeline dayalı, özel bir hizmet" sunumu öngörüyordu. Nigel Hawkes, "The giant of private care will bid for NHS work", *The Times*, 10 Ocak 2005.

da, Sağlık İdaresi'nin 32 kişiden oluşan lider kadrosunda yalnızca bir devlet memuru bulunmaktayken, üyelerin altısı özel sektörden ve on sekizi de NHS bünyesindeki kliniklerden ya da idari bürolardan geliyordu. Üstelik yalnızca beşi NHS'deki görevlerini beş yıldan uzun süredir yürütmekteydi. Diğer bir deyişle, NHS'nin yapısı ve felsefesi hakkındaki hafızaları, kuruluşun piyasalaştırılmasına yönelik çalışmalardan ibaretti.[66] 2007'de, İdare bünyesinde piyasalaştırma çalışmalarının baş sorumlusu olarak gösterilebilecek Ticaret Müdürlüğü'nün kadrosunda bulunan 190 kişiden 182'si, kısa süreli sözleşmelerle özel sektörden istihdam edilmiş durumdaydı.[67]

Ancak, devletçe finanse edilen sağlık hizmetlerinin kâr getiren metalara dönüştürülmesi yolunda girişilen sermaye saldırısının ulaştığı başarıda aslan payı, hem bir toplumsal davranış sistemi, hem de bir düşünce sistemi olarak neoliberalizmin daha geniş ölçekte kurduğu egemenliktir. Britanya yine öne çıkan bir örnek olsa da, aslında pek çok başka Batılı ülkede olup bitenlerin belirtilerini vermiştir sadece. Söz konusu egemenlik, sendikal hareketin kısırlaştırılması ve İşçi Partisi'nin de sırtını kitle tabanı yerine zengin bağışçılara dayayan profesyonel siyasetçilerin aracı haline getirilmesinin sonucuydu. Yeni yüzyılın başlangıcıyla birlikte, partiye oy verenlerin büyük çoğunluğu artık kamu politikalarıyla aralarındaki bağın varlığını ve bu alandaki sorumluluk duygusunu hissetmiyorlardı. Böylece, NHS'nin piyasalaştırılması süreci, kamuoyu tartışmaları en düşük seviyede tutularak yürütülebildi. Dahası, ana muhalefet partileri ve basının büyük bölümü de piyasalaştırma yanlısı olduğundan, bilinçli eleştiriler hiçbir yerde destek göremeyecekti. Bazı ülkelerde, siyasi mevziler ve kültüre bağlı olarak daha güçlü direnç gösterildiyse de, Hollanda gibi başkalarında, sağlık sektörünün tamamen piyasalaştırılması akını İngiltere'yi de geride bırakan boyutlara ulaştı.

Özelleştirmecilerin kaydettiği ilerleme, eninde sonunda her şeyin birer meta olduğu fikrinin, toplumun "ortak aklı" haline gelmeyi ne ölçüde başardığını da gösteriyor. Hasta sıfatıyla edindikleri gündelik deneyimler, insanları herkese açık, eşit erişim sunan sağlık hizmetlerinin değerini anlamaya itiyor. Mahalledeki klinik "ekonomik" olmadığı gerekçesiyle kapatıldığında veya özel şirkete devredildiğinde pek çok kişinin protestosuyla karşılaşıyor. Ancak genele bakıldığında, tedaviler ücretsiz sunulduğunda bile, artık insanların sağlık hizmetlerini bir tüketim malı, kendilerini de nihayetinde bunun bedelini ödeyen müşteriler olarak gördüğü fark ediliyor. Talebin sınırsız, kaynakların ise sınırlı olduğu fikri ve giderlerin kısılması için hizmetlerin sınırlandırılmasının gerektiği düşüncesi büyük oranda doğru sayılıyor.

66 Scott L. Greer ve Holly Jarman, *The Department of Health and the Civil Service: From Whitehall to department of delivery to where?*, Londra: The Nuffield Trust, 2007, s. 20, tablo 1 ve 2.

67 Nicholas Timmins, "Private sector role in pioneering healthcare scheme to be slashed", *Financial Times*, 15 Kasım 2007.

İngiltere'de devletçe desteklenen randevusuz merkezlerde ve "süper-cerrahi merkezleri"nde (büyük ölçekli klinikler) yürütülen, hastaların fabrika tarzı işlemden geçirildiği endüstriyel hizmet modeli bile rağbet görüyor ve bir süpermarketin rahatlığını sunduğu söylenerek önümüze koyuluyor.

Tüm bu faktörler, İngiltere'de NHS klinik hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecinin iyice hesaplanmış adımlar halinde ilerletilebilmesine yol açtı. Belli rutin NHS cerrahi operasyonlarını uygulayacak özel şirketlerin kurulmasıyla başlayan süreç, ödemesi NHS tarafından yapılan hizmetleri giderek daha geniş ölçekte sunan çok sayıda özel hastane ve kliniğin ortaya çıkmasına kadar vardı. Aynı zamanda, NHS'nin tüm ayakta tedavi işlemlerinin yüzde 64'e varan bölümünün yeni kurulan ve özel şirketlerce ya da NHS ile özel şirketler arasındaki girişim ortaklıklarınca işletilen sağlık merkezlerine aktarılacağı duyuruldu.[68] Nihayet, birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimliği ve diğer halk sağlığı hizmetleri) de özel sermayeye devredilmeye başlandı. Sonunda bu süreç, NHS bütçesinden beslenen, büyük, güçlenmiş bir özel sağlık sektörü, kamuya ait hizmet sağlayıcıların giderek yan sektör haline geldiği bir yapı ve daha kaliteli hizmet alabilmek için ek ücret ödemek zorunda kalan hastalar çıkartabilir ortaya. Öte yandan, kamu sisteminin müthiş boyutları ve ölçeği, özel sektörün payının çok düşük düzeyde kalmasına da neden olabilir. Hangi olasılığın gerçekleşeceğini söylemek için henüz çok erken.

Şimdiden açıkça görülebilen şey ise, piyasalaştırma sürecinin ilerlemekte olduğu tüm ülkelerde, kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin de durmaksızın ticari bir çerçeveye itilmekte olduğudur. Kârlılık açıkça ifade edilen bir amaç haline gelir ve personel yeterliliği ile hizmet süreleri aşağı çekilirken, paralel olarak hizmet kalitesi de düşüyor. Sanayi tipi verimlilik anlayışına geçiş yapılırken, sağlık hizmetleri de bir meta olarak değerlendiriliyor ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacının yerini alıyor. Bu adımı, acımasız bir şekilde, sayısı giderek artan farklı tedavilerin ücretli hale getirilmesi (katkı payları) izliyor.[69]

SONUÇ

Finans kapitalin neden olduğu küresel ekonomik kriz, herkese eşit erişim sunan genel sağlık hizmetlerindeki erozyonu nasıl etkileyecek? Peki kaynakların yeniden dağıtımına dayalı toplumsal ve ekonomik politikaların terk

68 Açıklama, 2008 Aralık ayındaki bir sağlık konferansında konuşan Sağlık Bakanı Lord Danzi tarafından yapıldı. Bkz. *Public Private Finance,* http://www.pppbulletin.com/Document.aspx%20?ppf=true&ID=1459959.

69 Britanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin endüstriyel kalıba sokulmasıyla ilgili olarak bkz. Steve Iliffe, *From General Practice to Primary Care: The industrialisation of famliy medicine*, Oxford: Oxford University Press, 2008.

edilmesi nasıl bir sonuca yol açacak? İçinde bulunulan durum, Gramsci'nin "organik" kriz adı altında yaptığı "yöneten sınıfın egemenliği üzerinde gerçek bir kriz" tanımına tıpatıp uyuyor. Yöneten sınıf, hiç kuşku yok ki, "geniş kitlelerin onayını istediği, olmadı zorla aldığı büyük siyasi projede" sınıfta kaldı: Neoliberal ilkeler üzerine kurulu bir küresel ekonomi yaratma rüyası so na erdi (aynı şekilde emperyalist "yeni Amerikan yüzyılı" hayali de). Yöneten sınıf, asgari değişimle düzeni yeniden sağlamak için yoğun çaba harcayarak, gelişmelere tam da Gramsci'nin açıkladığı şekilde yanıt veriyor aslında: mali düzenlemeler az biraz sıkılaştırıldı; ultra-zenginlerin ödedikleri vergi miktarını düşürme olanakları ucundan kıyısından daraltıldı; milyarder sermayedarların kâr payları az biraz düşürüldü; bütçeler -elbette geçici olarak- tekrar açık vermeye başladı.[70]

Bu önlemlerin uzun vadede işe yarayıp yaramayacağını ise zaman gösterecek. Küresel ekonomik krizin etkileri kısa süreli olmayacak ve hızlanan ekolojik krizin etkileriyle birleşecek. Hükümetler, bankacılık sistemini kurtarmak ve enflasyonist dönemi yeniden başlatmak için altına girdikleri devasa borç yüklerinden kurtulmak amacıyla sosyal hizmetlerde kesintiye giderken, milyonlarca insan daha uzun yıllar boyunca işsiz kalacak (pek çok yaşlı işçi bir daha asla iş sahibi olamayacak). Böyle bir ortamda, neoliberal sağlık politikasının eşitlikçilikten uzak yapısı gün geçtikçe daha da belirgin hale gelecek gibi görünüyor. Müşterinin "tercihi" söylemi kulağa çok daha az cazip gelecek bundan böyle. Neoliberal çağdan miras kalan ve en vurucu etkilerini en yoksul kesimler üzerinde gösterecek olan gelir ve vergi eşitsizliklerini, kamu sağlık hizmetlerindeki kalite düşüşünü, vergi gelirlerinin sağlık şirketlerine akıtılmasını, her şeyden önce de ücretsiz sağlık hizmetlerinin "temel" paketlerle sınırlandırılmasını, diğer tedavilerin ise sadece karşılığını ödeyebilenlere sunulmasını daha fazla görmezden gelmek ya da örtbas etmek mümkün olamayacak.

Sırası gelince tüm bunlar, sağlıkla eşitlik arasındaki bağlantının ne denli vazgeçilmez olduğunun bir kez daha anlaşılmasını sağlayacak yeni bir toplumsal aklın doğmasını sağlayabilir.

NOT

Kaynaklarla ilgili paha biçilmez yardımı için Nency Leys Stepan'a, etkili eleştirileri ve önerileri için de yine ona ve ayrıca David Rowland'e teşekkürü borç bilirim.

70 Antonio Gramsci, *Selections from the Prison Notebooks*, New York: International Publishers, 1971, s. 210 ve 178.

Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma

Hans-Ulrich Deppe

Hastalık ve sağlık; her ikisinin de kökleri yaşam ve çalışma koşullarının, toplumsal ilişkilerin derinliklerinde yatıyor. Benzer şekilde, sağlık hizmetleri de toplumsal yapıdan ayrı düşünülemez. Nasıl ki hastalık veya sağlık salt bireysel durumlar değilse, aynı şey sağlık hizmetleri için de geçerli. Hastalığın nedenleriyle baş etmek ve hastaları iyileştirmek toplumun görevidir. "Sağlık politikası" ibaresinin ötesine geçen, kolektif bir boyutu vardır bu görevin. Sağlık hizmetlerinden daha önemli pek çok siyasi başlık olsa da, küreselleşme, kuralsızlaştırma ve özelleştirme saldırısının son yıllarda hemen her ülkenin karşısına dikilmesiyle, sağlık hizmetleri siyasi gündemin üst sıralarına tırmanıyor.

Finans kapital, kuralsızlaştırma ve özelleştirme sürecinde başı çeken aktör olarak, toplumun diğer kesimlerinin nasıl yapılandırılacağını, hükümetlerin yapması gerekenleri dayatıyor. Bu yoldaki temel dayanağı ise, koşullara bağlayarak verdiği borçlar.[1] Öne sürülen koşullar arasında, piyasanın ve rekabetin toplumsal ilişkiler üzerindeki yönlendirici etkisini güçlendirmek amacıyla, kamu mallarının özelleştirilmesi de bulunuyor genellikle. İşletmecilik mantığı, toplumun tüm hücrelerine nüfuz ediyor. Toplumsal sorunlar marjinal bir çerçeveye itiliyor ve sorumsuzca göz ardı ediliyor.[2] İstikrarsızlığın, belirsizliğin ve toplumsal kutuplaşmanın dünya genelinde kaydettiği yükseliş, ortaya çıkan sonuçlardan birisi. Kutuplaşma yalnızca zengin ülkelerle gelişmekte olanlar arasında değil, zengin ülkelerin kendi içinde de derinleşiyor. Dünyanın pek

1 Örneğin IMF, 11 Mayıs 2005'te, Türk hükümetine 10 milyar dolarlık krediyi ancak sosyal sigortalar sisteminde reforma gidilmesi halinde verebileceğini bildirdi: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23 Ocak 2006; J.G. Gottschlich, Angst vor der Privatisierung, *Dr. med Mabuse*, 154(Mart/Nisan), 2005, s. 42-44.

2 Robert Caster, *Die Metamorphosen der sozialen Frage*, Konstanz: Universitätsverlag, 2000.

çok yerinde yoksulluk, şiddet ve göçte artış gözleniyor. Derken, finans kapitalin ihtirasları tarafından yönlendirilen küresel sermaye birikimi bir mali krizle sonlandığında ise, piyasa ve rekabet savunucuları devlet yardımı talep ediyor. Tıpkı Deutsche Bank'ın başkanı Josef Ackermann gibi, piyasaların kendi kendini denetleme yeterliliği konusunda birdenbire şüpheye düşerek, devletten düzenlemeler getirmesini, sermayelerini batıran kapitalistlerin kaybını telafi etmesini istiyorlar.[3] Krizin etkileri sağlık sistemlerine ulaştığında, sağlık, tıp bilimi ve toplum arasındaki ilişkinin gelişimi ve restorasyonuyla ilgili temel sorular da kendini göstermeye başlıyor.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ULUS DEVLETTEKİ SAĞLAM KÖKLERİ

Her geçen gün biraz daha küreselleşen sermayenin aksine, sağlık sistemleri ulus devlete sıkı sıkıya bağlı. Sağlık sistemi, bir toplumun aynasıdır; toplumun gelişim düzeyini ve karakterini yansıtır. Ne zaman bir yabancı ülkeye gitsem ve ülkenin sağlık sistemi hakkında istatistiklerin söylediğinden biraz daha fazlasını öğrenmek istesem, toplumun en korunmasız hastalarının uğrak yeri olan psikiyatri kliniklerini ziyaret etmeye çalışırım. İşte o zaman daha iyi anlarım olan biteni. Bir sağlık sisteminin dönüşümü, salt teknik değişikliklerden çok daha fazla şey ifade eder. Sistemde oluşan yapısal değişiklikler, daima toplumsal ve siyasi kavgaların sonucudur: Sağlık hizmetleri için her zaman mücadele vermek gerekmiştir. Dünyanın pek çok yerinde, sağlık sistemleriyle ilgili yapısal değişikliklerin devrim ve savaş sonrası dönemlerde gerçekleştirildiği görülüyor. Örneğin, faşist ve militarist diktatörlüklerin yıkılmasının ya da sosyalist rejimlerin çöküşünün ardından. Ne zaman toplumsal sistem tehdit altına girse, sağlık sistemi de değişiyor. Çoğu "kuzey" ülkesinde sağlık sistemlerinin, İkinci Dünya Savaşı sonrasında sermaye ile emek arasındaki uzlaşmanın bir sonucu olduğu fark ediliyor. Ancak bir sağlık sistemine sahip olmak için verilen mücadele asla tek bir savaşla sona ermiyor. Bitmek bilmeyen bir kavga bu.

Günümüzde çoğu ülkede sağlık sistemleri olağanüstü bir kaynak baskısı altında. Bu, temelde bir bölüşüm mücadelesi ve anlamak zorundayız ki, tıp bilimi içerisinde bile bir toplumsal tercih ve siyasi güç sorunu yaşanıyor. Hemen tüm sağlık sistemlerinin "çok pahalı" olduğu ileri sürülüyor. "Maliyet patlaması" efsanesi yorulmak bilmeden öne çıkartılıyor ve giderler sadece ekonomik kalkınmanın üzerindeki bir yük olarak görülüyor. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerine bakışta köklü bir değişimin yaşanmakta olduğunu gösteriyor: toplumsal risk karşısında kolektif bir mücadele yürütme anlayışından, sağlık hizmetlerini sermaye birikimini destekleyen bir unsur olarak gören

3 Bkz. Josef Ackermann, *Frankfurt Allgemeine Zeitung*, 19 Mart 2008.

anlayışa geçiş. Yaşanmakta olan bireyselleştirme ve ticarileştirme sürecinde, sağlık hizmetlerinde dayanışma kavramının yerini kişilerin ve sermayenin çıkarları alıyor.

Bu arada, sağlık sistemlerinin neoliberal dönüşümü konusunda en ileriye giden ülkelerde halkın sağlık durumunun mükemmellikten çok uzakta olduğunu görüyoruz. Neoliberal modelin yaratıcısı ABD başlıca örnek olarak gösterilebilir. Hem GSYH'den ayrılan pay hem de kişi başına harcanan para anlamında sağlığa dünyadaki tüm ülkelerden daha fazla kaynak ayıran ABD, tıp teknolojilerinde de çok ileri düzeyde. Ne var ki, harcanan paranın ve sahip olunan teknolojinin yansımalarına sağlık göstergelerinde rastlanmıyor. Sağlık sisteminin idari giderleri muazzam derecede yüksek. Dahası, yoksulluğun giderek yaygınlaşmasıyla sağlık hizmeti sunumunda eşitsizlikler derinleşiyor. Herhangi bir sağlık programının güvencesi altında olmayan yurttaşların sayısı 47 milyonu buluyor.[4] Sigorta kapsamı yeterince geniş olmayanların sayısı daha da fazla. Üstelik her iki grup da giderek büyüyor.[5] Bu somut örnekten, en başta da yapılan yanlışlardan almamız gereken dersler var.

HASTALIK VE SAĞLIK META DEĞİLDİR

Saydıklarımız, hastalık ve sağlığa dair kolektif tutumumuzun ana ilkelerini iyice gözden geçirmeye itiyor bizleri. Hastalık ve sağlık birer metaya, satışa sunulmak üzere imal edilmiş mal ya da hizmete dönüştürülemez. Dünya üzerinde, yalnızca piyasa ilkeleri üzerine inşa edilmiş bir sağlık sistemi mevcut değildir. ABD'de bile, kamu tarafından finanse edilen Medicaid[6] ve Medicare[7] sağlık programlarıyla devletin bu alanda varlık sergilediği görülüyor. Bu zorunluluğun belli başlı nedenleri şöyle sıralanabilir: Birincisi, sağlık doğrudan varoluşla ilgili bir durumdur. Temelde bir kullanım değeri ifade eder ve çoğu Batı toplumunda tıpkı hava, su, eğitim, trafik güvenliği ya da hukuk gibi, toplumun ortak varlığı olarak değerlendirilmektedir. İkincisi, piyasada sunulan bir metayı tüketme ya da tüketmeme yönünde tercih yapılabilirken, hasta olmamak yönünde bir tercihte bulunma olanağı yoktur. İnsan ne zaman ve ne sebeple hastalanacağını, gelecekte hangi hastalığa yakalanacağını bilemez. Aynı şekilde, alacağı tedavi hizmetinin kapsamını, zamanını ve

4 Barack Obama'nın başkan olarak altına imza koyduğu ilk yasalardan biri, 4 milyon çocuğun daha hastalıklara karşı sigorta kapsamına alınması yönündeydi. "Obama weitet staatliche Krankenversicherung aus", *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 6 Şubat 2009.

5 David Himmelstein, Steffie Woolhandler, Ida Hellander, *Bleeding the patient, The consequences of corporate health care*, Monroe: Common Courage Press, 2001.

6 ABD'de devletin düşük gelir seviyesine veya yetersiz gelir olanaklarına sahip kişi ve aileler için sunduğu, kamu eliyle finanse edilen sosyal sigorta programı –*çev.*

7 ABD'de devletin 65 yaşın üzerindekiler ve belli kıstasları yerine getiren kimi başka gruplar için sunduğu, kamu eliyle finanse edilen sosyal sigorta programı – *çev.*

türünü de kendisi belirleyemez. Sağlık üzerindeki tehditleri insanın kendi başına yönlendirmesi çoğu zaman olası değildir. Üçüncü olarak, bir hastanın tıbbi yardım talebi işin başında belirli değildir. Talebini ortaya koyabilmek için, öncelikle bir uzmanın duruma açıklık getirmesine muhtaçtır. Bu ilişki, sağlık çalışanlarına teşhis aşamasında ve sunulacak tedavinin belirlenmesinde büyük bir tek taraflı güç vermektedir. Hekimler birer işadamına dönüştüğünde ya da işadamı gibi çalışmaya başladığında olanları ve sağlık hizmetleri ticarileştirildiğinde yaşananları birazdan göreceğiz. Dördüncü olarak, hastalar belirsizlik, zayıflık, bağımlılık ve muhtaçlık nedeniyle son derece savunmasız durumdadır. Çoğunlukla korku ve utanma da eşlik eder bu duygulara. Hepsine ek olarak, tıbbi yardıma en fazla ihtiyaç duyan hastaların büyük bölümü alt toplumsal sınıflardan gelmekte ve yeterli maddi kaynaktan yoksun bulunmaktadır.[8] Üstelik, ekonomik rekabetin giderek artan baskısı altında bu tablo daha da şiddetlenir. Rekabet daima kazananlar ve kaybedenler yaratır. Kaybedenler en zayıf halkalardır: kronik hastalar ve durumu ciddi olanlar. Gerçekte en fazla, en hızlı tıbbi yardıma ve toplumsal desteğe ihtiyaç duyanlar da onlardır.

Öyleyse kamunun koruyucu eli bir gereklilik olarak çıkıyor karşımıza: Sağlık hizmetinin herkese sınırsız ulaştırılmasını arz-talep mekanizmalarına terk edemeyiz. Piyasanın yürüttüğü bölüşüm işleviyle de gerçekleşmeyecektir bu.[9] Piyasa, herhangi bir toplumsal hedefi bulunmayan, kör bir güçtür; toplumsal yaralara merhem olamaz. Sağlık hizmetlerinin insanlara nasıl ulaştırılacağını belirlemesi gereken, en azından teoride demokratik bir aygıt olan devlettir. Rekabet futbol sahasında veya borsada mantıklı görünebilir; ama bir hastanede asla.

TİCARİ MANTIK VE TIBBİ KARARLAR

Aynı veya benzer tıbbi şartlar altındaki hastalar için birbirinden farklı pek çok tedavi seçeneğinin sunuluyor oluşu sadece tıbbi bilgideki çeşitlilikle açıklanamaz. Örneğin, birbirine yakın ekonomik ve kültürel şartlara sahip olan Amerikan ve İsveç toplumları arasında 1993 yılında yapılan karşılaştırmada, Amerikalı hekimlerin iki buçuk kat daha fazla rahim alma ameliyatı yaptığı, sezaryen yöntemine de iki kat daha fazla başvurduğu tespit edildi. Yine Amerikalı hekimler, Kanadalı meslektaşlarına göre koroner baypas ameliyatlarına 4,4 kat daha sık yöneliyorlar.[10] Başka alanlarda da benzeri an-

8 Hans-Ulrich Deppe, *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems*, Frankfurt/Main: VAS-Verlag, 3. baskı, 2005, s. 176-8.

9 Francis M. Bator, "The anatomy of market failure", *Quarterly, Journal of Economics*, 72, 1958, s. 351-79; ayrıca bkz. Dünya Bankası, *Weltentwicklungsbericht 1993, Investitionen in die Gesundheit*, Washington, 1993, s. 5 ve davamı.

10 OECD Sağlık Verileri 1997.

lamlı karşılaştırmalar yapılabilir. Amerikan Tıp Birliği'nin ikinci safha prostat büyümesi üzerine yürüttüğü tıbbi müdahale araştırması örnek gösterilebilir. Ürologlara, kendilerinin aynı durumda olması halinde ne yapacakları sorulduğunda, yalnızca yüzde 40,5'i transüretal prostat rezeksiyonu ameliyatını tercih edeceğini söyledi. Oysa toplumun genelinde ikinci safha prostat büyümesi için bu tedavi yüzde 80 oranında uygulanmaktaydı.

Başka yerlerde de benzer yaklaşımlarla karşılaşıyoruz. İsviçre'de 1993 yılında bademcik, rahim alma, safra kesesi alma ve hemoroit ameliyatlarının sıklığı, hekimler ve avukatlarda toplumun geneline kıyasla çok daha düşüktü.[11] Halkın geneline bakıldığında, saydığımız müdahalelere yüzde 19 ila 84 daha sık başvurulduğu görülüyordu. Almanya'da, kendi röntgen cihazlarına sahip olan dahiliye uzmanları, sahip olmayanlara göre 3 ila 4 kat daha fazla röntgen filmi çekiyorlar. Alman Radyologlar Birliği, ülkede çekilen filmlerin üçte birinden fazlasının gereksiz olduğunu belirtiyor.[12] Hollanda'da yapılan diz eklemi artroskopileri incelendiğinde, müdahalelerin yüzde 78'inin ihtiyaç dışı olduğu tespit ediliyor. Karın ve pelvis boşluğundaki mikroinvazif müdahaleler için de benzer bulgulara rastlanıyor.[13] Bu bulguların tamamı, birbirine benzer toplumsal yapı ve değerleri taşıyan zengin ülkelerden derlendi. Tıp öğrencileri de üç aşağı beş yukarı aynı tıp kitaplarını okuyor. Araştırmaların ortaya koyduğu şudur ki, sağlık hizmetleri kişiye bağlı, belirsizliklerle dolu, kırılgan ve karmaşık bir yapıda ve bu yapı dış etkilere karşı oldukça hassas. Para, rekabet, yasal güvence eksikliği ve kariyer hırsı (ya da derinlerdeki işini kaybetme korkusu), bilinçli ya da bilinçsiz, tıbbi kararları kolayca etkileyebiliyor.

Bugün bu ülkelerde çok sayıda hekim ve sağlık emekçisi, piyasanın baskısı ile hastaların gerçek ihtiyaçları arasındaki temel çelişkiyle karşılaşıyor. Çıkara dayalı maliyet-fayda yaklaşımını belki şimdilik pek azı benimsiyor, ancak bir yanda da değişim ağır ağır ilerliyor. Tıbbi karar ve tercihler, dış etmenlerin kuşatması altında kalıyor. Örneğin Alman yasalarına göre, nüfusun neredeyse yüzde 90'ını kapsamına alan kamu sağlık sigortası "tıbbi açıdan gerekli" tüm tedavileri karşılarken, hangi tedavilerin "tıbbi açıdan gerekli" olduğuna karar verme yetkisi tıp meslek erbabına bırakılıyor. 1998 yılında yürütülen bir araştırmaya göre, klinik kararların alınmasında hastanın yaşı, sigorta kurumu (özel sigorta ya da kamu sigortası), mesleği, eğitim düzeyi ve toplumsal statüsü birer kıstas olarak işin içine her geçen gün biraz daha giriyor ve bir hekimle yapılan röportajda şu cümleler duyuluyor: "Ancak kim-

11 Sachverstaendigenrat in der Konzertierten Aktion, *Özel Rapor* 1996, sayı 246.

12 Gianfranco Domenighetti, "Revisiting the most informed consumers of surgical services", *International Journal of Technology Association in Health Care*, 4, 1993, s. 505-13; Norbert Schmacke, *Aerzte oder Wunderheiler?*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1997, s. 150.

13 Hans-Ulrich Deppe, "Solidarität statt Komerzialisierung", Moritz Gerhardt, Stephan Kolb ve diğerleri (der.), *Medizin und Gewissen* içerisinde, Frankfurt/Main: Mabuse, 2008, s. 137 ve devamı.

se bunu halkın önünde itiraf edemez. Bu kıstasların hiçbiri ahlak kuralları, yasalar ya da tıbbi normlar çerçevesinde meşruiyet taşımıyor".[14] 2005 yılına ait daha güncel bir çalışmada, Alman hastane hekimlerinin yüzde 86'sının mali nedenlerle tedavilere kısıtlama getirmeyi reddettiği görülüyor.[15] Ancak bu yaklaşımı her gün aynı kararlılıkla sürdürebilecekler mi? "Ahlaki çelişki" denen şey bu olsa gerek.

Gereksiz kalp kateteri, anjiyoplasti ve cerrahi uygulamaları, hastalara verilen etkisiz ilaçlar ve gereksiz yatarak tedaviyle ilgili tartışmaların merkezinde, hekimlerin keyfi karar yetkisi ile "tıbbi zorunluluk" olarak adlandırdığımız şey bulunuyor. Sorunu piyasadan ödünç alınan endüstriyel model çerçevesinde ele alma anlayışı da serpiliyor: İleri düzey eğitim almış hekimlerin pratikte edindiği deneyimin yerine, "kanıta dayalı tıp"[16] etiketi altında, herkesçe takip edilmek üzere hazırlanan tek tip tedavi protokolleri geçiriliyor.

İsviçre ve Hollanda dışındaki tüm Avrupa ülkelerinde, halkın büyük bölümü hâlâ özel sigortalardan değil, dayanışma temelinde kurulmuş devlete bağlı sosyal sigorta kurumları ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından ya da doğrudan vergi gelirlerinden (Britanya Ulusal Sağlık İdaresi gibi) finanse edilen sağlık hizmetlerinden faydalanıyor. Ancak özelleştirme ve ticarileştirme yönünde güçlü bir eğilimin varlığı da yadsınamaz. Yasayla kurulmuş sosyal sigorta kuruluşları, özel işletmeler gibi faaliyet yürütmeye başlıyor. Normalde özel sağlık poliçelerinde yer alan koşulların, bu kuruluşların uygulamalarında da giderek daha fazla yer bulduğu görülüyor (prim miktarı ve sigorta kapsamı ile ilgili seçenekler, katkı payları, doğrudan hekimlere ödeme yapılması yerine, hastalarca ödenen tutarların sonradan iadesi vb.).[17] Ekonomik baskıların yanı sıra, AB'nin yargı ve siyaset kurumları da birer baskı aracına dönüşüyor. Avrupa Adalet Divanı, sağlık sistemlerinin, Tek Avrupa Pazarı ilkelerine (kişilerin serbest dolaşımı; ürünler, hizmetler ve sermayenin serbest ticareti) mümkün olduğunca uyması gerektiğine dair karar alıyor. Yasayla kurulmuş sistemler ve sosyal sigorta sistemlerinde özel sigortalara ait alışkanlıkların benimsenmesi ve dayanışma ilkesinin terk edilmesiyle, ulus düzeyinde yapılan

14 Ellen Kuhlmann, "'...zwischen den Mahlsteinen". Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings", G. Feuerstein, E. Kuhlmann (der.), *Rationierung im Gesudheitswesen* içerisinde, Wiesbaden: Ulstein Madical, 1998, s. 72.

15 Hagen Kühn, "Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit", *Jahrbuch für Kritische Medizin* içerisinde, Hamburg: Argument, 42, 2005, s. 8-25.

16 Hekimin, tedaviyle ilgili karar alma sürecinde, bilimsel yöntemle elde edilmiş en geçerli kanıtlardan faydalanmasını sağlayacak sistematik yaklaşım şeklinde tanımlanmaktadır. Bu sistematik sayesinde, hekimin öznel değerlendirmelerinin yerine nesnel verilerin koyulabileceği ileri sürülmektedir – *çev.*

17 Rolf Schmucker, "Gesundheit als 'Dientsleistung von allgemeinem Interesse'", Gine Elsner, Thomas Gerlinger ve Klaus Stegmüller (der.), *Markt versus Solidarität* içerisinde, Hamburg: VSA, 2004, s. 181-93.

mevzuat değişiklikleri yoluyla bu örgütlerin özel şirket tüzel kişiliğine bürünmesi olasılığı güçleniyor.[18] 2000 yılında gerçekleşen AB Lizbon zirvesinden sonra bir "açık eşgüdüm yöntemi" ve bütünleştirme yöntemi oluşturuldu. İşe kılavuzlar hazırlayarak başladılar; derken göstergeler getirdiler ve sonunda da bu politikaların üye ülkeler tarafından benimsenip benimsenmediğini denetlemeye başladılar. Ana fikir, üye ülkeler arasındaki ortak siyasi yanları pekiştirmek olsa da, yönetim yetkilerini AB'ye kaydırarak değil, üye ülkelerin resmi otoritesine ve özerkliğine dokunmayan bir eşgüdüm sürecini "yumuşak düzenleme" adı altında ilerleterek yapıyorlar bunu.[19] AB bünyesindeki farklı sağlık sistemlerinin hepsini aynı piyasa çizgisine çekmek için işte bu yola başvuruluyor.

GÜVEN Mİ, KONTRAT MI?

Tıp bilimi ve uygulamalarının hassas yapısı nedeniyle, neoliberal ekonomik modelin sert darbeleri sağlık kurumları üzerinde muazzam düzeyde etkili olabiliyor. Sağlık alanında piyasanın, rekabetin ve kârın yayılması, beraberinde hasta-hekim ilişkisinin temelden sarsılması tehlikesini de getiriyor. Hâlâ özünde güvenin yatmakta olduğu bu ilişki, kontratları esas alan ticari bir yapıya doğru kaymaya zorlanıyor. Bir kontrat güvenin değil, güvensizliğin göstergesidir.

Güven, hastanın hekime en gizli kişisel bilgileri bile açmasına olanak tanıyan ve tedavi sürecinin bir parçası olan yakın bir ilişki doğurur. Hekimle hasta, bu ilişkide eşit konumda bulunmaktan çok uzaktır. Uzmandan beklenen, bilgisi ve fikirlerini azami ölçüde kullanarak hastayı iyileştirmesidir. Hasta ise uzmanın yetkinliğine ve iyi niyetine güvenmekte, söylediklerine inanmaktadır. Güvene dayalı ilişki, tarafların sorumluluk duygusuyla hareket edeceğini varsayar. Güveni temel alan tedavi, iyi niyet çerçevesinde inandırıcı bir sonuca ulaşmayı vaat eder ve güven satın alınabilir bir şey değildir.

Öte yandan, bir kontrat ise hukuk sisteminin parçasıdır. Birbirini tanıyan ya da tanımayan kişiler arasında karşılıklı yükümlülüklerin ve ortak niyetlerin kesin bir dille belirtildiği belgedir. Piyasada emtia sahipleri müzakere edilmiş fiyatlarla mallarını satarken, hem alıcı hem de satıcı kendi kişisel çıkarını düşünür. Kontrat, tarafların çatışan çıkarları bir anlaşmazlığa ya da soruna yol açtığında, anlaşmanın üçüncü taraflarca yürütülebilmesi için hazırlanır.

18 Thomas Gerlinger, "European integration; the open method of coordination and the future of European health policy", Alexis Benos, Hans-Ulrich Depper ve John Lister (der.), *Health Policy in Europe, Contemporary dilemmas and challenges* içerisinde, Londra: Lightning Source, 2007, s. 50-61.

19 Gerlinger, "European Integration", s. 54.

Hekim-hasta ilişkisinin giderek ticarileştirilmesi ile, belli bir fiyat karşılığında, miktarı ölçülebilen sağlık hizmetleri sunmak hekimler için zorunluluk haline getiriliyor. Bu hizmetse, gün geçtikçe, ekonomik rekabet koşulları altında üretilip dağıtılacak bir meta karakteri kazanıyor. Hastalar müşteri rolüne itilirken, metanın satıcısı da müşterisinden para kazanıyor. Böyle bir sistemde en iyi müşteri de cebinden en fazla parayı çıkarabilen oluyor elbette. Bu koşullar altında hastalar müşteri sıfatıyla iyi hizmet alabilirler belki; ama hasta bir insan olarak gerekli tedaviyi alabilecekleri şüphelidir. Ekonomik rekabet kızıştıkça, alım gücü yüksek müşterilere yönelik talep de artacaktır. Bu durumda, piyasanın gerçek dürtüsü kendini gösterir: ihtiyacı olan hastalara değil, isteyen hastalara daha fazla tedavi. Tıbbi kalite teriminin ne ifade ettiğini belirlemek hastalara düşecektir artık. Kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım gibi kimi durumlar (Bekhterev hastalığı, Parkinson, romatizma vb.) için mantıklı olabilir bu. Anca çoğu durumda, tıbbi kalite sorunu kısa süreli tatminin sağlanmasına indirgenecektir. Tatmin, sadık müşterilere giden yolu açabilir, ancak sağlığınızı düzelteceğinin garantisi yoktur.

AHLAKİ DEĞERLER

Sağlık hizmetlerinin giderek ticarileştirilmesi sürecinde, bilgi seviyesi yüksek hastalar bile kendilerini güç ve karmaşık bir durumda bulacaklar. Bu koşullarda, kendilerine verilen rutin tıbbi önerilerin ve sunulan bilgilerin gerçekte ne anlama geldiğini, ne amaç taşıdığını nasıl bilebilirler ki? Örneğin, "bu tıbbi olarak gerekli değil" ya da "bu müdahale sizin için çok riskli" ya da "bu tedavi sizin için uygun değil" dendiğinde ne anlamalılar? Söylenmek istenen "Tıbbi bilgi ve deneyimlerimiz bunu gerektiriyor" mudur, yoksa "bu tedavi sizin için fazla pahalı" mı? Hekimin neden böyle bir öneride bulunduğunu hasta nasıl kestirebilir? Gerçekten de en iyi tedavi bu mu? Hekim alternatif tedavi yöntemlerini dile getirmeyecek mi? Yoksa bu öneri ve talimatlar hekimin kariyeri ya da işyerinin çıkarları çerçevesinde mi verildi? Hastanenin hisse fiyatları ve dağıttığı kâr payı, sahip olduğu kredi notu gözetilerek mi öne sürüldü? "Kuruluşumuzun hisse değeri" iyi günler diler! Ticari yaklaşımlar kâr getirebilir; ama uygarlığımızın toplumsal ölçütleriyle taban tabana zıt oldukları gerçeğini değiştirmez bu.[20]

Üstelik yalnızca sağlık hizmetleriyle ilgili bir sorun da değil bu. İnsanlar üzerindeki araştırmalar ve deneyler çerçevesinde "teorik" tıbbı da ilgilendiriyor gelişmeler. Pek çok araştırmacı, gerekli özeni ve sorumluluğu sergilemekten uzaklaşıyor. Tıbbi araştırmanın her gün biraz daha ticarileştiği bir ortamda, hasta haklarını yeterli ölçüde korumak olanaksızlaşıyor. Araştırmalardan

20 Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation*, 2 Cilt, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1978.

mümkün olan en kısa sürede sonuç alınması isteniyor; oysa araştırma sürecinde yer alan kişilere ya da hastalara doğru bilgileri gerektiği gibi sunmak çok zaman kaybına neden oluyor. Her şeyden önce, çok sayıda tıp bilimcisi, klinik araştırmaların ortaya çıkardığı ürünler üzerinden ticari çıkar elde ediyor. Bir Alman farmakoloğun söyledikleri, konuya açıklık getirecek nitelikte: "Araştırmacıların sponsor şirketlere sorgulamadan teslim oluşu, sağlık hizmetlerinde kaliteyi her geçen gün daha fazla tehdit ediyor. Bu, klinik araştırmalardan devlet desteğinin çekilmesinin bir sonucu."[21] Pek çok güncel örnek arasında, Güney Koreli kök hücre araştırmacısı Woo Suk Hwang'ın, kök hücrelerin klonlanabilmesine dair olanakları incelediği yayınlarında imza attığı sahtekârlık da gösterilebilir.[22] Alman Tıp Birliği'nin yayın organındaki şu satırlar da yeterince açıklayıcı: "Araştırma sahtekârlığı: Her üç araştırmacıdan biri hileye başvuruyor. ABD'de yürütülen bir çalışma, tahrif edilen veriler ve uygunsuz bilimsel tutumla ilgili rakamları ilk kez ortaya koydu. Araştırmacıların kendi kişisel beyanlarına göre, her üç araştırmacıdan biri, son üç yıl içindeki çalışmalarında cezayı gerektiren suçlara en az bir kez yöneldi. Hilelerin büyük bölümünü, mali sponsorlardan gelen baskılar sonucunda deneysel çalışmaların tasarımı, yöntemi ya da sonuçları üzerinde gerçekleştirilen tahrifatlar oluşturuyor."[23]

DAYANIŞMA

Tüm bu saydıklarımız ışığında ulaştığımız sonuç odur ki, ortak refaha odaklanan, piyasanın insafına ve rekabetin kural tanımayan gücüne terk edilmeyen, koruma altına alınmış toplumsal alanlarımız olmalı. Hekimler birer işadamı gibi davranmak zorunda kalıyor ve sağlık kuruluşlarının ana hedefi kâr oluyorsa, sağlık politikasının yönelimleriyle ilgili bir sorunumuz var demektir. Toplumun temelini oluşturan insani ve toplumsal değerlerin çökmesini engellemek için, özelleştirilemeyecek ya da ticarileştirilemeyecek alanları belirlemek, iletişimin ve dayanışmanın ticarileştirilmediği, hizmetlerin birer metaya dönüştürülmediği alanlar oluşturup savunmak durumundayız. Sağlanacak koruma, çocuklar, yaşlılar, psikiyatri hastaları gibi savunmasız gruplara muamele şeklinden, dayanışma ve eşitlik gibi toplumsal hedeflere kadar geniş bir yelpazeye yayılmalı, taraflardan birinin korunmasız olduğu iletişim biçimlerini de (özellikle de sağlık çalışanı-hasta

21 Peter Schönhöfer, "Missbrauch, Betrug und Verschwendung", Hans-Ulrich Deppe ve Wolfram Burkhardt (der.), *Solidarische Gesundheitspolitik* içerisinde, Hamburg: VSA, 2002, s. 119.

22 "Koreanischer Klonforscher der Fälschung überführt", *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 24 Aralık 2005, s. 1; "Klonversuche komplett gefälscht", *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 30 Aralık 2005, s. 1.

23 *Deutsches Ärzteblatt*, 26, 2005, s. 1475.

ilişkisinde olduğu gibi güvene dayalı olanları) kapsamalı. İnsancıl toplumsal modelin temelini de, koruma altına alınacak bu alanlar oluşturmaktadır. Değindiğimiz ilkeyi hayata geçirebilmek içinse, kâr amacı gütmeyen, verimli bir kamusal yapı için mücadele etmek zorundayız. Elbette kolay başarılamayacak bu. Akademisyenler de, ticarileştirme sürecinin çok ileri boyutlara ulaştığını, geri dönülemez noktanın çoktan aşıldığını, karşısında duramayacağımız nesnel zorunlulukların her şeyi yönlendirdiğini söylüyorlar. Ancak iktisadi modeller insanlar tarafından inşa edilir, yüce bir güç tarafından değil. İnsanın inşa ettiği her şey ise yeni fikirlerin hayata geçirilmesiyle değiştirilebilir.

Herkese açık genel sağlık hizmetlerinin taşıdığı özellikler artık son derece iyi biliniyor. Nüfusun tamamı sağlık hizmetine erişebilir ve sağlanan tıbbi fayda, ödeme gücünden bağımsız olarak, herkes için eşittir. Hastalar toplumun birer unsuru olarak görülür ve içinde bulundukları sağlık koşullarını da toplumun ürünü olarak değerlendirilir. Sağlık hizmetleri ticari çıkarlar yerine yalnızca tıbbi fayda doğrultusunda yönlendirilir. Sistem, dayanışma temeli üzerinde, vergilerden veya sosyal sigorta fonlarından finanse edilir. Finansmanın vergilerden yapılması halinde, ulusal vergi politikalarının eşitlikçi bir yapıya büründürülmesi gerekir. Toplumun genel sağlık düzeyi iyileştirilirken, hastalıkların sağaltılmasına yönelik çalışmalar da ihmal edilmez.

Genel sağlık sistemlerini oluşturan öğeler pek çok ülkede halihazırda işler durumda. Hem gelişmekte olan ülkelerden, hem de zengin refah devletlerinden örnekler vermek mümkün. Elbette, her biri farklı bir tarihe sahip olduğu için, aralarında benzer olmayan yanlar da var. Her birinde, başa çıkılması gereken farklı güçlükler söz konusu. Hangi hizmetlerin tamamen ya da kısmen sigorta kapsamına girdiği konusunda ayrılıklar mevcut. Ancak hepsi de dayanışmanın çeşitli biçimleri üzerine kurulu. Sağlık hizmetlerinin geleceğini de işte bu dayanışma penceresinden görmeliyiz. Dayanışma, neoliberal ticarileştirme akınının karşısında duran seçenektir. İnsanlar için, dayanışmanın yer almadığı bir sağlık sistemi düşünülemez.

Sağlık alanındaki dayanışma da, emek hareketinin geçmişiyle, siyasi ve ekonomik bakımdan ezilen toplumsal gruplarla güçlü bağlar içeren, uzun bir tarihe sahip. Piyasada at koşturan bencil bireyin değil, elimizde ortak ne varsa onların üzerine kuruludur dayanışma. Ortak değerler ve ortak deneyimlerdir temsil ettiği; kolektif bilinçtir dile getirdiği. Sorunları dayanışma içerisinde çözme yeteneği kolektif bir güçtür. Toplumdaki her birey, kendi kişisel yetenekleri ölçüsünde, adalet esasına göre katkıda bulunur. Dayanışma, işsizlik, yoksulluk, hakların gaspı ve sağlık hizmetlerinin yıkımı gibi ana sorunlarla mücadelenin sağladığı ortak çıkara dair bir bilinç gerektirir. En güçlü dayanışma ise örgütlü olandır; tabandan güçlü bir katılımla kurulandır.

Hastalığa ve sağlığa dair çözümlemelerimizde, sorunun odağında yatan toplumsal, ekonomik, siyasi ve kültürel sorunları derhal fark ediyoruz. Sağlıklı olmak bir insan hakkıdır. BM'nin 1978 yılında Alma Ata'da yaptığı "herkes için sağlık" bildirisinin özü de budur işte. İnsan hakları ticarileştirilemez; anlamı parçalanmadan piyasalaştırılamaz. Böylece siyasi, ama aynı zamanda da bilimsel bir ilke çıkıyor karşımıza: Sağlık satılık değildir!

Eşitsizlik ve Sağlık

David Coburn

Toplumsal adaletsizlik,
insanlığın toplu imhasıdır.
DSÖ[1]

1820 yılında, dünya genelinde ortalama yaşam süresi 26 yıl dolayındaydı. 1890'a gelindiğinde de ancak 30 yıla çıkılabilmişti. 20. yüzyılda ise hızlı bir gelişme yaşandı: 1910'da ortalama 33 yıl yaşayabilen insanlar, 2000'de bu süreyi neredeyse ikiye katlamıştı.[2] 2004 yılında dünya ortalaması, Avrupa'nın 1950'de elde ettiği seviyeye nihayet ulaşarak 65 yıla vardı.[3] Ortalama ömürde kaydedilen iyileşme, başlangıçta yaşam süresindeki genel uzamadan çok, bebek ve çocuk ölüm oranlarındaki düşüşe bağlıydı. 1960 ile 2000 arası yakın dönemde bile, beş yaş altı ölüm oranları yarıdan fazla azalarak her 1.000 kişide 198'den 83'e kadar geriledi.[4]

Ne var ki, sağlanan genel iyileşmelere sağlık alanındaki eşitsizlikler de eşlik etti. Son dönemde daha da şiddetlenen bu eğilimin sonucu olarak, her ülkede zenginler ve güçlüler yoksullara göre daha uzun yaşamakla kalmıyor, daha sağlıklı bir ömür de sürüyorlar. Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık düzeyi en yüksek on ilçesinde, beyaz adam siyahlara göre 15 yıl daha geç ölüyor.[5] Britanya'da 1930-32 aralığında vasıfsız erkek işçiler arasındaki ölüm oranı, meslek sahibi erkeklere göre 1,2 kat daha yüksekti. 1991-93 arasında

1 DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu Nihai Raporu*, Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2008.

2 James C. Riley, *Rising life expextancy: a global history*, New York: Cambridge university Press, 2001; R. McNamara, "Mortality Trends", J.A. Ross (der.), International Encylopedia of Population, 2. Cilt içinde, New York: Free Press, 1982, s. 459-61.

3 Jeroen Smits ve Christiaan Manden, "Length of life inequality around the globe", *Social Science and Medicine*, 68(6), 2009: 1114-23.

4 DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu 2006: Working Together for Health*, Cenevre: DSÖ, 2006.

5 Michael Marmot, "Inequalities in health", *New England Journal of Medicine*, 345 (2), 12 Temmuz 2001.

bu farkın 2,9 kata ulaşarak bir uçuruma dönüştüğü görülüyor. Benzer şekilde, vasıfsız erkeklerle meslek sahipleri arasındaki ortalama yaşam süresi farkı 1972-76 arasında 5,4 yıl iken, 2002-2005 döneminde 7,3 yıla yükseldi.[6] Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu'na göre, Hindistan'da ortalama ömür erkeklerde 62 sene iken, Glasgow kentinin yoksul Calton semtinde bu değer 54 yıla düşüyor. Oysa sadece 13 km uzaklıktaki varlıklı Lenzie semtinde erkekler 28 yıl daha uzun yaşıyor. 30 OECD ülkesi değerlendirmeye alındığında, ülke içi eşitsizliklerin, ülkeler arasında gözlenen dengesizliklerden çok daha ağır bastığı anlaşılıyor. OECD dışında kalan yerlerde de durum benzer veya daha da ciddi. Peru'daki rakamlar, az gelişmiş ülkelerdeki tabloyu özetliyor adeta: Ülkedeki çocuk ölümlerinin yüzde 40'ından fazlası, halkın en yoksul yüzde 20'lik kesiminde yaşanıyor ve en zengin yüzde 20'lik kesimde kaydedilen değerle arada sekiz kattan fazla fark bulunuyor.[7]

Uluslar arasında karşılaştırmaya gidildiğinde, her zaman olmasa da, yoksul ülkelerin sağlıkta genellikle çok daha kötü bir manzara sergilediği görülüyor. Sağlıklı geçen ortalama ömürde (Health Adjusted Life Expectancy) en yüksek değerler yaklaşık 73 yıl ile Japonya ve İsveç'te elde edilirken, Angola yalnızca 29 yılda kalıyor. Beş yaşına erişemeden ölme olasılığı, Swaziland'da doğan bebeklerde İsveçli bebeklere göre 30 kat, Kamboçyalı bebekler için de Kanadalılara göre 17 kat daha yüksek. 15 yaşındaki Kanadalı bir erkeğin 60 yaşına ulaşma şansı, Rusya Federasyonu'ndaki yaşıtlarından beş kat daha fazla.[8] Dünya çapında genel bir iyileşme mevcutsa da, bu eğilim son dönemde giderek zayıflıyor ve Sahra Altı Afrika, eski Sovyet ülkeleri, Irak ile Kuzey Kore'nin başını çektiği çeşitli yerlerde yaşam süresi giderek düşüyor.[9]

21. yüzyılın ilk on senelik diliminde, sağlıkta çelişkili görünen durumlarla karşılaştık. Devamlı olarak "salgınlarla" karşı karşıyayız: en zengin ülkelerde obezite salgını; en yoksul ülkelerdeyse beslenme yetersizliği, hastalıklar ve ölüm. İsveç ve Japonya gibi en sağlıklı ülkelerde ortalama ömür yükselir, bebek ölümleri çok düşük düzeye gerilerken, 2004 yılı bebek ölüm rakamları incelendiğinde, otuz OECD ülkesi arasında ABD'nin diplerde gezindiği, Türkiye ve Meksika'nın biraz üzerine çıkabildiği, Polonya ve Slovak Cumhuriyeti'nin ise gerisinde kaldığı görülüyor.[10] Rusya'da, özellikle de 1989 yılından bu yana,

6 Britanya Sağlık Bakanlığı, *Tackling health inequalities: a programme for action*, Londra: Britanya Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2003, s. 7; Britanya Ulusla İstatistik Dairesi, *Trends in life expectancy by social class 1972-2005*, Londra: Britanya Ulusal İstatistik Dairesi, 2007.

7 DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu 2006*; Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu 2006*, Washington: Dünya Bankası, 2006.

8 Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu 2006*.

9 Keith Moser, Vladimir Shkalnikov ve David A. Leon, "World mortality 1950-2000: Divergence replaces convergence from the late 1980's", *Dünya Sağlık Örgütü Bülteni*, 83(3), 2005, s. 202-9.

10 OECD, *OECD Sağlık Verileri 2007*, Paris: OECD, 2007.

ortalama ömür giderek düşüyor. 2004 yılında Rus erkekleri ve kadınlarının ortalama yaşam süresi, 1965 seviyesinin altında kaldı.[11]

Gerek ulusal gerekse uluslararası düzlemde, sözünü ettiğimiz eşitsizliklerin önem taşıdığı tek alan refahla sağlık arasındaki ilişki değil. Cinsiyet ve etnik kimlik de önemli etmenler olarak boy gösteriyor. Kadınlar, hastalıklarla daha fazla boğuşuyor olsalar da, genellikle erkeklerden daha uzun yaşıyorlar. Öte yandan, sömürgeleştirilmiş ülkelerde yerli halkların egemen ırklara göre çok daha olumsuz sağlık koşullarında yaşadığı gözleniyor. Ancak bizim bu yazıdaki odak noktamız, genel sosyoekonomik durumla sağlık arasındaki ilişki olacak.

Yoksul veya gelişmekte olan ülkeleri avucuna alan ağır sağlık sorunları, bu sorunları çözme kapasitesine sahip olmayışımızdan kaynaklanmıyor. Kıtlıkların yaşandığı bir dünya değil bizimkisi. Onun yerine, kaynakların ihtiyaçlara kıyasla son derece kötü bölüşüldüğü bir dünyada yaşıyoruz. Silahlanmaya ayrılan kaynağın çok küçük bir bölümü ya da varlıklı ülkelerin GSMH tutarının ufak bir parçası, hatta dünya üzerindeki 1.000 adet milyarderin servetinin bir kısmı sorunları çözebilir. Yoksulluk, hastalıklar ve erken ölümler için bir şeyler yapma olanağına sahibiz. Ne var ki tercihimiz bu yönde olmuyor. Görece küçük miktarda bir parayla pek çok yaşamın kurtulacağını biliyor ve yine de bunun yapılmadığını görüyorsak, içinde bulunduğumuz durumun hem adaletsiz, hem de ahlaki bakımdan anlaşılmaz olduğu sonucuna varmalıyız. Neden daha fazlası yapılmıyor? Günümüz dünyasında bu soruya verilecek yanıtlardan biri şudur: İşler 2007/2008'de patlak veren ekonomik krize gelip dayanıncaya kadar, neoliberalizmin hâkim siyasi felsefesi, hiçbir çabaya girişmemeyi ya da en azından her türlü kolektif çabadan uzak durmayı meşru kılmıştır.

KAPİTALİZM VE NEOLİBERALİZM

Sağlıktaki manzaraya egemen olan eşitsizlikler, uzun bir geçmişe dayanan dünya kapitalist sisteminin bağrında gelişti. Ancak kapitalizmin gelişimi de yekpare bir süreç değil. Sistemin gelişim çizgisini oluşturan çeşitli aşamaların ardından, şimdi neoliberal kapitalizm evresindeyiz. Çağdaş kapitalizm, farklı çehrelerle de gösteriyor kendini: Gelişmiş ülkelerde farklı modellerde refah devleti postuyla dikiliyor karşımıza. Ekonomik büyümenin her derde deva olduğu, serbest piyasanın ve serbest ticaretin de ekonomik büyümenin en geçerli yolu olduğu doktrini üzerine inşa edilen neoliberalizm, son dönemde kurduğu tahakküme karşın, inandırıcılığını şimdiden yitirmiş du-

11 Denny Vagero, "Health inequalities across the globe demand new global policies", *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 2007, s. 113-14.

rumda. Kapitalist büyümenin eninde sonunda her alana sızarak fayda sağladığını ileri süren *trickle-down* kuramı, güçlü ticari çıkar gruplarının her türlü çabasına karşın, daha ekonomik kriz öncesinde kesin olarak çökmüştü.

Şimdi bir küresel ekonomik krizin göbeğindeyiz ve kapitalizmin geleceğini belirsizlik bulutları örtüyor. Aynı tabloyu devam ettirmek üzere yeniden düzenlenmiş bir kapitalizmle karşılaşabilir ya da daha köklü değişikliklerle yüz yüze gelebiliriz. Ancak uzun vadedeki sonuç ne olursa olsun, neoliberalizmin kurduğu egemenlik ve piyasanın toplum üzerindeki tahakkümünü anlatan teori ile pratik ciddi yara almış durumda. Neoliberalizm yarışının, kapitalizmin tüm diğer biçimlerinin getirdiği kaçınılmaz adaletsizliklerin ötesine geçecek şekilde ürettiği "artık" eşitsizliğin sorgulanmasına önayak oluyor bu tablo. Çelişkiye bakın ki, bizzat neoliberalizm tarafından kurulmuş egemenlik ve yaratılmış uçsuz bucaksız adaletsizlik, bir yanda sağlığa ve sağlıktaki eşitsizliklere çevrilen dikkati giderek yoğunlaştırıyor, diğer yanda da GSYH'deki kişi başına artışı insanlığın gelişimiyle bir tutan iktisadi görüşün sorgulanmasını sağlıyor.

Sağlıkta hem ülkeler arasındaki dengesizliklerin, hem de ülke içi eşitsizliklerin arkasında yatan şey, sınıflar arası güç dengesinde yaşanan kaymadır. Sınıf örgütlenmesi ve siyaseti, sağlık ve sağlıktaki eşitsizlikler bakımından hayati önem taşıyor. İlerici toplumsal sınıf hareketleri ve partiler, zenginler için her şeyin daha fazlasını istemek yerine insanın yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelen atılımların devingen güçleridir. Toplumsal mücadele, insan hayatında sağlanacak iyileşmelerin ön koşuludur. "Kapitalizmin getirdiği" maddi gelişmelerin hepsi değilse bile pek çoğu, kapitalizmin ayak direyen güçlü birliklerine karşı yürütülmüş şiddetli mücadeleler sonucunda elde edilebilmiştir ancak.

Sağlık düzeyinin yükseltilmesinde "toplumsal sermayenin", toplumsal bütünleşmenin ve güvenin kilit etmenlere dönüştüğü düşüncesi literatürde fazlasıyla öne çıktığı halde, neoliberallerin her türlü kolektif ve kamusal faaliyete saldırıyor oluşu ancak ironiyle açıklanabilir. Onlara göre, piyasanın karşısına tek başımıza birey ya da aile olarak çıkmalıyız. Tüm toplumsal ilişkilerin piyasa ilişkilerine indirgenmesi sonucunda yurttaşlar arasında kontrata konu olmayan hiç bir bağın bırakılmaması, başkalarına karşı şüpheciliğin ve güvensizliğin yükselmesi anlamına gelmiyor mu? Öyleyse, neoliberal politikaların neredeyse tamamen anti-kolektivist bir hüküm taşımakta olduğu OECD ve AB ülkelerinde sağlık tablosunun iyileştirilmesinin ve toplumun daha kucaklayıcı bir yapıya büründürülmesinin araçları sıfatıyla "toplumsal bütünleşme" ve "toplumsal sermaye" kavramlarına bugün yapılan vurgu düpedüz aldatmacadır.

Neoliberal politikaların hem doğrudan, hem de uluslararası örgütler üze-

rinden uygulamaya sokulmasında, Anglo-Amerikan uluslar ve başta da ABD önemli rol oynuyor. Öte yandan bir değişim de yaşanmıyor değil. IMF ve Dünya Bankası, önayak oldukları çoğu reformun başarısızlığa uğraması ve ayrıca halkın direnişi nedeniyle, tutucu düşüncelerinden geri adım atmak zorunda kalıyor. Ekonomik yaşamın toplumsal yapı tarafından sarmalanmış olduğunun nihayet kabul edilmeye başladığını gösteren ufak belirtiler var. Dünya Bankası artık serbest piyasayı her derde deva ilaç olarak sunmayı bir yana bırakıp, yoksulluğa, toplumsal sermayeye ve sağlık ile eğitim gibi toplumsal altyapılara da eğiliyor.[12] Ekonomiyi ilerlemenin lokomotifi kabul eden görüş geçmişte kalıyor; ekonomiler, devletler ve sivil toplum, aynı toplumsal yapının iç içe geçmiş ayrılmaz parçaları olarak değerlendiriliyor. Ekonomik büyümenin insani ilerlemelere yaptığı katkı kadar, işlevlerini gerektiği gibi yerine getiren ve yönlendirilen bir toplumun da ekonomik büyüme üzerinde belirleyici rol oynayabileceği ifade ediliyor. Dünya Sağlık Örgütü Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nun vardığı sonuçlar, ekonomik büyüme ile sağlık arasında tek taraflı değil, karşılıklı bir etkileşimin bulunduğunu ortaya koyuyor.[13]

Neoliberal ekonomik küreselleşmenin etkileri her yerde kendini hissettirmiş olsa da, sosyal demokrasiye daha yakın duran kimi ülkelerde toplumsal yapılar, refaha yöneltilen saldırıya, özelleştirmeye ve metalaştırmaya karşı direnç sergilemede Anglo-Amerikan ulusları geride bıraktı. Saldırıların göğüslenmesi konusunda refah devletleri arasında ve değişik refah yapılarına sahip ülkeler arasında görülen farklılıklar, sınıfları ve sınıf ittifaklarını temel alan bir bakışla açıklanabilir. İşçi sınıfındaki güçlenme ve/veya üst sınıflardaki zayıflamaya çeşitli sınıf ittifakları, sınıfsal bütünleşme ve örgütlenme de eklendiğinde refah rejimleri güçleniyor ya da en azından rejimin saldırı karşısındaki direnci yükseliyor.[14]

SAĞLIKTA TOPLUMSAL ETMENLER

Bugün konuyla ilgili her ciddi çözümleme işe aynı kabulle başlıyor: Sahip olduğumuz sağlık düzeyi, bize sunulan sağlık hizmetlerinden çok yaşam biçimimizin bir ürünüdür. Bu bakış açısının temellerini, 19. yüzyıldaki korkunç yaşama ve çalışma koşullarının bir sonucu olarak emekçi sınıfların ölüm-

12 Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu 2006*.

13 Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Cenevre: DSÖ, 2001.

14 A. Hicks, *Social democracy and welfare capitalism*, Ithaca ve Londra: Cornell University Press, 1999; J.S. O'Connor & G.M. Olsen (der.), *Power reources theory and the welfare state: A critical approach*, Toronto: University of Toronto Press, 1998; D. Brady ve K. Leicht, "Party to inequality: right party power and income inequality in affluent western democracies", Lüksembourg Gelir Araştırmaları Çalışma Raporu No. 460, 2007, http:///www.lisproject.org adresinde mevcuttur.

le dikkat çekecek ölçüde erken tanışması hakkında yazılar yazan Virchow, Engels ve Chadwick attı. McKeown'un da belirttiği gibi, çoğu sağlık sorunu aslında etkili tıbbi tedaviler devreye girmeden çok daha önceleri hafiflemeye başlamıştı.[15] Sağlıkta belirleyici rolü olan toplumsal etmenlere eğilme yaklaşımı, son yıllarda DSÖ'nün Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu tarafından hazırlanan raporlarla da destekleniyor.

Ancak, "sağlıkta toplumsal etmenler" tezini gereğinden fazla ileri götürmemek için dikkatli davranmakta fayda var. Zira, kimi zaman sağlık hizmetleri çok daha önemli hale gelebiliyor ve bazı ülkeler ya da bölgelerde görece büyük bir önceliğe sahip olabiliyor. 1970'lere kadar ölüm nedenleri arasında maddi toplumsal koşullar baskın durumdayken, daha sonraki dönemde, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin önemini giderek artırdığı fark ediliyor. Bu ülkelerde ortaya çıkan yapıda, ölümlerin büyük bölümünün ileri yaşlardaki kronik rahatsızlıklardan kaynaklanıyor oluşu da söz konusu değişimde pay sahibi. Örneğin, kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerde son dönemde kaydedilen düşüşte, tıbbi tedaviler muhtemelen büyük rol oynuyor.[16] Yoksul halklar söz konusu olduğunda ise, beslenmenin, hijyenin ve toplumsal koşulların terazideki ağırlığı artıyor. Bunun yanında, bebeklerde oral rehidrasyon tedavisi ve aşılama gibi temel sağlık hizmetlerinin sunumu da sağlıkta geri kalmış ülkelerde tabloya ciddi biçimde etki edebiliyor. Sağlık üzerindeki toplumsal etmenlere yönelik vurgunun ardındaki neden, hastalıkların geleneksel olarak halk sağlığı temelinde, konakçı, patojen ve çevreyle etkileşim terimleri çerçevesinde kavramlaştırılmış olmasıdır. Bu bağlamda, insanın dayanıklılığını ve hastalıklara direncini artıracak yeterli besin ve su kaynaklarının temini de öne çıkmaktadır. Sağlık hem toplumsal etmenlerin hem de sağlık hizmetlerinin ürünüdür.

Hastalıkların görülme sıklığının yanı sıra, sağlık hizmetlerinin kendisi de toplumsal ve siyasi yapı çerçevesinde belirleniyor. Sağlık hizmetine erişimin önünde parasal engellerin bulunmadığı ülkelerde bile, yoksulların daha az sağlık hizmeti alması veya zenginler kadar etkin, kaliteli hizmet alamaması yönünde bir eğilim ortaya çıkıyor. İlk olarak Tudor Hart'ın dillendirdiği, sunulan sağlık hizmeti miktarı ile hizmete duyulan ihtiyaç arasındaki ters orantıyı ifade eden "tersine hizmet yasası"[17] hâlâ geçerli. Piyasa odaklı sistemlerin yürürlükte olduğu ülkelerde bu eğilim daha da güç kazanıyor.

Sağlık düzeyini ve sağlıktaki eşitsizlikleri doğrudan ölçmek her zaman mümkün olmuyor. Pek çok çalışmada bebek ölüm oranları veya ortalama

15 T. McKeown, *Dream, mirage or nemesis*, Londra: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976; S. Szreter, "Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change", *American Journal of Public Health*, 92, 5, 2002, s. 722-25.

16 Angus Deaton, "The great escapa: a review of Robert Fogel's *The escape from hunger and premature death 1700-2100*", *Journal of Economic Literature*, XLIV, Mart, 2006, s. 206-14.

17 J. Tudor Hart, "The Inverse Care Law", *Lancet*, 97(7696), 1971, 405-12.

ömür esas alınıyor. Genel kabul, mevcut toplumsal koşulları (örneğin annelerin sağlığını etkileyen koşullar) doğrudan yansıtma konusunda bebek ölüm oranının ortalama ömür verilerinden daha etkili olduğu yönünde. Ortalama ömür, özellikle de gelişmiş ülkelerde, kronik hastalıkların yüksek sıklıkta rastlandığı bir yapıda biçimleniyor ve çeşitli risk etmenlerine uzun süreli maruz kalma sonucunda ortaya çıkıyor. İlerleyen yaşlardaki fiziksel gelişim ve sağlık durumu, çocuklukta maruz kalınan yoksunluklardan büyük ölçüde etkileniyor ve bu da tüm yaşam süresini dikkate alan bir bakış açısının önemini ortaya koyuyor: Geçmişte içinde bulunduğumuz toplumsal koşullar, bugün eriştiğimiz sağlık düzeyini etkiliyor. Sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili değerlendirmede hem toplam rakamlar, hem de oransal karşılaştırmalar önem taşıyor. İsveç'te bebek ölüm oranının yüzde 33 gerilemesi, her bin kişide fazladan sadece bir bebeğin daha bir yaşına dek hayatta kalacağı anlamına geliyor. Öte yandan Angola'da aynı düzeyde bir gerilemeyle, her 1000 bebekten 154'ü yerine 103'ü hayatını kaybedecek. Herhangi iki ülkede, kol işçileri ile beyaz yakalılar arasındaki ölüm oranı dengesizliği yüzdeye vurulduğunda benzer düzeyde olduğu halde, ölen kol işçilerinin sayısı birinde diğerinin iki katına ulaşabilir.

Konuyu burada noktalarken, "sosyoekonomik durum" (SED) hakkında da bir şeyler eklemeliyiz. Bu terim, tüm literatürde, sağlıktaki toplumsal etmenleri toplu halde temsil eden bir gösterge olarak kullanılıyor. Yüksek SED'e sahip bireylerin gerçekten de diğerlerinden daha uzun yaşadığı görülüyor. Ancak SED, insanların sadece gelir durumlarına, eğitim düzeylerine veya mesleki konumlarına göre sıralanmasından ibaret. Bu sıralama genel yaşam standardını başarıyla yansıtabildiği ve yaşam standardı da farklı tipte hastalıklarla bağlantılı olduğu için, sağlık durumuyla SED arasında geçerli bir ilişki kurulabiliyor.[18] Ancak SED'in kendisinin de sınıfsal güç dengesinin bir sonucu olduğu unutulmamalı. Bir toplumda sosyoekonomik adaletsizliklerin ölçeğini ve biçimini belirleyen şey, kapitalizmdeki sınıfsal yapının doğası ve sınıf mücadelesinin getirdikleridir. Sosyoekonomik adaletsizlikler ise sağlıktaki ve aynı zamanda sağlık hizmetlerindeki tabloyu şekillendiren etmendir.[19] Sağlıkta toplumsal etmenler yaklaşımının yanında yer alan pek çok kuramcı sağlık ve sağlık hizmetleri üzerindeki ana etmenlere büyük ilgi gösterdiği halde, geliştirdikleri literatürde SED'in ve SED ile sağlık arasındaki ilişkinin siyasi ve sınıfsal

18 J.C. Phelan, B.G. Lin, A. Dioez-Roux, I. Kawachi ve B. Levin "'Fundamental Causes' of social inequalities in mortality: a test of the theory", *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 2004, s. 265-85.

19 D. Coburn, "Beyond the income inequality hypothesis: globalization, neoliberalism and health inequalities", *Social Science and Medicine*, 58(1), 2004, s. 41-56; D. Coburn, "Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neoliberalism", *Social Science and Medicine*, 51(1), 2000, 135-46.

nedenlerine dair değerlendirmeler hiç yer almıyor. Hastalık "nedenlerinin nedenleri" üzerine çözümlemeler yaparken, nedenler zincirini işin en başındaki belirleyici etmenlere, yani sınıf güçlerine ve sınıf mücadelelerine kadar izlemeyi nadiren tercih ediyorlar.

SAĞLIKTA ÜLKELER ARASI VE ÜLKE İÇİ EŞİTSİZLİKLER

Ekonomik büyüme, ilk bakışta sağlıkta kaydedilen iyileşmelerin nedenlerinden biriymiş gibi görünüyor. Zira, ekonomik büyüme ile sağlıktaki iyileşmeler paralel bir seyir izliyor. Bebek ölüm oranlarındaki düşüş etkisi, kişi başına GSMH yükseldikçe azalıyor olsa da, ulusların kişi başına düşen gelir miktarı (ekonomik düzey), sahip oldukları ortalama sağlık düzeyi ile gerçekten de yakından ilişkili.[20] Ancak iş ekonomik büyüme ile sağlık arasındaki ilişkiye geldiğinde, çok daha tutarsız ve tarihsel olarak dalgalı bir yapı göze çarpıyor. Ekonomik büyüme tezinin değerlendirilmesiyle ilgili en önemli sorun, sağlık bilgisinde sağlanan gelişmeler başta olmak üzere, büyümeyle birlikte pek çok faktörde değişikliklerin baş göstermesidir. Su ve sütteki kirlenmeyle ilgili bilgilerden tutun da, tütün tüketimi ve beslenmenin sağlık üzerindeki etkilerine dair güncel verilere kadar sayısız alanda kendini gösteriyor ilerleme. Bir yandan da, verimsizliğe karşı pompalanan rekabet, kayırmacılık ve yolsuzluk gibi etmenlerde değişiklik yaşanıyor. Ancak tüm bunlarla ilgili asıl can alıcı boyut, ekonomik büyümenin insani gelişime yönlendirilmesine yardımcı olan sınıf mücadeleleri ve toplumsal hareketlerdir.

Bebek ölümleri ve diğer sağlık göstergeleri ile ulusal gelir düzeyi arasındaki yakın ilişkiye karşın, "ulusal sağlık düzeyi ulusal servet miktarına bağlıdır" varsayımı, gelişmişlikte ilk sıralarda yer alan ülkelerde gerçekliğe dönüşmüyor. Bir yanda, dünyanın zenginleri konumundaki otuz OECD ülkesinde kişi başına ulusal gelir düzeyindeki yükselmelerin ulusal sağlık göstergeleri ile yakından ilişkili olmadığı, öte yandaysa, diğer ülkelerde sağlık düzeyi ile GSMH arasında yakın bir ilişkinin var olduğu görülüyor. Buna ek olarak, her ülkede, gelir düzeyi veya serveti artan kişilerin sağlık düzeylerinin de yükseldiği biliniyor. Pek çok hipotez, birbiriyle uyuşmayan bu iki bulgu arasındaki bağlantıyı kurma gayretinde.

Sağlıkta ülkeler arası dengesizliklere getirilen açıklamalarda, zengin ve yoksul ülkelerin kendi aralarında yapılan değerlendirmelerde farklı sonuçlara ulaşmak mümkün. Zira, iki grupta ortaya çıkan hastalık ve ölüm oranı

20 Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı, DSÖ verilerine göre tarafımdan yapılan hesaplamada 0,87 olarak bulunmuştur; S.H. Preston, "The changing relation between mortality and level of economic development", *Population Studies*, 29(2), 1975, s. 231-48; A. Deaton, "Global patterns of income and health: facts, interpretations and policies", WIDER Annual Lecture, UN University World Institute for Development Economic Research, Helsinki, 2007.

verileri birbirinden çok farklı. Bebek ölüm oranlarının son derece düşük olduğu ve insanların büyük bölümünün 70 yaşından sonra çeşitli kronik hastalıklar nedeniyle hayata veda ettiği zengin ülkelerin aksine, yoksul uluslar yüksek bebek ölüm oranlarıyla boğuşuyor. Ölüm nedenleri arasında erken yaşlarda yakalanılan bulaşıcı hastalıkların etkileri öne çıkıyor ve ileriki yaşlarda, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler de önemini artırıyor. Bu temel farklar, zengin ülkeleri yoksullardan kalın bir çizgiyle ayırıyor.

Üzerinde hâlâ tartışmalar yürütülüyor olmakla birlikte, sağlık düzeyindeki farklılıklarla ilgili en fazla öne çıkan çağdaş hipotez, gelir adaletsizliği üzerine kurulu.[21] Wilkinson, gelişmiş ülkelerde (dolayısıyla ülkeler arasındaki eşitsizlikte) en önemli etmenin kişi başına düşen ulusal gelir değil, gelirin ne kadar eşit paylaşıldığı olduğunu düşünüyor. Bu görüşe göre hiyerarşi (sosyoekonomik düzeyin geniş ölçekteki karşılığı) ile özsaygıdaki azalma arasında, biyopsikososyal mekanizmaların aracılık ettiği bir ilişki bulunuyor. Sosyoekonomik hiyerarşinin etkisi, örneğin Britanya devlet memurları arasında, üst düzey bürokratların, kendilerinden düşük seviyedeki yöneticilere göre daha sağlıklı olması gerçeği üzerinden gösteriliyor (ki her iki grup da sağlıklı olmak için gerekli maddi koşullara fazlasıyla sahip olduğu halde).[22] Wilkinson'ın penceresinden bakıldığında, eşitsizliğin bir diğer toplumsal sonucu da toplumsal sermaye/bütünleşme veya güvendeki azalma ve sağlık düzeyinde buna bağlı olarak ortaya çıkan düşüştür. Wilkinson, gelir adaletsizliğinin OECD ülkelerinde hem ülke içi (sosyoekonomik durum "eğrisi"nin etkisi olarak) hem de ülkeler arası (gelir adaletsizliği düzeylerindeki farklılıklar yoluyla) sağlık dengesizliklerine açıklama getirdiğini belirtiyor.

Ancak, epey destekçisi bulunsa da, gelir adaletsizliği hipotezine pek çok bakımdan eleştiriler getiriliyor. Wilkinson'un tespit ettiği ilişkilerin yapay olduğunu söyleyenlere göre, gelir düzeyi ile sağlık arasında ülke içinde gerçekten eğrisel ilişki bulunsaydı, gelir adaletinde sağlanacak herhangi bir iyileşme sonucunda ortalama sağlık düzeylerinin "kendiliğinden" yükselmesi gerekecek, çünkü yoksulların sağlığındaki iyileşme, zenginlerin maruz kalacağı kötüleşmeyi geride bırakacaktı.[23] Benim ve aynı zamanda Navarro, Muntaner ve arkadaşlarının bakışına göreyse, gelir adaletsizliği, hepsi de sağlığı etkileyen ve halkına refah sunma konusunda ülkeler arasındaki farklılıkları yansıtan pek çok

21 I. Kawachi, B. Kennedy, & R.G. Wilkinson (der.), *The society and population health reader: Income inequality and health*, New York: The New Press, 1999; R.G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londra: Routledge, 1996.

22 Michael Marmot, "Social determinants of health inequalities", *Lancet*, 372(9650), 2005, s. 1099-1104.

23 G.T.H. Ellison, "Letting the Gini out of the bottle" Challenges facing the relative income hypothesis", *Social Science and Medicine*, 54(4), 2002, s. 561-76; H. Gravelle, "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artifact?", *British Medical Journal (BMJ)*, 316, 23 Mayıs 1998, s. 382-85.

toplumsal adaletsizlik biçimini gerçekten de temsil eder nitelikte.[24] Nedenler zinciri daha kabaca ele alındığında, hem SED hiyerarşilerini (ve başka bir çok toplumsal adaletsizlik biçimini) genişleten, hem de ortalama sağlık düzeyini düşüren, sınıf temelli yapısal etmenlerle ilgili bir resim çıkıyor karşımıza. Gelir adaletsizliği elbette önemli ama Wilkinson ve arkadaşlarının düşündüğünün aksine, nedensel önem taşıyan tek boyut bu değil.

Hakkında yeterince yorum yapılmamış olan üçüncü hipoteze göre, ülke içindeki ve ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarının nedeni, sağlığa ilişkin bilgilerin, teknolojilerin ve olanakların yayılma hızıdır.[25] Bir ülkede daha yüksek konuma ve eğitim düzeyine sahip olanlar, sağlıklı yaşamanın yollarını daha hızlı öğrenme ve benimseme olanağını, ayrıca sağlığa faydalı kaynaklara erişme imkânlarını ellerinde bulundururlar. Bu yaklaşım, hem zengin ülkeler arasındaki karşılaştırmada obezite salgınının neden bazılarını daha fazla etkilediğini, hem de yoksul tabakanın, SED düzeyi daha düşük olanların obeziteye neden daha yatkın olduğunu açıklayabiliyor. Tütün kullanımı konusunda ülkeler arasında ve ülke içinde göze çarpan tarihsel değişimler de destekleyici nitelikte: geçmişte üst sınıflar ve zengin ülkeler daha fazla tütün tüketirken, bugün genellikle tersi doğru. Ekonomik büyüme ve sağlık alanındaki keşifler yoluyla sağlanan avantajların, eğitimli kişiler ve kaynaklara daha fazla sahip olanlarca daha erken kullanılmaya başlandığı yönünde de kimi kanıtlar var.

Bu farklı bakış açılarını uzlaştıracak şey, sağlık düzeyinin ve sağlıktaki eşitsizliklerin yaratıcısı olarak sadece belli "değişkenlere" ya da etmenlere ağırlık vermekten kaçınmaktır. Bunun yerine, hangi toplumsal yapıların insanı daha iyi bir noktaya götürdüğü sorusunun yanıtına odaklanan bir bakış açısında saydığımız üç hipoteze de yer verebiliriz. İncelediğimiz şey, toplumların gelir adaletsizliğinde veya tek tek başka "değişkenlerde" ulaştığı nokta değil, farklı toplumsal yapı tipleridir.

OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK VE SAĞLIK ADALETSİZLİĞİ

Birleşik Krallık'ta ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Thatcher ve Reagan rejimleri, ayrıca diğer Anglo-Amerikan ülkelerde onları takip eden benzer rejimler, yeni bir köktenci, dogmatik liberalizmle tanıştırdı bizleri. Hızla yükselen toplumsal adaletsizlik, bu rejimlerle ve yürüttükleri neoliberal politikalarla yakında bağlantılı. 1970'ler öncesinde gelir adaletsizliği hem ABD'de hem de Birleşik Krallık'ta gerilemekte iken, ABD'de 1968'den ve

24 Coburn, "Income inequality" ve "Beyond the income inequality hypothesis".

25 D. Cutler, D.A. Deaton, A., ve A. Lleras-Muney, "The determinants of mortality", *UIlusal Ekonomik Araştırma Dairesi*, Çalışma Raporu no. 11963, 2006, http://www.nber.org adresinde mevcuttur; A. Deaton, "Health, inequality and economic development", *Journal of Economic Literature*, 41(1), 2003, s. 113-58.

Birleşik Krallık'ta da 1977/78'den itibaren bu alanda hızlı ve sert bir kötüye gidiş başladı. Her iki ülkede de, onlarca yıldır görülmemiş düzeyde eşitsizlik baş gösterdi.[26] Bu arada, zenginlerin refah düzeyi muazzam ölçüde yükseliyordu. Thatcher yönetimi altında Birleşik Krallık'ta derinleşen adaletsizlikler, takip eden İşçi Partisi hükümetleri döneminde tersine çevrilemediyse bile durduruldu. Oysa ABD'de, Reagan yönetiminin ardından daha da dramatik boyutlara ulaşan bir gelir adaletsizliği çıktı ortaya. Ülkede 1977 ile 1999 arasında, hane halkının en yoksul yüzde 60'lık kesiminin vergi sonrası geliri reel olarak düştü. Dooley ve Prause, "En yoksul yüzde 25'lik kesimde yer alan Amerikalı erkekler, 1997'de, yani 'iyi' geçtiği söylenen bir yılda, reel olarak 1967'dekinden daha az kazanıyorlardı." bilgisini veriyor.[27] Halbuki yine aynı dönemde, hane halkının en zengin yüzde 5'lik bölümünün geliri yüzde 56 artış sergiliyor ve en zengin yüzde 1'lik kesimde bu oran yüzde 93'lük bir sıçramaya ulaşıyordu.[28] Gelir dağılımı, diğer OECD ülkelerinin hepsinde olmasa bile pek çoğunda aynı şekilde adaletsizleşti.

Fakat neoliberallik hususunda tüm ülkeler İngilizce konuşanlar kadar ileri gitmedi. OECD verileri, refah devletlerinin kendilerinden bekleneni yaparak yoksulluğu ve adaletsizliği azalttığını gözler önüne seriyor. ABD ve Birleşik Krallık'ın yanı sıra, Kanada ve Avustralya'nın da ulusal geliri İsviçre, Almanya ve Hollanda'dan çok daha adaletsiz biçimde dağıttığı anlaşılıyor. Öte yandan, İskandinav ülkeleri adaleti sağlamada Almanya ve Hollanda'yı da geride bırakıyor.[29] Yeni yüzyıla girmemizin ardından, sosyal demokrat yapılarını önemli ölçüde koruyabilen ülkelerin, neoliberallere göre daha adaletli bir bölüşüm sağladığı fark ediliyor. Gini katsayısı sosyal demokrasiyle yönetilen uluslarda 0,23 ile 0,28 arasında değişirken, neoliberal ülkelerde 0,32-0,38 aralığında geziniyor (katsayının yükselmesi, adaletsizliğin büyümesi anlamına geliyor). Ülke içindeki en zengin yüzde 10'luk kesimle en yoksul yüzde 10 arasında karşılaştırma yapıldığında daha da çarpıcı sonuçlar elde ediliyor: Sosyal demokrasiyle yönetilen uluslarda bu iki kesimin ortalama gelir düzeyi arasında 2,9 kat fark bulunurken, neoliberal ülkelerde oran 4,66'ya fırlıyor.[30]

---

26 A. B. Atkinson, "Top incomes in the UK over the 20th century", *Journal of the Royal Statistical Society*, 168, Bölüm 2, 2005, 325-43; Coburn "Beyond income inequality hypothesis".

27 D. Dooley ve J. Prause, *The social costs of underemployment: inadequate employment as disguised* unemployment, Cambridge: Cambridge University Press, 2004, s. 3.

28 J. Bernstein, L. Mishel ve C. Brocht, "Anyway you cut it: Income inequality on the rise regardless of how it's measured", Economic Policy Institute, Briefing Paper No. 99, 2000, http://www.wpinet.org adresinde mevcuttur.

29 P. Gottschalk ve T.M. Smeeding, "Empirical evidence of income inequality in industrialized countries", A.B. Atkinson ve F. Bourguignon (der.), *The handbook of income distribution, Cilt 1* içerisinde, Amsterdam: Elsevier, 2000; L. Kenworthy, "Do social-welfare policies reduce poverty? A cross-national assessment", *Social Forces*, 7(3), 1999, s. 1119-39.

30 OECD verilerinden yola çıkarak hesapladığım gini oranlarıdır, *Growing unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, Paris: OECD, 2008.

Tahmin edilebileceği gibi, 1970'ler ve 80'ler, ekonomik büyümeye karşın sağlıkta eşitsizliklerin daha da büyüdüğü yıllar oldu. Yürütülen bir çalışma, 1969-1998 döneminde, düşük ve yüksek SED'e sahip bölgeler arasındaki tüm nedenlere bağlı ölüm oranı eşitsizliklerinin, Amerikalı yetişkin erkeklerde yüzde 50, kadınlarda ise yüzde 58 oranında arttığını gösterdi.[31] Britanya'da, farklı meslek grupları arasındaki ve toplumsal/coğrafi bakımdan olumsuz koşullara sahip bölgelerle zengin bölgeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri, yüzyılın sonuna gelindiğinde, onlarca yıldır görülmedik düzeye çıkmıştı.[32]

Bu bağlamda, gelişmiş ülkeler arasındaki sağlık düzeyi karşılaştırmasında, neoliberalizmi daha ileri noktaya taşıyan ülkeleri bir tarafa, sosyal demokrasiye nispeten bağlı olanları da diğer tarafa koyarsak, ortalama bebek ölüm oranı bakımından, 1960'lardan 2005'e kadar neoliberal ülkelerin sosyal demokratlar karşısında sürekli gerilediğini görüyoruz. Üstüne üstlük, 1960 ile 2005 arası dönemde, ABD, Birleşik Krallık, İrlanda ve Kanada'nın aynı karşılaştırmada diğer OECD ülkelerinden de görece geriye düştüğü gözleniyor. Bir ülkenin refaha verdiği önemin belirlenmesinde devletin biçimi yerine "yeniden metalaştırma" ölçütleri gösterge alındığında, bebek ölüm oranlarının kişi başına düşen GSYH'den çok, metalaştırma düzeyi ile bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır.[33] Navarro ve arkadaşları, refah ölçütleri ve sağlığın, sendikalılaşma oranı ve solun iktidarda kalış süresi gibi temel sınıfsal/siyasi değişkenlerle doğrusal bir ilişkisi olduğunu da gösterdiler.[34]

Dolayısıyla, sosyal demokrasiye daha yakın duran uluslarda adaletin yükseldiğini, yoksulluğun azaldığını ve genel sağlık tablosunun iyileştiğini söyleyebiliriz. Sosyal politikaların devreye sokulması yoluyla, ekonomik büyümenin türlü eşitsizlikleri gerçekten azaltmaya ve ortalama sağlık düzeyini yükseltmeye (muhtemelen eşitsizliklerin azalması sayesinde) yöneltilebileceği bir "fayda zinciri" kurulabilirmiş gibi görünüyor. Neoliberal ülkelerde bile, piyasacı yaklaşımın benimsenme derecesi belirgin farklar yaratabiliyor. Amerika Birleşik Devletleri ile Kanada'yı karşılaştıran çalışmalar, daha gelişmiş bir sosyal refah yapısına, bu arada bir de kamu sağlık sigortası sistemine sahip olmaları sa-

31 G.K. Singh, ve M. Siahpush, "Increasing inequalities in all-cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998", *International Journal of Epidemiology*, 31(3), 2002, s. 600-13.

32 Britanya Sağlık Bakanlığı, *Tackling health inequalities.*

33 Coburn, "Beyond the income inequality hypothesis"; C. Bambra, "Health status and the worlds of welfare", *Social Policy and Society*, 5(1), 2005, s. 53-62.

34 H. Chung ve C. Muntaner, "Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries", *Social Science and Medicine*, 63(3), 2006, s. 829-42; V. Navarro ve diğerleri, "The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998", *International Journal of Health Services*, 33(3), 2003, s. 419-94; V. Navarro, ve L. Shi, "The political context of social inequalities and health", *Social Science and Medicine*, 52, 2001, s. 481-91.

yesinde, Kanadalıların Amerikalılardan daha sağlıklı oldukları, gelir adaleti konusunda daha olumlu bir noktada bulundukları, gelir adaletsizliği ile sağlık arasındaki ilişkinin görece zayıf kaldığı bir ülkede yaşadıkları bulgularına ulaşıyor.[35]

OECD DIŞINDA DURUM

Yoksul ülkeler arasında sağlık göstergelerinin sergilediği farklılıkları inceleme yolunda, önceki bölümdeki değerlendirmelerde kullandığımız sınıflandırmalara denk düşecek, yeterince sağlam parametreler bulunmuyor elimizde şimdilik. Ancak Gough, Moore, Wood ve arkadaşları ile Labonte ve meslektaşları bu yönde önemli adımlar attılar.[36] Gelişmekte olan ülkelerdeki sınıfsal ilişkilerin OECD ülkelerinden farklı olduğu çok açık. Çok daha zengin bir çeşitlilik ve oldukça farklı bir ekonomi politikle karşılaşıyoruz buralarda. Pek çoğunun henüz tarıma dayalı ekonomi modelinden çıkamadığı ya da tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş aşamasında olduğu anlaşılıyor. Piyasacı kuramlar, oyunun yaklaşık olarak "eşit şartlarda" oynandığını ileri sürse de, gelişmiş ülkelerin hegemonyası altında bulunan bir dünyada "kalkınmaya" çalışıyorlar. Kanada'da Medicare sağlık sigorta sisteminin babası olarak anılan Tommy Douglas'ın bu manzara için söyleyecek bir çift sözü var: "Tavukların arasında dans eden fil, adil olması için oyunu herkes kendi hesabına oynayacak dedi."

Gelişmiş dünya ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki çocuk ölüm oranı farkının muazzam boyutlara vardığını söylemiştik. Fark, Sahra Altı Afrika başta olmak üzere, kimi yerlerde daha da yükseliyor. Bölgenin 1980'deki çocuk ölüm oranı zengin ülkelerin 14 katı iken, 25 yıl sonra aradaki fark tam 29 kata ulaşmış durumdaydı.[37] Bazı ülkeler refahı genel toplumsal ilerlemeye ak-

35 Nancy, A. Ross ve John Lynch, "Commentary: the contingencies of income inequality and health: reflections on the Canadian experience", *International Journal of Epidemiology*, 33, 2004, s. 318-19; N.A. Ross ve diğerleri, "Relations between income inequality and mortality in Canada and in the United States", *BMJ*, 320(1), 2000, s. 898-902; A. Siddiqi ve C. Hertzman, "Towards and epidemiological understanding of the effects of long-term institutional changes on population health: a case study of Canada versus the USA", *Social Science and Medicine*, 64(3), 2007, s. 589-603.

36 G. Wood ve I. Gough, "A comparative welfare regime approach to global social policy", *World Development*, 34(10), 2006, s. 696-712; S. Moore, "Peripherality, income inequality, and life expectancy: revisiting the income inequality hypothesis", *International Journal of Epidemiology*, 35(3), 2006, s. 623-23; R. Labonte ve R. Torgerson, "Interrogating globalization, health and development: towards a comprehensive framework for research, policy and political action", *Critical Public Health*, 15(2), 2005, s. 157-79; R. Labonte, T. Schrecker, ve A. Sen Gupta, *Health for Some: Death Disease ad Disparity in a Globalizing World*, Toronto: Centre for Social Justice, 2005.

37 Birleşmiş Milletler, *International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world*, New York: BM İnsani Gelişim Raporu, 2005, s. 28; M. Garcia, G. Virati, E. Dunkelberg, "The state of young children in sub-Saharan Africa", M. Garcia, A. Pence ve J.L. Evans (der.), *Africa's future, Africa's challenge* içinde, Washington: Dünya Bankası, 2008.

tarmayı bilirken, diğerleri o ölçüde başarılı olamadı. Örnek vermek gerekirse, Hindistan'ın kişi başına GSYH miktarı son yıllarda önemli bir artış sergilerken, kimi eyaletlerde anne ve çocuk ölüm oranları başka yerlerde görülmemiş değerlere ulaşıyor.

Ülkeleri beş yaş altı ölüm oranlarına göre sınıflandıran Ruger ve Kim, üç farklı grupla karşılaştı: Değerler 117 ülkede düşük, 45 ülkede orta düzeyde, 23 ülkede ise yüksekti.[38] Beş yaş altı ölüm oranlarının en yüksek değerlere ulaştığı 23 ülkenin Afganistan dışındaki yirmi ikisi Sahra Altı Afrika'da yer alıyor. Yetişkinler arası (15-60 yaş) ölüm oranlarında da benzer bir durum gözleniyor. Ölüm oranlarındaki eşitsizliği gözler önüne seren bu iki dağılım, 1960/70'lerden 1990/2000'lere dek inatla ayakta kaldı. Özellikle de yetişkin ölüm oranlarında, Sahra Altı Afrika'da artan ölümler nedeniyle, uçurumun derinleştiği görüldü.

Ülke içi adaletsizlikleri anlamak içinse daha farklı verilere bakmamız gerekiyor. 1990'ların sonlarında düşük ve orta gelir düzeyine sahip 22 ülkede üç ila altı yıl süreyle yapılan araştırmalar, beş yaş altı ölüm oranında farklı gelir grupları arasındaki adaletsizliğin 14 ülkede yükseldiğini, sekizinde ise azaldığını söylüyor.[39] Üstelik, çalışmanın sonuçlarına göre, bir ülkenin genel sağlık düzeyindeki yükselme ile sağlıktaki eşitsizlikler arasında bir ilişki bulunmuyor. Dolayısıyla, eşitsizlikleri azaltma amacı taşıyan politikaların özellikle yoksulları hedef alması bir zorunluluk olarak kendini dayatıyor.

Hemen her ülkede benzer adaletsizliklere rastlıyoruz. Hindistan'da, beş yaş altı çocukların ölüm oranı Kerala eyaletinde binde 19 iken, Uttar Pradeş'te 123'e çıkıyor. Kerala, başka sağlık verilerinde de olumlu bir tablo çiziyor: Bihar'da yüzde 11'de kalan çocuk aşılama oranı, burada yüzde 80'e fırlıyor.[40] Kerala'nın uzun yıllardır komünistlerin önderliğindeki hükümetler tarafından yönetilmiş olması ile bu tablo arasında ilişki var: Eyalet, okuryazarlıkta yüzde 91'le tüm ülkeyi geride bırakıyor; yolsuzlukların en az yaşandığı yer olarak gösteriliyor; yüksek siyasi katılımla dikkat çekiyor. Çin ise, son yirmi yılda çok hızlı bir ekonomik büyüme yakaladığı halde, ülkede ortalama sağlık düzeyinin yükselme hızı giderek düşüyor ve hem sağlıktaki eşitsizlikler, hem de gelir adaletsizliği süratle derinleşiyor. Şanghay ve Pekin'de, beş yaşın altındaki her 1000 çocuktan 8'i ölürken, en yoksul eyalet Guizhou'da bu değer 60'a fırlıyor.

38 J.P. Ruger ve H-J. Kim, "Global health inequalities: an international comparison", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 2006, s. 928-36.

39 K.A. Moser, D.A. Leon ve D.R. Gwatkin, "How does progress towards the child mortality millenium development goals effect inequalities between the poorest and least poor?", *BMJ*, 331(7526), 2000, s. 1180-82, Tablo 1.

40 UNDP, *BM İnsani Gelişim Raporu 2005*, New York: UNDP, 2005, Bölüm 1, sayfa 30; R. Jeffrey, *Politics, women and well-being: how Kerala became a model*, İkinci Baskı, Yeni Delhi, Oxford University Press, 2001.

Dünyanın diğer bölgelerinde de durum aşağı yukarı böyle: Bolivya'nın en yoksul yüzde 20'lik kesiminde boyu yeterince uzamayan çocukların sayısı, en zengin yüzde 20'lik dilimdekine göre on kat fazla.[41]

IMF'nin Yapısal Uyum Politikaları ile yerel ve uluslararası piyasalarda serbestleşmeyi amaçlayan benzer programların bugüne dek çare olduğu ekonomi, toplum ve sağlık sorunları, bizzat bu programların yarattığı sorunların çok gerisinde kaldı.[42] IMF kredilerine bağımlı durumdaki çok yoksul ülkeler, kamunun küçültülmesi, gıda ve temel tüketim maddeleri dahil devlet desteklerinin azaltılması ve sağlık hizmetlerinde yönün piyasalaşmaya çevrilmesi doğrultusunda acı haplar içeren uzun IMF reçetelerine boyun eğmek zorunda kaldı. Çoğu zaman, bu ülkelerin kredi geri ödeme tutarları, sağlığa ve eğitime ayırdıkları toplam kaynak miktarını aşacak düzeye ulaştı. Kimi ülkeler, borç geri ödemeleri hesaba katıldığında net sermaye çıkışı ile karşılaşıyordu.

Sağlık düzeyi en geri ülkelerin büyük bölümünün aynı zamanda en yoksul ülkeler sıralamasında da sonlarda yer aldığı doğru. Ancak, birbirine yakın kişi başı GSYH rakamlarına sahip ülkelerin sağlık alanında birbirlerinden çok farklı noktalarda bulunabilmesi nasıl açıklanmalı? Vietnam, bebek ölüm oranlarında, kendisinden üç kat yüksek ortalama gelire sahip Malezya'dan iyi durumda. Sri Lanka, kişi başına gelir bakımından kendisini ikiye katlayan Tayland ve Endonezya'yı bebek ve yetişkin ölüm oranlarında geride bırakabiliyor. Brezilya, iki kat daha zengin olduğu halde, Ekvador'un sahip olduğu sağlık düzeyine ancak ulaşabiliyor. Gelir sıralamasında ortalarda bulunan Kosta Rika ve yoksul Küba, yetişkinlerdeki ölüm oranlarında, dünyanın en zengin ülkelerinden ABD'ye göre daha iyi durumda. Hatta, gelişmiş dünya ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki karşılaştırmada şaşırtıcı sonuçlar da görülebiliyor: ABD'de beyazlar arasındaki bebek ölüm oranı, Malezya'dan daha yüksek.

Sağlık düzeyi yüksek yoksul ülkelerle, sağlıksızlık ve yoksulluğu bir arada yaşayan ülkeleri birbirinden ayıran nedir öyleyse? Kanıtlar, dünya ekonomisinde oynayacağı rolü belirleme gücüne bir miktar sahip olanların hem küreselleşme sürecinden ekonomik büyüme anlamında kârlı çıkabildiğini, hem de bu büyümeyi sağlıkta iyileşmelere dönüştürebildiğini söylüyor. Endonezya, Tayland ve Malezya'nın 1990 sonlarındaki ekonomik kriz boyunca izlediği politikaları ve bu politikaların sonuçlarını karşılaştıran bir çalışmaya değinmeliyiz. Dünya Bankası reçetelerini takip etmeyi ve bu çerçevede kamu harcamalarını kısmayı tercih eden Endonezya ve Tayland'da sağlık düzeyi

41 UNDP, *BM İnsani Gelişim Raporu Raporu 2005*; Dünya Bankası, *Dünya Bankası Kalkınma Raporu 2006*.

42 Joseph Stiglitz, *Globalization and its discontents*, New York: W.W. Norton, 2006; R. Labonte ve diğerleri, *Health for Some*.

gerilerken, kendi bağımsız politikalarını uygulayan Malezya'da krizin sağlık verilerine çok az etki ettiği görüldü. Çalışmanın yazarı, "ekonomik şokların sağlık üzerindeki etkisini en aza indirme konusunda sosyal koruma sistemlerinin ve kamu harcamalarını devam ettirmenin önemi"ni vurguluyordu.[43] Tüm bu değerlendirmeler ışığında, OECD dışı ülkelerdeki sağlık durumu ve sağlık eşitsizlikleri incelendiğinde şu sonuçlara varılıyor: 1) gelişmekte olan ülkelerde bile, iyi bir ortalama sağlık düzeyinin elde edilebilmesi için kişi başına GSYH'nin yüksek olması şart değil; 2) belli ekonomik büyüme ve "kalkınma" modelleri, diğerlerine göre daha olumlu sonuçlar doğurabiliyor. Bazı kalkınma modelleri sağlıkta genel iyileşme sağlar ve eşitsizlikleri azaltırken, başka modeller adaletsizlikleri körükleyebiliyor. Ancak tüm bunlar, çok yoksul ülkelerde ekonomik büyümenin taşıdığı önemi azaltmıyor. Şunu fark etmeliyiz ki, yoksulluk-sağlıksızlık ağından kurtulma yolunda yalnızca ekonomik büyümeye odaklanmamalı, "beşeri sermaye"deki yükselmenin ulusal gelir artışına dönüştürülmesine ve ulusal refahın insan hayatını iyileştirmesinin sağlanmasına eğilmeliyiz.

SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık üzerindeki toplumsal etmenlerle ilgili söylediklerimizin büyük bölümü sağlık hizmetleri için de geçerli. Sağlığa olumlu etki eden toplumsal etmenleri körelten neoliberal politikalar, zayıflayan toplumsal yapının sağlığa vurduğu darbeleri yumuşatabilecek sosyal kurumları da sarstı aynı zamanda. Sağlık hizmetlerini bu bağlamda "yumuşatıcı etmenler" sınıfına sokabiliriz. Ülkeler ister Britanya'daki gibi ulusal sağlık sistemlerine, ister Kanada'daki gibi ulusal sağlık sigorta sistemlerine, isterse ABD ve Avustralya'dakine benzer karma kamu-özel sektör sistemlerine (gerçekte hiç bir sistem tamamen kamuya veya özel sermayeye ait değildir) sahip olsunlar, Navarro'nun da belirttiği üzere, sağlık hizmetleri daima sınıflar arasındaki güç dengelerinin bir ürünü olarak görülmelidir.[44] İşçi sınıfının güçlü, sağ kanadın ise görece güçsüz olması, her zaman daha eşitlikçi sağlık sistemleri anlamına gelir. Ancak, bugün dünyanın en yoksul ülkelerinin pek çoğunda, dış yardım alınmadan en temel sağlık hizmetlerini sunmak için bile kaynak bulunamıyor. Bir çok Afrika ülkesinde, altyapı eksiklikleri nedeniyle, var olan sağlık hizmetlerine yoksulların erişebilmesinin önünde büyük güçlükler var. Hatta kimi OECD ülkelerinde, zaman zaman sağlık çalışanlarına verilen rüşvetin de dahil oldu-

43 S. Hopkins, "Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis", *Helath Policy*, 75(3), 2006, s. 347-57.

44 V. Navarro, "Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither", *Social Science and Medicine*, 28(9), 1989, s. 887-98.

ğu nakit ödeme zorunlulukları, yoksullarla sağlık hizmetlerinin arasına kalın bir duvar örüyor.

Sağlık sistemleri, önemli güç odaklarının kesiştiği bir kavşakta kurulu: sağlık endüstrisi, sağlık çalışanları, devlet ve ticari çıkarlar. Navarro'nun yukarıda değindiğimiz sınıfsal yorumu, sağlık hizmetlerinde her şeyi tıp biliminin belirlediği yönünde o dönemde hâkim olan kanıyı düzeltme amacını taşıyordu. Navarro, tıp biliminin gücünün, geniş plandaki sınıfsal çıkarların belirlediği şartlara bağlı olduğunun altını çiziyordu. Sağlık hizmetlerinin kolektif finansmanı, neoliberal ilkelerle çeliştiği halde, Birleşik Devletler gibi ülkelerde bile büyük sermayenin ilgisini çok daha fazla çekiyor. Gelişmiş ülkelerdeki deneyimler, kamu sistemlerinin veya genel olarak tek havuzdan finanse edilen sistemlerin daha verimli ve etkin olduğunu gözler önüne serdiği halde, uluslararası büyük sermaye, uluslararası neoliberal kuruluşlarla el birliği içinde, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması yönünde büyük baskı yapıyor.[45]

Kanada'da uygulanan sağlık sistemi, komşu ülke ABD'nin büyük ölçüde özel sermayeye dayanan karmaşık "sistemsizlik" sisteminin karşıtı olarak, önemli bir örnek sunuyor bu konuda. ABD'de sağlık hizmetleri daha pahalı; idari giderler daha yüksek ve Kanada'yla kıyaslandığında daha az sayıda tedavi, nüfusun daha küçük bir bölümüne sunuluyor. Ancak, gelişmekte olan ülkelerdeki karar alma süreçlerinde tüm bu dersler göz ardı ediliyor. Oysa, yaşamakta olduğumuz krizde bir parça yola gelmiş olan IMF ve Dünya Bankası'nın, ideolojik bakımdan son derece katı olan önceki doktrinlerini terk ettiği görülüyor. Yoksulluk sıralamasının en altlarında yer alan ülkelerde ise, her ne yönde hareket edilirse edilsin, beslenmede, su temini ve hijyende sağlanacak iyileşmeler, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerden daha fazla fayda sağlayabilir.

Ancak, finansman ve örgütlenme biçimi nasıl olursa olsun, Tudor Hart'ın "tersine hizmet yasası" hem zengin hem de yoksul ülkelerde işler durumda. Britanya'da ve sanayileşmiş ülkelerde yürütülen çalışmalar, zengin bölgelerin yoksullara göre daha fazla kaynaktan yararlanması eğiliminin sürdüğünü gösteriyor. Üstelik Britanya, en yoksul bölgeleri ulusal ortalamaya yaklaştırma amacını taşıyan politikalarda en önde gelen ülkelerden biri. En kolay ve en kazançlı vakaları kendi tarafına çekerek işin kaymağını yemek isteyen, giderek büyüyen özel sistemlerle kamu sistemleri arasında "rekabet" yaratılması yönünde Britanya ve diğer ülkeler üzerindeki zorlamalar devam ediyor. Kanada'da, ulusal sağlık sigorta sisteminin belli kısımlarının ticarileştirilmesine yönelik daimi özel sermaye baskısına hükümetlerin boyun eğmesi, halkın

45 D. Drache ve T. Sullivan (der.), *Health Reform: Public Success, Private Failure*, Londra: Routledge, 1999; S. Woolhandler, T. Campbell, ve Himmelstein, "Costs of health care administration in the United States and Canada", *The New England Journal of Medicine*, 349(8), 21 Ağustos 2003, s. 768-75.

gayretli desteği ile engellenebiliyor ancak. Kapitalist düzende bu türden baskılar kaçınılmaz. Öte yanda ise, sağlıktan eğitime kadar her alanda, yeniden metalaştırılan hizmetlerde sermayeye karşı yürütülen mücadele kesintisiz devam ediyor.

Benzer şekilde, aksi yöndeki tüm çabalara karşın, en yoksul ülkelerde de zenginler sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanıyor. 21 ülke ve alanda 2003 yılında yapılan bir çalışmaya göre, gelir bakımından en tepede bulunan yüzde 20'lik nüfusun sağlık harcamaları yoluyla devlet yardımından aldığı ortalama pay yüzde 26'yı geçerken, dipteki yüzde 20'lik nüfus yüzde 16'yla yetinmekteydi.[46] Tahmin edilebileceği gibi, özel sektörde adaletsizlikler devlet hizmetlerini de geride bırakıyor ve gelir durumuna bağlı olarak hizmet almada yaşanan eşitsizlikler, devlettekini ikiye katlıyor. Gelişmekte olan elli ülkenin dahil edildiği bir araştırma, tam aşılama ve tıbbi yardım altında doğum gibi bebeklere ve çocuklara yönelik altı hizmetin tamamında bölüşümün gerilediğini, özellikle de doğum sırasındaki tıbbi yardım konusunda varsılların ayrıcalığa sahip olduğunu gösteriyordu. Gelişmekte olan 41 ülkede, tam aşılama oranı en zengin yüzde 10'luk dilimde yüzde 66'ya çıkarken, en yoksul yüzde 10 için yüzde 38'de kalıyordu.[47] Yardıma en fazla ihtiyaç duyan yedi Afrika ülkesinde, yüzde 20'lik üst dilimin sağlık hizmetlerinden yararlanma miktarı, en yoksul yüzde 20'ye göre beş ila yirmi kat daha yüksekti.[48] Bir araştırmacının, bu veriler ışığında vardığı sonuç şuydu: "Kısaca söylemek gerekirse, sağlık sistemleri giderek daha da adaletsiz bir hal alıyor. Gerçekte hizmete daha az ihtiyacı olan varlıklı kesimler, erişim olanaklarından yoksun olanlara göre daha fazla ve daha kaliteli hizmet alıyor".[49] Hem Hindistan hem de Çin'de, 1980 sonrasında sağlık hizmetlerinde özelleştirme hızı giderek arttı. Oysa bugün, her iki ülke de ortaya çıkan adaletsizlikler ve hizmet yetersizlikleri ile mücadele etmeye çalışıyor. Hindistan, dünyada özel sektör payının en yüksek seviyeye ulaştığı sağlık sistemlerinden birinin sahibi olarak, muazzam boyutlara varan hastalıklar ve sağlık giderleriyle boğuşuyor. Kamu sağlık sistemine sahip olmayan pek çok ülkede, hastalıklar yoksulluğun sadece sonuçları arasında değil, nedenleri ara-

46 D.R. Gwatkin, Abbas Bhulya, ve Cesar G. Victoria, "Making health systems more equitable", *Lancet*, 364, 3 Ekim 2004, s. 1273-80; Owen O'Donnell, "Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers", *Cadernos de Saude Publica*, 23(12), 2007.

47 D.R. Gwatkin ve diğerleri, "Socio-economic differences in health, nutrition and population within developing countries: an overview", Washington: Dünya Bankası, 2007; D.R. Gwatkin, "Health inequalities and the health of the poor: what do we know? what can we do?", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 2001; A. Wagstaff, "Inequalities in health in developing countries", R. Detels, J. McEwan, R. Beagelhole, H. Tanaka (der.), *Oxford Textbook of Public Health* içinde, Dördüncü Baskı, Londra: Royal Institute of Public Health, 2004.

48 D.R. Gwatkin, "The need for equity oriented health sector reform", *International Journal of Epidemiology*, 30, 2001, s. 720-23.

49 O'Donnell "Access to health care", s. 1279.

sında da öne çıkıyor. Günümüzde, devlet tarafından büyük paralar harcanarak eğitilen ve yetiştirilen sağlık çalışanları, Avrupa ve Kuzey Amerika'da çalıştırılmak üzere üçüncü dünyadan çekilip alınıyorlar. Örnek vermek gerekirse, eğitimini Gana'da almış 900 hekim ve 2.200 hemşire, yüksek gelir düzeyine sahip başka ülkelerde çalışırken, her 1.000 kişiye ancak 0,92 hemşirenin düştüğü Gana, bu bakımdan Britanya'nın 13 kat gerisinde kalıyor.[50]

SONUÇ

Bir kapitalist krizin daha ortasındayız. Yarının neler getireceği ise kestirilemiyor. Neoliberal kapitalizm, İkinci Dünya Savaşı öncesi dönemden beri görülmemiş ölçeğe ulaşan eşitsizliklerle ifade ediyor kendini. Kapitalizmin küçük bir azınlık için yarattığı hayal bile edilemeyecek zenginlikler, milyarların içine battığı müthiş yoksullukla, hastalıklar ve gelişim geriliğiyle yan yana boy gösteriyor.

Temelinde adaletsizliklerin yattığı bir toplumda, sağlık alanında eşitlik nasıl sağlanabilir? Para ve diğer kaynaklar işte oracıkta duruyor; ama eşitlikçi bir bölüşüm sistemi nerede? Üretilen varlıkların eşit bölüşümüne engel olan şey, malları ve hizmetleri üreten sistemin ta kendisi. Ancak bugüne baktığımızda, kapitalist inanışların çekirdeğine ve elbette neoliberal ideolojinin merkezine çomak sokan bir meşruiyet krizi artık kendini hissettiriyor. Ekonomik büyümenin her alanda her şeyi düzelteceği yönündeki eski kesin inanışlar yerle bir oluyor. Rusya'nın maruz bırakıldığı kapitalist şok tedavisinin yaratıcılarından Jeffrey Sachs bile, *The End of Poverty* [Yoksulluğun Sonu] hakkında yazarken sosyal demokrat ülkeleri yere göğe sığdıramadığına göre, bir şeyler değişiyor olmalı. Serbest piyasa kapitalizminin ana siyasi öğretisi ve akademik meşruiyet sağlayıcıları, en önde gelen uluslararası takipçilerince dahi yetersizliği belgelenen önermelerini gözden geçirme zorunluluğundan yakayı kurtaramıyor.[51]

2007'de başlayan ekonomik krizin kökleri, şirketlerin mutlak egemenliğinin kurulmaya başlandığı 1970'ler ve 80'lerde yatıyor. Sermayenin muazzam kârları ve serveti ile, emekçilerin üretilen mallar ve hizmetler üzerindeki satın alma gücü arasındaki büyük dengesizliği derinleştirme yönündeki kapitalist eğilim, piyasanın ezici egemenliği tarafından daha da körükleniyor.

50 DSÖ Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu, *Closing the Gap in a Generation*; DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu 2006*.

51 Jeffrey Sachs, *The end of poverty: economic possibilities for out time,* New York: Penguin, 2005; J. Sachs, *Common-wealth: economics for a crowded planet*, New York: Penguin, 2008; J. Stiglitz, *Globalization and its discontents*, New York: N.W. Norton and Company, 2002; J. Stiglitz, *Making globalization work*, New York: N.W. Norton and Company, 2006; Peter H. Lindert, *Growing public: Social spending and economic growth since the eighteenth century*, 2 Cilt, New York: Cambridge University Press, 2004.

Krize getirilen "çözüm", kapitalin kendi tahakkümünün doğurduğu sonuçlardan kapitalizmi korumak için, halkın mali ve toplumsal refahını feda etmekten ibaret oldu.

Sağlıkta reform isteyenler, bugüne dek serbest piyasa kapitalizminin katıksız uygulanışına getirilen eleştirilerde merkezi rol oynadılar. Günümüzde eleştiriler sınıf siyasetini doğrudan dile getirmekten kaçınıyor olsa bile, aynı durum, 19. yüzyılda olduğu kadar 2000'lerde de geçerli. Sağlık alanındaki derinlikli incelemeler, toplumları kişi başına GSYH rakamlarına göre değil, yurttaşların refah düzeyini yükseltme yeteneklerine göre değerlendirmeye yöneltiyor bizleri. Neoliberalizm ise, dünya genelinde insanın yaşam koşullarının iyileştirilmesi konusunda büyük bir fiyaskodan ibaret olduğunu kanıtlamış durumda.

Kinizmin alabildiğine yaygınlık kazandığı ve kök saldığı bir çağda herkes haklılığını yitirmiş durumda artık. Ancak, alternatiflerin varlığı da eskisine göre daha açık biçimde görülüyor. İşte böylesi mücadelelerin yaşandığı bir alanda, geleneksel sınıf örgütleriyle bağlantılı olsun ya da olmasın, çok çeşitli örgütler, kuruluşlar, reformcular, STÖ'ler ve bireyler, dikkatlerini insanın sağlık ve refah düzeyine çeviriyorlar. Bunu yapmakla, çoğunluğun azınlık tarafından sömürülmesine dayanan bir sistemin sınırlarını zorluyorlar.

Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi



Rodney Loeppky

Sağlık hizmetlerine yönelik piyasacı istila ve sağlığın bir metaya dönüştürülmesi karşısında kaygılar giderek tırmanıyor. Bu projenin göbeğinde yer alan küresel sağlık endüstrisinin önündeki perde her geçen gün biraz daha aralanırken, sağlık sistemlerinin yapısal bütünlüğüne ve akıbetine dair önemli sorular da her yerde duyulmaya başlıyor.[1]

Elle tutulacak denli somutlaşan bu kaygılara karşın, özel sağlık endüstrisinin fotoğrafını bir bütün halinde çekebilmek hem zor, hem de oldukça karmaşık bir iş. Hangi toplumsal süreçlerin bu fotoğrafa dahil edilmesi gerektiğini belirlemek bile hiç kolay değilken, kamu faaliyetleri ile özel sermaye birikimi süreçlerini birbirinden ayıran çizginin bulanıklığı da sektörle ilgili kesin tanımlamalar yapmayı neredeyse olanaksız hale getiriyor. Örnek vermek gerekirse, özel sosyal sigorta sandıkları, kâr amacı gütmeyen, açıkça kamu yararına hizmet eden yapılar şeklinde düzenlenebiliyor; ancak sistem içinde bir piyasa gibi işleme ve nihayetinde kâr odaklı rekabetin bir parçası olma eğiliminde. Tüm bu bulanıklığa rağmen, hem sektörün önemli unsurlarının resmini çizmek, hem de mevcut kamu-özel sektör yapılanmaları çerçevesinde sektörce uygulanan ekonomi politik stratejilerini masaya yatırmak önem taşıyor. Bu yazıda, özel sermayenin yürüttüğü "sağlıkta servet birikimi" sürecini şaşmaz bi-

1 Philippe Cullet, "Patents and medicine: the relationship between TRIPS and the human right to health", *International Affairs*, 79(1), 2003, 139-60; Sanjay Basu, "AIDS, empire and public health behaviouralism", *International Journal of Health Services* 34, no.1 (2004), 155-67; Stine Jessen Haakonsson ve Lisa Ann Richey, "TRIPs and public health: the Doha Declaration and Africa", *Development Policy Review* 25, no.1 (2007): 71-90; Allyson Pollock, *HNS, plc: The Privatization of our Health Care,* Londra: Verso, 2004; Allyson Pollock ve David Price, "Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health care systems", *Lancet* 356(2000), s. 1995-2000; Sarah Sexton, "Trading health care away? GATS, public services and privatisation", The Cornerhuse Briefing, 23, 2001; Meri Koivusalo, "World Trade Organisation and trade-creep in health and social policies", Occasional Paper, Globalism and Social Policy Programme, Helsinki, 1999.

çimde destekleyen sağlık endüstrisinin, bir yandan da içinde bulunulan siyasi koşullarda yatırımlarının karşılığını en iyi şekilde alabilmek için, mevcut kurumların süreçle bağdaşık hale getirilmesine yönelik pragmatik bir "kurumları ehlileştirme" stratejisini devreye soktuğunu ileri sürüyoruz. Yayılmacı sermaye birikiminin önünde engeller belirdikçe, ticari sağlık "tedarikçileri", egemen siyasi ve kurumsal düzeni en fazla kâr sağlayacak şekilde kullanabilmenin yollarını arıyor.

DAYATMACI SERMAYE BİRİKİMİ

Sağlık endüstrisi, sağlık araştırmalarından hizmet sunumuna kadar farklı sermaye birikimi süreçlerinden oluşan bir zincir olarak düşünülebilir. Ne var ki bu süreçleri algılayabilmek pek kolay değil. Kapitalist ülkelerin geneli için yapılacak açıklamaların bölgeler arası "çeşitlilik" nedeniyle havada kalması, bu işi daha da güçleştiriyor. Dolayısıyla, sektörle ilgili tüm işe yarar kavramsal tanımlamalarda, "karşılaştırmalı ekonomi politik" [*comparative political economy*][2] disiplininden de faydalanmak bir zorunluluk haline geliyor. Diğer bir deyişle, söz konusu tanımlamayı yapmak için, "...kapitalizmin gelişim çizgisi, dünya piyasasına ve birikimin yasalarına ayak uydurabilmek için bir tarafta rekabetin her yeri kuşatan dayatmalarının boyunduruğuna girmekte, ancak aynı zamanda, toplumsal aktörlerin izlediği stratejiler, uzlaştırıcı kurumlar ve siyasi çatışmalar tarafından da durmaksızın değişime uğratılmaktadır" gerçeğinin yarattığı karmaşanın üstesinden gelmek durumundayız.[3] Sağlık endüstrisinin kendine has sayısız özelliğini somut ayrıntılar çerçevesinde sayıp dökmek neredeyse imkânsız olsa da, genel eğilimlerini ortaya koymak gücümüzün sınırları dahilindedir.

Thatcher ve Reagan'ın yükselişine eşlik eden Hayekçi[4] sermaye birikimi modeli, özel sermayenin kâr mekanizmaları için çok daha geniş bir meşruiyet zemini öngörmekteydi. Richard Peet'in işaret ettiği gibi, neoliberal saldırı, vahşi bir liberalizmin yeniden direksiyona geçirilmesinden daha fazla şey ifade ediyordu: Aynı zamanda, Keynesçi devletle ilgili her şeye toptan dudak bükülmesi anlamına da geliyordu.[5] Bu parçalama ve dönüştürme projesinde, kamuya ait kanallarla sunulan sağlık hizmetleri de hedef seçilen alanlardan biriydi. David Harvey'in kullandığı "gasp yoluyla sermaye birikimi" ifadesi

2 Ülkeler arasındaki ekonomi politiğe dayalı sistem farklılıklarını nedenleriyle birlikte karşılaştırmalı olarak inceleyen dal – *çev.*

3 Greg Albo, "Contesting the 'new capitalism'", David Coates (der.), *Varieties of Capitalism, Varieties of Approaches*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005, s. 68.

4 Friedrich August von Hayek: 20. yüzyıl ortalarında yükselen sosyalist dalgaya karşı serbest piyasa ekonomisinin felsefi savunuculuğunu yaparak tanınmış Avusturyalı iktisatçı – *çev.*

5 Richard Peet, *Unholy Trinity: The IMF, World Bank and WTO*, Londra: Zed Books, 2003, s. 8.

işte bu gerçeği kavrıyordu: O güne dek varolmuş işbirliği, örgütlenme, kimlik ve yaratım biçimleri, zor kullanılarak özel sermaye alanlarına dönüştürülecek, böylece içerdikleri değer de hortumlanabilecek veya yeni bir biçimde sömürülebilecekti. Harvey, sağlık konusunda, "yılların zorlu sınıf mücadeleleri sayesinde kazanılmış topluma ait varlıkların (emeklilik, sosyal dayanışma ve sağlık hakları) özel sermayenin avucuna bırakılması, neoliberal ortodoksluk adı altında yürütülen en korkunç gasp politikalarından biridir" diyecek kadar ileri götürüyordu bu kavrayışı.[6] Harvey'in getirdiği tanımlamanın, sağlık endüstrisinin amaçlarını ve marifetlerini başarıyla tespit ettiğini güçlü bir şekilde duyumsayabiliyoruz. Güçlü, ticari çıkarlar doğrultusunda yönlendirilen araştırma faaliyetleri; sağlıkla bağlantılı şirketlerde dudak uçuklatacak kâr rakamları; sağlık hizmetlerinin özel sermayeye açılması yolunda dünya genelinde bir çaba: Hepsi de, özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde elde edilmiş ortak kazanımların silinip süpürülmesi anlamına geliyor.

Sağlık endüstrisinin her parçasının ortak bir özelliği var: sermaye birikimi güdüsü. Neoliberal gidişata ayak uyduran endüstri, piyasa ortalamalarının üzerinde seyreden ve pek çok zaman da sıra dışı boyutlara ulaşan kâr oranları için dinmek bilmeyen bir açlık duyuyor. Sektörün çeşitli kolları, bir yandan kapitalist rekabetin getirdiği öngörülemeyen dalgalanmalara karşı sürekli siyasi korumacılık talep ederken, öte yandan "yeni ekonomi" yalanı kapsamındaki öncü sektörlerden sayılan sağlığa "parayı basmak" için üşüşen yatırımcılık kültürü çerçevesinde kârı en üst noktaya çıkarabilmek için açıkça güç kullanıyor. Sağlık, kârın sınırsızmış gibi göründüğü bir alan. Ne toplumların sahip olması gereken sağlık düzeyi için bir tavan, ne de teşhis ve tedavi (tercihen uzun tedaviler) gerektiren hastalıklar icat etme konusunda bir kısıtlama var. Üstelik, sağlığın bir insani ihtiyaç olarak görülmesine karşı kimsenin bir diyeceği yok ve sağlıklı olmak da genellikle bir hak olarak tanımlanıyor. Dolayısıyla, başka bir yazıda sağlık endüstrisinin üretim-sunum-kâr dinamiği olarak adlandırdığım şey, siyasi bakımdan eşine benzerine rastlanmayacak bir ortamda vücut buluyor.[7] Sağlık endüstrisinin çeşitli unsurları, kendini insani ihtiyaçları karşılama ticaretine öncülük eden toplumsal aktörler olarak tanımlama lüksüne sahip. Yaptıkları yatırımların karşılığını zaten inanılmaz kârlarla aldıkları gerçeğinin üstünü örtüyor, yüzlerine çarpıldığında ise, bu gerçeği ikincil öneme sahip bir konu olarak tanımlıyorlar. Zaten "sağlık için" verdikleri mücadeleye kim karşı çıkabilir ki?

6 David Harvey, *The New Imperialism*, New York: Oxford University Press, 2003, s. 148. [*Yeni Emperyalizm,* çev. Hür Güldü, 2004, Everest Yayınları]

7 Rodney Loeppky, "International restructuring, health and the advanced industrial state", *New Political Economy*, 9, no.4 (2004): 493-514.

Tüm bunlara karşın, işin sağlık endüstrisinin imza attığı kimi kurnazlıkların "gasp yoluyla sermaye birikimi" çerçevesinde açıklanmasına izin vermeyen bir boyutu da var. Sektör, büründüğü kılıklardan hangisiyle karşımıza çıkarsa çıksın, özelleştirme çerçevesinde sistemin topyekûn *dönüştürülmesini* amaç bellemek zorunda değil. Tam da sağlığın siyasi bakımdan benzersiz bir manzara sergilemesi nedeniyle, kamu eliyle sunulan sosyal programlar, farklı düzeylerde de olsa, toplum tarafından sahiplenilip savunulabiliyor. Sağlık endüstrisinin üretim ve hizmet unsurlarının kapsam ve büyüme bakımından çok ötelere ulaştığı konusunda şüpheye hiç yer yoksa bile, bu yayılmanın gaspı ne kadar içerdiği sorusunun yanıtı zamana ve mekâna göre değişiklik gösteriyor. Özelleştirme ve ticarileştirme süreçleri, sağlıkla bağlantılı hale geldiğinde keskin bir dirençle karşılaşabiliyor. Dolayısıyla, sağlık endüstrisi de sermaye birikimine giden yolları sağlama almak ya da genişletmek istediğinde son derece ihtiyatlı manevralar yapıyor. Sektörün bu yanını, "kurumları ehlileştirme yoluyla sermaye birikimi" tanımlaması daha iyi açıklıyor. Bu tanımlamaya göre, sektör, kendi faaliyet ortamını mevcut şartlar ve olası koşullar çerçevesinde en uygun hale getirme çabasında. Greg Albo'nun da belirttiği gibi, bu süreçte kurumların kapladığı yeri görmemek olmaz:

> Kapitalist toplumsal ilişkileri hayata geçiren aktörler, kurumlar üzerinden işliyor, kurumlar tarafından kısıtlanıyor ve bizatihi kurumları dönüştürüyor. Kurumlar, belli toplumsal yapılara ait güç ilişkilerinin ve sınıf mücadelelerinin billurlaşmış halidir. Ancak, kurumsallaşmış toplumsal yapıları sınıf ilişkilerine indirgeyemeyiz; zira kurallar, normlar ve kaynaklar anlamında bu yapılar sınıfsal aktörlerden oldukça ayrıdır. Bu anlayış, iki önemli sonucu da beraberinde getiriyor. Toplumsal aktörleri kısıtlayan ve şekillendiren toplumsal yapılar ile ekonomik zorunluluklar, yine aynı toplumsal aktörlerin kurumlar üzerinden gösterdiği etkinliğin kasıt dışı sonuçlarıdır aslında ... Toplumsal aktörler kurumsal bağlam tarafından sarmalanmış olsa da, farklı aktörlerin birbiriyle çelişen yeniden üretim stratejileri, bu kurumları durmaksızın dönüştürmekte ve yeniden düzenlemektedir.[8]

Sağlık alanında bu kurumsal "billurlaşma"nın önemine ne kadar değinsek azdır. Zira, devlet ve yarı özel kuruluşlar, sektörün pek çok boyutuyla ilgili önemli aracı roller üstleniyor.

Kurumların ehlileştirilmesi, sağlık endüstrisine bağlı aktörlerin, değişime uğratılan mevcut kurumsal yapıdan mümkün olan en fazla faydayı elde edebilmesini sağlayacak bir ortamın olanaklı kılınmasıdır. Pazar rekabetinin (veya yerine geçecek benzer yapıların) amaçlandığı durumlarda, başta devlet olmak üzere, belli sağlık alanları üzerindeki kurumsal egemenliğin parçalanması ve dağıtılması gündemin en üst sırasına yerleşir. Ancak, bu-

8 Albo, "Contesting the 'new capitalism'", s. 79.

nun için daima kurumsal yapının kendisinin aşındırılması veya dağıtılması gerekmez. Özellikle de siyasi ortam gereği sektörün izleyebileceği en iyi strateji kendi çıkarlarına uygun mevcut düzenlemelerin korunmasıysa, bu süreç pekâlâ söz konusu yapıların ayakta tutulması ve hatta büyütülmesi anlamına da gelebilir. Elbette, bu, kurumsal yapının direnç göstermesi veya siyasetin kapris yapması durumunda sağlık endüstrisinin eli kolu bağlı bekleyeceği anlamına gelmez. Tam tersine, özel sermaye birikimini savunma veya güçlendirme savaşını aralıksız devam ettirir (şirketler veya daha yaygın olduğu üzere ticaret birlikleri tarafından). Ancak bu "vur-kaç" taktiğini de kılı kırk yararak ve ihtiyatı elden bırakmayarak yürütür. Sektör, sermaye birikimine giden tüm yolları birleştirmesi halinde, rasyonellikten uzak kimi patikaların da işin içine girebileceğini fark etmiştir. Ticarileştirilmemiş gibi görünen mekanizmaları desteklemenin sakıncası yoktur; zira sektörde kârları en üst düzeye çıkaracak araçları en inandırıcı şekilde sunan bu mekanizmalardır.

Sözünü ettiğimiz pragmatik tutum, atacağı adımları titizlikle seçen, kurumsal ortamdaki en küçük gediğe bile derhal müdahale etmeye muktedir, daima harekete hazır durumda bekleyen bir sağlık endüstrisinin varlığını gerektiriyor. Endüstri, sırtını büyük ölçüde yine bu ortamın sağladığı istikrara dayamış olduğundan, siyasi fırsatlar da pek az çıkar ortaya. Şirketler, ticaret birlikleri, sayısız tıbbi durumun tedavisine yönelik dernekler (Kalp ve Kalp Krizi Derneği; Amerika Kanser Derneği gibi) ve özel fonlardan büyük destekler kopartan kamu kuruluşları (Tufts Üniversitesi ve Scripps Tıp Merkezi gibi)... Sermaye birikimi kanallarının zarar görmesini engellemek veya bu kanalları stratejik ölçekte yeniden düzenlemek için hepsi de sektörün çeşitli kesimlerinin avukatlığını yapmaya hazır ve nazırdırlar. Sektör, piyasadaki rekabetin zayıflatıcı etkilerine karşı bir kalkan oluşturmak için elinden geldiğince çarpışır. Elbette tüm bunlar hiçbir endüstri kolu için şaşırtıcı şeyler değil. Ancak sağlık alanında izlenen pragmatik kurumsal stratejilerin kazandığı dikkat çekici başarı, sağlık endüstrisini günümüz kapitalizminin en devingen sektörleri arasında tepeye oturtuyor.

SAĞLIKTA ÖZEL SERMAYE DAMARI

Kurumların ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimi stratejisinin tam kalbinde, durgunluk dönemlerinde bile yüksek kâr oranlarını koruyabilen, çok cepheli bir sağlık endüstrisi yer alıyor. Ancak, taşıdığı sınırsız metalaştırma olanakları ile eşsiz bir alanmış gibi görünse de, sektörün son otuz yılda yaşadığı büyüme aslında hiçbir bakımdan kaçınılmaz değildi. Sektör, ulusal planda en küçük ayrıntılara kadar çözümlemelere konu olurken, sağlık hizmeti veya ilaç sektörlerinin küresel ölçekli ülkeler arası karşılaştırma verileri yok

elimizde. Yine de, hacim ve büyüme hızı bakımından sektörün oldukça obur olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde, kamu ve özel sektör sağlık harcamalarının 2014 yılında 3,5 trilyon dolar civarına ulaşarak GSYH'nin yüzde 18,7'sine karşılık geleceği düşünülüyor. 1993'teki miktarın 888 milyar dolar olduğu ve GSYH'nin yüzde 13,4'üne denk geldiği hatırlandığında, büyüleyici bir tırmanış bu.[9] ABD, sağlık harcamaları alanında en başıboş pazar belki ama, OECD ülkeleri başta gelmek üzere, diğer büyüyen pazarlar da aynı eğilimi takip ediyor.[10] 2006'da dünya genelinde sağlığa harcanan 4,5 trilyon doların 2 trilyon dolarlık bölümünün altında tek başına ABD'nin, 2,2 trilyon dolarlık kısmının altında da diğer OECD ülkelerinin imzası vardı.[11] Yükselen bu grafiğin sorumluluğu, bir suçlama havasıyla, gelişmiş sanayi ülkelerinin yaşlanan nüfus yapılarına yükleniyor daima. Oysa, yavaş ve istikrarlı bir seyir izleyen yaşlanmanın, sermaye birikimi alanındaki müthiş patlamadan sorumlu olması kulağa hiç mantıklı gelmiyor.

Sektörün edindiği servetin kaynağı, insanların "doğal" taleplerinin karşılanmasından ibaret görülemez. Büyümenin başlıca motorlarını belirleme çabasında, sektörün büyümeye yönelik birikim stratejileri masaya yatırılmalı. İşe, pek çok ülkede rekabetçi büyüme stratejileri tarafından da desteklenen, bilimsel araştırmaya dayalı endüstriyel faaliyetlerden başlamak doğru olacaktır. Bu çılgınlığın göbeğinde, mümkün olabilecek her kaynaktan, gerçek veya hayali, nasıl olursa olsun bir değer yaratma peşindeki ilaç endüstrisi bulunuyor. 1980'lerin başlarında ilaçta kâr rakamları yükselişe geçerken, kazancın büyük bölümü "biyoteknoloji devrimi" kılıfında elde ediliyordu. Sektörün, sağlık düzeyini yükseltmeye dair yeni iddialarının temelini de işte bu "devrim" oluşturdu. Biyoteknolojinin yükselişinde ilaç sektörünün sağladığı kaynakların büyük rol oynadığı gerçeği, sektörün içinde veya üniversitelerde görev yapan yorumcular tarafından neredeyse hiç fark edilmiyor. Ancak, Koyin Chang'ın da işaret ettiği gibi, gerçek biraz farklı:

> Yeni biyoteknoloji şirketlerinin büyük kısmı, yatırımlar konusunda piyasadaki yerleşik ilaç ve kimya firmalarına bel bağlamış durumdaydı. 1976 ile 1985 arasında biyoteknoloji şirketlerine yapılan yatırımların yüzde 56'sını sağlamış olmaları, ilaç endüstrisinin süreçteki rolü hakkında bir fikir veriyor. En büyük ve en önemli biyoteknoloji şirketlerinden ikisi olan *Genentech* ve *Cetus*'ta fason AR-GE hizmetlerinin taşıdığı önem, yerleşik firmalara ne kadar bağımlı olduklarını ortaya koyuyor: 1976 ile 1980 arası dönemde Genentech'in yürüttüğü tüm AR-GE

9 Stephen Heffler ve diğerleri, "US health spending projections for 2004-14", *Health Affairs*, 23 Şubat 2005, W5-75.

10 Şule Çalıkoğlu, "Trends in the distribution of health care financing across developed countries: the role of political economy of states", *International Journal of Health Services* 39, no.1, 2009: 59-83.

11 "Medical industry overview", *TheMedica* internet sitesi, http://www.themedica.com adresinde mevcuttur.

> çalışmalarının yüzde 70'i, fason ürün geliştirme projelerinden sağlanan gelirlerle finanse ediliyordu. Cetus'un fason AR-GE çalışmaları ise, şirketin 1981'deki toplam AR-GE giderlerinin yüzde 65'ini oluşturuyordu ... Bu yeni şirketlerin kurucuları başlangıçta farklı niyetlere sahip olsa da, biyoteknoloji endüstrisi AR-GE hizmetleri sunan bir sektör haline geldi. Hatta, biyoteknoloji sektörünün daha en başta bir AR-GE pazarı olarak ortaya çıktığı bile iddia edilebilir: işin arz kısmında biyoteknoloji şirketleri; talep kısmında ise yerleşik kimya ve ilaç firmaları.[12]

Bunları söylemekle, "girişimcilik" peşinde koşan bir risk sermayesinin asla var olmadığını ileri sürmüyoruz. Ancak girişimcilik ne o zaman biyoteknolojinin ana itici gücüydü, ne de bugünkü durum o yönde. Bunun yerine, önde gelen ilaç şirketleri, patentli yeni ilaç sayısının son derece düşük kalmasıyla doğan boşluğu, keşif olarak sunulabilecek yeni metalarla doldurmak üzere, araştırmalar sayesinde ayakta duran sayısız küçük firmanın ortaya çıkışını sağladı ve bugün de bu firmaların temel dayanağı olmayı sürdürüyor.

Sürecin akışını bu şekilde resmettiğimizde, yeni yeni boy vermekte olan "biyoilaç" sektörünün iddialarına karşı çıkmış oluyoruz kuşkusuz. Bu alanda ortaya çıkacak çok sayıda keşfin, yarının sağlığı üzerinde kilit rol oynayacağını ileri sürüyorlar. Amerikan İlaç Üreticileri ve Araştırmacıları (PhRMA), "hayat kurtaran" ilaçlar alanındaki AR-GE yatırımlarının, 2008'de olumsuz ekonomik iklime karşın 65,2 milyar dolarlık hacme ulaştığını açıklıyor.[13] İlaçlara yapılan olağanüstü zamların meşru gösterilmesinde kullanılan bu tip iddialar, durumu sorgulayanlar tarafından yerle bir ediliyor elbette.[14] Örneğin, başarılı ilaçların geliştirilmesi için yapılan masrafların, sektör tarafından açıklanan rakamlara yaklaşması bile pek mümkün değil. Oysa bu rakamlar, devlet, akademisyenler ve halk tarafından olduğu gibi kabul ediliyor. Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi'nin (FDA) ruhsatlandırma standartlarına göre, biyoilaç ürünlerinin ancak küçük bir bölümünün keşif olarak tanımlanabileceği gerçeği, oyuna karıştırılan hilenin boyutunu biraz daha açığa çıkartıyor.[15] Oysa sektör, toplum önündeki meşruiyetine ve talep ettiği desteğe dair savunmasını en çok da bu cepheye oturtuyor.

---

12 Koyin Chang, "The organization of the R&D intensive firm: an application to the biotechnology industry", doktora tezi, University of Kentucky, 1998, s. 17.

13 PhRMA, "R&D spending by U.S. biopharmaceutical companies reaches record levels in 2008 despite economic challenges", Press Release, 10 Mart 2009, http://www.phrma.org adresinde mevcuttur.

14 Bkz. Marcia Angell, *The Truth About Drug Companies: How They Receive Us and What To Do About It*, New York: Random House, 2004; Merrill Goozner, *The $800 Million Pill: TheTruth Behind he Cost of New Drugs*, Los Angeles: University of California Press, 2004.

15 Bu veriyle ilgili güncel inceleme için bkz. Marc-André Gagnon, "The nature of capital in the knowledge-based economy: the case of the global pharmaceutical industry," doktora tezi, York University, Toronto, Mayıs 2009; ayrıca bkz. Arnold S. Relman ve Marcia Angell, "America's other drug problem: how the drug industry distorts medicine and politics", *The New Republic*, 16 Aralık 2002, s. 30.

Sektörün savunucuları, bu yatırım yutturmacası kapsamında, meşru olduğu varsayılan piyasacı hedeflerini yüceltmek üzere, kurumlar üzerinde siyasi bakımdan karmaşık bir ehlileştirme stratejisi yürütüyor ve bir yandan da piyasa rekabetine karşı koruma talep ediyor. Biyoilaç sektörünün sözcüleri, hayat kurtarma çabasının tümünü, halkın gelecekte ulaşacağı iddia edilen sağlık düzeyini şantaj malzemesi yapan bir söyleme indirgiyor. PhRMA CEO'su Billy Tauzin, biyomedikal endüstrisinin sıklıkla duyulan çağrısını yineleyip duruyor: "Çok ihtiyaç duyduğumuz bu tıbbi atılımları desteklemek için, ... sektörün önemli boyuta ulaşan yatırımlarını telafi etme ve getiriyi teminat altına alma fırsatını sunacak kamu politikalarına yönelik talebimizi sürdürmeliyiz".[16] Biyoteknoloji Endüstrisi Derneği'de (BIO) aynı şeyleri şu sözcüklerle ifade ediyor: "Biyoteknolojide ürün geliştirme çalışmaları yüksek risk içerir ve deneysel biyoteknoloji ürünlerinin çok büyük çoğunluğu daha piyasaya sürülmeden rafa kaldırılır. Yatırımcılar, ancak yatırımlarının karşılığını alabileceklerini düşündüklerinde sermaye yoğun, uzun vadeli ve yüksek risk taşıyan AR-GE çabalarına yöneleceklerdir".[17] Olağanüstü boyutlara ulaşan kâr böylelikle makul gösterilirken, biyoilaç sektörünün şampiyonluğunu yapanların eleştirileri def etmekteki daimi kozu olan yüksek yatırım risklerinin, yatırımcılar tarafından nadiren göze alındığını söylemeliyiz. Aynı firmaların "serbest piyasa" arayışları da son derece sınırlı ölçülerde kalıyor. Dikkat çekici kâr oranlarına ulaşılması yolunda, sektörün benzersiz ortamını etkileyecek yapı ve kuralların denetim altına alınmasının zorunlu oluşu da bir o kadar önemli. Bu, her şeyden önce, biyomedikal alanındaki gelişme için ihtiyaç duyulan altyapının temini yolunda kamu bütçelerinin kullanılması anlamına geliyor. Çok geniş bir yelpazede bilgi temelli (keşif temelli olmaktan apayrı bir şey bu) bir üretime dayanacak olan, her geçen gün biraz daha büyüyecek bir biyomedikal dünyası için ilk temel şart altyapı harcamaları. Bu noktada, kurumların ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimini sağlama stratejisi de kendini gösteriyor: Hem beyin gücüne sınırsız erişimin temini, hem de şirket yatırım masraflarının düşürülmesi için, kamu tarafından finanse edilen bir AR-GE dünyasının daima işin içinde olması sağlanıyor.

Biyoilaç sektörü, biyoteknoloji şirketlerinin, üniversitelerin ve kamu kuruluşlarının onlarca yıl süren araştırmalarının üstüne konmak için açıktan açığa yürütülen akının öncülüğünü yapıyor: Ulusal Sağlık Kurumu (NIH)[18] ile yapılan çok sayıdaki kamu-özel sektör işbirliği sözleşmeleri; ilaç ve biyo-

16 ABD Senatosu, "Paying off generics to prevent competition with brand name drugs", Billy Tauzin'in İfadesi, Hukuk Komitesi, 17 Ocak 2007.

17 ABD Senatosu, "Patent reform: the future of American innovation", Katherine Biberstein'ın İfadesi (BIO adına), Hukuk Komitesi, 6 Haziran 2007.

18 ABD ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan, biyomedikal ve sağlık alanlarındaki araştırmaların başlıca sorumlusu konumundaki kurum – *çev.*

teknoloji şirketleri arasında düzenlenen çok büyük finansman sözleşmeleri; derken bir devralma, satın alma, ortaklık ve birleşme dalgası. ABD'de, araştırmaların sözünü ettiğimiz bu kamu-özel sektör yapılanması tarafından finanse edilmesi anlayışı devam ediyor: NIH destekli araştırmaların hacmi, 2008'de 29 milyar dolar gibi büyük bir tutarı geride bıraktı.[19] Başka bakımlardan hep tersi yönde davranan Bush yönetimi bile, NIH için ayrılan kaynakların ikiye katlanmasını teşvik etti ve onayladı.[20] Elbette bundan da önce, Kongre ve çeşitli devlet kuruluşları, büyük beklentiler içerisindeki biyoteknoloji ve ilaç endüstrileri için bir genetik haritanın çıkartılması yönünde gerekli altyapıyı sunmak üzere, İnsan Genom Projesi'ni yasallaştırmak ve yürürlüğe sokmak bin türlü zahmete girdiler.[21] Sektöre verilen desteğin bir sonraki aşaması ise uzun zaman önce geçildi: insanın son derece karmaşık protein yapısını resmedecek proteomik[22] araştırmalar.

Bu sürecin ABD ile sınırlı kaldığını söylemek mümkün değil. Sanayileşmiş ülkelerin, biyoilaç sektöründe bir rekabet stratejisi izlemekte olduğunu gösteren emarelere sıkça rastlıyoruz. En yeni ve en hızlı büyüyen Avrupalı rakip konumundaki Almanya, biraz geç kalsa da, elden geçirilerek yenilenmiş bir sağlık endüstrisinin vaat ettiği kazancın farkına vardı. Hükümet, biyoteknoloji konusundaki gözü kara tutumunu, sektör için "... Almanya'nın uluslararası arenada öncü rol oynayıp oynamayacağını, geleceğin istihdam fırsatları yaratacak keşif sahalarında öne çıkıp çıkmayacağını belirleyecek bir mihenk taşıdır" tanımlamasını yaparak belli ediyor.[23] Almanya gibi ekonomilerin geleceğinin, sağlık endüstrisinin büyümesi olanaklarına ne kadar bağımlı olduğu daha iyi dile getirilemezdi. Almanya'nın "BioRegio" (dört adet bölgesel biyomedikal grubu oluşturmayı amaçlayan ve devlet tarafından finanse edilen proje) tartışmasını başlatması, biyoilaç araştırmaları ve ürün geliştirme çalışmalarında yeni bir devlet desteği çağının doğuşuna önayak oldu.[24] Aynı öyküyü hiç şüphe yok ki Kanada, Birleşik Krallık, Fransa ve Hindistan gibi, OECD bünyesinde yer alan ve almayan pek çok başka ülke için de tekrarlayabiliriz. Her birinin programı, sermaye birikimine dair zorunlulukların

19 National Institutes of Health, *Summary of the FY 2010 President's Budget*, 7 Mayıs 2009, http://officeofbudget.od.nih.gov. adresinde mevcuttur.

20 ABD Temsilciler Meclisi, "NIH: moving research from the bench to bedside", Enerji ve Sağlık Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 10 Haziran 2003.

21 Rodney Loeppky, *Encoding Capital: the Political Economy of the Human Genome Project*, New York: Routledge, 2005.

22 Bir organizma ya da sistem tarafından sentezlenen proteinleri, özellikle de yapısal ve işlevsel bakımlardan inceleyen dal. Protein ve genom sözcüklerinin birleştirilmesiyle türetilmiştir - *çev.*

23 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), *Bundesbericht Forschung 1996*, Bonn, 1996, s. 42.

24 Dirk Dohse, "Technology policy and the regions – the case of the BioRegio contest", *Research Policy*, 29, 2000, s. 1113.

özgün bir tarzda ve dikkatle düzenlenmesine, riskin topluma dağıtılmasına dayanıyor. Nihayetinde, biyoilaç sermayesi, kendi eliyle yaratamadığı ya da altından kalkmadığı fikrî metaları elde etme yolunda, piyasanın işleyiş ilkelerinden en *uygun* şekilde sıyrılabilmeye bağlıyor umutlarını.

Belki merkez üssü Birleşik Devletler ama, nasıl "sağlıktaki servet" arayışı coğrafi sınırlarla ifade edilemiyorsa, bu çabanın ardındaki tek aktörün biyoilaç sektörü olduğunu düşünmek de yanlış olacaktır. Zira diğer sektörler de sağlık ürünlerine yönelik ihtiyacı kamçılama arzusunda ve teşhis sistemlerini de içine alan biyomedikal cihazları endüstrisi burada önemli ağırlığa sahip. Sözcülüğü en yüksek sesle Gelişmiş Tıp Teknolojileri Birliği (AdvaMed) tarafından yapılmakta olan bu endüstri, hem patentler yoluyla endüstriyel koruma talep ediyor, hem de yeni geliştirdiği tıbbi yöntemleri ve teşhis testlerini onaylayıp kullanıma alacak bir sağlık hizmetleri sistemi istiyor.[25] Sektörün 2007 yılında elde ettiği 180 milyar dolarlık gelir hiç de azımsanacak gibi değil ve bir önceki yıla göre yüzde 6,4'lük bir büyümeyi ifade ediyor.[26] Bunun yanında, başarıya giden yoldaki en önemli itici gücün araştırma-geliştirme çalışmaları olduğunu söyleyen genel dile bu sektörde de rastlıyoruz. Her geçen gün gelişen biyomedikal cihazları ve (daha da kötüsü) teşhis sistemlerine yönelik yarış, hastaların "ihtiyaçları"na dair makul ölçülerin çok ötesinde bir endüstriyel büyüme hızı yakalama hırsını ifade ediyor.

AdvaMed, ABD'de devletin ticari aygıtlarından faydalanarak tıbbi teknolojinin kullanımını genişletme fırsatları karşısında oldukça atılgan bir tutum izliyor. Tıpkı PhRMA gibi onlar da, sırf yabancı ülkelerde daha fazla hayat kurtarabilmek uğruna, ABD Ticaret Temsilciliği (USTR) ve Kongre ile ilişki kuruyorlar:

> AdvaMed, yabancı ülke sağlık sistemlerinde yer alan teknoloji kullanımı ve ödeme politikaları ile yasal düzenlemelerin izlenmesi, şeffaf fiyat belirleme süreçlerinin yaratılması veya varsa korunması, ayrıca karar alma mekanizmalarına sektörün de katılımının sağlanması yönünde Ticaret Bakanlığı, Kongre ve USTR tarafından çaba harcanması gerektiğine inanmaktadır. Hantal mevzuat yapılarına, devletlerin fiyat denetimi faaliyetlerine, yabancılara yönelik gösterge fiyat tablolarına, ithal tıbbi cihaz ve teşhis sistemleri için keyfi ödeme kesintilerine hükümetin ve Kongre'nin etkin biçimde karşı çıkması beklentisi içindeyiz.[27]

Sektör, bir yandan tüm gayretini OECD içindeki ve dışındaki bir dizi ülke üzerine yoğunlaştırırken, diğer yandan da potansiyel satış pazarları-

25 AdvaMed'in, dünyanın önde gelen tıbbi teknoloji şirketleri, tıbbi cihaz üreticileri ve tıbbi bilgi sistemleri tedarikçilerinden oluşan üyelerinin sayısı 1300'ü aşıyor.

26 Ernst & Young, *Pulse of the Industry: US Medical Technology Report 2008*, s. 7, http://www.ey.com adresinde mevcuttur.

27 ABD Temsilciler Meclisi, Gelişmiş Tıp Teknolojileri Birliği'nin kayıtları ile ilgili ifade, Ticaret ve Küreselleşme Oturumu, Yöntemler ve Araçlar Komisyonu, 30 Ocak 2007, s. 3.

nı "gereksiz" mevzuattan ve ödeme sistemlerinden "kurtarmaya" çalışıyor. Brezilya, Hindistan ve Çin'deki maliyet denetimi uygulamalarını karalıyor; Çin'deki sağlık hizmetlerinin, ABD ile Çin arasında yürütülmekte olan Stratejik Ekonomik Diyalog kapsamına alınması için ısrar ediyor. Bu tür pazarların geliştirilmesinin AdvaMed üyesi şirketlerin ilgisini çektiği muhakkak; ancak asıl hedefleri, göz alıcı kamu harcamalarını denetim altına alma çabalarının "engel" teşkil ettiği OECD ülkeleri. Sektör, Almanya ve Fransa başta olmak üzere, AB ülkelerinin ödeme ve sağlık teknolojilerinin kullanımı konularında sıkıştırılması için USTR'yi kışkırtıyor ve ABD'deki uygulamaların buralarda da kabul edilmesi yolunda diretiyor. Sektör, "ABD'de hastaların çoğunluğuna sunulan önemli yeni ürünlerden, belli başlı Avrupa pazarlarında sadece küçük bir seçkin hasta grubunun faydalanabildiği" iddiasında.[28] Sektörün bakışına göre, sorun bu teknolojilerin kullanıma sokulmaması değil, gerekenden çok daha az miktarda satın alınması. Gerçekten de, Japonya'da harcama düzeyinin düşük kalmasıyla ilgili kaygıların AdvaMed tarafından açığa vurulduğunu görüyoruz. ABD'nin ardından dünyanın en büyük ikinci sağlık pazarı konumundaki Japonya'nın, GSYH'den sağlığa ayrılan pay konusunda en altta yer almasını sindiremiyorlar. Sağlık endüstrisince izlenen kurumları ehlileştirme stratejisinin özü işte burada çıkıyor karşımıza: Sağlık ekonomilerinde harcama tutarlarının olağanüstü seviyelere çıkması sağlandıkça, tedarikçi sektörler de bu pastadan alacakları payı büyütmek için, siyasi bakımdan amaca uygun bütün mekanizmaları kullanıyorlar.

Böylece, tüm sağlık endüstrisinin baskısını yoğunlaştırdığı ana noktaya varmış bulunuyoruz: sağlık hizmeti sunumu. Sağlık hizmetleri biçimsel olarak müthiş bir çeşitliliğe sahip. Sağlık endüstrisinin takındığı tutum, bu durumdan olabildiğince fayda sağlamak, özel sermaye ve kamunun bir arada yer aldığı kaygan bir zeminde, harcamaların sermaye lehine mümkün olduğunca "iyileştirildiği" bir ortamda faaliyet yürütmek üzere eldeki olanakları sonuna kadar kullanmak oluyor. Ancak bu "iyileştirme" süreci, sağlık hizmeti sunan kurumlara halkın ekonomik nedenleri aşan bağlılığı dahil, siyasi gerçeklikten bağımsız kılınamıyor. Bu kurumların belli modelleri işte bu yüzden sektörün en ciddi stratejik kaygılarının öznesi haline geliyor. Biyomedikal ve biyoilaç alanlarındaki araştırma, tasarım ve ürün geliştirme yatırımları yoğunlaşıp, ticarete konu olan sağlık ürünlerinin (hem ürün, hem de yöntem anlamında) sayısı arttıkça, sağlık hizmeti sunumuna özgü çeşitli kısıtlama, ödeme ve tasarruf uygulamalarıyla karşılaşıyorlar. Bu yüzden, sağlık hizmeti alanında özel sermayenin ne kadar varlık göstereceği sorusunun yanıtı,

28 ABD Temsilciler Meclisi, Gelişmiş Tıp Teknolojileri Birliği'nin kayıtları ile ilgili olarak sunulan ifade, s. 6.

reform avukatlarının savunduklarının aksine, "verimlilik"ten çok, sermaye birikimi fırsatlarının miktarıyla bağlantılı.

Özel sağlık hizmetlerinde de merkez üssün Birleşik Devletler olduğunu görüyoruz. ABD'de, oldukça gelişmiş, olağanüstü karmaşık bir sağlık hizmeti finansman ve sunum piyasası işliyor. Amerikan halkının azımsanmayacak bir bölümü Medicare veya Medicaid programlarının kapsamına giriyor olsa da, nüfusun büyük çoğunluğu sisteme "yönlendirilmiş sağlık hizmetleri"[29] veya HMO'lar üzerinden dahil ediliyor. Amerikan özel sağlık sektörünün yırtıcı gücü kesinlikle hafife alınmalı. Medicare ile Medicaid programlarının, bütün olarak varlığını sürdürememe tehlikesiyle yüz yüze gelse de ayakta kalabiliyor olmasının gerçek nedeni, bu gücün gerçek bir göstergesidir. Jacob Hacker'ın da işaret ettiği gibi:

> Medicare ve Medicaid programları, en yüksek maliyetli ve sigortalanması zor kesimlerin yükünü kendi üzerine alarak, özel sigorta sistemini bir çırpıda güçlendirdi ve reforma yönelik siyasi baskıyı büyük ölçüde dindirdi. Programların oynadığı bu rol, 1970'ler ve 1990'larda genel sağlık sigortasının kabulüne yönelik tasarıların başarısızlığa uğramasının tek nedeni olmasa da, hem bu siyasi yenilgilerde, hem de reform hedeflerinin devam eden dönüşümünde açıkça pay sahibidir.[30]

ABD'de kişi başına düşen sağlık harcaması, 6.000 doları aşarak diğer OECD ülkelerini kabaca ikiye katlıyor.[31] Bu denli yüksek harcama rakamlarına karşın 47 milyon Amerikalının sigortalı olmayışı ilk bakışta şaşırtıcı gelebilir; ancak sigortalıların büyük bölümünün özel şirketlerin müşterisi olduğu düşünüldüğünde taşlar yerine oturuyor.[32] Amerikan sigorta şirketleri, düşük gelirli insanları da dahil ederek pazarlarını genişletme yolunda prim tutarlarını düşürecek adımlar atmak yerine, fiyatları yüksek tutarak halkın en korunmasız kesimlerini kapsam dışı bırakma yaklaşımını tereddütsüz uyguladı. Sağlıkta rekabetçi bir piyasa yapısı kutsandığı halde, piyasada hizmetleri ve ürünleri satın alanların bu şekilde parçalara ayrılmış olmasından faydalanılarak, finansmanı sağlayanlar/alıcılar tarafından sistemin geneli üzerinde bir fiyat baskısının oluşturulmasına yönelik her ciddi olasılık büyük ölçüde orta-

29 Sunulan hizmet tipi ve seviyesi üzerinde ayarlamalar yaparak maliyetleri sınırlama amacını taşıyan çeşitli ödeme ve sağlık hizmeti sistemlerinin genel adıdır. Bu kapsamda, daha düşük maliyetli tedavileri seçmeleri için hekimlere ve hastalara maddi teşvikte bulunulması, belli hizmetlerin tıbbi bakımdan gerekliliğinin gözden geçirilmesi, hastane yatışlarının ve yatış sürelerinin denetim altına alınması gibi bir dizi piyasacı yönteme başvurulur – *çev.*

30 Jacob Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002, s. 290.

31 Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü, 2007 Sağlık Verileri, Sık Sorulan Veriler, http://www.oecd.org adresinde mevcuttur.

32 Ida Hellander, "The deepening crisis in US health care: a review of data, Spring 1998", *International Journal of Health Services* 38, no.4 (2008): 607.

dan kaldırılıyor. Alıcılar, büyük miktarda alım yaptıkları ürün ve yöntemler için, belirlenmiş rakamlar üzerinden indirim alarak veya bireylere sağlanacak olanakları kısıtlayarak fiyatları firma bazında düşürmeye muktedir olabiliyor. Ancak, fiyatların önemli ölçüde düşmesini sağlamak veya hangi tedavi veya ürünlerin tıbbi bakımdan *gerekli* olduğu konusunda genel kararlar alabilmek için yeterli güce sahip bir aktör bulunmadığından, *sistemin genelinde maliyetlerin sınırlandırılması* konusunda çok az mesafe alınabiliyor.[33] Üstelik alıcılar, "yenilikçi" sağlık hizmetlerinin kapsama alınmaması halinde tepki gösterecek toplumsal kesimler için rekabet etmek durumundalar. İzin verilecek tedaviler ve ilaçlar, uygulanacak fiyatlar ve şirketlere yapılacak ödemeler konusunda hiçbir genel düzenlemenin var olmadığı bir siyasi ortamda, piyasa rekabeti ile işlemler giderek daha da sınırsız hale getiriliyor. Böylece, biyomedikal ve biyoilaç endüstrilerinin gerçekte siyasi araçları devreye sokarak belirlediği fiyatlar korunabiliyor. Bölünmüş bir sağlık sistemi, fiyatları her bir hasta için ya da doğrusunu söylemek gerekirse, her bir müşteri için ayrı ayrı düzenleyebiliyor.

Sağlık hizmeti sunumunda kamu ve özel sektörün ABD'deki bileşimi, piyasa odaklı sivil toplum örgütlerine dayalı yapılar ve devlet politikalarının oluşturduğu orkestrayla uyum içinde çalışıyor. Sağlıktaki yapılanmaya tahsis edilen büyük kamu kaynakları, kâr amaçlı unsurlara özenle yönlendiriliyor. Kontrolden çıkmış durumdaki giderler düşünüldüğünde, politikaları belirleyenlerin atabileceği en mantıklı adım, giderleri kontrol altına almak üzere, sağlığın kamuya odaklanacak şekilde yeniden örgütlenmesine yönelmek değil midir? Ne yazık ki bazı konular Amerikan sağlık politikalarında birer tabuya dönüşmüş durumda ve bunların başında da "fiyat" geliyor. Senatör Sherrod Brown, biyoilaç sektörü ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, sektöre verdikleri aşırı desteği gözden geçirmelerini isteyerek, Kongre üyelerine şunları söylüyordu:

> Konu ister pediyatrik imtiyaz[34], ister Reçeteli İlaç Başvuru Ücreti Yasası, isterse pek çok başka konu olsun, ilaç endüstrisi ileri atılmamızı istediği anda harekete geçiyoruz. Sektör bizden bir mevzuatı geçirmemizi istediğinde hemen koşuşturmaya başlıyoruz ... Sektör, kayda değer bir bölümü yaşlılardan oluşmak üzere, 70 milyon Amerikalının ilaç hizmeti kapsamı dışında kaldığını biliyor. Sigortasız olanlara tanınan tek hak, ilaca dünyanın en yüksek fiyatlarını ödemeleri ve karşılığında hiçbir güvenceye sahip olmamaları.[35]

33 Uwe. E. Reinhardt, "The predictable managed care *kvetch* on the rocky road from adolescence to adulthood", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Sayı 24, No.5, 1999, s. 904.

34 Pediyatri alanında kullanılacak ilaçlarda, FDA tarafından talep edilen araştırma çalışmalarının yürütülmesi ve sonuçların kuruluşa sunulması halinde, ilacın halihazırda sahip olduğu satış imtiyazlarının (benzer yeni ilaçların FDA tarafından onaylanmaması gibi) altı ay süreyle uzatılması uygulaması - *çev.*

35 AB Temsilciler Meclisi, "Reçeteli İlaç Başvuru Ücreti Yasası'nın Yeniden Onaylanması", Sherrod Brown'ın açıklamaları, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 6 Mart 2002.

Böylesi bir siyasi ortamda, reforma ve hatta kamu hizmetlerinin ölçeğini genişletmeye yönelik güç daima yeni birikim fırsatlarına dönüştürülüyor. 1997 tarihli Medicare + Tercih Kanunu ve 2003 tarihli Medicare Modernizasyon Kanunu, Amerika Birleşik Devletleri'nde genel sağlık hizmetlerine halkın verdiği büyük desteğe rağmen "reform"un nasıl biçimlendirildiğine iyi birer örnek olarak gösterilebilir. Medicare + Tercih Kanunu, yaşlılara verilen Medicare hizmetlerini devralmaları yolunda HMO'larla anlaşmalar düzenleyerek, kamu kaynaklarının HMO'lar aracılığıyla sermaye birikimi kanallarına akıtılması için saldırgan bir tutum izlerken, Medicare Modernizasyon Kanunu ise bir yandan yaşlılarda reçeteli ilaç kapsamını sonuna kadar daraltıyor (Kongre Bütçe İdaresi'nin rakamlarına göre, giderlerin kabaca ancak yüzde 22'si kapsam dahilinde olacak), bir yandan da bu dar kapsamın bile kâr amacı güden kuruluşlar üzerinden yürütülmesi için teşvikler getiriyor; Kanada'dan ucuz ilaçların alımını açıkça yasaklıyor ve ilaç fiyatlarının düşürülmesi için devletin ülke çapında pazarlık yapma olanağını ortadan kaldırıyor.[36] Hem Demokrat hem de Cumhuriyetçi çizgiye mensup Başkanlık ve Kongre yönetimleri, sermaye birikimi açısından en uygun finansman ve satış alım senaryolarının uygulanması için kamu talebini harekete geçirmek söz konusu olduğunda, sektörün avukatlığını yapanları can kulağıyla dinliyor. Obama yönetiminin yaptığı tantananın da bu gidişatı değiştirmesi çok düşük bir olasılık; ancak önceki iktidarın şirketlere sunduğu muazzam avantajların kısmen geri çekilmesini sağlayabilirler (özellikle de, sırf Medicare kapsamındakileri devralmaları karşılığında özel sigortacıların normal devlet ödemelerinin üzerine ilave bir yüzde 14 daha almasını sağlayan Medicare Avantaj programı).[37] Özel sigortacılar, halkın halihazırda sigorta kapsamında yer almayan bölümünü kapmak, ancak onlara da sadece belli hizmetleri vermek üzere konumlandırıyorlar kendilerini. Tüm halkı içine alacak şekilde sigorta kapsamının genişletilmesi adımı, muhtemelen hükümetin siyasi yönden ödeşmek için attığı bir adım olarak hayata geçirilecek, ancak süreç, 1) sağlıkta piyasa odaklı, parçalı finansman devam ettirilerek ve 2) üyelerin beklentileri aşağıya çekilerek yürütülecek. Takviyelerle daha da yerleşik hale getirilmiş, özel sektöre kamu karşısında ayrıcalık tanıyan mevcut finansman ve hizmet sunumu yapısı, piyasa savunucularına önemli bir zaman ve hareket serbestisi kazandırıyor. Mantıklı, dayanışma temelli bir sistemin gerçekten inşa edilebilmesi için "ya hep ya hiç" diyebilmek zorunlu. Oysa, kurumların ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimi süreci ancak küçük değişimlere izin veriyor.[38]

36 Bkz. John P. Geyman, "Privatization of Medicare: toward disentitlement and betrayal of a social contract", *International Journal of Health Services* 34, no.4 (2004): 573-94.

37 Reed Abelson, "Insurers, poised for round 2", *New York Times*, 1 Mart 2009, kısım BU, s. 1.

38 Hacker, *The Divided Welfare State*, s. 45-6.

Uluslararası ölçekte baktığımızda, hiç şüphe yok ki tüm hizmet sektörleri genel olarak sermaye birikimi yönünde daha büyük fırsatlar yaratmaya çalışmaktadır. Örneğin Global Services Coalition [*Küresel Hizmet Sektörü Güç Birliği*] örgütü, "açık pazarlar oluşturmak ve serbestleşme yoluyla büyüme fırsatlarını güçlendirmek üzere liderlerin acilen yeni ve daha etkin bir kararlılıkla adımlar atması gerektiğini" söylüyor G-20 liderlerine.[39] Sağlık alanında, Amerikalı ve Avrupalı hizmet sağlayıcıların faaliyetlerini genişletmek istediği çok açık. OECD ülkelerinde sağlık pazarlarının ulaştığı hacim düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinde özel sermaye birikimini artırma olanaklarının son derece zengin olduğu hemen anlaşılabilir. Amerikan hizmet şirketlerini temsil eden Coalition of Services Industries (CSI) [*Hizmet Sektörleri Güç Birliği*] kuruluşu, "... pek çok yabancı ülkede sağlık hizmetleri büyük oranda kamu sektörünün sorumluluğu altında. Sağlık hizmetlerindeki bu kamu mülkiyeti, Amerikan özel sağlık şirketlerinin yabancı ülke pazarlarında faaliyet yürütmesini güçleştirmektedir" diyerek üzüntüsünü dile getiriyor.[40] Bu bağlamda, "yabancı ülkelerde pazarlara giriş olanaklarını temin etmek, yerli kuruluşlarla aynı muameleye tabi tutulacakları konusunda güvence almak ve sağlık tesislerinin mülkiyetini tek başına elinde bulundurma hakkına sahip olmak" amacındalar.[41] Amerikan tarzı sağlık hizmetleri, ABD'nin Güney Amerika ülkelerine sağlık alanında ihraç ettiği en temel ürün konumunda çoktandır.[42] Orta gelir düzeyine sahip pazarlara yapılan akınlar bu anlamda emsal teşkil ediyor ve gelecekte OECD pazarlarına giriş olanaklarının güçlendirilmesi için temel oluşturuyor.

Fikrî mülkiyet ve hizmetler alanında iki taraflı ve çok taraflı ticaret anlaşmalarını teşvik etme ve kapsamını genişletme girişimleri, pek çok ülkede kamu/özel sektör karma yapılanmalarının değiştirilmesi yolunda gerekli zemini hazırlıyor. Dünya Ticaret Örgütü tarafından düzenlenen Ticaretle Bağlantılı Fikrî Mülkiyet Hakları Anlaşması ve Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'nın, bir dizi başka ticari düzenlemeyle birlikte, Amerikan özel sağlık hizmeti tedarikçilerinin yabancı pazarlardaki birikim olanaklarını geliştirmesine dayanak oluşturduğunu daha önce yazmıştım.[43] Bu tür anlaşmalar, sağlık alanındaki istilanın ulaşabileceği boyutlar hakkında fikir verirken, Birleşik Devletler Ticaret Temsilciliği'nin (USTR) "Özel 301" süreci kap-

39 Global Services Coalition, Açık Mektup, 19 Mart 2009, http://www.uscsi.org adresinde mevcuttur.

40 Coalition of Service Industries (CSI), "Response to Federal Register Notice of March 28, 2000 [FR Doc.00-7516]", s. 65, http://www.uscsi.org adresinde mevcuttur.

41 CSI, "Response", s. 66.

42 Howard Waitzkin ve Celia Iriat, "How the US exports managed care to third-world countries", *Monthly Review* 52, no.2 (2000).

43 Rodney Loeppky, "International restructuring, health and the advanced industrial state".

samında son zamanlarda takındığı tavır daha da fazlasını anlatıyor.[44] Ticari yaptırımları ve bu yaptırımları destekleyecek şekilde Genelleştirilmiş Tercih Sistemi'nden[45] çekilme tehdidini arkasına alan "Özel 301" ticaret mekanizması, Amerikan kamu kuruluşlarına ve özel şirketlere çok taraflı müzakere sürecinin ötesinde bir baskı gücü sunuyor. Şirketler, ABD dışındaki yerlerde kamu politikalarının tehdidi altına girdiğini düşündükleri sermaye birikimi stratejilerini korumanın bir yolu olarak, fikrî mülkiyet haklarının ihlaliyle ilgili konularda "Özel 301"i kullanmak üzere devamlı USTR ile görüşüyor.[46] Bu baskı aracını kullanan PhRMA ve USTR, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sunumu başta gelmek üzere, ticaret politikasında son dönemde ciddi bir kaymanın yaşanmasına önayak oldular.

PhRMA, tıpkı CSI gibi, OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasına dair itirazlarını uzun süredir dillendiriyor. Almanya'yı ele aldığımızda, "hekimlerin sıkı bütçe kısıtlamaları altında faaliyet yürütmesinin" PhRMA tarafından kınandığını görüyoruz. Onlara göre, bu nedenle "hastalar için en uygun çözümü sağlayabilecek yenilikçi tedavilerden bir uzaklaşma yaşanıyor. Sonuçta, Amerikan endüstrisi yeni ilaçların piyasaya sürülmesi konusunda dünya lideri olduğundan, en büyük zararı Amerikan şirketleri görüyor".[47] Bu tür itirazlar son dönemlere kadar ancak arka plandan gelen bir gürültü niteliği taşırken, biyoilaç endüstrisi şimdilerde bu alandaki ticaret politikasının yeniden şekillendirilmesine destek vermek üzere tüm gücünü yığınak yapmış durumda. PhRMA'nın "Özel 301" ile ilgili olarak USTR'ye yaptığı başvurular artık fikrî mülkiyetle ilgili kaygıların çok ötesine geçiyor ve doğrudan kamu hizmetleriyle bağlantılı konuları hedef alıyor. Kuruluş, hem Kanada hem de Almanya'nın "Öncelikli Yabancı Ülke" olarak sınıflandırılmasını, 301 raporu kapsamında en ciddi "izleme kategorisine" geçirilmesini talep ediyor. Bu ülkeler, "fiyat denetimini" ve mevcut sağlık sistemlerini devam ettirerek fikrî mülkiyet haklarına saldırıyorlar sözde. Fiyat denetimi ve kamu sağlık sistemi ise, bilimsel keşiflere dayalı sek-

44 "Özel 301", fikrî mülkiyet haklarını yeterli ve etkin biçimde korumadığı ya da bu korumadan faydalanacak Amerikan şirketlerine adil pazar koşulları sunmadığı düşünülen ülkelerin ABD hükümetince saptandığı, yılda bir kez yürütülen değerlendirme sürecine verilen addır. Bkz. Lisa Peets, Mark Young ve Marney Cheek, "Special 301", http://www.cov.com adresinde mevcuttur.

45 Dünya Ticaret Örgütü'nün herkese eşit gümrük vergisi uygulanmasını öngören genel ticaret kurallarından muafiyet getirmek üzere düzenlenmiş olan Tercih Sistemi, gelişmiş ülkelere, az gelişmiş ülkelerden yaptıkları ithalat için tek taraflı düşük gümrük vergisi uygulama hakkını veriyor – *çev.*

46 John Braithwaite ve Peter Drahos, *Information Feudalism: Who Owns the Knowledge Economy?*, New York, New Press, 2003.

47 PhRMA, "Germany [*Almanya*]", Yabancı Ülke Ticaret Engelleri İçin Ulusal Ticaret Tahmin Raporu Sunumu (NTE): 2002, 17 Aralık 2001, s. 102; Fransa için de benzer kaygılar dile getiriliyor. Bkz. PhRMA, "France", Yabancı Ülke Ticaret Engelleri İçin Ulusal Ticaret Tahmin Raporu Sunumu (NTE): 2002, 17 Aralık 2001, s. 99.

törlerin önündeki ticari engeller olarak görülüyor.[48] Örneğin, Almanya'nın sağlık harcamalarını kontrol altına alma girişimlerinin "piyasayı bozduğu, Amerikan araştırma şirketlerinin pazara girişini kısıtladığı ve hastaların en etkin ilaçlara ulaşmasını engellediği" ileri sürülüyor.[49] USTR'nin Özel 301 raporu ise bu ticari dili yeniden üreterek, hükümet politikalarındaki ciddi kaymayı gözler önüne seriyor. Normalde sadece fikrî mülkiyet haklarına dair konularla ilgilenmesi gereken rapor, şimdi dikkatini şunlara yoğunlaştırıyor:

> Sektörün inovasyon döngüsünü devam ettirme yeteneğini sekteye uğratan ve yeni, çığır açacak ürünlerin ortaya çıkışını engelleyebilen yasal duvarlar var. Bu yasal duvarlara örnek olarak, şeffaflıktan uzak yönetim biçimleri; bilimsel temelden yoksun karar alma süreçleri; hantal ve upuzun ilaç listeleri ile diğer idari süreçler gösterilebilir.[50]

Rapor, sağlık harcamalarını kısıtlama politikaları yoluyla Kanada ve Almanya'nın koyduğu yasal engelleri ayrıntısıyla listeleyecek kadar ileri gidiyor. Tek taraflı bir ticari mekanizmanın işlevini genişletme yönündeki bu planlı adımlar, sermaye birikimini, şimdiden şişmiş durumdaki Amerikan pazarının dışında geliştirmek isteyen hizmet tedarikçilerinin biçimlendirdiği bir eğilimin göstergesi.

Sağlık pazarlarına daha da güç toplayarak yönelecek saldırıların ne kadar başarılı olacağını henüz bilmiyoruz. Birleşik Devletler, özel sağlık piyasası konusunda model oluşturuyor olabilir, ama kurumların ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimi stratejisine kaçınılmaz olarak ülke içi şartlar da etki ettiği için, Amerikan modelinin tekrarlanabilmesi hiçbir şekilde garanti değil. Kamu/özel sektör yapılanmalarının bugüne kadar hangi ölçüde değiştirilebildiğini değerlendirmek güç; çünkü soruya nicelik açısından mı yoksa nitelik anlamında mı baktığınıza bağlı bu. Chris Holden, nicel değerlendirme yapıldığında, sağlık hizmetlerinde özel sektörün bugüne dek yavaş ama istikrarlı bir ilerleme sergilediğini ve bu süreci en çok da küresel "güney"[51] ülkelerinde zorladığını düşünüyor.[52] Bu noktada, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yolunda Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu başta olmak üzere uluslararası kuruluşların gösterdiği etki oldukça yoğun. Veriler, sürecin OECD ülkelerinde daha geride kaldığını söylüyorsa da, "mevcut siyasi iklim, daha

48 PhRMA, "Özel 301 Sunumu", Ek C, http://www.phrma.org adresinde mevcuttur.

49 PhRMA, "Özel 301 Sunumu", s. 16.

50 Birleşik Devletler Ticaret Temsilciliği (USTR), *Özel 301 Raporu*, s. 10, http:///www.ustr.gov adresinde mevcuttur.

51 Küresel güney, Afrika'yı, Orta ve Latin Amerika'yı, ayrıca Asya'nın büyük bölümünü içine alan bir siyasi tanımlamadır. Ekvatoru sınır çizgisi olarak almamasıyla "güney yarımküre" teriminden ayrılır – *çev.*

52 Chris Holden, "Privatization and trade in health services: a review of the evidence," *International Journal of Health Services* 35, no.4 (2005): 675-89.

köklü bir yönelimin alttan alta ilerlemekte olduğunu düşündürüyor" şeklinde bir ekleme yapılıyor.[53] Bu tespitler, sürecin avukatlığını yapanların, "yönlendirilmiş sağlık hizmeti" fırsatlarının en çok da güney ülkelerinde, yani katkı paylarının ve özel sağlık sigortalarının ABD'den sonra en yaygın olduğu yerlerde ortaya çıkacağı yönündeki tahminiyle büyük ölçüde örtüşüyor. Avrupa tarzı sistemlerde ise, en büyük beklentiler, yerleşik sigorta ve hizmet yapılarındaki gedikleri kapatarak tamamlayıcı rol oynayacak "yönlendirilmiş sağlık hizmeti" biçimlerine yöneliyor.[54] Rakamlar, OECD ülkelerinde kamu ve özel sektör hizmet sunumunun iç içe geçmiş bulunduğunu ve yapının görünüşte özel sektör lehine hızlı bir kayma sergilemediğini söylüyor. Ancak, süregelen yeniden yapılandırma biçimleri nitelik bakımından incelendiğinde, daha bariz bir değişim için en azından güçlü bir potansiyelin var olduğu anlaşılıyor. Zaten kurumların ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimi stratejisi toptan bir dönüşümün gerçekleşmesini öngörmüyor. Bunun yerine, küçük küçük "oynamalarla", zamanla özel sektörün kamusal ve yarı kamusal alanlarda bile fırsatları en üst düzeye çıkartabileceği düşünülüyor.

Daha yakından baktığımızda, OECD ülkelerinde, sağlık sistemlerinin kamu sağlık "tröstlerine" veya yerel makamlara daha büyük özerklik tanıyacak şekilde yeniden biçimlendirilmeye çalışıldığını görüyoruz. Avrupa'nın dört bir yanında hizmet sistemleri performansı yükseltmek üzere baştan düzenlenirken, bu düzenlemelerin özelleştirmelere öncülük ettiği gerçeğinin halk tarafından pek az kavranabildiği anlaşılıyor. Sağlık literatüründe "alıcı-tedarikçi ayrışması"nın sağlanması yönünde büyük çaba harcanıyor ve hiç kuşku yok ki bu da kamu eliyle sunulan hizmetlerin biçim değiştirmekte olduğunun önemli bir işareti. Görünüşteki amaç, yetkinin bölgesel veya yerel kuruluşlara devri ve özerklik yoluyla "verimliliği" artırmak olarak sunuluyor. Tedarikçilerin daha iyi koşullar sunmasını sağlamak da bu bölgesel veya yerel kuruluşların görevi olacak! ABD'deki yönlendirilmiş sağlık hizmetleri ile aradaki benzerlik (veya doğrudan taklit) fark edilmeyecek gibi değil. Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık Sistemi ele alındığında, hem sağlık finansmanının bölgelere ayrılması hem de özerklik anlamında, izlenen yaklaşım tam olarak bu.[55] Stewart Player ve Colin Leys, bu özerkliğin, hizmet sunumunda özel sektör payının artırılmasına yönelik devlet stratejisiyle kol kola girerek, ödemelerin tek elden yapıldığı bir sağlık sisteminin parçalara ayrılması yolunda nasıl kullanılabileceğini göstermişlerdi. Böylece, özel sermaye birikimi hem güçleniyor, hem de *güvence altına*

53 Aynı eser, s. 685.

54 Johnathan P. Weiner, Joanna Case Famadas, Hugh R. Waters ve Dkorde Gikic, "Managed care and private health insurance in a global context", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 33, no.6 (2008): 107-31.

55 Allyson Pollock, *NHS, plc*.

alınıyor.[56] Ortaya çıkan gerçek sonuç ise verimlilikten çok uzak: "nihayetinde odak noktası değişiyor: hizmet tedarik planı, hizmetlerin özel sektöre giderek daha fazla kaydırılmasını sağlayacak şekilde ulusal düzeyden yerele kaydırılırken, finansmanın genel ölçeği ya genişliyor ya da el değmeden bırakılıyor".[57] Hollanda'da girişilen sosyal sigorta reformunun tüm çıplaklığıyla gözler önüne serdiği gibi, izlenen bu yörüngenin çekim alanı İsveç, Birleşik Krallık ve Kanada'daki gibi "dayanışmacı" sistemlerle sınırlı değil. Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuyla ilgili reform, dayanışmacı yapıyı muhafaza edermiş görünen otoritenin devrini de kapsadı gerçi ama, ademimerkeziyetçilik ya da *özerkleştirme* anlayışının ötesine geçip, daha ileri özelleştirme biçimlerine doğru sert bir adım atmaya yeltenmedi.[58] Hollanda'daki durum şöyle özetlenebilir:

> ... yeni sağlık sigorta mevzuatı, pek çoklarının beklentisinin ötesine geçecek ve sağlık hizmetleri üzerinde, özellikle de dayanışma ve hizmete eşit erişim kavramlarının taşıdığı somut anlam söz konusu olduğunda, derin bir etki yaratacak. Kamunun işlevleri ile özel sektör yapılanması arasındaki çekişmeler, süreci yönlendiren faktör haline gelecek. Çekişmeler, sağlık sigortası mevzuatında kamunun işlevine yeni bir tanımlama getirilerek çözüme kavuşturulacak.[59]

İster kamu, ister özel sermaye, isterse bunların bileşimleri olsun, sağlık hizmetini satın alanlar arasındaki bölünmeler, fiyatlar üzerinde oluşturulan baskının ve halkın genelini kapsayacak bir planlamanın zayıflamasına neden oluyor. Sektörün pragmatik yaklaşımının getirdiği "iyileştirme" etkisi işte bu: Özel tedarikçiler sistemde kalarak sermaye akışını birikime dönüştürme şansını elde ederken, planlama ve satın alma işlevlerini yerine getirmesi gereken otorite, gerek fiyatlandırma, gerekse satın alınacak ürünleri ve/veya yöntemleri belirleme süreçlerindeki etkinliğini yitiriyor.

Dolayısıyla, özel sermayenin sağlık alanındaki ihtiyaçları kendi bütünlüğü içinde kavranmalıdır. Sağlık sistemlerindeki dönüşümler, salt devletin içine girdiği mali krizden ya da refaha dönük yapıların ideolojik reddinden kaynaklanan tesadüfi bir yeniden yapılandırma olarak görülemez. Bunun yerine, satın alma-hizmet sunumu-kâr döngüsünün tümü, sermaye birikimi için yeni ve daha geniş yolların açılması yönündeki sektörel stratejinin taktiksel yoğunlaşma noktası olarak anlaşılmalıdır. Örneğin, biyoilaç şirketlerinin, patentli araştırmalar yürütmek veya satın almaktan tutun da, ürünlerin

56 Stewart Player ve Colin Leys, *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, Monmouth: Merlin, 2008.

57 Aynı eser, s. 109-10.

58 Hans Maarse, "The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31, no.5 (2006), s. 988.

59 Hans Maarse ve Yvette Bartholomée, "A public-private analysis of the new Dutch health insurance system", *European Journal of Health Economics* 8 (2007), s. 81.

piyasada kullanılmasını sağlamaya ve sağlık hizmetlerinin elverişli unsurlarını kendi çıkarlarına uygun hale getirmeye kadar her alanda büyük bir enerjiyle saldırıya geçmesi bu yüzden. Şirket ve devlet stratejilerinin, sektörün avukatları tarafından çığırtkanlığı yapılan getirileri sağlayabilmesi için sektörün tüm unsurlarının uyum içinde iş görmesi, harcamaları denetim altına alma çabalarının etkilerini asgari düzeye indirmesi ve sağlık endüstrisinin hayatımızda kapladığı yeri mümkün olduğunda büyütmeye çalışması beklenmelidir.

YASAL SONUÇLAR VE KÂRDA KESİNLİK ARAYIŞI

Araştırma, üretim ve hizmet sunumu alanlarında devasa yatırımlar bağlamında, sağlığı çevreleyen yasal koşullar da didik didik ediliyor. Devletler, sağlıktaki sermaye birikimini destekleyecek altyapısal görevleri yerine getirirken, yurttaşların korunması görevinin, "... ticarete konu hizmetlerin önünde gereksiz engeller oluşturmayacak" ve "... hizmet kalitesinin sağlanması için gerekli olandan fazlasını içermeyecek" mekanizmalara dönüştürülmesi yönünde baskı görüyor.[60] Bu noktada, aslında tüm aktörler (şirketler, devlet ve kurumsal-akademik çevreler) hep benzer bir amaca yöneliyor: üretim-hizmet sunumu-kâr döngüsünü kolaylaştıracak bir mevzuat sisteminin inşası. Bu proje, piyasanın hedefleriyle yurttaşların amaçları arasında uyumlu bir birliktelik gibi sunuluyor olsa da, yasal koşullar, belirsizliklerle dolu kapitalist piyasada kârın kesinleştirilmesini sağlamak üzere devlet gözetiminin kullanıldığı (ama asla tamamen ele geçirilmediği) bir sürece çekiliyor.

Dünya genelinde sağlık sektörünü etkileyen sayısız yasal düzenlemeden söz etmemiz burada mümkün değilse de, ABD örneği yine değerli bir nirengi noktası konumunda bizim için. FDA, insan sağlığıyla ilgili ürünlerin değerlendirilmesi konusunda kendisini dünyanın "altın para standardı" olarak sunuyor ve diğer ülke sağlık idarelerinin çoğunluğu değilse bile önemli bir bölümü FDA'nın önderliğini kabulleniyor.[61] Sağlıkta piyasayı en fazla merkez alan üretim ve sunum sistemi içinde faaliyet yürüten FDA, buna karşın devletin verdiği yetki ile şirketlere bağlılık arasında tuhaf bir bileşim oluşturuyor. Kongre'nin kimi bölümleriyle birlikte biyoilaç şirketleri FDA'yı hantal bir kamu devi olarak resmetmeye hevesliyken, kuruluş gerçekte yine bu aktörlerin vazgeçmeyi hiç istemeyeceği endüstriyel meşrulaştırma ve korumanın incelikle düzenlenmiş bir aracı konumunda. Bu bağlamda, FDA'nın bugünkü durumunun sorgulanması, hem kurumların

60 Dünya Ticaret Örgütü, Hizmet Ticareti Genel Anlaşması, madde VI.4 ve VI.4 (b).

61 Bu yönde bir örnek için bkz. Joel Lexchin, "Drug safety and Health Canada: going, going...gone?", Canadian Centre for Policy Alternatives, Nisan 2009.

ehlileştirilmesi yoluyla sermaye birikimi stratejisinin iki yanlı yapısı, hem de bir piyasanın rekabetten kaçınılarak nasıl inşa edilebileceği hakkında bazı noktaları netleştiriyor.

FDA, özellikle de insan sağlığı konusunda, kamuoyu güveninin vücut bulduğu yasal kurum olarak yaygın bir meşruiyete sahip. Kuruluş, Birleşik Devletler sınırlarında üretilen veya piyasaya sürülen tüm biyomedikal emtia için ruhsatlandırma incelemelerini yürütmekten sorumlu ve çalışmalarında halk sağlığı ile güvenliğine öncelik verme yükümlülüğünde. Tüm diğer düzenleyici kuruluşlar gibi, olası çıkar çatışmalarının doğurduğu sorunları çözmek durumunda: Belli bir amacın (biyomedikal üretiminin güçlendirilmesi ve pazarda kârlılıkla paraya çevrilmesi) takipçileri, aynı amaçla ilgili mevzuatın uygulanmasında da rol oynayabilir mi? Yüklendiği ağır toplumsal görev düşünüldüğünde, FDA bünyesindeki düzenleyici mekanizmalarla sektörün ve/veya devletin savunucuları arasına önemli bir mesafenin koyulması akla yatkın geliyor. Oysa işin temeline bakıldığında uygulamanın bu yönde olmadığı görülüyor. FDA'nın kullandığı yetkinin kaynağı durumundaki Kongre gözetim organları, Amerikan pazarında ve yurtdışındaki otuz yıllık yayılma sürecinde sağlık endüstrisini destekleyen yapının ta kendisi. Bu yapılanmanın bir sonucu olarak politikaları belirleyenler ve piyasayı düzenlemesi gerekenler şöyle çelişkilere imza atabiliyorlar: Piyasanın düzenlenmesine yönelik mevzuatta son derece sıkı standartlar getirilirken, öte yanda güçlü bir sektörel gelişmenin önü açılmaya çalışılıyor. Gevşek ilaç mevzuatıyla ilgili Kongre'den gelen en ciddi eleştiriler bile hiçbir zaman "yeni ilaçlar ve biyolojik ürünler için haklı teşvikler ve ödüllendirmeler"[62] anlayışına karşı çıkmanın yanından geçemiyor.

FDA, devlet düzenlemeleri ile endüstrinin savunuculuğu arasındaki sınırın "belirsiz" karakterinin en fazla göze battığı merkezi alanlardan biri konumunda. FDA'ya, üzerinde düzenlemeler yaptığı sektör karşısında görece özerklik kazandıran biricik güç odağı olan devlet finansmanı da giderek artan ölçüde aşındırılıyor. 1992 yılında, kuruluşun ürün onay sürelerini kısaltması yönünde biyoilaç şirketlerinin (ayrıca hastaları savunan grupların) muazzam baskısı karşısında, Reçeteli İlaç Başvuru Ücreti Yasası (PDUFA) Kongre'den geçti. Her beş yılda bir gözden geçirmeye tabi tutulan bu yasa çerçevesinde, ilaçlar ve biyolojik ürünler için yaptıkları onay başvurularında şirketler FDA'ya bir başvuru ücreti ödüyor. Yasa, bu yolla elde edilen kaynağın yalnızca onay süreçlerinin hızlandırılmasında kullanılmasını ve Kongre tarafından belirlenen ölçütlerin karşılanmasını zorunlu kılıyor. PDUFA, Kongre'de hâlâ büyük bir

62 ABD Temsilciler Meclisi, "Tüketicinin ilaca erişimini ve ilaca yönelik talebi etkileyebilecek güncel gelişmeler", Sherrod Brown'ın yorumları, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 13 Haziran 2001.

destekle karşılanıyor; hastaların yararına bir düzenleme ve Amerikan rekabetine yapılmış bir katkı olarak sunuluyor. Yasanın gözden geçirildiği dönemlerde, siyasetçiler sürekli Kongre'nin "hızlı ve tam bir yeniden yetkilendirme" sağlaması gerektiğini söyleyip durdular. Bu adımların, hastaların yeni ilaçlara erişimini "garanti altına alacağını", ülkeyi güvenlik ve etkinlik anlamında en yüksek standartlara taşıyacağını ileri sürdüler.[63] Kongre üyeleri için birer kişisel projeden daha fazla şey ifade eden PDUFA'nın sonuçları, FDA yetkilileri tarafından, Amerikan rekabetinin kazandığı başarının simgesi olarak gösteriliyor. FDA'nın bu programı değerlendirmede başvurduğu ana kıstas, işlem sürelerinin *ne kadar hızlı* kısaltabileceğine bakmaktan ibaret. FDA Komisyon Vekil Üyesi Lester Crawford, bir açıklamasında PDUFA ile endüstriyel rekabet arasındaki bağlantıyı şu sözlerle övüyordu:

> PDUFA kapsamındaki hedeflere ulaşma çabamızda artık 8 yıllık bir deneyime sahibiz. Bu dönemde FDA için toplam 73 performans hedefi belirlendi. Bu hedeflerin 71'ini ya gerçekleştirdik ya da daha ötesine geçtik. Bu sayıya usulle ilgili hedefleri de eklediğinizde, kuruluşun 92 PDUFA hedefinden 86'sında başarıya ulaştığını görürsünüz. Sonuçta ise, ürün onay sürelerinde büyük bir kısalma kaydedildi. Artık ABD'de ilaç değerlendirmeleri en az dünyanın diğer yerlerindeki kadar hızlı tamamlanıyor ve Amerikalıların beklediği sıkı standartlardan da taviz verilmiyor. PDUFA'nın çıkmasıyla, Amerikan şirketleri Avrupalı rakiplerini geride bıraktılar ve bugün dünya pazarlarının tartışmasız lideri konumundalar. 2001 yılı Temmuz ayında hazırlanan bir raporda, dünya ilaç pazarında Avrupa'nın payının son on yılda yüzde 10 gerilediği, Amerikan şirketlerinin ise paylarını yüzde 10'un üzerinde artırdığı belirtiliyor.[64]

Onay sürelerinin kısaltılması için utanmazlıkla verilen destek, ciddi eleştirilerle de karşılandı elbette. Elde sistematik çalışmalar bulunmamakla birlikte, düzenlemekle yükümlü olduğu sektörlerle FDA arasında gereğinden çok daha yakın bir ilişkinin kurulduğu yönünde, gözlemlere dayanan güçlü kanıtlar var. Bu ilişki, güvenlik sorumluluğunun hekimlerin omuzlarına yüklendiği havasını yaratıyor ve ilaçları inceleyenlerin üzerinde müthiş bir baskı oluşuyor (İlaç Değerlendirme ve İnceleme Merkezi'nin direktörü bile çok ağır şartlarda, çok büyük bir iş yükünün altında çalıştıklarını herkesin önünde açıklıyor) ve "gerekli onayların çıkartılması yönünde bir mesajın" verildiği hissi egemen oluyor.[65]

---

63 ABD Temsilciler Meclisi, "Reçeteli İlaç Kullanıcı Ücreti Yasası'nın Yeniden Onaylanması", Başkan Michael Bilirakis'in açıklamaları, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 4 Mart 2002.

64 ABD Temsilciler Meclisi, "Reçeteli İlaç Başvuru Ücreti Yasası'nın Yeniden Onaylanması", Lester Crawford'un açıklamaları, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 6 Mart 2002.

65 Bkz. David Willman, "How a new policy led to seven deadly drugs", *Los Angeles Times*, 20 Aralık 2000. Ayrıca bkz. Gardiner Harris, "At FDA, strond drug ties and Less monitoring", *New York Times*, 6 Aralık 2004; "Study condemns FDA's handling of safety", *New York Times*, 23 Eylül 2006.

Devletle endüstri arasında böylesi bir "işbirlikçi" ilişki biçimi, onay sürelerinin kısaltılmasının çok ötesine geçen sonuçlar getiriyor beraberinde. Bu durum, sermaye birikimi koşullarının korunması veya iyileştirilmesi için tasarlanan, sektöre yandaş politikalarda gösteriyor kendini. Vioxx, Redux ve Prozac gibi başarısız ilaçlara karşı idari işlemlerin yavaşlatılmasından tutun da, doğrudan tüketiciye yapılan reklamlar ve ilaçların pazarlanma sonrası gözetimi ile ilgili gevşek kurallara, patent ve imtiyaz sürelerinin uzatılması konusunda FDA ile bağlantılı yasal boşluklara kadar...[66] Son dönemde, ABD'de üretilen reçeteli ilaçların Kanada'dan tekrar ABD'ye ithalini engelleyecek kadar ileri gitti FDA. Bizzat FDA'nın ürün onaylarını taşımakta olan bu ilaçların Kanada'da geçirdiği kısa süre bile, "güvensiz" olarak etiketlenmeleri için bahane edilebiliyor. Son derece açık anlamlar içeren bu adım, Amerikan ilaç şirketlerini, yurtdışında çok daha ucuza sattıkları kendi ilaçlarının rekabetinden korumak için atılmıştı.[67] Kurumların ehlileştirilmesine dayalı birikim stratejisi, devlet kurumları ile sermaye grupları arasında bir özdeşleşmenin de ötesine geçerek, siyasetçiler, düzenleyici kuruluşlar, şirketler ve son derece karmaşık endüstriyel lobi gruplarının iç içe girerek yürüttüğü bir süreç çıkartıyor ortaya.[68] Bu tablo, siyasetçiler arasında ancak nadiren kaygı doğurabiliyor. Bir kez daha Sherrod Brown'dan alıntı yapalım: "Sektör, ürünlerin piyasaya sürülmeden önce FDA tarafından bekletilmesini önlemek üzere bir şeyler yapmamızı istediğinde, verilen emri yerine getirmek için şimşek hızıyla hareket ediyoruz".[69] FDA, Amerikan sağlık endüstrisinin rekabet yeteneğini güçlendirme doğrultusunda bir kamu-özel sektör ortaklığı yürüttüğü için, hedefleri de kâr riskini azaltmaya ve dengeleri bozacak tehditlerin savuşturulmasına dönük oluyor. Endüstrinin destekçileri, bu hedeflerden ödün verildiğini düşündükleri anda derhal etkili bir tavır koyuyorlar ortaya. Örneğin, nadiren de olsa, üreticilerin bazı ilaçları reçetesiz ilaç sınıfına sokmalarına dair bir talimat gündeme aldığında, karşı çıkanların tavrı, "böyle bir uygulamaya izin vermek belirsizlikler yaratacak ve zaten riskli olan ilaç geliştirme faaliyetlerini gereksiz yere güçleştirecektir. Sonuçta yeni araştırma ve geliştirme çalışmaları don-

66 Bkz. İlaç Değerlendirme ve İnceleme Merkezi Direktörü Janet Woodcock'un ABD Temsilciler Meclisi önünde verdiği ifade, "Tüketicinin ilaca erişimini ve ilaca yönelik talebi etkileyebilecek güncel gelişmeler", Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 13 Haziran 2001; ayrıca bkz. John Swasy Aikin ve Amie Braman, *Patient and Physician Attitudes and Behaviours Associated with DTC Promotion of Prescription Drugs*, ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, FDA ve İlaç Değerlendirme ve İnceleme Merkezi için hazırlanan rapor, Kasım 2004.

67 Ceci Connolly, "FDA steps up enforcement on drug imports", *The Washington Post*, 30 Eylül 2003, s. A2.

68 Bu ilişkiler, Tıbbi Cihazlar Kullanıcı Ücreti Yasası (MDUFA) üzerinden, tıbbi cihaz endüstrisine kadar uzanıyor ve diğer ilgili sektörlerin de ağzını sulandırıyor. Bkz. Ernst & Young, *Pulse of the Industry*, s. 23.

69 ABD Temsilciler Meclisi, "Reçeteli İlaç Kullanıcı Ücreti Yasası'nın Yeniden Onaylanması", Sherrod Brown'ın açıklamaları.

durulacaktır" şeklinde oluyor.[70] Bu şantaj, sağlıkla ilgili çoğu tartışmada son noktanın nasıl koyulduğunu özetliyor: Sermaye birikimi olanaklarını birazcık daraltacak her türlü koşulun, doğal olarak *yeniliklerin* önünde engel teşkil ettiği ve bu nedenle de yurttaşlara sunulan *hizmet kalitesini* düşürdüğü söyleniveriyor. Nihayetinde, düzenleyici kuruluşlar, devletle sağlık sektörü arasındaki bütünleşmenin daha da ileri götürülmesini zorlayan, sağlık sektörünün muazzam kâr arayışının zahmete değer bir çaba olarak kalmasını isteyen endüstri destekçilerinin mücadele alanı haline gelmiş durumda.

SONUÇ

Dünya Ticaret Örgütü bünyesindeki sözleşmeler ve bölgesel anlaşmalar üzerinden ticaret ve pazarlama olanaklarının dünya genelinde büyük ölçüde genişlemesiyle, biyomedikal araştırmaları, tedavi seçenekleri ve sağlık hizmeti alanlarında özel sermayenin sergilediği varlık her gün yeni biçimlere bürünüyor. Böylesine metalaştırılmış bir alanda bireyin konumu da hiç şüphesiz karmaşık bir hal alıyor. Sonuçta hepimiz beklenti içindeki hastalarız. Sağlık endüstrisinin uyguladığı sermaye birikimi stratejisi, bizleri son derece zorlu bir soruyla karşı karşıya bırakıyor: Ne kadar sağlığa ihtiyacımız var? Şirketlerin en sıkı mevzuata sahip sistemlerde bile artan ölçüde yer edinmesini kolaylaştırmaya yönelik çabalar, ilaca yönelik hücumu sınırlayabilecek yapıların etkinliğini azaltıyor. Şirketleştirme hedeflerinin özellikle yoğunlaştığı orta gelir düzeyine sahip ülkeler ve "kuzey" ekonomilerinde, kitleler "sağlık hizmetinin bedelini ödeme" zorunluluğuna ustaca hazırlanıyor. 2002'de ölen biyokimyacı Erwin Chargaff'ın açık açık söyledikleri, bunun yolunu açacak cinsten: "Durmadan sızlanan insanlar haline geldik. İnsanlar nasıl sırf doğdular diye zengin olmak zorunda değillerse; sağlıklı olmak zorunda da değiller. Sağlıklı olmak iyi bir şeydir, ama bu bir şey ifade etmez. Şimdi insanlar daha uzun yaşıyorlar; peki nasıl oluyor da daha uzun yaşıyorlar? Ve neden?"[71] Tüm kusurlarına rağmen, halkı merkez alan doğa bilimleri ve sağlık sistemleri, sermaye birikimi olanakları yerine toplumsal uzlaşma tarafından belirlenen insani ihtiyaçlara yönelik tercihlerde bulunuyor ve ilaç kullanımının artırılmasının, "performansın yükseltilmesi"nin önünde kritik bir toplumsal fren işlevi görüyor.[72]

70 ABD Temsilciler Meclisi, "Tüketicinin ilaca erişimini ve ilaca yönelik talebi etkileyebilecek güncel gelişmeler", Richard Kingham'ın açıklamaları, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 13 Haziran 2001.

71 Jordan Mejias, "Research always runs the risk of getting out of control", Erwin Chargaff ile röportaj, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 4 Haziran 2000.

72 David Amsden, "Life: the disorder", *Salon.com*, 25 Kasım 2005, http://www.salon.com adresinde mevcuttur.

Sağlık sektörünün pragmatik stratejileri doğrultusunda, özel sermaye ile halkın öncelikleri arasındaki ayrım çizgilerini bulanıklaştırmak için yürütülen ustalıklı çaba, önemli bir güçlük olarak çıkıyor karşımıza. Özel sermayenin kamusal kaynaklardan azami ölçüde yararlanmasına yönelik saldırılardan nasibini almayan bir sağlık sistemi, bir satın alma-tedarik yapılanması yok bugün. Bu yazıda da ortaya koymaya çalıştığımız gibi, sağlık alanındaki hizmet veya ürün tedarikçileri, kâr akışının en üst boyuta çıkması için çabalıyor. Dayanışmacı toplumlarda, siyaseten makul olduğu sürece, sağlık harcamalarındaki artışı ciddi olarak dizginleyen mekanizmaların sektör tarafından zayıflatılmaya çalışıldığını görüyoruz. Buralarda sistemin tümden dönüştürülmesi zorunlu değil; kârı en üst düzeye çıkartmak üzere mevcut kurumlardan faydalanmak da mümkün. ABD başta gelmek üzere, dayanışmacı olmayan sistemlerde ise, fiyatların genel denetim altına alınması gibi "kötü" örnek olan politikaların engellenmesi, sulandırılması veya daha uygun hale getirilmesi için ihtiyatlı bir gayret harcanıyor. Verimlilikle ilgili tüm iddialara karşın, gerek kamusal gerekse özel sistemlerde, özerkleştirme, bölgeselleştirme veya yerelleştirme nedeniyle, sağlık hizmetini satın alanların fiyatlar üzerindeki baskısı azalıyor. Bu arada, hâlâ önemli roller oynuyor olsalar da, politikaları belirleyen mekanizmalar ve/veya finansman kaynakları üzerinde yapılan değişiklikler yoluyla, düzenleyici kuruluşların hedeflerinin de kurnazlıkla saptırıldığı fark ediliyor. Bu şartlar altında, sağlıkla ilgili tüm şirket, devlet ve kurum yatırımlarının kâr getirmesini sağlamak üzere, sağlık harcamalarının artırılması yönündeki zorlamaların yoğunlaşmasından başka olasılık kalmıyor geriye. Özellikle OECD ülkelerinde, geleceğin yükselen sektörü olarak sağlığa büyük yatırımlar yapılmış olması, bu sürecin hiçbir aşamasında destekçilerin eksik olmayacağı anlamına geliyor. Genel sağlık hizmeti projeleri işte bu yüzden hâlâ büyük önem taşıyor: çeşitli fizyolojik durumların hastalık sınıfına sokulması yaklaşımının karşısında bir set ve endüstrinin birikim olanaklarını azami düzeye çıkarma stratejisinin önünde bir engel olarak. İster ileri seviyede mevzuata tabi tutulmuş ve yerelleştirilmiş sistemler, isterse ödemenin tek kaynaktan yapıldığı sistemler üzerinden olsun, genel planlama ilkesi ne kadar savunulabilirse, sağlık endüstrisinin yayılmacı tahakkümü de o ölçüde dizginlenebilecektir. Hastalar ve aynı zamanda yurttaşlar için.

Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları



Kalman Applbaum

Sağlık hizmetleri ve ilaç, pazarlamada ulaşılan doruk noktasını simgeliyor: ihtiyaçlarımızın son derece yoğun olduğu bu saha, pazarlamanın kendini fazlasıyla geliştirdiği bir suistimal alanı çünkü. Birleşik Devletler'de, "*Overdo$ed*" [Doz Aşımına Uğramış], "*Overtreated*" [Aşırı Tedaviye Maruz Kalmış] bir "*Rx Generation*" [Reçete Nesli] yarattı pazarlama (son günlerin çok satan üç kitabının adı).[1] Oysa öte yanda, dünyanın geri kalan büyük bölümünde, Batıda elli yıl önce kullanılmaya başlanan ilaçlar temin edilebilse büyük ölçüde azalacak hastalıklarla boğuşuyor insanlar. Varlıklı ülkelerdeki aşırı ilaç tüketimi ve bu arada diğer ülkelerin çoğunluğunda yoksul insanlara yönelik sağlık hizmetlerinin aşındırılması birbirinden bağımsız olgular değil. Paul Farmer ve benzeri yorumcular, sağlıkta giderek büyüyen adaletsizliğin başlıca sorumlusu olarak, daha önceleri kamu tarafından yerine getirilen sorumlulukların, piyasanın arz-talep mekanizmalarına terk edilişine işaret ediyor. Piyasa mekanizmalarının, uluslararası sömürüyle umursamazlığın tehlikeli bir bileşimini oluşturacak şekilde, kâr fırsatçılığı ile yeteneksiz ya da kayıtsız devlet planlamacılarını aynı çuvala sokan bir "yapısal şiddet" biçimi olarak karşımıza çıktığını söylüyorlar.[2] Zenginlikte tüm sektörleri geride bırakan, kâr kaynaklarını güvence ve kontrol altına alma doğrultusunda tüm dünyada sağlık hizmetleri altyapısına müdahale eden "büyük ilaç şirketleri"nin güçlü, örgütlü yapılanmasını incelediğimizde, piyasa mekanizmalarına dair kavrayışımız büyük ölçüde gelişecektir.

1 John Abramson, *Overdo$ed America: The Broken Promise of American Medicine*, New York: Harper Collins, 2004; Shannon Brownlee, *Overtreated: Why Too Much Medicine is Making us Sicker and Poorer*, New York: Bloomsbury USA, 2007; Greg Critser, *Generation Rx: How Prescription Drugs are Altering American Lives, Minds, and Bodies*, New York: Houghton Mifflin, 2005.

2 Paul Farmer, Paul Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press, 2003.

İlaç endüstrisinde en çok kazanan yirmi şirketten on dokuzu ya Amerikalı ya da Batı Avrupalı. Yetmezmiş gibi, sektörün şirketler arası birleşmeler yoluyla küreselleşme ve bütünleşme gayretini artırdığı görülüyor. Söz konusu yirmi şirketin idari uygulamaları bu yollarla kopyalanıp türetiliyor ve yaygınlaştırılıyor. Bu uygulamaların ve küresel egemenlik tutkusunun çekirdeğinde ise, yayılmacılık için gerekli zemininin oluşturulmasına ve hayata geçirilmesine olanak tanıyacak algıyı inşa etme görevini üstlenen pazarlama faaliyetleri yer alıyor.

Pazarlamayı merkeze alan anlayış, ihtiyaçları gözeten anlayışla çelişir. İhtiyaç odaklı bir bakış -ki pazarlamacılar da kendi faaliyetlerinin temelinde bu bakışın yattığı iddiasındalar- tüketicilerin ihtiyaçlarının, ayrıca bu ihtiyaçların karşılanmasıyla ilgili fırsat ve engellerin şirketler tarafından titizlikle incelenmesini gerektirirdi. Oysa pazarlama odaklı yaklaşımda, işe tamamen kendi içine dönük bir tutumla başlanıyor. Burada karşılanması amaçlanan ihtiyaçlar, şirketinkilerdir; bunların en önemlisi ise, ne pahasına olursa olsun büyümenin sağlanmasıdır. Aradaki fark, kurnazlıkla üstü örtülmüş olsa da, gerçekte son derece somut. İlaçlar söz konusu olduğunda, ihtiyaçları merkez alan bir yaklaşımda, tedavilerin geliştirilmesi sürecinde şirketlerin öncelikle işin uzmanları konumundaki hekimlere, epidemiyologlara, farmakologlara ve halk sağlığı çalışanlarına, buna ek olarak da hastalara kulak vermesi gerekir. Oysa odak noktasına pazarlamayı oturtan sektör, "karşılanmamış ihtiyaçlar" peşinde koşuyor. Tıp dünyasının tanımladığı ihtiyaçlarla örtüşmesi şart değil bunların; kendilerince belirlenen kıstaslara uygun olsunlar yeter.[3]

İlaç satış rakamlarında, 1990'ların başlarından bu yana, hem satış gelirleri anlamında, hem de dünyada sağlık hizmetlerine harcanan toplam para içerisinden ilaca ayrılan pay itibarıyla hatırı sayılır bir artış gözleniyor. 2008'de satış gelirlerinin dünya genelinde 775 milyar dolara ulaştığı tahmin edilirken, sektörün 1999'dan beri yıllık kabaca yüzde 10'luk bir büyüme kaydettiği anlaşılıyor. İlaç harcamalarındaki inanılmaz yükseliş, sağlık giderlerinin artışında büyük pay sahibi. Sağlık hizmetlerine yaptığımız harcamaların yüzde 18'inden ilaçlar sorumlu. Bu oran, son yıllarda çift hanelerle büyüyor ve İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde biyo-tıbbın ilaç müdahalelerine giderek daha bağımlı hale geldiği savını doğruluyor.[4] Günümüzde ilaç harcamalarının büyük bölümünü bir avuç zengin ülke tek başına yapıyor olsa bile,

3 Kalman Applbaum, *The Marketing Era: From Professional Practice to Global Provisioning*, New York: Routledge, 2004; David Healy, *Mania: A Short History of Bipolar Disorder*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.

4 Bu rakamların ticari ve coğrafi dökümlerinden çok şey öğrenebiliriz: Pazarın yüzde 7'sini patent dışı ilaçların oluşturduğu (ve satış hacmi bakımından önemini giderek artırdığı); dünyadaki ilaç harcamalarının yaklaşık yarısının tek başına ABD pazarında gerçekleştiği gibi. Bu gerçekleri incelemeye yetecek yere burada sahip değiliz ne yazık ki.

gelişmekte olan ülkelerde de rakamların hızla yükselmekte olduğu gözden kaçmıyor.[5]

Bu yayılmanın, birbiriyle bağlantılı iki sürecin sonucu olarak ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bir yanda *tıbbileştirme* [*medicalisation*] süreci işliyor: Önceden tıbbi bir durum olarak ele alınmayan şeyler, sonraları hastalık, işlev bozukluğu veya olası işlev bozukluğu sınıfına dahil ediliyor ve dolayısıyla tıbbi tedavi kapsamına sokuluyor. *Tıbbileştirmenin* stratejik ölçekte uygulanması veya kimi yazarların deyimiyle "hastalık tacirliği", şöyle bir şey:

> ... ilaç şirketlerinin (ya da benzer maddi çıkarları paylaşan diğerlerinin), insanları hasta olduklarına ve tıbbi müdahaleye gereksinim duyduklarına ikna ederek pazarı büyütme çabasıdır bu... Tedavi piyasası iki şekilde büyür: sağlıklı olma tanımı daraltılıp, normal durumların hastalık kapsamına sokulmasıyla veya hastalık tanımının genişletilip, hastalık öncesi durumların, hafif sorunların ve semptomların ortaya çıkışından önceki hallerin kapsama dahil edilmesiyle (örneğin, yüksek kolesterol gibi bir risk etmeninin başlı başına hastalık olarak ele alınmasıyla).[6]

İkinci süreç ise, João Biehl ve arkadaşları tarafından "*ilaca yöneltme*" [*pharmaceuticalisation*] olarak tanımlanıyor: Bireyler ve sağlık hizmeti yöneticileri, hafif rahatsızlıkların bile çok büyük bölümünün tedavisinde "sihirli formül"lerle gelecek çözümlere, yani ilaç kullanımına yöneltiliyor. *İlaca yöneltme*nin stratejik ölçekte uygulanmasında ilk adım olarak, ilaç şirketleri kendi ürünlerinin başka tedavileri tamamlayıcı rolünü bir tarafa bırakıyor ve tam tersine, ürünlerini diğer tedavilerin karşısına rakip olarak çıkartıyor. Başarının ölçütü, sektörün ilaçlar konusunda büyük bir kendine güven sergileyebilmesinde ve diğer tedavi biçimlerini zayıflatabilmesinde yatıyor. Stratejik tıbbileştirme ve ilaca yöneltme uygulamalarını sağlığın metalaştırılmasındaki ana unsurlar olarak değerlendirdiğimizde, bugün sağlık hizmetleri üzerindeki en büyük baskının öznesi konumunda olan niyet ve suistimalleri de kavramaya başlarız.

PAZARLAMA PENCERESİNDEN KÜRESEL SAĞLIK HİZMETLERİ

İlaç sektörünün yayılması küresel ölçekli olduğundan, ilerleyen kısımlarda, kapitalizmin genişlemesine ve derinleşmesine dair klasik çözümlemelerin günümüz ilaç endüstrisindeki karşılığı olarak tanımlanabilecek üç süreci inceleyeceğiz: (1) yeni pazarlara girme veya mevcut pazarlarda tüke-

5 OECD, *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*, Paris: OCED, 2008.

6 Steven Woloshin ve Lisa M. Schwartz, "Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick", *PLoS Medicine* 3(4), 2006: s. e170. Ayrıca bkz. Ray Moynihan ve Alan Cassels, *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning Us All Into Patients*, New York: Nation Books, 2005.

timi artırma yoluyla ürün piyasasının büyütülmesi; (2) ülke ortamının, ilaç pazarındaki büyümeyle uyumlu hale gelmesini sağlamak üzere, sağlık politikaları ve idaresi üzerinde dayatmalara gidilmesi; (3) hammaddenin (bizim durumumuzda klinik denekler) yurtdışı kaynaklardan temini yoluyla maliyetlerin düşürülmesi.

İlaca yöneltme I: talebin canlandırılması

Çoğu sektör, yoksul ülkelerde bile sömürülecek en kazançlı kaynağın artık hammadde veya emek değil, tüketime yatkınlık olduğunu fark etmiş durumda. Şirketler, bu potansiyeli faydaya çevirmek için birbirine benzer iki yaklaşım sergiliyor. Birinci yaklaşımda, ilaçlarının satış hacmini ve kârlılığını artırmak üzere, ticaret sahasını (dağıtım kanalları, tedavi protokolleri, devletin ödeme politikaları) etki altına alıyorlar. İkinci yaklaşımda ise, talebi doğrudan kamçılamak amacıyla, "eğitim" adı altında, hekimlere ve hastalara yönelik "bilinçlendirme" kampanyaları düzenliyorlar. Şimdi, ilaçta talebin canlandırılmasıyla ilgili birkaç önemli noktaya değinelim.

İlaçlar, normalde esnek olmayan, yani promosyonlar (veya fiyatın düşürülmesi) yoluyla kayda değer bir tüketim artışının sağlanamayacağı ürünler olarak düşünülürdü. Örneğin, yüksek tansiyondan muzdarip olmayan biri, reklam panolarından etkilenip hipertansiyon ilaçları almaya başlamaz ya da halihazırda bu ilaçları alan insanların tanıtımlar sayesinde kullanım dozunu yükseltmesi beklenmez. Hekimler, bu ilaçları sadece ihtiyaç duyanların reçetelerine yazarlar ve bizler de hekimlerin reklamlara göre değil, bilimsel çalışmalara göre hareket ettiğini düşünürüz.

Ne var ki gerçek pek çok zaman böyle değil. Araştırmaların finanse edilmesinden bilimsel yayınların basımına, FDA onayının alınmasından halk sağlığı tedavi protokollerine, ürün etiketlerinden tıp konferanslarının bilimsel programlarına ve tıp okullarındaki eğitime kadar, tıbbi bilgi zincirini oluşturan her halka, planlı ikna kampanyalarının bombardımanı altında bugün. Bizzat şirketler tarafından yazılan araştırmalara ait sonuçların tıp fakültelerinde ya da mesleki konferanslar bünyesinde sponsorlarca finanse edilen "güdümlü sempozyumlarda" yayınlanması için önde gelen akademisyenlere ("ana kanaat önderleri") harcanan para, sektörün pazarlama giderleri arasında yüzde 20'lik payla en büyük kalemi oluşturuyor. Reklam harcamaları bile, yüzde 14 ile daha geride kalıyor.[7] Psikiyatri gibi kimi sahaların, pazarlamanın saldırısına karşı görece savunmasız olduğu anlaşılıyorsa da, tüm uzmanlık alanlarında bu yönde derin bir etkinin mevcut olduğu çok açık.

7 Francoise Simon ve Philip Kotler, *Building Global Biobrands: Taking Biotechnology to Market*, New York: Free Press, 2003, s. 147

Dolayısıyla, ilaç propagandasının hedefinde geniş kitleler değil, hekimler bulunuyor. Ortalama bir hekim, bilimsel araştırma raporlarının ya da ana kanaat önderlerinin iddialarının doğruluğunu veya gerçekte taşıdığı değeri değerlendirebilmek için gerekli eğitim düzeyine de, zamana da sahip değil. Sektörse bu yetersizlikleri tüm halkın zararına olacak şekilde sömürüyor. Bu sömürünün sürüp gitmesinde, çoğu hekimin, kendi uygulama alanına tamamen hâkim olmadığını düşünmesinin de payı var. ABD'de özel sermayenin (HMO'lar[8] ve sigorta şirketleri dahil) tıbbı etki altına almakta başvurduğu tüm yolları tam olarak bilmeyen halkın, hekimlere artık eskisi gibi güvenmediği belirtiliyor. İroniye bakın ki, sağlık bilgilerini alırken yüzlerini hekimlerden başka kaynaklara çevirmeye başlayan tüketicilerle doğrudan ilişki kurma yolunda bu güvensizlik de ilaç endüstrisi açısından bir fırsata dönüşüyor.

Halk sağlığı hizmetlerinin ilaca dayalı çözümlere bağımlılığı pekiştirecek şekilde sunumu, dünyanın diğer yerlerinde de aynı sonucu veriyor: Halk, bilgiye ulaşma konusunda uzmanlara sırtını dönüp, kollarını açmış bekleyen ilaç satış temsilcilerine koşuyor. İlaç şirketleri, bir fizyolojik durumun adı veya semptomlarını internette araştırdığımızda karşımıza çıkan bilgileri şekillendirmek ve tahrif etmek için büyük kaynaklar seferber ediyor. İlaç şirketi suistimallerinde, Wikipedia bu bakımdan en önemli sitelerden birisi örneğin.[9] Sonuçta, pek çok hasta, daha hekime gitmeden hangi ilaçları ve testleri isteyeceğine karar vermiş oluyor. Ticarileştirilmiş bir tıp dünyasında çok kıymetli müşteriler gözüyle bakılan bu hastaları ürkütüp kaçırmak, bu işe pek gönüllü olmayan hekimlerin bile kaçınacağı bir şey.

Hiperkolesterolemi veya prediyabet gibi gözle görünmeyen, herhangi bir belirti vermeyen rahatsızlıkların tedavisine yönelik ilaçlar da insanların ilaç ve testleri kendi kendilerine kararlaştırması eğilimini güçlendiriyor. Jeremy Greene, *Prescribing by Numbers* [Rakamlarla Reçeteler] adlı kitabında, bu rahatsızlıkları, "kendini sağlıklı bulan, buna karşın çok miktarda ilaca maruz bırakılan bireyin modern çıkmazı" diye tanımlıyor.[10] Greene'in söylediği şey,

8 Amerikan sağlık sisteminin bir parçasını oluşturan HMO'lar, temelde prim ödemesine dayanan, ancak katkı payları gibi ilave ücretlerin de ödendiği bir sağlık sigorta sistemi olarak tanımlanabilir. Ülkede HMO olarak hizmet veren kamu kuruluşları ve özel şirketler bulunmaktadır. Her bir HMO, sözleşmeyle üye alarak, kendi bünyelerinde bulunan ya da anlaşmalı oldukları sağlık tesisleri ve sağlık personeli aracılığıyla hizmet sunmaktadır. Ülkede geçerli yasalar, 25 veya daha fazla kişi istihdam eden ve başka bir sağlık hizmeti seçeneği sunmayan şirketler için, çalışanlarına HMO sigortası temin etme zorunluluğu getirmektedir. Sunulan tedavilere getirilen kısıtlamalarla, maliyetin klasik sigorta sistemlerinden daha düşük olması amaçlanmaktadır – *çev.*

9 Mikkel Borch-Jacobsen, "L'industrie pharmaceutique manipule Wikipédia" *Rue89*, 7 Nisan 2009, http://www.rue89.com adresinde mevcuttur. Jeffrey Light, "Abbott Laboratories deletes safety concerns from Web", *Patients not Patents*, http://PatientsNotPatents.org adresinde mevcuttur.

10 Jeremy Greene, *Prescribing by Numbers: Drugs and the Definition of Disease*, Baltimore: John Hopkins University Press, 2007, s. viii.

ilaçlarla "idare edilmeye" çalışılan sağlık risklerinin uydurma olduğu değil. Ancak, bu ilaçların kullanımının artması için, risk eşiğinin ilaç şirketlerince belirlenmesi zorunlu. Kan basıncı 140/90 olarak ölçüldüğünde mi hipertansiyon teşhisi konulacak, yoksa 130/80 olarak ölçüldüğünde mi? Bu iki değer arasındaki fark herhangi biri için önemsiz görünebilir, ama ilaç endüstrisi için milyarlarca dolarlık bir anlam ifade eder. Greene'in söylediği gibi: "Teşhis süreçleri şimdilerde hekim ile hasta arasında bir görüşme olmaktan çok, ilaç endüstrisi ile tedavi protokollerini belirleyen komisyonlar arasındaki bir ilişki niteliğinde".[11]

Etkin pazarlama faaliyetleri, tüketicinin algısı ve satın alma güdüsü arasında bir köprünün kurulabilmesi için, yaratılan simgelerin soyut dünyasının da güçlü, işlenerek büyütülebilecek duygularla bağlantılı kılınması gerekiyor. Korkunun ve onun panzehiri olan riskten kaçınma davranışının elverişli bir pazarlama aracı sunduğu çoktan öğrenildi: Bu araç, sağlıklı görünen, semptomlar sergilemeyen insanların, ilaca ve kesintisiz takibe ihtiyaç duyan hasta kişilere dönüştürülmesine olanak tanıyor. Korumanın yerini risk yönetimi[12] almaya başladı; oysa bu ikisi hiç de aynı şey değil. Hem risk yönetimi yaklaşımı, hem de ilaç kullanım koşullarının öngördüğü yaşam tarzları, uzun süreli tedavileri dayatıyor.[13] Koruyucu yöntemler ve stratejilere karşı başarıyla rekabet ederek satış rekorları kıran *blockbuster* ilaçların (yıllık satış tutarı 1 milyar doları geçen ürünler) arkasında yatan bu işte. Bir şirketin ürün yelpazesinde, *blockbuster* ilaçlardan elde edilen kazanç, tüm diğer ilaçların sağladığı toplam kazanç düzeyine yaklaşabiliyor. 1991'de *blockbuster* ilaçlar tüm ilaç piyasasının yüzde 6'sını temsil ederken, bu oran 1997'de yüzde 18'e, 2001'e gelinceye kadar da yüzde 45'e tırmandı.[14] Piyasada en çok satan on ilaç, giderek büyüyen sektörde ürünlerin sayıca yüzde 0,25'ini bile temsil etmediği halde, 2006'da 60 milyar doların üzerinde satış geliri sağladı.[15]

Sektör, öznel bir deneyim olan hastalıkla sadece kendisi bağ kurmak istiyor. Hastalık deneyiminin boyutlarından biri olan yaşam kalitesine tıp adamlarının yeterince önem vermediğini, oysa kendilerinin bu konuda derinlikli bir kavrayışa sahip olduğunu iddia ediyor.[16] Buradan, pazarlama di-

11 Aynı eser, s. 219.

12 Risk yönetimi: Daha hastalık ortaya çıkmadan, hastalıkla ilgili risklere müdahale edilmesine dayalı yaklaşım- *çev.*

13 Hastalık harici ilaçlarla ilgili bir irdeleme için bkz. Kalman Applbaum, "Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer", *PLoS Med*, 3(4), 2006, s. e189.

14 http://www.mcareol.com/mcolfree/mcolfre1/visiongain/blockbuster.htm.

15 Bu rakamlar, IMS Health tarafından yayınlanan ve http://www.imshealth.com adresinde mevcut olan raporlar temel alınarak tahmin edilmiştir.

16 Annemarie Mol, *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*, New York: Routledge, 2007.

liyle ifade edilen ihtiyaçların ilan edilmesine geçiveriyorlar: risk yönetimi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, tüketicinin tercih hakkı ve en tesirli, en üst düzey ürünlerin Batılı markalar olduğuna dair güven. Yanlarına çekmek istedikleri tüketicilerin gönüllü mutabakatını sağlamaları gerektiğinden, ilaç pazarlamacılarının önünde duran sorun, insanın acılarını, örneğin hastalık deneyimini kendi öznel sahasında ele almak, ancak bu deneyimi hiç de kişisel olmayan, şirkete ait "piyasayı büyütme" hesabı doğrultusunda işlemektir.

Risk yönetimi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve tüketicinin tercih hakkı, kulağa az gelişmiş dünyanın gerçek kaygılarından epey uzak geliyor: AIDS, tüberküloz, sıtma ve koleranın pazarlamada hedef seçildiğini görmüyoruz genellikle; çünkü bunlar asıl olarak yoksul insanların başına gelen hastalıklardır ve bu hastalıklara yönelik ilaçlar artık patent koruması altında değildir. Pek çok gelişmekte olan ülke ekonomisi, zenginle yoksulun bir arada var olmasıyla ifade buluyor ve bu eşitsizliğin kolları, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarına da doğrudan uzanıyor. Aynı eğilim, varlıklı ülkelerde de giderek güç kazanıyor. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde sağlık bütçeleri iki boyutlu bir mücadeleyle karşı karşıya. Yoksullar bulaşıcı hastalık ve ishalle, yetersiz beslenme ve benzeri sorunlarla boğuşurken, daha varlıklı kesimlerde kalp-damar hastalıkları, kanser, alerjiler, depresyon ve diğer "zengin hastalıkları" öne çıkıyor. Bunlar "zengin hastalıkları" olarak adlandırılıyor, çünkü hem görülme hem de teşhis edilme sıklıkları ekonomik olanaklarla doğru orantılı.[17] Tüm diğer tüketim alanlarında olduğu gibi, burada da pazarlamanın başlıca hedefi zenginler. Bir farkla: Harcanması istenen para doğrudan yurttaşların ceplerinde değil, kamu bütçesinde duruyor ve zenginlerin talepleri, yoksulların ihtiyaçları karşısında daima öncelik kazanıyor.

İlaca yöneltme II: politika girişimleri

Zengin ülkelerde ilaca yönelik talep artışı, dünyanın diğer yerlerinde insan kaynaklarından faydalanma gündemini biçimlendirirken, yerel düzeyde sağlık hizmetlerine bakışı belirleyecek bilimsel, idari ve ahlaki standartları etkileme kampanyasına da küresel pazarlamanın tutkuları yön veriyor. Tüm dünyaya ilaç satabilme kabiliyeti, eskiden olduğu gibi şimdi de patentli ilaçlara yönelik politikaların ve tutumun değiştirilebilmesine bağlı.

İlaca yöneltme süreci, yurtdışında PhRMA'nın (Amerikan İlaç Üreticileri ve Araştırmacıları) lobi çalışmaları ve ICH (Uluslararası Uyum Konferansı) gibi endüstrinin himayesindeki ticari mekanizmaların yardımıyla güçlendiriliyor. Bu çabalar, pek çok ülkedeki halk sağlığı çalışmaları üzerinde ve

17 M. Ezzati, S. Vander Hoorn, C.M.M. Lawes, R. Leach, W.P.T. James, "Rethinking the 'diseases of affluence' paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development." *PLoS Medicine*, 2(5), 2008, s. e133.

özellikle de akıl sağlığı alanında şimdiden şüpheli etkiler yarattı bile. Yapısal düzenlemeler ve diğer ekonomik kemer sıkma dayatmalarıyla karşılaşan hükümetler için, halkı ilaca yöneltmek, klinik faaliyetleri yürütmekten ve sağlığın korunmasına dönük çalışmalardan daha ucuz bir çözüm gibi görünüyor. Ancak, ilaca yönelimin artırılması da, tıpkı diğer neoliberal ekonomik reformlar gibi, hastalıkların yapısal nedenleriyle mücadele etme yaklaşımından geriye doğru atılmış büyük bir adım niteliğinde.[18]

Biehl, Brezilya'da yürütülen küresel sağlık politikalarıyla ilgili çalışmasında, neoliberal devletle arz-talep mekanizması arasında sağlanan uyum sonucunda halk sağlığı alanında ilaca yönelimin nasıl yükseltildiğini araştırdı.[19] AIDS'in neden olduğu yıkımı durduracak bir biyoteknoloji politikasının geliştirilebilmesi için Brezilya hükümeti ile ilaç endüstrisi arasındaki ilişkilerden bahsediyor Biehl. Hükümet, kimi hedeflerine ulaşma yolunda, bir yanda "küresel ilaç şirketlerinin patent ve fiyatlandırma koşullarına karşı koyarken", öte yanda ilaç şirketlerinin de dahil olduğu bir ittifak yaratmayı bildi.[20] Biehl, ilaç şirketlerinin "biyo-siyasetle nasıl ilgilendiğini, hem devlet kurumlarında hem de bireylerin yaşamında ilaçlar üzerinden nasıl meşruiyet kurmaya ve var olmaya çalıştığını", ayrıca ilaca yöneltme sürecinin Brezilya'da planlandığı gibi ilerlemekte olduğunu görüyor elbette.[21] Brezilya hükümeti, kamu ile özel sektör arasında ne kadar ortaklık tasarlamış ve uygulamaya koymuş olursa olsun, sonuçta piyasa ile devlet arasında bir *rekabet* varlığını sürdürüyor. Nedeni de oldukça basit: Hedefleri pek çok bakımdan örtüşmüyor.

Ticari hedeflerle halk sağlığı arasındaki bu karşıtlık, 2000'lerin başında SSRI antidepresan ilaçların Japonya'da piyasaya sürülüşü sırasında tüm çıplaklığıyla karşıma dikilmişti.[22] PhRMA'nın katılımından da büyük fayda gören ve piyasalaştırma için gerekli zemini hazırlayan ilaca yöneltme programı şu adımlardan oluşuyordu: (1) Ruhsal bozukluklardan muzdarip Japonların tedavisinde var olduğu iddia edilen yetersizliklerin vurgulandığı bir söylemin inşa edilmesi; (2) sözde birbiriyle rekabet halinde olan şirketlerin, "pazarın yaratılması"nda eşgüdüm içerisinde hareket etmesinin sağlanması; (3) ilaç endüstrisinin çıkarlarına hizmet eden sağlık reformuna küresel kıstasla-

18 Nguyen Vinh-Kim ve Karine Peschard, "Anthropology, inequality and disease: a review", *Annual Review of Anthropology*, 32, 2003, s. 447-74.

19 João Biehl, "Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics", *Anthropological Quarterly*, 80(4), 2007, s. 1085.

20 Aynı eser, s. 1102.

21 Aynı eser, s. 1093.

22 Kalman Applbaum, "Educating for global mental health: American pharmaceutical companies and the adoption of SSRIs in Japan," A. Petryna, A. Lakoff ve A. Kleinman (der.), *Pharmaceuticals and Globalization: Ethics, Markets, Practices* içerisinde, Durham: Duke University Press, 2006, s. 85-111.

rın dahil edilmesine yardımcı olmak üzere, ICH gibi uluslararası kurumların ve hasta hakları örgütlerinin devreye alınması; (4) Sağlık, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı etrafında lobi çalışmaları yürütülerek, sağlık reformu ve Japon ilaç şirketlerinin rekabet gücü çerçevesindeki tartışmaların kızıştırılması. Bunlar ve diğer ilgili kampanyalar, toplumun ruhsal sorunlarla ilgili tedavi ve kamu hizmeti taleplerinin topyekûn başkalaştırılmasına dönük bir çabayı ifade ediyordu. Bu faaliyetlerin görünüşteki amacı, Japonya'daki ruh sağlığı hizmetlerinin üstün küresel standartlara kavuşturulmasıydı ama, açığa vurulmayan gerçek hedef, ilaç pazarının özelleştirilmesi yönünde baskı yaratmak ve çok büyük bölümü yabancı olan yeni ilaç tedarikçilerine, kendi alışıldık pazarlama ve fiyatlandırma sistemlerini Japonya'da da uygulamaları yolunda serbestlik kazandırmaktı.

Dolayısıyla, ilaca yöneltme sürecinin, biyomedikal biliminin evrenselleşme iddiası, dünya üzerindeki tüm hastalara yönelik ahlaki tedavi yükümlülüğü ve hastalık deneyiminin öznelliği arasında üçlü bir köprü yaratarak işlev gördüğünü söyleyebiliriz. İlaç endüstrisi, kollarını bu alanlardan her birine imtiyazlı bir şekilde uzatma hakkını talep ediyor. AR-GE çalışmaları için harcadığı parayla ve yürüttüğü klinik deneylerle böbürlenip, 20. yüzyılda ilacın yakaladığı başarıların eskimiş pankartını açarak, "İşte görün; biz insanlığın kurtarıcılarıyız!" diyor. Bu iddia, ahlaki bir boyut da taşıyor aynı zamanda. Sektör, yeni ilaçlar için en yüksek fiyatları ödemekten kaçınan kamu sağlık kuruluşlarıyla ilgili lobi çalışmalarını (örneğin hasta hakları örgütlerinin faaliyetlerini) eşgüdüm içine sokuyor ve ilerlemenin verdiği meyvelerin ızdırap çeken hastalardan esirgendiği suçlamasıyla saldırıyor kamu sağlık sistemine.

İnsan kaynağının temini

Şirketler, her zaman yurtdışında daha ucuz işgücü ve daha düşük maliyetli üretim girdileri arayarak masraflarını azaltma arayışında olmuştur. Sömürgeciliğin itici güçlerinden biriydi bu. İlaç endüstrisinde AR-GE giderlerinin yükselmesinin ardında yatan çeşitli nedenler arasında, ilaç kullanım sahalarının büyük ölçüde genişlemesi sonucunda klinik denemelere yönelik ihtiyacın artması da bulunuyor. Örneğin, bir ilacın tek seferde pek çok farklı endikasyon için teste tabi tutulması gerekebiliyor ve elbette başarıya ulaşılması halinde de ilacın ticari potansiyeli önemli derecede büyüyor. Bu arada, çok fazla ilaç kullanımına maruz kalan varlıklı ülke halkları, denek olarak kullanılma konusunda elverişsiz hale geliyorlar: İlaçların etkileri, "tedavi bakiri" toplumlar üzerinde çok daha etkin biçimde ölçülebiliyor. İlaç şirketleri ve onlara iş yapan taşeronlar, araştırma çalışmalarının büyük kısmını, "teda-

vi bakiri" deneklerin bolca ve ucuza bulunabildiği az gelişmiş ülkelere (ve bu arada ABD içindeki yoksul kesimlere[23]) işte bu yüzden kaydırıyorlar.

Denemelere ev sahipliği yapan ülkeler, araştırma deneklerinin korunması kurallarını uygulama konusunda da daha geri bir noktada bulunabiliyor çoğu zaman. Bu ülkelerde konuşlanmış taşeron araştırma kuruluşlarının ahlaki kuralları bir kenara bırakması hiç de nadir rastlanan bir durum değil. 1990'larda Trovan adlı ilacın Nijerya'daki denemelerinde Pfizer tarafından işlendiği öne sürülen suçlar, hem sömürgeci kaynak talanını, hem de gelişmiş ülkelerde yasadışı ilan edilmiş insanlık dışı işlerin "ihraç edilmesi" yönündeki 19. yüzyıldan kalma alışkanlığı anımsatıyor.[24] Ülke içinde yapılamayıp da dışarıda kotarılan klinik deneyler, ilaç testlerinde tutukluların kullanılması şeklinde somutlaşıyor.

Klinik deneylerin küreselleşmesi, bir dizi çetrefilli açmazı da beraberinde getirmekte. Bilimsel açıdan yaklaşıldığında, az gelişmiş ülkelerdeki deneklerin kullanılması, bu deneklerin tıbbi geçmişleriyle ilgili kayıtlar genellikle tam olarak tutulmadığı için daha en baştan sorun teşkil ediyor. Yerel çalışanların teşhis sürecindeki tutum farklılıkları ve hastaların durumlarını bildirme alışkanlıkları temelinde, ilaçların etkilerini değerlendirme kıstasları kültürden kültüre değişebiliyor. Örneğin nöropsikiyatrik durumların tedavisi için geliştirilen ilaçlar söz konusu olduğunda, teşhiste ve sonuçların bildirilmesinde kültürel farklılıkların yansımalarına dayalı sorunlar araştırmayı içinden çıkılmaz hale getirebiliyor.

Ahlaki ve yasal sorunlar daha da karmaşık. Yurtdışında imza attıkları veya pay sahibi oldukları insan hakkı ihlalleri için Amerikalı veya Avrupalı şirketlerin dava edilmesine ilişkin açık bir yasal emsal yok. İlaç araştırma taşeronlarını ahlaklı davranmaya zorlama işi uluslararası topluma bırakılmış durumda. Uluslararası toplum ise, insan deneklerin yer aldığı biyomedikal araştırmaları için kılavuzlar sunan Helsinki Bildirisi gibi, uygulamada etkinliğe sahip olmayan sözleşmeler üzerinden bir şeyler yapmaya çalışıyor. Evrensel ölçekte kabul gören ahlaki kuralların varlığı, bu kurallara uyulmasını sağlamak için tek başına yeterli değil. Herhangi bir kuramın toplumsal pratiğe geçirilmesinde yaşanan tüm güçlükler, bir ahlaki kuralın yasal düzenlemeye dönüştürülmesi için de geçerli. Hem de yasal düzenlemelerin uygulamada yer bulması bile başlı başına bir sorunken... Adriana Petryna, ahlaki ölçütlerin somut dünyaya yansıtılmasında sergilenen farklılıkların, tüm toplumun içine düşebileceği karanlık bir uçurum yarattığı görüşünde. Bu, deneme yapan şirketler ve aynı zamanda başkalarınca sömürülebilecek bir

23 Carl Elliott ve Roberto Abadie, "Exploiting a research underclass in phase 1 clinical trails", *New England Journal of Medicine*, 358(22), 29 Mayıs 2008.

24 Joe Stephens, "Panel faults Pfizer in '96 clinical trial in Nigeria'", *Washington Post*, 7 Mayıs 2006.

uçurum.[25] Üstüne üstlük, üretilecek ilacın, hiç olmazsa testlerin yürütüldüğü ülke halkı tarafından satın alınabilecek fiyatlarla satışa sunulması yönünde şirketleri zorlayacak bir mekanizma dahi yok.

REKABET ALDATMACASINA KANMAK

Bir tanımlamaya göre, pazarlamanın işlevsel sorumluluğu, arz ile talep arasındaki köprüyü kurmaktan ibaret: Pazarlama, tüketicinin satın alma eğilimi ile ticari işletmenin satış ihtiyacını aynı yörüngeye sokmalı ve ürünlerin satışının önündeki yapısal piyasa engellerinin üstesinden gelmeli. İlaçlar söz konusu olduğunda, dağıtım zincirleri özellikle karmaşık bir hal alıyor, çünkü ürünün nihai kullanıcıya ulaştırılması sürecine eklenmesi gereken aracıların bir çoğu, diğer tüketim ürünlerinin büyük bölümü için geçerli olan tablonun aksine, ticari aktörler değil. Dolayısıyla, ticari değerin bir şekilde tıbbi değer olarak sunulması zorunlu. Hem ilaç sektöründe hem de genel olarak küresel ticarette, tedarik zinciri yeterince uzunsa, arz ile talep arasında köprü kurma işi ve bu işe ait masraflar, şirket bünyesindeki diğer işlevlerin getirdiği iş ve masraf yükünü gölgede bırakır. Bu durumda pazarlama büyür; pazarlamaya ait bakış açısı ve alışkanlıklar, firmanın bütününde odak noktası haline gelir. Yirmi yıl önce *blockbuster* ilaçların yükselişe geçtiği an, dev ilaç şirketlerinde araştırma odaklı çalışma biçiminin yerini tamamen pazarlama odaklı yaklaşıma terk etmesinin işaretiydi.[26]

Öyleyse, *blockbuster* ilaçların tıbbi marifetlerinin genelde büyük önem taşımadığını öğrenmek artık bizi şaşırtmayacaktır. Merrill Goozner açıklıyor: "Her dört ilaç uygulamasından üçünde, piyasada zaten satılan başka ilaçların etkisini taklit eden ya da yeni olsa bile, hastalarla hekimler için ancak çok küçük ilave fayda ortaya koyabilen ürünler kullanılıyor".[27] ABD Devlet Denetleme Kurumu'nun 2006 tarihinde Kongre'ye sunduğu bir raporda, "İlaç endüstrisi keşifler bakımından hareketsiz bir yapıya bürünmüştür" deniyordu.[28] Sektör adına yorum yapanlar bile, keşiflerde ortaya çıkan bu gerilemeyi kabul ediyor ve ilaç şirketlerinin uzun dönemde kârlılığını koruyabilmesine ilişkin endişelerini dile getiriyorlar. İlerleyen satırlarda bu konuya döneceğiz.

25 Adriana Petryna, "Ethical variability: drug development and globalizing clinical trials", *American Ethnologist*, 32(2), 2005, s. 191-2.

26 Kalman Applbaum, "Broadening the marketing concept: service to humanity or privatization of the public good?", D. Zwick ve J. Cayla (der.), *Inside Marketing* içerisinde, Oxford: Oxford University Press, baskıda.

27 Merrill Goozner, "GAO: drug innovation legs despite high drug prices", *Gooznews*, 19 Aralık 2006, http://www.gooznews.com adresinde mevcuttur.

28 Birleşik Devletler Denetleme Kurumu, "New drug development: science, business, regulatory, and intellectual property issue cited as hampering drug development efforts", Washington: Government Accountability Office, Kasım 2006, http://www.gao.gov adresinde mevcuttur.

Bilimsel açıdan epey sönük kalan *blockbuster* ilaçların merkeze yerleştirildiği yaklaşımın doğal sonucu olarak, pazarlama bütçelerinin araştırma-geliştirme harcamalarını geride bıraktığı görülüyor. Marc-André Gagnon ve Joel Lexchin, Amerikan ilaç endüstrisinde pazarlama faaliyetlerinin harcama bakımından AR-GE'yi neredeyse ikiye katladığını ortaya koydular.[29] Benim vardığım sonuçlar, şimdi daha da büyümüş olması gereken bu oranın bir kez daha gözden geçirilmesi gerektiği yönünde. Zira, AR-GE harcaması olarak sınıflandırılan pek çok gider (rekabet amaçlı ilaç denemeleri, yayın çalışmaları ve pazarlama sonrası piyasa araştırmaları), aslında pazar payının artırılmasına ya da bitmek üzere olan patent süreleriyle bağlantılı kazançların elde tutulmasına ayrılmış durumda. Bu tip harcamalar, "keşif amaçlı" AR-GE faaliyetleri yerine, "pazarlamayı tamamlayıcı" AR-GE faaliyetleri sınıfına sokulmalı. Mevcut ilaçların neredeyse kopyası niteliğindeki "eşdeğer" ilaçları da buna eklediğimizde, "pazarlamayı tamamlayıcı" AR-GE faaliyetlerinin, belli başlı tüm ilaç şirketlerinde keşif amaçlı bilimsel çalışmaları gölgede bıraktığını görüyoruz. Aslına bakacak olursak, pazarlama ile AR-GE arasında yatırım tutarları üzerinden bir kıyaslamaya gitmek bile anlamsız bir çaba; zira bu iki faaliyet alanı halihazırda pazarlama yönetiminde birleştirilmiş durumda.[30]

Bir ürünün pazardaki başarısıyla getirdiği yenilikler arasında bir bağlantının bulunup bulunmadığını halk pek sorgulamıyorsa da, gerçek şu ki, günümüzde başarılı ilaçların çoğunda bilimsel keşiflerin değil, etkin pazarlamanın damgası var. Pfizer firmasının Lipitor adlı ilacını örnek gösterebiliriz. Kendisinden önce geliştirilen beş farklı lipit düşürücü (statin) ilacın ardından piyasaya sürülen Lipitor'un piyasa başarısı kazanması için, halkın kafasında hiperkolesterolomi rahatsızlığının daha fazla yer tutmasını sağlamak üzere, 2002 yılında Pfizer'ın 1,3 milyar dolarlık yatırım yaptığı tahmin ediliyor (Haiti'nin aynı yıl için belirlediği sağlık bütçesinin *yüz* katı[31]). Sonuçta, tüm statin pazarı yaklaşık beş yıl boyunca çift haneli senelik büyüme oranları yakaladı.[32] Lipitor satışları da 2006'de zirve yaparak 14,3 milyar dolara ulaştı. Farkındalık yaratma kampanyaları, sağlık hizmetleri alanında açıkça hissedilen bir etki bırakıyor. Talebin artması, talebin daha da artmasını körüklüyor. ABD gibi, reklamla doğrudan tüketiciye ulaşmanın yasal olduğu ve yaygın bir uygulama

29 M. A. Gagnon ve J. Lexchin, "The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States", *PLoS MEdicine*, 5(1), 2008, s. e1.

30 Kalman Applbaum, "Is marketing the enemy of pharmaceutical innovation?", *Hastings Center Report*, yakında çıkacak.

31 Joia S. Mukherjee, "Scaling up access to HAART in Haiti", 20 Eylül 2003, http://www.impactaids.org.uk adresinde mevcuttur.

32 Sharon Reier, "Blockbuster drugs: take the hype in small doses", *International Herald Tribune*, 1 Mart 2003. Ginal Kolata, "Experts set lower low for levels of cholesterol", *New York Times*, 13 Temmuz 2004.

alanı bulduğu pazarlarda, sağlık hizmetlerinde giderlerin sarmal bir yörünge izlemesinin önemli nedenlerinden birisi de budur.

Rekabet, şirketler için temel odak haline geldi. Bu yapılanmanın getirdiği şey, tüketicinin ihtiyaçlarını merkez alan yenilikçi ilaçlar değil, diğer şirketlerce pazarlanan ürünlerden farklı kimi özellikler taşımaktan başka marifet sergilemeyen ilaçlar oluyor. Pazarda sayıları giderek artan, tüketicilerin havada kalmış ihtiyaçlarını karşılama yolunda hepsi de birbirine benzer teknolojilere, idari kaynaklara ve araştırma yöntemlerine sahip olan şirketler, rekabetin çekim gücüne tabi bir yörünge izleyerek, "müşteriler için değer yaratma, aktarma ve sunma" şeklinde ifade ettikleri pazarlama hedeflerinin tam tersini yapıyor.[33] "Çığır açan" ürünlere yönelik arayışın yerini, karşılanmamış ihtiyaçların peşinden koşulan bir "yapısal boşlukları bulma" mantığı alıyor. Bu mantığın istediği sonucu ortaya çıkartmak için illaki gerçek keşiflere ihtiyaç yok; ürünler ve markalar üzerinde yaratılan anlamsız farklar da bu işi görebiliyor nasılsa.

Böylece, ilaç endüstrisindeki rekabet, kişisel bakım ürünleri, paketlenmiş gıda ve kozmetik gibi "hızlı tüketim malları" sektörlerindeki marka rekabetini andırır hale geliyor. Gerçekten de, ilaç endüstrisine danışmanlık yapanlar, kârlılık düzeyinin korunabilmesi için hızlı tüketim malları sektörünün taklit edilmesinin gerekliliğini dile getirme konusunda yarışır gibiler. Dolayısıyla, milyarlarca dolarlık "kola savaşları"nda somutlaşan, rekabet kaynaklı, budalaca ve fayda getirmekten uzak bir yenilik anlayışının ilaç endüstrisine de egemen olduğu görülüyor. Kolesterol düşürücü "eşdeğer" ilaçlar arasındaki reklam ağırlıklı rekabet, yani "statin savaşları", kola savaşlarının ilaç endüstrisindeki karşılığı olarak görülmeli. Ancak ilaç alanındaki yeniliklerde rekabetten daha büyük anlam ifade eden bir şey var: markanın farklı kılınması veya "marka değeri". Değerin daha somut biçimlerinden ayrı olarak, markalar mükemmel birer "pazarlama değeri" örneğidir. Öyle ki, bir markanın önemi, ürünün sunduğu elle tutulur faydayla ilgili olmayıp, tüketicinin kafasındaki algıdan ibarettir. Sektöre liderlik edenlerin söylediklerini dikkate alacak olursak, ilacın geleceğinde, markaların ve tüketicinin pazarlama temelinde bölümlere ayrılması yaklaşımının rolü büyüyecektir.

Endüstriyel rekabetin ilaç sektörüne has önemli özelliklerinden bir diğeri, ürünlerin nihai kullanıcıya ulaştırılma şeklinde yatıyor. İlaç şirketleri, yeni ve daha da geniş hasta toplulukları ile pazarlarını büyütmek isterken, rakip tanımının kapsamı da benzer ürünler sunan diğer şirketlerin ötesine geçecek biçimde genişliyor. Artık düzenleyici makamlar, devlet maliyesi, hizmet sunan kuruluşlar, müşteri-hastalar ve satış başarısının önüne çıkan herkes "rakip" tanımının kapsamı içerisinde. Bu yapının altında yatan düşünce, üreticiden

33 Amerikan Pazarlama Derneği'nin kurumsal sözlüğündeki "pazarlama" tanımı temel alınmıştır. http://www.marketingpower.com adresinde mevcuttur.

tüketiciye kadar tüm zincirin, pazarlamacılar tarafından "kanal lideri" olarak adlandırılan tek bir kişinin denetiminde olması gerektiğini söyleyen "dağıtım kanalı yönetimi" yaklaşımından geliyor.[34] Bu çerçevede, tüm kamu kuruluşlarını ele geçirilecek, diz çöktürülecek ve işbirliğine zorlanacak rakipler olarak gören yağmacı bir yayılma stratejisinin pazarlama tarafından devreye sokulduğu söylenebilir. Bu yağmada kamu kurumları genellikle kendi çıkarlarının tersi yönde hareket ediyor ve sonuçta doğru hizmetlerle yeniliklerin halka sunulması olasılığı ortadan kaldırılıyor. Sektördeki rakiplere karşı yürütülen mücadele zaman zaman işbirliğine de yer vermekle birlikte nasıl kavgacı ve sırlarla bezeliyse, tüketiciler ve tüketicilere giden yoldaki aracılar karşısındaki rekabet de aslında bir o kadar kavgacı ve gizli kapaklı. Hatta, bu ilişkilerin açıklanmasında kullanılan dil bile "güven", "birlikte karar alma", "birlikte değer yaratma" benzeri, sosa batırılmış sözlerle dolu.

Son olarak şunu da belirtmeliyiz ki, önceki sayfalarda değindiğimiz Japonya örneğinin de ortaya koyduğu gibi, şirketler arasındaki rekabet, endüstri bünyesinde oligopolistik[35] bir işbirliğine engel değil. Hekimler ve halk, birbiriyle rekabet halinde pek çok ilaç şirketinin var olmasını, hem tedaviye erişme yarışının hileden ve taraflılıktan arınması yönünde büyük bir garanti, hem de tekelci bir piyasanın ortaya çıkışının önünde dalgakıran olarak algılıyor. Oysa, sektör dışından gelen rekabetle bağlantılı risk algısı yükseldikçe, ilaç şirketleri de piyasada karşılaştıkları engelleri bertaraf etme yolunda tekelci uygulamalara benzer yaklaşımlar izliyor ve sektör, gelişime katkıda bulunan, yenilikçi ve fiyatların düşmesine yönelik bir rekabetle ilgisi bulunmayan sonuçların ortaya çıktığı bir arenaya dönüşüyor. Gerçek rekabetin ve rekabetin getirisi gibi görünen şeylerin yerini, şirketler arasındaki doğal bir işbirliğinin aldığı görülüyor. "Rakiplerinle işbirliği yap ve kazan"[36] ifadesiyle özetlenen kartelleşme eğilimi, piyasayı kâr için son derece güvenli bir liman haline getiriyor. Ortak eylem, bazen birbirine benzer ürünlerin çok sayıda firma tarafından eşzamanlı olarak benzer pazarlama kanalları aracılığıyla desteklenmesi, bazen de gelecekteki satışlar için zeminin (ticari yapıların) oluşturulması yolunda elbirliğiyle çalışma şeklinde ortaya çıkıyor. Japonya'da piyasaya sürülen SSRI-sınıfı yeni antidepresan ilaçlarla ilgili çalışmamda belirttiğim gibi: "Bir ilaç şirketi müdürünün konu hakkındaki sözleriyle, 'Pazarın oluşturulması tüm sektörün birlikte çalışmasına dayanıyor. . . . Hepimizin birlikte çaba harcaması gerekecek'."[37]

34 Kalman Apllbaum, "Getting to yes: corporate power and the creation of a psychopharmaceutical blockbuster", *Culture, Medicine and Pscyhiatry*, 33(2), 2009

35 Tekel oluşturan bir şirket yerine, birkaç şirketin hâkimiyet kurmuş olduğu piyasa yapısı – *çev.*

36 Gary Hamel, Yves L. Doz, ve C.K. Prahalad, "Colloborate with your competitors – and win", *Harvard Business Review on Strategic Alliances*, Boston: Harvard Business School Press, 2002.

37 Applbaum, "Educating", s. 92

Dünya genelinde amacını "hastalar için önem taşıyan yeni ilaçların, biyoteknoloji araştırmaları ve ilaç şirketleri tarafından geliştirilmesini teşvik edecek devlet politikalarını etkin biçimde savunmak"[38] şeklinde tanımlayan PhRMA gibi sektöre bağlı ticari kuruluşlar, sözde birbiriyle rekabet eden şirketler arasında, "rekabetçi bütünleşme" olarak adlandırılabilecek, işbirliğine dayalı bir ittifak oluşturuyor. Üstelik bu ittifak, en az dikey entegrasyon[39] yoluyla tekelleşme kadar ürkütücü bir güç çıkartabiliyor ortaya.

AZ GELİŞMİŞ ÜLKELER VE "*NICHEBUSTER*"[40] İLAÇLAR

Sektörden pek çok uzman, *blockbuster* ilaçlar üzerindeki patent korumasının bitmesi ve yüksek kazanç getirecek yeni ilaçların da pek az sayıda olması nedeniyle kârın azalacağı kaygısını dile getiriyor. Oysa alarm vermek için henüz çok erken. Çocuklarda yüksek kolesterol için ilaç tedavisine gidilmesi yönündeki teklif, *blockbuster* ilaçlar için kapsamın genişletilmesinin an meselesi olduğunu örnekliyor. 7 Temmuz 2008 tarihli *New York Times*'ın sayfalarında şu cümlelere rastladık: "Ülkedeki pediyatri uzmanları, yetişkin dönemde ortaya çıkan kalp sorunlarının önlenmesi için, çocuklarda kolesterol taramasının genişletilmesini ve kolesterol düşürücü ilaçlara başlama yaşının 8'e kadar indirilmesini öneriyor."[41] Daha anne ve babalara çocukları nasıl beslemeleri gerektiği öğretilmeden, beden eğitimi programlarının iyileştirilmesi amacıyla okullara kaynak aktarılmadan ve elbette, çocuklarda lipit düşürücü kullanımının uzun vadede sebep olacağı etkiler anlaşılmadan, pek çok Amerikalı çocuğun patentli kolesterol düşürücü ilaçlara maruz bırakılmasına cesaret edebiliyorlar.[42]

Ufukta, *blockbuster* sonrası dönem için iki önemli gelişme beliriyor. Birinci sırada, gelişmekte olan ülkelere yönelik planların hazırlanması için girişilen koşuşturmaca var. Şimdi, yükselen pazarlar olarak tanımlanan Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin, hedef tahtasının ortasında: hem büyüklükleri nede-

38 http://www.phrma.org.

39 Aynı üretim sürecinin farklı safhalarında yer alan firmaların, piyasada avantaj sağlamak üzere tek elde toplanması– *çev.*

40 Pazarın genelini hedef almak yerine, rekabetin yoğun olmadığı belli alt-pazarlara yönelerek, o alana hitap eden özellikleriyle rakipsiz kalmayı amaçlayan özel ilaçlar – *çev.*

41 Tara Parker-Pope, "Cholesterol screening is urged for young", *New York Times*, 7 Temmuz 2008.

42 Lipit düşürücülere ait patentlerin "patent yenileme" [*evergreening*] yöntemleriyle yenilenemeyeceğini tahmin eden kimi büyük şirketler, iki alternatif strateji hazırlar gibi görünüyor. Birinci strateji, lipit düşürücülerin reçetesiz ilaç sınıfına sokulması için lobi yapmak. Böylece, Lipitor ve Zocor gibi ilaçları pazarlayanlar, tüketiciye dönük marka stratejilerini uygulamaya başlayabilecek ve eşdeğer ilaç rekabetini kestirmeden aşarak kârlı bir sonuca ulaşacaklar. Yeni yeni oluşmakta olan ikinci planda ise, florür gibi lipit düşürücülerin de şebeke suyuna karıştırılarak halka sunulması yönünde lobi yapılması öngörülüyor.

niyle, hem de tıbbi ihtiyaç dışı ilaçları [*lifestyle drugs*][43], risk yönetimi yaklaşımının nesnesi konumundaki ürünleri, yani en önemli *blockbuster*'ları gözü kapalı tüketerek kâr getirecek zengin kesimlerin yükselişine sahne oldukları için. İkinci olaraksa, sektörün üst düzey yönetim kadrolarının, insanların kişisel sağlık durumlarına yönelik "kişiye özel ilaçlar" için hazırlık yaptığı görülüyor. "Kişiye özel ilaçlar"ın şimdiye dek sertleşme bozukluğu ya da "huzursuz bacak sendromu" gibi şeyler yerine kanser benzeri hastalıklara odaklanmış olması iyi haber. Bir de kötü haberimiz var ne yazık ki: Hastalık göstergelerine yönelik testlerin denetimsizliği, kaygılarımızı çoğaltacak ve sektörün kazancını da aynı ölçüde yükseltecek şekilde yeni bir *tıbbileştirme* dalgası yaratacaktır. Buna ek olarak, keşifler konusunda bel bağladığımız biyoteknoloji sektörü, kendi bünyesinde keşiflere imza atma konusunda pek zengin bir geçmişe sahip değil.[44]

Nesnel tedavinin olduğu yerde pazarlamanın istismar edebileceği daha az muğlak nokta vardır. İlaç endüstrisi, pazarlamadan faydalanarak, kişiye özel ilaçlar yoluyla kitlesel bir "kişisel uyarlama" çağına giden yolu açıyor. *Next Generation Pharmaceutical* [İlaçta Gelecek Nesil] adlı ticari dergiden okuyoruz:

> Datamonitor adlı araştırma kuruluşu, Blockbuster İlaçlardan Nichebuster İlaçlara adlı son raporunda, ilaçta büyümenin geleceğini çizecek ve AR-GE yatırımlarını teşvik edecek şeyin özel [niche] tedaviler olduğu sonucuna varıyor. Rapora göre ilaç sektörü, yeniliklerden mümkün olduğunda fazla fayda sağlamak ve karşılanmamış ihtiyaçlara sahip özel pazarlara girmek amacıyla "nichebuster" stratejisine geçiş yapacak. Lisans faaliyetlerinin artması, AR-GE alanında işbirliği girişimleri ve küçük ölçekli şirket birleşmeleri şeklinde kendini gösterecek olan bu stratejiyle birlikte, blockbuster ilaçlardan gelen gelirlere bağımlılık 2004-2010 döneminden itibaren düşüşe geçecek. Özel pazarlara yönelim, tedavide kişiselleştirilmiş bir yaklaşıma giden yolu da açıyor. Nichebuster modelinin merkezinde, teşhis sistemlerinin artan kullanımı ile birlikte kişiye özel tedavilerin önemini giderek yükseltmesi yer alıyor. Pazarda bölünmelerin netleşmesine yardımcı olan bu eğilim, ilaç endüstrisinin toplam hacmini de büyütecektir.[45]

Sektörel konferanslara ve ticari yayınlara biraz kulak kabartıp göz gezdirdiğinizde, kişiye özel tıbbın hangi yönde ilerlemesinin öngörüldüğünü kolayca anlayabilirsiniz: ihtiyaçların değerlendirilmesinde pazarlama odaklı yaklaşımın daha da şiddetleneceğini müjdeleyecek şekilde, AR-GE ve pazarlama

43 Hastaların tıbbi ihtiyaçlar dışındaki isteklerine (kellik, kırışıklıklar, sivilceler vb.) yanıt vermek üzere geliştirilmiş ilaçlar – *çev.*

44 Bkz. Merrill Goozner, *The $800 Million Pill*, Berkeley: University of California Press, 2004.

45 "The new pharma landscape", *Next Generation Pharmaceutical*, 6 Aralık 2006, http://www.ngpharma.com adresinde mevcuttur.

arasındaki birleşmenin derinleştirilmesi[46]; teşhis testleri ve stratejik *tıbbileştirme*de artış; sektörde bütünleşmenin yoğunlaşması (örneğin, test cihazları üreten şirketlerin de kapsama alınması) ve nihayetinde, sigortalı olanlarla olmayanlar arasındaki uçurumun biraz daha büyümesi.

SAĞLIKTA DEĞER YENİDEN Mİ TANIMLANIYOR?

Devletin gözetim sorumluluğunu az biraz artırmak üzere mevcut yasal düzenlemelerin elden geçirilmesine yönelik çabalar bile, serbest piyasa meraklıları tarafından, devletin özel sektöre müdahalesi olarak tanımlanıp karalanacaktır artık. Tedavi hizmetlerinin önemli bir bölümünü kimi yerde resmen, kimi yerdeyse fiilen üstlenmiş olan bir sektörün ne halk sağlığını ne de müşteri-hastanın yararını gözeteceği noktaya varmış bulunuyoruz.

İlaç dağıtımı ve tüketimi, dünya çapında yürütülen bir iş. Oysa keşifler ve yaygın tedaviler büyük ölçüde Batı'da yoğunlaşıyor. Pazarlama odaklı yaklaşım, sektörün kalbine işlemiş halde. Hiçbir yüzeysel reform çabası, onu orada kazdığı mevziden çıkartamayacaktır. Dünyanın dört bir yanında, halk sağlığı sistemleri, patent koruması altında dayatılan fiyatları ödemek zorunda kalarak, ilaç giderlerinin yükü altında eziliyor. Sayısız hayat, yeni tedaviler geliştirmeye devam edebilmeleri için şirketlerin kazançlarını korumak zorunda olduklarını söyleyen aldatıcı gerekçeye feda ediliyor. Gider yükünü azaltmak ve hatta yerli ilaç endüstrisinin serpilmesini sağlamak amacıyla ilaç şirketleriyle kurulan ortaklıklarsa, küresel pazarlama odaklı dev gücü kontrol altında tutmak bir yana, ona daha da zindelik kazandırıyor.

Gazeteciler, akademisyenler ve nihayet yasa koyucular, ilaç endüstrisini reforma zorluyor. Sektör, buna karşılık olarak bir yandan yeni mevziler inşa etme, bir yandan da tavizkâr görünme yolunu izliyor. Yeni mevziler inşa etme taktiği, sektörün önceliğinin kâr elde etmek değil, dünyaya sağlık dağıtmak olduğu yönünde halkın ikna edilmesine yönelik bir propaganda şeklinde çıkıyor ortaya. "Sektörü markalaştırma", işte böyle bir kolektif çabanın göstergesi (ve sektör genelinde rekabetten çok işbirliğinin egemen olduğuna dair bir diğer örnek). Tavizler ise iki şekilde gösteriyor kendini. Birincisi, şirketleri yaldızlayarak sosyal sorumluluk adı altında, ücretsiz ilaç dağıtımları ve benzeri imaj tazeleme programları yürütülüyor. İlaç sektörünün itibar bakımından petrol endüstrisinden bile geride kaldığı ve tütün endüstrisini güç

46 İlaç sektörü üst yönetiminin 2002 tarihli yuvarlak masa toplantısından alıntı: "Pazarlama, süreçte kendisinden daha önceki bir safha olan klinik deneylerin içerisine her geçen gün daha fazla girmekte; çünkü müşteri de bu işin bir parçası. Diğer bir eğilim ise, araştırmacıların pazarlama ayağındaki yeni teknolojilerle buluşturulması yönünde." Wayne Koberstein, Cavan Redmond ve Larry Star, "When worlds collide: the unleashed power of marketing/R&D collaboration", *Pharmaceutical Executive*, 1 Eylül 2002, http://pharmaexec.findpharma.com adresinde mevcuttur.

bela geçebildiği Amerika ve Avrupa'da, kurumsal imajın parlatılması amacıyla ücretsiz ilaç dağıtımlarına sıkça başvuruluyor.

Stefan Ecks, Glivec adlı kanser ilacının fiyatı konusunda Novartis firmasının Hindistan hükümeti ve toplumu ile girdiği tartışmayı masaya yatıran aydınlatıcı çalışmasında, burada tümüne yer vermeye değen güçlü bir piyasa karşıtı tavır sergiliyor:

> Şirketlerin dünya genelinde yürüttüğü sosyal sorumluluk projeleri (SSP), dizginlerinden boşanmış kapitalizmi frenlemek için değil, onu yeni araçlarla büyütmek ve daha da hızlandırmak için tasarlanıyor. Bourdieu belki başka şekilde öngörmüştü ama, SSP "katıksız pazarlama mantığını sekteye uğratabilecek kolektif yapıların imhasına yönelik bir program" biçiminde değil, kârlılığı yükselten kolektif yapıların güçlendirilmesini amaçlayan bir program olarak çıkıyor ortaya; şirketlerin yanında saf tutan hasta hakları aktivizmi gibi. Yaşamın her alanında kapitalizmi dizginsiz bırakmak için toplumsal bağları koparmıyor belki ama, beri tarafta, daha da muğlaklaşmış piyasa mekanizmalarının gözden kaçmasını sağlamak üzere yeni bağlar yaratıyor... "İyi kalpli birer tüzel kişilik" olma iddiasının dozunu düşürmeleri ve yaptıkları şeyleri basit kapitalist terimlerle ifade etmeleri, şirketler açısından daha ahlaklı bir tutum sayılacaktır bana kalırsa. Glivec gibi ilaçlar "ücretsiz hediyeler" değil de küresel ölçekli bir fiyatlandırma stratejisinin parçasıysa, bu durum, "sorumluluk sahibi şirket" söylemi altında farklı kılıklara sokulmamalı.[47]

Tavizkâr görünme tutumunun ikinci şeklinde de yine aynı maskeleme taktiği, bu kez farklı bir yolla uygulanıyor. Burada, "birlikte değer yaratma" olarak adlandırılan şey devreye sokuluyor: yeni ürünlerin tasarım ve pazarlama süreçlerine tüketicilerin de dahil edildiği sanısı. Günümüz pazarlamacılarına, değeri bir şirket bünyesinde yaratılıp dışarıya, yani tüketicilere satılan bir şey olarak ele almamalarını tembihliyorlar. Söylediklerine göre, şirketle tüketici arasındaki etkileşim, birlikte değer yaratma denen şeyi otaya çıkartıyor ve pazarlama profesörleri C. K. Prahalad ile Venkat Ramaswamy'nin anlatımlarıyla, "Birlikte yaratım, değerin şirket ve müşteri tarafından ortaklaşa yaratılması anlamına geliyor".[48] İlaç sektörünün bu yazıda açıkladığımız eğilimleri ışığında, işletme mantığı tarafından çokça benimsenen ve bir "üretken tüketim" kaynağı olarak sunulan bu moda sözcüğün, *Grundrisse*'de Marx'ın değer terimine getirdiği iki tanımlamaya bir üçüncüsünü eklediği söylenebilir.[49]

---

47 Stefan Ecks, "Global pharmaceutical markets and corporate citizenship: the case of Novartis' anti-cancer drug Glivec", *BioSocieties*, 3, 2008, s. 165-81.

48 C.K. Prahalad ve Venkat Ramaswamy, "Co-creation experiences: the next practice in value creation", *Journal of Interactive Marketing*, 18 (Yaz), 2004, s. 8.

49 Birlikte değer yaratımının kültürel dinamikleri hakkında ayrıntılı bir inceleme için bkz. Robert J. Foster, "The work of the new economy: consumers, brands, and value creation", *Cultural Anthropology*, 22, 2007, s. 707-31.

İlaç endüstrisinin, "ortaklaşa karar alma" adı altında yürütülen bir birlikte değer yaratma kampanyası yoluyla, ilaç tedavilerinde tedaviye uyum oranlarını yükselterek "hasta yaşam değeri"ni geliştirme iddiası hakkında yazarken şu sonuca varıyordum: "Pazarlamacıların ortak karar almada izlediği yaklaşım, tüketicinin özel düşünceleri ve davranışlarını birer müdahale alanı olarak ele almaktadır. Pazarlamacı bir sağaltıcı değil, tüketici üzerinde *hisse sahibi*dir artık."[50] Değer, kendisini üretenin denetimi altındaki bir nesnenin içinde hapsolduğu sürece, "birlikte değer yaratma", ancak pazarlama odaklı tutkuların kamuflajı olabilir.

İlaç şirketi yayılmacılığının karşısında duran en müstahkem mevziler, özellikle de piyasalaşmış Amerika Birleşik Devletleri'nin dışında kalan yerlerde, halk sağlığının savunucuları olmaktadır. Yeni ilaçların onaylanması ve ödeme planlarına dahil edilmesine yönelik kararları halk sağlığı makamları veriyor. Bir ülkede ulusal sağlık bürokrasisi ya da sağlık bakanlığı bir şirketin patentli ilacının tane başına beş dolar değil de en fazla beş sent ettiğine karar verdiğinde, ortaya kârlılıkla ilgili büyük bir sorun çıkar. Bu tatsız durum, özel sermayenin elindeki sağlık pazarlarının kamu sigortalarına tabi kısımları için de geçerli. Yani, ABD'de Medicare[51], Medicaid veya Veterans' Administration [*Gaziler İdaresi*] kurumlarının da ilaçlara yüksek değer biçme konusunda ikna edilmesi gerekiyor.

Dolayısıyla, piyasa mekanizmasına ancak sağlık hizmetlerinde kamu ile özel sektör arasında bir güç mücadelesi mevcut değilse güven duyulabilir. Bu ikisinin hedefleri ve ilkeleri arasında doğal ve kapanmaz bir uçurumun kaçınılmaz olduğu kanısındayım: "Adil olanla kârlı olan arasındaki temel bir çelişki".[52] Ancak söz konusu iki alan arasında, kurumsal, kaynaksal ve idari boyutlarda bir örtüşme ortaya çıkıyor. Derken bu örtüşme, kamu ve özel sağlık sistemlerinin bir arada var olmasıyla, her iki tarafın da en iyi yanlarını diğer tarafın istifadesine sunacağı yönündeki inanç tarafından kucaklanıyor.

Sonuçta, özel sektörün idari yöntemleri ve bakışının, kamusal hizmet sağlayıcılar tarafından da geniş ölçüde benimsendiğini görüyoruz. İdari modellerin hükmü altında, kâr amacı gütmeyen özel hizmet sağlayıcılar, sivil toplum örgütleri, dernekler, devletler ve tüm diğer sosyal kurumlar, kendilerini *rekabetçi* bir ortamda faaliyet yürüten *stratejik* işletmeler olarak görmeye başlıyor. Kısacası, kamu sektörü yöneticileri, *işletme mantığıyla düşünmeye* ikna edilmiş durumda. Sürecin kendisine odaklanmak yerine, hedef odaklı

50 Kalman Applbaum, "'Consumers are patients!': Shared decision-making and treatment noncompliance as business opportunity", *Transcultural Psychiatry*, 46(1), 2009, s. 124.

51 ABD'de devletin 65 yaşın üzerindekiler ve belli kıstasları yerine getiren kimi başka gruplar için sunduğu, kamu eliyle finanse edilen sosyal sigorta programı – *çev.*

52 Barbara Rylko-Bauer ve Paul Farmer, "Managed care of managed inequality? A call for critiques of market-based madicine", *Medical Anthropological Quarterly*, 16(4), 2002, s. 476-502.

bir yaklaşım içindeler. Başarılarını, piyasadan ödünç aldıkları "yatırım getirisi" ve "müşteri memnuniyeti" kıstaslarıyla ölçüyorlar. Kamu ve özel kurumlar arasındaki personel/kaynak geçişleri, ikisini iki ayrı yana koyan çizgiyi daha da bulanıklaştırıyor. Dolayısıyla, bir sağlık hizmetleri sistemi hakkında konuşurken, sorun sistemin kamuya mı yoksa özel sermayeye mi ait olduğu değildir artık. Sorun, sağlık hizmeti sunan kurumların, piyasa kıstaslarının müdahalesinden uzaklaşma, halka sadık kalma gücünü kendilerine verecek bağımsızlıktan nasip alıp almadığıdır; ticari odaklı olmayan yönetim ve hizmet modellerini uygulama gücünü sergileyip sergileyemediğidir.

Amerikan Sağlık Reformu ve Stockholm Sendromu



Marie Gottschalk

Amerikan sağlık sistemi, diğer gelişmiş ülkelerde uygulanan sistemlerle karşılaştırıldığında pek çok bakımdan farklılıklar sergiliyor. Birleşik Devletler, kişi başına düşen sağlık harcamasında bu ülkeleri ikiye katladığı halde, sigortasız yaşayan 50 milyon yurttaşın yanında, on milyonlarcası da kapsamı yetersiz sigortayla yetinmek zorunda kalıyor. Ortalama yaşam süresi, bebek ölüm oranı gibi temel sağlık göstergelerinde ABD'yi sıralamanın diplerinde görüyoruz hep. Halkın sağlık sisteminden duyduğu memnuniyet de son derece düşük. Ciddi, hatta ölümcül hastalıklarla boğuşan insanların bir yandan da bedelini karşılayabilecekleri, yeterli bir sağlık hizmetine erişebilmek için nasıl süründüklerini anlatan, yürek burkan öykülere medyada sıkça rastlıyoruz.

Saydığımız bu sorunlar ne kadar ağırsa, Obama iktidarının, Kongre'deki üst düzey Demokratların ve destekçilerinin sunduğu başlıca çözüm de bir o kadar hafif. Amerikan sağlık sisteminde reform girişimi bir kez daha "Stockholm sendromu"na kurban gidiyor. Stockholm'deki başarısız banka soygunu girişiminde rehin alınan kişilerin, soyguncularla duygusal bağ geliştirdiği, hatta serbest kaldıktan sonra da soyguncuları savunduğu o meşhur olayı hatırlayalım. Amerikan ekonomisi ve toplumunun nasıl örgütlenmesi gerektiğini dikte eden neoliberal fikirlerin tutsaklığında bu kadar uzun süre geçirdikten sonra, herkese açık genel sağlık hizmetlerini savunan pek çok kişi bile, sağlık reformuna yönelik son büyük dalgada, rekabeti ve "tüketicinin tercih hakkı"nı merkeze koyuyor. Ülkenin en önde gelen emek örgütlenmesi AFL-CIO [*Amerikan Emek Federasyonu ve Sanayi Örgütleri Meclisi*], Moveon.org ve Children's Defense Fund [*Çocukları Koruma Fonu*] dahil, Demokrat Parti'ye yakın duran onlarca büyük örgüt, hayrete düşürecek denli zayıf bir çözüm önerisi için seferber oldu: özel sağlık sigorta sistemiyle rekabet halinde işleyecek bir kamu sağlık sisteminin oluşturulması ve asıl olarak

da, kâr amacı gütmeyen bir sigorta şirketinin kurulması. Clinton yönetimi tarafından hazırlanan Sağlıkta Güvenlik Yasası'nın rafa kaldırılmasından sonra pek çok ilericiyi etrafında toplayan hedeften, yani Kanada'dakine benzer, ödemenin tek elden yapıldığı bir merkezi sağlık sisteminin kurulması talebinden vazgeçtiler. Rekabete dayalı bir kamu sigorta sistemine yönelik bu kampanya, sağlık reformunda piyasacı çözümlere duyulan inancın, yaşanmakta olan mali krize karşın sarsılmadığını gösteriyor. Oysa kriz, Amerikan merkez bankası Fed'in eski başkanı Alan Greenspan'ı bile, piyasanın her şeyden üstün olup olmadığını halkın önünde sorgulamak zorunda bırakmıştı.

Son kırk yıllık dönemde Amerikan sağlık sisteminde sorunlar yığılırken, sağlık reformuyla getirilebilecek değişime dair görüşler giderek sığlaşıyor. Ülkenin yaşadığı sağlık felaketine son verme yolunda kâr amacı gütmeyen bir sağlık sigorta şirketi yaratma düşüncesine coşkuyla sarılıyor olmamız, söz konusu sığlaşmanın ve gerilemenin ulaştığı noktayı gözler önüne seriyor. Demokratların rekabete dayalı bir kamu sistemi çerçevesine sığdırdığı tasarının kökenlerine, gelişim çizgisine ve eksikliklerine yakından baktığımızda, düşük maliyetli, herkese açık, yüksek kalitede bir genel sağlık hizmetini savunanların, çiğneyebileceklerinden çok daha küçük bir lokmayla neden yetindiğini anlayabiliriz.

REKABETE DAYALI KAMU SİSTEMİ TASARISI

Son sağlık reformu tartışmalarının odak noktasında, işyeri sağlık sigortası[1] olmayan 65 yaş altı Amerikalılar için yeni bir kamu sigortasının oluşturulması bulunuyordu. Bu gruba, kamu sisteminin sunduğu standart bir hizmet paketi ile, özel sigortacıların önerdiği benzer paketler arasında tercih olanağı sunulacaktı. Çalışanlarına sigorta temin etmeyen işverenler, sigortasızların kamu sistemi kapsama alınmasına katkı yapmak üzere ceza vergisi ödeyecekti. Düşük gelir düzeyine sahip yurttaşlara ise, kamu sigortası ya da özel sigorta masrafını karşılayabilmeleri için, gelir düzeylerine göre değişecek miktarlarda destek ödemeleri veya vergi kredileri verilecekti. Hâlâ sigorta kapsamı dışında kalanlar içinse muhtemelen ceza uygulanacaktı ("bireysel zorunluluk" olarak adlandırılan şey). Özel sigortacılıktaki idari israf, dev sigorta ve pazarlama giderleri ve üst düzey yöneticilere verilen çok yüksek ikramiyeler ile kâr payları dolayısıyla, kamu sisteminin adil rekabet ortamından kolayca galip çıkacağı ileri sürülmekteydi. On milyonlarca tüketici, daha ucuz ve kaliteli hizmet vaat

1 İşyeri sağlık sigortası, işveren veya sendikanın anlaşmalı olduğu sigorta kuruluşu üzerinden çalışanlara ve ailelerine sunulan ve yaygınlık bakımından ABD'de ilk sırada yer alan özel sağlık sigortası tipidir. Prim tutarlarının genel olarak yüzde 75'i ila 85'i işveren, geri kalanıysa çalışan tarafından ödenmektedir. Devlet desteği kapsamında, işçinin ve işverenin ödediği prim tutarları vergi matrahından düşülmektedir – *çev.*

eden kamu sistemine kendi ayaklarıyla gelecekti. Bu ise, özel sigortacıları fiyatları düşürmeye, sundukları imkân ve hizmetleri iyileştirmeye itecek, sağlıkta dörtnala devam eden şişme hız kesecekti.

Özel şirketler derhal ayağa kalktı. Kamu sistemi ile girecekleri rekabetin adil bir ortamda gerçekleşmeyeceğini, dolayısıyla kendilerinin piyasadan silineceğini söylüyorlardı. Böylelikle, sağlık reformu tartışmaları kurnazlıkla yeni bir mecraya sevk edildi. Artık, ana sorun, dizginlerinden boşanmış özel sigorta piyasasının yarattığı muazzam adaletsizlik ve bu adaletsizliğin Amerikan sağlık krizinde oynadığı büyük rol değil, uygulanacak kamu sisteminin "adil" bir rakibe dönüştürülmesiydi. Kamu sisteminin kimi savunucuları, haksız rekabet suçlamalarını dindirmek için ilk tasarılarını yumuşattılar veya sigorta şirketleriyle hizmet tedarikçilerini dizginlemek için ihtiyaç duyulan kilit reformları feda etme yolunu seçtiler (ya da bu reformlarla aralarına mesafe koydular). Örneğin, kamu sisteminin çokça rağbet gören "tarafsızlaştırılmış" haline göre, yeni sistem de özel sigortacılar için geçerli kural ve standartlar çerçevesinde işletilecekti.[2] Yeni sistemin, hizmet tedarikçileriyle pazarlık etmek ya da her yerde tek tip ücret uygulamak yolunda, örneğin Medicare programının sahip olduğu satın alma gücünden uzak kalması anlamına geliyordu bu. Oysa, yaşlı Amerikalılara sunulan onlarca yıllık Medicare programının, maliyetleri pazarlık ve tek tip ücret sayesinde düşürebildiği ortadaydı.

Bu "melez" reform yaklaşımının destekçileri, sağlık hizmeti tedarikinde kamunun ve özel sektörün birbiri karşısında sahip olduğu güçlü ve zayıf yanları büyük ölçüde çarpıtarak yansıtmaktaydı.[3] Kamu sektörünün masrafları kısma ve hizmet kalitesini artıracak yeniliklerde ısrarcı olma yeteneğini övüyorlar, özel sektörü ise, geniş bir sigorta ürün yelpazesi sunduğu, sigorta paketlerini müşterilerin ihtiyaçları doğrultusunda düzenleme esnekliğine sahip olduğu için alkışlıyorlardı. Birleşik Devletler'de halihazırda uygulanmakta olan kamu ve özel sektör sistemleri ile başka ülkelerde yürütülen uygulamalar arasındaki müthiş farklılıklar ise örtbas ediliyordu.

Kamu sisteminin üstün yanlarını çarpıtarak sunan bu yaklaşım, yaşlı yurttaşlar için 1965 yılında uygulamaya sokulmuş olan Medicare kamu sağlık programının kökeni ve gelişimine dair eklektik bir yorumlamayı temel alıyordu. Amerikan hükümeti, Medicare kapsamında, 65 yaş üstü yurttaşlara hizmet sunmaları karşılığında sağlık kuruluşlarına doğrudan ödeme

2 Len M. Nichols ve John M. Bert, "A modest proposal for a competing public health plan', Washington, D.C., New America Foundation, Mart 2009. Ayrıca bkz. Senatör Charles E. Schumer'in (Demokrat-New York) yorumları, Robert Pear, "2 Democrats spearheading health bill are split", *The New York Times* içerisinde, 30 Mayıs 2009.

3 Örneğin bkz. Jacob S. Hacker, "The case for public plan choice in national health reform: key to cost control and quality coverage", Washington, D.C., Institute for America's Future, 2008, s. 1.

yapıyor. Ödemenin kaynağını ise, bu amaçla getirilmiş bordro kesintileri, genel gelirler ve 65 yaş üstü yurttaşların kendilerinden alınan sağlık primleri oluşturuyor. Medicare, hem geniş bir kitleyi kapsayabildiği, hem de 1983'te yürürlüğe giren sabit ücretlendirme sistemi ve 1990'da hekimler için uygulamaya konan ulusal ücret planı gibi maliyet düşürücü önlemler yoluyla sağlık harcamalarını kısabildiği için alkışlanıyor. Öykünün anlatılmayan kısmı şu ki, bu önlemlerin kanunlaşması onlarca yıl sürdü. Medicare'in uygulamaya koyulduğu ilk dönemlerde, programa karşı giriştikleri cihadı sona erdirme yönünde hekimleri ve hastaneleri ikna etmek için verilen tavizler kapsamında, hizmet miktarına göre ücretlendirme kuralının kabul edilmesini ve ciddi bütçe kısıtlamalarından kaçınılmasını öngören bir anlaşma yapılmıştı. Bu adımın, uzlaşmayı sağlama yolunda verilmiş çok büyük bir mali ödün olduğu herkesin malumuydu. Zaten 1970'lerin başlarında, Medicare harcamalarının çığrından çıktığı ve sağlık hizmetlerinin finansmanında bir krizle karşı karşıya olunduğu artık her yerde dile getirilmekteydi. Bugüne gelecek olursak, son yıllarda, özel sağlık sisteminde üye başına düşen harcama tutarı, Medicare'dekinden daha hızlı artıyor. Ancak, geçmişinin büyük bölümünde Medicare, hizmet tedarikçileri için denetimden uzak bir kaynaktı.

Dolayısıyla Medicare, kamu sisteminin son derece sıra dışı bir türü olduğu için siyasi ve mali yönlerden cazip görünüyor. Devletin apaçık ihtiyaçları doğrultusunda, riski geniş bir tabana yayma ve geniş ölçekli erişim sunma başarısını gösteriyor. 65 yaşına ulaşan hemen herkes, sağlık durumu ve gelir düzeyi ne oldursa olsun, Medicare'e girme hakkını kazanıyor. Bu, hiç olmazsa bir toplumsal dayanışma duygusu yaratıyor; yaşlı Amerikalılara kamu sağlık sisteminin savunulmasında bir rol biçiyor; sadece sağlıklı (ve tabii daha az maliyetli) üyelerin yapıya dahil edilmesi isteğinin önüne geçiyor.

Kamu programları söz konusu olduğunda, şeytanın ayrıntılarda gizli olduğunu söylemeliyiz. Düşük gelir düzeyine sahip olduğu belgelenen Amerikalılar için yine 1965'te yürürlüğe sokulan Medicaid programı çok daha farklı bir yörünge izledi. Medicaid programını kaynak sıkıntısına mahkum etmek çok daha kolay, çünkü düşük gelirli yurttaşlar, yaşlıların sahip olduğu kolektif siyasi güçten nasiplenmiyor: Medicare tüm yaşlıları şemsiyesi altına alırken, Medicaid'de durum böyle değil. Programda son yıllarda sağlanan iyileşmelere karşın, Medicaid hâlâ ikinci sınıf tıbbi yardım sunan pahalı bir kamu sistemi olarak görülüyor. Sağlıkta reform isteyenler kamu sisteminin üstünlüğünden söz ettiklerinde, emin olun ki Medicaid'i değil, Medicare'i düşünerek konuşuyorlar.[4]

Reformcuların kafasında canlanan rekabete dayalı kamu sistemi ile

4 Göze çarpan bir örnek için bkz. Michael Sparer, "Medicaid and the US path to national health insurance", *New England Journal of Medicine* 360(4), 22 Ocak 2009, s. 323-25.

Medicare arasında, Amerikan sağlık sisteminin mevcut hastalıklarını daha da şiddetlendirecek ve bunlara bir de yenilerini ekleyecek farklılıklar vardı. İlk olarak, tasarının destekçileri, rekabetin ve tercih hakkının gerekliliğinden dem vurmaktaydılar. Oysa işyeri sağlık sigortasına bel bağlayan tahmini 160 milyon Amerikalı işçi ve aileleri, kamu sistemini tercih etme özgürlüğüne muhtemelen sahip olmayacaktı. Bu esir tüketiciler, ancak patronları kamu sistemine geçmeye karar verirse veya tüm çalışanlarına ortak bir adres göstermeyi bırakıp ceza vergisi ödemeye razı olursa yeni yapıdan nasiplenebileceklerdi. Kamu sisteminin daha ucuz ve kaliteli olduğu ortaya çıksa bile, patronlar geçiş yapmak zorunda olmayacaklardı. ABD'de sosyal politikaların gelişimi incelendiğinde, kamu sistemlerine karşı sergilenen doğal ideolojik düşmanlığın, büyük sermayedarlar için bilanço rakamlarına göre fazla önem taşıdığı görülür. Korktukları şey, kamu sektörünün bir alanda büyümesine izin verildiğinde, devletin diğer alanlarda da büyümesine kapının açılmasıdır. 1993-94'te, bir dizi büyük şirketin Clinton'un Sağlıkta Güvenlik Yasası'ndan desteğini çekmesi tam da bu yüzdendi.

İşverenlerin bir bölümünü, bol kazançlı tıbbi cihazlar ve başka tıbbi ürünler imal eden büyük şirketlerin oluşturuyor olması da çok önemli bir diğer başlık. En büyük ikinci faaliyet kolu olarak sağlık hizmetlerini seçen General Electric, işçilerin, kendisi için yıllık değeri milyarlarca dolara ulaşan MRI ve röntgen cihazlarına yönelik harcamaları düşürme gücüne sahip bir kamu sistemine dahil olmasına izin mi verecektir? Dahası, işçiler için ödedikleri sigorta giderlerinin acısını içlerinde hisseden patronların bir çoğu, işyeri sağlık sigortalarının kendilerine bahşettiği babacan denetim olanağını elinden kaçırmak istemeyecektir. Birleşik Devletler refah kapitalizmi, emeğin kontrol altında tutulmasına yönelik ilişkilerin evriminde derin köklere sahip. İşverenler, Büyük Buhran'ın en karanlık günlerinde bile, işçilere sundukları işyeri yardımlarından ve bu yardımların işçiler üzerinde sağladığı güçten feragat etmeye istekli değildiler.[5]

Kurguya göre, özel sektörle girilen rekabette kamu sistemi daha iyi sigorta koşullarını ve daha kaliteli hizmeti daha düşük fiyatla sunabilecek; çünkü yüksek idari giderleri, pazarlama harcamalarını ve üst yönetime ödenen uçuk ücretleri sırtında semer gibi taşımayacak ve hissedarlara kâr payı ödemesi de gerekmeyecek. Oysa kamu sistemi, hizmetteki üstünlüğü ve başlangıçta sunulacak düşük fiyatlar nedeniyle, hastalıklarla daha fazla boğuşan ve dolayısıyla daha yüksek maliyetli tedavilere ihtiyaç duyan kişiler için bir çekim

5 Jennifer Klein, *For All These Rights: Business, Labour, and the Shaping of America's Public-Private Welfare State*, Princeton: Princeton University Press, 2003; ve Sanford M. Jacoby (der.), *Masters to Managers: Historical and Comparative Perspectives on American Employers*, New York: Columbia University Press, 1991.

merkezi haline gelecektir. Bu ise fiyatları yükseltebilecek ve pek fazla sağlık sorunu olmayan kişilerin daha ucuz özel sektör seçeneklerine yönelmesine yol açabilecektir. Üstelik, hizmet paketleri, fiyatlar ve hizmet tedarikçileri üzerinde yapılan uygun düzenlemeler yoluyla, sağlık sorunlarını fazlaca yaşayan insanları kendilerinden uzak tutma konusunda özel sigorta şirketleri son derece marifetli. Yaşlı kesimin nispeten daha sağlıklı mensuplarını da sisteme çekmek üzere 2003 yılında özel Medicare Advantage programının devreye sokulmuş olması, bu gerçeği tüm çıplaklığıyla gösteriyor. Dahası, hekimler ve hastaneler yeni kamu sistemine girme noktasında ayak direyebilir ve gerekli imzayı atmak için teşvik edici yüksek ücretler talep edebilir. Tıpkı 45 yıl önce Medicare'e destek verme karşılığında yaptıkları gibi.

Öyleyse, Amerika Birleşik Devletleri'nde sigorta şirketlerinin ürün pazarlama ve tanıtma konusunda bir kaç kısıtlama haricinde serbest kalmayı sürdürmesi halinde, kamu sisteminin salt fiyat, kalite ve hizmet üzerinden rekabet edebileceğini net olarak söyleyemeyiz.[6] Örneğin, otoyolda arabanızla giderken, özel sigorta şirketlerinin kiraladığı dev reklam panolarında şunları görebilirsiniz: "Doktorunuzun size ne yapacağını Sam Amca mı söylemeli?". Bu şekilde, halkın, devletin sağlık sistemindeki ağır sorunları çözme yeteneğine duyduğu güveni aşındırmak son derece mümkün.

Rekabete dayalı bir kamu sistemi, devletin sosyal politikalara başka alanlarda yapacağı müdahalelere yönelik halk desteğini de zayıflatabilecektir. Özel işyeri sağlık sigortalarına mahkum edilmiş tüketicilerin, kamu sistemine dahil olan şanslılara cephe alması gibi bir durumla karşılaşabiliriz. Özel sağlık sigortalarının kapsamındaki çalışanlar, kendilerininkinden daha üstün olan ve katılmalarına izin verilmeyen bir kamu sisteminin aslında kendi ödedikleri vergilerden finanse edildiği inancına varırlarsa, ortaya çözümü güç siyasi sonuçlar çıkabilir. Hekimler ve hastaneler, Medicare ve Medicaid kapsamında devletin düşük fiyatlardan ödeme yapmasının acısını, yıllardır kimi giderleri özel sigortalı hastalara yükleyerek çıkarıyor. Özel sigortacılar, pazarlama ve siyaset stratejilerini, masrafların haksız biçimde kendilerine yüklendiği tezi çerçevesinde oluşturacak, kamu sistemini savunma konumuna sürükleyeceklerdir. Reform destekçilerinin umduğunun aksine, ortak bir toplumsal sorumluluk duygusunun oluşması yerine, sağlık reformunun hiç-

6 Pek çok Avrupa ülkesinde özel sigorta şirketleri önemli role sahip olsa da, Avrupa Birliği sınırları içinde bu şirketlerin tanıtıcı reklamları kısıtlanmış, doğrudan tüketiciye dönük reçeteli ilaç reklamları ise yasaklanmış durumdadır. Lawrence D. Brown ve Volker E. Amelung, "'Manacled competition': market reforms in German health care", *Health Affairs* 18(3), Mayıs/Haziran 1999, s. 82; ve Uwe E. Reinhardt, "'Mangled competition' and 'managed whatever'", *Health Affairs*, 18(3), Mayıs/Haziran 1999, s. 93. Öte yandan, tüm dünyada çokuluslu sigorta şirketlerinin, ticari hastane zincirlerinin, ilaç firmalarının gücünü artırması ve tıp endüstrisinin büyümesiyle, bu ve benzeri yasal düzenlemeler üzerindeki piyasacı baskı da giderek şiddetlenmekte. Bkz. Christopher Hermann'ın bu sayıdaki yazısı.

bir sonuç vermediği görüşünü güçlendirecek bir noktaya varılabilir. Kamu sağlık hizmetlerinde sağlanacak ilerlemeler, özel sigortaların kucağında hapsolmuş yurttaşların sırtından elde ediliyormuş gibi görünebilir. Böylesi adaletsiz bir sağlık sistemini yaratma ve ayakta tutma konusunda gerçekte özel sigorta şirketlerinin oynadığı rol ise, tartışmaların dumanı altında gözlerden uzak tutulabilecektir.

Sözün özü, bu koşullara sahip bir kamu sisteminin, maliyet düşürücü yeniliklere imza atmada üstünlük sağlayacağının garantisi yok. Sormamız gereken asıl soru şu: Sağlık hizmetlerinin başlıca alıcısı sıfatını taşıyan devlet ve halk, hizmet tedarikçilerini ve sigortacıları kendi denetimleri altına alma yolunda muazzam güçlerini devreye sokmak için ne zaman aynı siyasi çizgide buluşacak? Yeni kamu sistemi, büyük denetim boşlukları olan 1965 Medicare programının, yarı denetimsiz 2009 Medicare programının veya bugünün yeterli kaynak ayrılmayan Medicaid programının akıbetini paylaşabilir. Ya da yüksek risk faizli konut kredisi fiyaskosunun ve onun sonucu icralık konut patlamasının başlıca zanlıları konumundaki Fannie Mae ve Freddie Mac adlı yarı özel mortgage şirketlerinin sağlık alanındaki kopyası durumuna düşebilir.

MERKEZİ SİSTEM SEÇENEĞİ

Rekabete dayalı kamu sistemi yaklaşımı, örgütlü emek güçleri ve diğer önemli gruplarda yarılmaları da beraberinde getirdi. Tıpkı 1990'ların başlarındaki gibi, sağlıkla ilgili hemen tüm ödemelerin tek elden yapıldığı merkezi bir sistemden yana olanlar, yetinmeci [*minimalist*] sağlık reformu anlayışının en zorlu karşıtları olmayı sürdürüyorlar. Asıl olarak, Amerikan sağlık sigortacılığı sektörünün ortadan kaldırılması ve onun yerine, Kanada sistemini örnek alan, devlet eliyle yürütülen bir programın uygulanması gereğini savunuyorlar.[7] Bu kurguda, tıbbi harcamaların çok büyük bölümünün doğrudan devletçe ödenmesi; hekimler, hastaneler ve diğer hizmet tedarikçilerinin merkezi bütçe çerçevesinde faaliyet yürütmesi ama özel sektör bünyesinde kalması; bunun yanında, ayrım yapılmadan her yurttaşa bir temel sağlık hizmeti paketinin sunulması öngörülüyor. Merkezi sistem kurgusunun iskeleti, 1990 başlarından bu yana pek değişmedi. Ancak sistemin savunucuları, örgütlü emek güçlerinin ve diğer grupların istenen doğrultuda harekete geçirilmesi için bu kez daha fazla gayret gösteriyor. Yüzlerce sendika şubesi, onlarca merkezi işçi meclisi ve eyalet işçi federasyonu, ayrıca pek çok büyük sendika-

7 Tartışmaya açılan belli başlı sağlık reformu tasarılarının kısa bir karşılaştırması için bkz. "Focus on health reform: side-by-side comparison of major health reform proposals", The Henry J. Kaiser Family Foundation, http://kff.org adresinde mevcuttur.

nın yurtdışı bölümleri, merkezi sağlık sistemi seçeneğine güç katmak üzere kararlar alıyor.

Ödemenin tek elden yapıldığı merkezi bir sistem pek çok olumlu özellik vaat ediyor. Kongre Bütçe İdaresi, 1993-94 döneminde görüşülen önemli sağlık reform tasarılarını incelediğinde, ülke çapında sigorta kapsamı sunarken bir yandan da masrafları kısabilecek tek seçeneğin merkezi sistem olduğu sonucuna varmıştı.

Obama da siyasi kariyerinin ilk dönemlerinde, merkezi sistemi şiddetle destekleyen konuşmalar yapıyordu. Bugün, sıfırdan bir yapı inşa edecek olsalardı merkezi sistemi tercih edebileceklerini, ancak şimdiki koşullar altında en iyi seçeneğin mevcut sistemi temel almak olduğunu söylüyor. Sağlık reformu tartışmalarının ilk aylarında, Obama, Senato Finans Komisyonu Başkanı Senatör Max Baucus (Demokrat Parti – Montana) ve diğer önde gelen siyasi figürler, merkezi sağlık sistemini destekleyenlerin meşruiyeti hakkında soru işaretleri uyandırma, hatta onları tartışmanın dışına itme gayretindeydiler. 2009 Mart ayında düzenlenen sağlık zirvesinde ve diğer önemli forumlarda, *The Washington Post*'un ifadesiyle, "kariyerini sağlık reformunun tabutunu çakma üzerine kurmuş kişileri" çevrelerine aldılar.[8] Ne var ki bu stratejileri geri tepecekti. Baucus'un, Senato'daki bir yuvarlak masa toplantısına katılmak isteyen, büyük bölümü hekimler ve hemşirelerden oluşan merkezi sağlık sistemi savunucularını tutuklatma girişimi, istenmeyen seslerin yükselmesine neden oldu. Obama'nın zirve için hazırladığı, merkezi sistem cephesinden kimseyi içermeyen konuk listesi de öyle.

Emek hareketinin bazı önemli liderleri, halkın önünde merkezi sağlık sistemini edepli bir şekilde överken, kapalı kapılar ardında tam tersini söylüyorlardı. Obama, önemli konularda hayret verici bir belirsizlik tutumu sergilediği halde, ulusal işçi önderlerinin çoğunluğu, onun sunduğu reçetenin arkasında durdular. Kimileri, bunun emekten yana gerçek bir truva atı planı olduğu ve özel sağlık endüstrisi zayıf düşürüldükten sonra merkezi sağlık sisteminin yürürlüğe sokulacağı konusunda kendi kendilerini kandırarak rekabete dayalı kamu sistemi tasarısını destekledi. Diğer bir grup ise, kendilerini gerçekçi siyasetçiler, merkezi sağlık sistemini de ölü doğmuş bir kurgu olarak gördükleri için Obama kampına katıldı.

Merkezi sistemi onurla savunanlar ise, halkın dikkatini Amerikan sağlık sisteminin olağanüstü özellik arz eden sorunlarına yöneltiyorlar: kapsam ve hizmetteki boşluklar, aşırı yüksek maliyetler ve idari giderler için çarçur edilen milyarlarca dolar. Genel sağlık sisteminin finansmanında, artan oranlı vergi sisteminin en ilerici örneklerinin uygulanmasını öneriyorlar. Pek çok

8 Ceci Connolly, "Ex-foes of healthcare reform emerge as supporters", *The Washington Post*, 6 Mart 2009, s. A-2.

bakımdan işlevsiz ve acımasız bir sağlık sisteminin esaretini uzun yıllardır gözlemleyen merkezi sistem savunucularının, özel sigorta sektörünü ortadan kaldırmaya öncelik vermesi şaşırtıcı sayılmaz. Ancak Kanada sistemi üzerindeki saplantının bedeli olarak, Amerikan sağlık sisteminde tedarikçiler ve sigortacıların denetimsiz bir ortamda at koşturduğu gerçeğine gereken önem verilmemektedir.

YASAL DENETİM SORUNU

Hizmetin bedeliyle miktarının örtüşmemesi, Amerikan sağlık sisteminin başlıca ayırt edici özelliğidir.[9] Başkan Obama ve diğer sözde reformcular, sağlık politikasının kalbini oluşturan tıp ekonomisinin şu ana kuralını gizlemeyi deniyorlar: "Sağlık hizmeti için harcanan her bir dolar, birilerinin cebine giren bir dolardır."[10] Herkese açık, kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmetlerinin inşasına dönük sağlık reformu, büyük siyasi ve ekonomik çıkarların merkezinde yer alan temel bir başlıktır ve bölüşümün yeniden tasarlanması anlamına gelir. Etkin bir maliyet denetiminin getirilebilmesi için, tıbbi harcamalara hedefler veya üst sınırlar koyacak güçlü bir devlet liderliğinin varlığı zorunlu. Rekabet, maliyeti denetim altına almanın zayıf ve dolaylı bir yoludur; özellikle de güçlü düzenleyici kurumların piyasaya egemen olmadığı durumlarda.

Amerika Birleşik Devletleri, özel sigorta endüstrisine yasal düzenleme getirmede, tarihsel olarak daima hayret verici bir isteksizlik sergilemiştir. Amerikan sigorta sektörü, sadece diğer ülke sigorta şirketlerine göre daha gevşek bir yasal ortamın keyfini sürmekle kalmıyor; aynı zamanda, Birleşik Devletler'deki belli başlı pek çok sektörle karşılaştırıldığında da bu yönde bir avantaja sahip. Eyalet düzeyinde, etkisiz ve kimi zaman da yolsuzluğa batmış sigorta birimleri eliyle uygulanan, gevşek ve karman çorman yasal düzenlemeler çerçevesinde idare ediliyor sigorta sektörü. Sağlık reformuna yönelik son büyük kampanyanın arifesinde, 1980'lerin sonlarında, ABD Temsilciler Meclisi son derece sert bir rapor düzenleyerek, sigorta sektörünün açgözlülüğünü, yetersizliğini ve vurgunculuğunu, ayrıca bu tabloyu daima görmezden gelen vurdumduymaz eyalet yetkililerinin halini ifşa etmişti.[11]

9 ABD'de sağlık faturasının bu kadar kabarmasının, halkın görece daha sağlıksız olmasından veya daha fazla sağlık hizmeti almasından kaynaklandığı iddiası büyük ölçüde hatalıdır. Amerikalılar, hekimlere daha nadiren görünme, yıl içinde hastanede daha kısa süre geçirme ve daha az reçeteli ilaç kullanma eğilimindedir. Gerald F. Anderson, Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey ve Varduhi Petrosyan, "It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries", *Health Affairs,* 22(3), Mayıs/Haziran 2003.

10 Theodore Marmor, Jonathan Oberlander ve Joseph White, "The Obama Administration's options for health care cost control", *Annals of Internal Medicine*, 150(7), 7 Nisan 2009, s. 485.

11 Jill Quadagno, *One Nation Uninsured: Why the US Has No National Health Insurance*, New York: Oxford University Press, 2005, s. 169.

Bugün, Amerikan sigorta endüstrisi, performansa dayalı ödeme standartlarının, ayrıca diğer maliyet düşürücü ve kalite düzeyini belirleyici önlemlerin uygulamaya sokulması yolunda hekimleri ve hastaneleri dürtecek sopa işlevi görmeye dünden razı. Sigortacılar, performans ve fiyat değerlendirmelerinin halk tarafından daha iyi yapılabilmesini sağlamak üzere hekimler ve hastanelerin daha şeffaf çalışması gerektiğini bağıra çağıra dile getiriyor. Oysa kendileri söz konusu olduğunda, faaliyetleriyle ilgili hayati bilgileri gizli tutmak hakkını savunurken oldukça sert bir tutum alıyorlar. Fiyatlar ve performans hakkında doğrulanması güç iddialar ortaya atarak, sağlık ve diğer sosyal politikalar üzerinde yürütülen tartışmaların mecrasını şekillendiriyorlar. Sigorta sektörüne ticari sır bahanesinin ardına gizlenme izni verildiği sürece, fiyatları dizginleyecek piyasa rekabetinin önemli bileşenlerinden biri olması gereken bilinçli tüketici tercihi ilkesi, bir efsane olmanın ötesine geçemeyecektir.[12]

2008 sonundan itibaren, Amerikan sağlık sigorta şirketleri, pek çok yorumcunun talep edilen yasal düzenlemeler karşılığında bir taviz olarak tanımladığı şeyi yapmaya başladı. Sağlık geçmişleri nasıl olursa olsun, kendilerine başvuran herkesi sigortalamaya istekli olduklarının işaretini verdiler. Prim tutarlarını sağlık durumuna ve cinsiyete göre belirleme uygulamasından vazgeçmeyi de taahhüt ettiler. Karşılığında istedikleri şeylerin ilki, Kongre'nin tüm Amerikalılar için sağlık sigortasını zorunlu kılması, yani tüm halkı bu şirketlerin paketlerini satın almaya yönlendirmesiydi. Başka talepleri de vardı elbette. Birincisi, fiyatları başvuru sahibinin yaşına, yaşadığı bölgeye ve aile büyüklüğüne göre belirleme hakkını yitirmek istemiyorlardı. Bu, prim tutarlarında büyük farklılıkların devam edeceği, pek çok kişinin ortalamanın üstünde fiyatlar ödeyeceği anlamına gelmekteydi. Aynı zamanda, devasa pazarlama bütçelerini ve taktiklerini, sağlıklı kişileri kendilerine çekme, daha sağlıksız olanları ise başlarından savma yolunda kullanma hakları aynen devam etmeliydi. Ayrıca, sigorta piyasasının en kârlı alanlarından birini oluşturan küçük işverenler söz konusu olduğunda, sağlık durumunu ve diğer önemli etmenleri gözetmeden ücret belirleme uygulamasına geçeceklerine dair en ufak bir imada bulunmuyorlardı.[13]

Tasarlanan rekabete dayalı sistem, söylendiğine göre, maliyetlerin ve fiyatların düşmesini sağlamak üzere, sigortacıları hizmet tedarikçilerine karşı daha yırtıcı bir tutum izlemeye zorlayacaktı. Aksi takdirde, müşterilerini devlete kaptıracaklardı. Obama, başkanlığının ilk aylarında, sigorta sektö-

12 Diane Archer, "Making health care work for American families: saving money saving lives", Beyanat, ABD Temsilciler Meclisi, Enerji ve Ticaret Komisyonu, Sağlık Alt Komisyonu, 2 Nisan 2009.

13 Reed Abelson, "Health insurers balk at some changes", *The New York Times*, 3 Haziran 2009.

rünü disiplin altına almak için piyasadan faydalanma ihtiyacını tekrar tekrar dile getiriyor, ancak şirketleri sıkı bir yasal düzenlemeye tabi tutmaktan pek söz etmiyordu. Hükümet, sağlık reformunda bir dönüm noktasına varıldığına işaret edecek şekilde, Amerikan sigorta ve sağlık sektörlerinin 2009 Mayıs'ında gönüllü olarak ortaya attığı muğlak, hayata geçme olanağından büyük ölçüde yoksun maliyet düşürme vaatlerine bile kıymet verdi. Obama'nın tutumu tutarsızlıklarla doluydu. Yaz ortalarında sağlık reformu Kongre'de ite kaka ilerlemeye çalışırken, hükümet, aylardır sürecin kilit müttefiklerinden biri olarak tanıttığı sigorta sektörünü nihayet daha açıktan eleştirmeye başladı.

Obama, kanıtlar yerine inanca dayandığı eleştirisiyle bir yorumcunun "inanç temelli tasarruf" olarak adlandırdığı plan çerçevesinde, büyük siyasi risk taşıyan tasarruf sorununu kurnazlıkla idare etmeye kalkıştı.[14] 2009 Mart ayındaki sağlık zirvesinde açıkladığı ana tasarı, elektronik sağlık kayıtlarının ülke genelinde uygulamaya sokulmasını öngörüyordu. Obama, bu önlemin yıllık 80 milyar dolar tasarruf sağlayacağını ileri sürse de, tıp uzmanları kayda değer bir başarının elde edilebileceğine şüpheyle yaklaşıyorlardı.[15] Peter Orzag da böyle düşünüyordu. Obama tarafından bütçenin başına getirilmeden önce, Kongre Bütçe İdaresi'nin başkanıyken yaklaşımı bu yöndeydi en azından. Uzmanların büyük bölümü, Obama'nın girişiminin diğer iki temel taşı niteliğindeki koruyucu sağlık hizmetlerinde ve hastalık yönetim programlarında sağlanacak iyileşmelerin, pek çok kişinin yaşam kalitesini yükselteceği konusunda başkanla hemfikir. Ancak iş tasarrufa geldiğinde, bu adımların hatırı sayılır bir gelişme sağlayamayacağı, hatta tıbbi harcamaları tırmandıracağı yönünde uzlaşan geniş bir kesim var.

Rekabete dayalı kamu sisteminin yandaşları, sigorta sektörünün daha sıkı düzenlemelere tabi tutulmasına ihtiyaç duyulduğunu sonradan kabul etmek zorunda kaldılarsa da, başlangıçta odaklandıkları ana nokta bu değildi. Rekabete yaptıkları vurgu, sağlık hizmetlerinin temelde piyasa ilkeleri doğrultusunda bölüştürülen bir tüketim malzemesi olarak ele alınması yaklaşımını güçlendirdi. Sağlığın, piyasacı işleyiş yerine toplumsal dayanışma ilkeleri etrafında örgütlenmesi gereken kolektif bir fayda olduğu fikrinin yerine bu getiriliyordu.

Obama'nın planını savunanlar, bir arpa boyu yol gidebilmek uğruna muazzam bir siyasi sermayeyi çarçur ettiler. Adil bir oyun alanı yaratacakları konusunda halkı ve sigorta sektörünün içinden yükselen sesleri ikna ede-

14 Jonathan Oberlander, "Miracle or mirage? Health care reform and the 2008 election", Leonard Davis Institute, University of Pennsylvania, 10 Ekim 2008.

15 Jerome Groopman ve Pamela Hartzband, "Obama's $80 billion exaggeration", *The Wall Street Journal,* 11 Mart 2009.

bilmek için varlarını yoklarını ortaya koydular. Bu ise, sigorta sektörünün şimdiye dek hep hakça ve namuslu davrandığı yönündeki izlenimi pekiştirdi sadece. Tarihsel olarak hep zayıf ve parçalı bir yapıda kalmış, hizmet tedarikçilerine maliyet düşürücü önlemler dayatma peşinde koşmamış, miniminicik bir sigorta sektörünün, silindir gibi bir kamu sistemi tarafından maruz bırakılacağı hayali haksızlıklar etrafında dönmeye başladı tartışmalar. Oysa, olgularla örtüşmeyen bu uydurma tablo, Amerikan sağlık krizinde sigorta sektörünün geçmişte ve bugün oynadığı gerçek rol ile tam bir uyuşmazlık sergiliyordu.

Amerikan sigorta sektörü, yüzyılı hayli aşkın süredir perde arkasında siyasi işlev yürüten bir açıkgözdür. Sağlık reformunun her gündeme gelişinde, daha merkeziyetçi bir yapıya yönelik çağrılar hep özel sigorta sektörünün mevzilerini biraz daha güçlendirmesiyle son bulmuştur.[16] İlericilik Çağı[17] boyunca, Avrupa'da baş gösteren sosyal sigorta programlarının ABD'de de benimseneceği korkusunu içinde hisseden Amerikan sigorta şirketleri ve büyük sermaye, daha devletçi adımlar talep eden sesleri kısmak için, şirketlere dönük yardım ve teşvik programları tasarlama peşinde koşmuştur. Yeni Düzen[18] ile birlikte sosyal güvencenin Amerikan ekonomik ve siyasi yaşamında merkeze oturtulmasıyla, sigorta şirketleri de güvenliğin ne anlama geldiğini kendi işlerine gelecek şekilde yorumlamaya koyuldu. Bu güvenliğin ana tedarikçisinin özel sektör olarak kalmasını sağlama çabasındaydılar. Sendika destekli sağlık merkezleri veya halk sağlık kooperatifleri gibi piyasa harici seçenekler ve kamusal sosyal yardım programları gündemde yer tutmamalıydı.[19]

Üç yıl önce, sektörün Washington'daki en önemli lobicisi, sağlığın 2009'da ülke içi gündemin en üst sırasına oturacağını tahmin ediyor ve sigortacıları, hayır demenin ötesine geçebilen bir stratejiye ihtiyaç duydukları konusunda uyarıyordu: Amerikan sağlık sigortası şirketlerini temsil eden America's Health Insurance Plans [*Amerika Sağlık Sigortası Programları*] kuruluşunun başkanı Karen M. Ignagni, karşı çıktıkları bir tasarının Kongre'den geçmesi halinde ne yapacaklarını açıkça dile getirdiği ve hiçbir ciddi ödün vermediği halde, sektörü sağlık reformunun yanındaymış gibi göstermeyi bildi. "Sigorta şirketlerinin masada oturmakla yetinmeyip, zaman zaman tartışmayı da yönlendirmesini" sağlama konusunda oldukça yetkindi.[20] Göz ardı edilemeyecek bir başarıydı bu. Sağlık sigortası sektörüne iyi gözle bakan Amerikalıların sayısının epey

16 Quadagno, *One Nation Uninsured*, s. 75; ve Klein, *For All These Rights*.

17 1890'lar ile 1920'ler arasında ABD'de yaşanan reformlar dönemi – *çev.*

18 ABD başkanı Roosevelt'in, Büyük Buhran'ın ekonomik etkilerini silmek amacıyla 1933-1938 yılları arasında uyguladığı program. Amerikan ekonomisi, Yeni Düzen döneminde, durgunluğu aşmak üzere devlet müdahalesine tabi tutulmuştur – *çev.*

19 Klein, *For All These Rights*, s. 3-6.

20 Erica Werner, "Lobbyist ready for feverish effort", *Washington Times*, 26 Mayıs 2009.

düşük olduğu; en büyük on halka açık sigorta şirketinin toplam kârı 2000 ile 2007 arasında dört kattan fazla artarken, sigorta prim tutarlarının fırladığı ve milyonlarca kişinin sigortasız kaldığı bir dönemde becermişti bunu üstelik.[21]

HEKİMLER: OLASI MÜTTEFİKLER

Hizmet tedarikçilerini denetim altına alarak maliyetleri düşürme konusunda sigorta şirketlerine ve rekabete dayalı kamu sistemine biçilen rol, Amerikan hekimlerini ve tıp dünyasını, rekabet ve piyasanın vahşi gücünün esiri olmuş, açgözlü birer yaratık olarak sunmaktaydı. Oysa, tıp dünyasının sağlık reformu saflarında yapıcı ve yaratıcı bir güç olarak yer alma olanağı mevcut. Hemşireler, merkezi sağlık sisteminin en atılgan savunucuları arasında. Hekimler ise, kazançlarının düşmesini istemiyorlar belki ama, önemsedikleri başka şeyler de var. Birleşik Devletler'de hekimlerle sigorta şirketleri arasında bir sevgi bağının bulunmadığı sır değil. Sağlık hizmetlerinde idari gider girdabına atılan dolarları gören, öte yanda enselerinden düşmeyen ve yaptıkları işi sorgulayan sayısız sigorta şirketiyle muhatap olmak zorunda kalan hekimler, içten içe kaynayan kazan gibiler. 2009'da yürütülen bir çalışmaya göre, sigorta sistemiyle ilgili muameleler için hekimlerin ve yanlarında çalışanların harcadığı zamanın yıllık toplam bedel 31 milyar doları buluyor. Diğer bir deyişle, hekim başına 68.000 dolar.[22] Tasarrufların, sigorta şirketlerinin cebine akıtılmak yerine, sağlık hizmetlerinde erişim ve kalitenin geliştirilmesi, hekimlerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için harcanacağı kendilerine taahhüt edilirse, hekimler kazançlarının düşmesini de kabullenebilirler.

Amerikan sigorta sektörünün sağlık reformuna bakışını büyük ölçüde değiştirdiği iddiasına kafa yorarken, asıl büyük değişimi, yani hekimlerin düşüncelerinde ortaya çıkan kaymayı göz ardı ediyoruz. Son dönemde yapılan bir araştırmaya göre, hekimlerin neredeyse yüzde 60'ı artık bir ulusal sağlık sistemine geçiş yapmaya istekli. 2002'de bu oran yüzde 50'nin altındaydı. Araştırmacılardan biri, "Merkezi olmayan sigorta sisteminin hastalara kaliteli tıbbi hizmet sunulmasını nasıl engellediğini, dört bir yanda daha fazla hekim fark ediyor artık. Hekimlerin çoğunluğu, bu durumun düzeltilmesi yolunda devletin bir ulusal sigorta sistemi kurma girişimini destekliyor."

21 Halkın sigorta sektörüne bakışı ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için bkz. *USA Today*, Kaiser Family Foundations ve Harvard School of Public Health, "The public on prescription drugs and pharmaceutical companies", Mart 2008, s. 8, http://kff.org adresinde mevcuttur. Sigorta sektörünün kâr rakamları hakkında bilgi edinmek için bkz. Health Care for America Now, "Premiums soaring in consolidated insurance market", Mayıs 2009, s. 7, http://healthcareforamericanow.org adresinde mevcuttur.

22 Lawrence P. Casalino, Sean Nicholson, David N. Gans ve diğerleri, "What does it cost physician practices to interact with health insurance plans", *Health Affairs,* 4 Mayıs 2009, http://content.healthaffairs.org adresinde mevcuttur.

diyordu.[23] Tek elden ödemeye dayalı merkezi sistemi savunurken sözünü en az esirgeyen örgütler arasında yer alan Physicians for a National Health Program [*Ulusal Sağlık Sistemini Destekleyen Hekimler*] kuruluşu, bugün 15.000'den fazla üyeye sahip. Önde gelen tıp dergilerinden *New England Journal of Medicine*'ın eski yayın yönetmeni Marcia Angell, merkezi sistem saflarındaki öncü seslerden biri. Ülkenin en büyük ikinci hekim örgütlenmesi konumundaki American College of Physicians [*Amerikan Hekimler Derneği*], Ocak 2008'de, merkezi sistemi makul bir reform seçeneği olarak tavsiye eden bir bildiri yayınladı. Tüm bunların yanı sıra, geçmişten bugüne hep muhafazakâr tutumuyla öne çıkmış olan American Medical Association (AMA) [*Amerikan Tıp Derneği*], artık sağlık siyasetinin en güçlü sesi değil, çünkü tıp dünyası sayısız uzmanlık derneğine bölünmüş durumda. Bugün, ülkedeki hekimlerin kabaca ancak dörtte biri AMA üyesi ve örgüte katılmaktan kaçınan genç hekimlerin sayısı rekor düzeylere ulaşıyor. Üstüne üstlük, günümüzde tıp uzmanları tamamen beyazlardan oluşan bir erkekler ordusu değil. Saflarda kadınların ve azınlıkların sayısı giderek artıyor.

Bundan 15 yıl önce sağlık hizmetleri savaşında pek de görünmeyen hekimler, ağır ağır da olsa, özel sigorta sektörünün sağlıksız yanlarını açıktan dillendirme noktasına geldiler. Son olarak, işleyişi değiştirmeyi başardılar ve sağlık sigorta programları için değer biçme yetkisini devraldılar. AMA bile, sigorta sektörünün son on yılda içine girdiği muazzam birleşme ve yoğunlaşma sürecinin sıkıntılı sonuçlarına halkın dikkatini yöneltmeye çalışıyor. En büyük iki sigorta şirketi WellPoint ve UnitedHealth, 2007 itibarıyla 67 milyon kişiyi sigortalamış, yani Amerikan özel sigorta pazarında yüzde 36'lık paya ulaşmış durumdaydı. Tekelleşmeyi önleyici yasaların yeterince sıkı biçimde uygulanmamasının da etkisiyle, metropollerin büyük bölümü artık bu iki devin (ve pek çok zaman da sadece bir tanesinin) egemenliği altında.[24] AMA, "Pazara hâkim sigorta şirketlerinin, hizmet tedarikini ve hekim-hasta ilişkisini doğrudan etkileyen 'kabul et ya da git' tipi sözleşmeler dayatabiliyor oluşu, hekimin rolünü sistematik olarak zayıflatıyor." görüşünde.[25]

Amerikan hastane ve sigorta sektörleri önemli bir birleşme ve yoğunlaşma sürecinden geçerken, hekimler sağlık sisteminin en gözenekli unsurlarından biri olmayı sürdürüyor. Gerçekten de, çoğu hekim, dört veya daha az sayıda meslektaşının görev yaptığı, sigorta şirketleriyle pazarlık gücü olmayan yerlerde çalışıyor. Buna rağmen, sigortacılardan bağımsız olarak kendi sağlık

23 Ronald T. Ackermann ile kişisel e-posta yazışması, 12 Haziran 2009.

24 Emily Berry, "Most metro areas dominated by 1 or 2 health insurers", 9 Mart 2009, http://www.ama-assn.org adresinde mevcuttur.

25 Amerikan Tıp Birliği, Özel Sektörün Korunması Birimi, *Competition in Health Insurance: A Comprehensive Study of US Markets, 2007 Update*, Chicago: American Medical Association, 2007.

sistemlerini kurup işletebilecek büyüklükte gruplar halinde çalışan hekimlerin sayısı da azımsanmayacak boyutta. Öz-denetimli hekim birliklerini teşvik ederek veya sigortacılar karşısında hekimlerin baskı güçlerini artıracak şekilde tekel önleme mevzuatını değiştirerek bu yolu açmak, tek tip ücretlendirmeyi, bütçe hedeflerini ve benzeri tasarruf adımlarını kabullenmeleri için hekimlere sunulacak önemli bir avantaj olabilir. Araştırmalar, Kaliforniya'da durumlarından en memnun hekimlerin Kaiser Permanente bünyesinde çalışanlar olduğunu söylüyor. Hiç şüphe yok ki bu memnuniyetleri, tek parça, kâr amacı gütmeyen, "tıp personeline karşı sorumluluk taşıyan" bir sigorta sistemiyle muhatap olmalarından kaynaklanıyor.[26]

AMA, hem 1930'larda hem de İkinci Dünya Savaşı Sonrası dönemdeki onlarca yıl boyunca ulusal sağlık sigortasının başını ezmekle suçlanıyor. Yüzde yüz haklı olduğunu söyleyemeyeceğimiz bu bakış, bazı reformcuların, kafalarında hekimlere neden bir türlü yapıcı ve öncü bir rol biçemediğini açıklıyor aslında. Ancak şimdi, Amerikan hekimleri arasında dağınıklığın ve kararsızlığın kol gezdiği bir dönemden geçiyoruz. İlaç şirketleriyle ve tıbbi ekipman üreticileriyle kurdukları kuşkulu ilişkiler, halkın güzünde hekimlerin sahip olduğu meşruiyetin baş aşağı düşmesine neden olmakta. Üstüne üstlük, hekimlerin sigorta şirketleri karşısındaki aczi giderek derinleşiyor. Halkın gözünde tekrar değer kazanmanın yolunu bulamamaları ve meslektaşlarını kontrol altında tutamamaları halinde, daha kötü sonuçları da beraberinde getirmek üzere bu işi bir başkasının üstleneceğini fark eden hekimlerin sayısı artıyor.

SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÜLKE EKONOMİSİNİN SELAMETİ

Aslında genel sağlık sigortasını savunan pek çok kişinin, içinden geçilmekte olan bu olağanüstü dönemde neden böylesine iddiasız ve zayıf bir tasarının safında yer tuttuğunu açıklayabilmek için, sigorta sektörünün sahip olduğu siyasi manevra yeteneğinden ve Amerikan kamu politikasının yakasını onlarca yıldır bırakmamış neoliberalizmden söz etmek yetmez. Zira, sağlık hizmetlerinin temelde iktisadi bir başlık olarak ele alınması gerektiğini inatla ileri süren, sermayenin "büyük önem taşıyan" desteğinin ancak böyle alınabileceğini söyleyen görüş de kilit etmenlerden biri.

Finans sektörünün ve sektörün siyasi patronlarının imza attığı dudak uçuklatıcı suistimallerden kaynaklandığı artık iyice anlaşılmakta olan bir ekonomik fiyaskonun göbeğindeyiz. Buna karşın, başkan Obama ve başlıca danışmanları, uzun vadede ülke ekonomisinin selameti üzerindeki en bü-

26 Alain C. Enthoven ve Wynand P. M. M. van de Ven, "Going Dutch – managed-competition health insurance in the Netherlands", *New England Journal of Medicine*, 357(24), 13 Aralık 2007, p. 2423.

yük tehdidin sağlık hizmeti masrafları olduğunu söyleyebiliyor.[27] Masrafa yol açan asıl şey, sağlık hizmetlerinin temelde iktisadi bir başlık olarak tanımlanmasıdır. Bu yanlış bakış, büyük sermaye ve sigorta sektörüyle olumlu ittifakların kurulabileceğine yönelik abartılı bir inanç doğuruyor ve genel sağlık sistemini hedef belleyen geniş ölçekli bir toplumsal hareketi besleyecek ilgiyi dağıtıyor. 1993-94'te başımıza gelen tam da buydu. Sözünü ettiğimiz tutum, siyasetin ve halkın ilgisinin, ekonomi üzerinde kuşkusuz daha uğursuz etkiler yaratan asıl tehditlerden uzaklaşmasına da yol açıyor. Bir yandan da, halkın Medicare ve sosyal güvenlik kapsamındaki masraflara yönelik histerisini körükleyerek, Amerikan refah devletinin bu iki önemli ayağında küçülmeye gidilmesinin yolunu döşüyor. Yeterli ilgiyi göremeyen konular arasında, devasa askeri harcamalar, son derece adaletsiz bir vergi sistemi ve finans sektörünü batmaktan kurtarmak için yapılanlar örnek gösterilebilir.

Ülkenin en büyük sendikası konumundaki Service Employees International Union'un (SEIU) [*Uluslararası Hizmet Emekçileri Sendikası*] başkanı Andrew Stern başta gelmek üzere, öne çıkan işçi liderleri de sağlık reformu konusunda hükümetin fazlasıyla ekonomist bakışını tekrarlayıp duruyorlar. Stern'in tutumu, geçmişte John Sweeney'in tutturduğu yolla epey benzeşiyor. 2009 Eylül'ünde AFL-CIO başkanlığından ayrılan Sweeney, 1990'ların başında, federasyonunun sağlık komisyonu başkanlığını yürüttüğü sırada, Clinton'un reform tasarısı çerçevesinde yürütülecek mücadeleye giden yolda, sendikayı piyasadan yana bir tavra sürüklemişti. Bugün de Stern, "Amerikan iş dünyasının liderleri istemediği sürece", sağlık hizmetleri alanında hiçbir temel değişimin hayata geçirilemeyeceğini söylüyor.[28]

Stern, üst yönetim seviyesinde oluşturulan emek-sermaye ittifakları ve başka benzer girişimler yoluyla, SEUI'nın bakışını ve sermayenin ilgi alanlarını aynı çizgiye oturtabilmek için büyük çaba harcıyor. Stern'in en büyük flörtü ise, Wal-Mart şirketinin CEO'su H. Lee Scott, Jr. oldu. Wal-Mart'ın sağlık konusundaki iç karartıcı geçmişine ve emeğe karşı düşmanca tutumuna karşın, Wal-Mart ve diğer büyük şirketlerin sağlık reformu saflarında yapıcı birer müttefik olarak yerlerini alması için geçerli nedenlerin varlığından söz ediyordu Stern.

Örgütlü emek güçlerinin büyük bölümü, dev şirketleri reformun önemli müttefikleri arasında sayma konusunda, 1980'lerin sonlarında başlayan sağ-

27 Sean Lengell and Jon Ward, "Senators set out to meet health care goal; Obama aims for end of year", *The Washington Times*, 6 Mart 2009, p. A-1; ve Ezra Klein, "The number-cruncher-in-chief", *The American Prospect*, Ocak/Şubat, 2009, s. 17.

28 "A Brookings Institution-New America Foundation Forum: Employment-based health insurance: a prominent past, but does it have future?" içinde yapılan yorumlar, Brookings Institution, Washington, D.C., 16 Haziran 2006, http://www.brookings.edu adresinde mevcuttur, s. 15.

lık sistemi tartışmalarında da Stern'in bugünkü konumundan çok farklı bir yerde değildi.[29] Amerikan ekonomisini ve dolayısıyla Amerikan işçilerini sıkıntıya sokan şey için Fortune 500[30] mensuplarının getirdiği tanımlama, işçi önderleri tarafından da büyük ölçüde benimsendi ne yazık ki. Pek çoğu, sürüye uyarak, "rekabet gücü" masalının üzerine balıklama atladı. Halka verdikleri demeçlerde, emek ve sermaye kamplarının liderleri hep aynı notalardan çaldılar. Tekrarlayıp durdukları nakarat son derece basitti: Yüksek sağlık harcamaları, Amerikan ürünlerinin uluslararası piyasadaki rekabet gücünü düşürmekte ve bu da Amerikan ekonomisi ile Amerikan işçisine ciddi zarar vermekteydi.

Yükselen sağlık giderleri nedeniyle ekonomik rekabet gücünün ve ülke ekonomisinin genel durumunun tehlikeye girdiği tezine iktisat uzmanlarından sayısız itiraz geliyor. Ne var ki bu itirazların dayanağını oluşturan çözümlemeler, çalışanlara ait sağlık giderleri nedeniyle Amerikan mallarında maliyetin piyasa standartlarının üzerine çıktığını söyleyen "ortak edebiyat"a karşı pek az mesafe alabiliyor.[31] Sağlık hizmetleri zemininde sermaye ile flört etme hevesi, Stern'i bu sığ edebiyatın önde gelen temsilcilerinden biri yapıyor. Fortune 500 şirketlerinin, elde ettikleri kârdan daha fazlasını sağlık hizmetlerine harcama riskiyle karşı karşıya bulunduğuna dair telaşlı iddialar atıyor ortaya Stern.

Hikâyenin bizden gizlenen kısmını okuduğumuzda ise, sağlık hizmeti harcamalarının vergi sonrası şirket kârlarındaki payının 1986 ile 2004 arasında sürekli düştüğünü görüyoruz (internet üzerinden faaliyet yürüten şirketler ile yüksek teknoloji sektörünün batması nedeniyle şirket kârları toplamda düşüş sergilediği için, 1990'ların sonları istisna teşkil eder). Daha da önemlisi, patronların toplam bordro harcamalarının vergi sonrası kâra oranı da, 1998-2001 dönemini bir yana bırakırsak, 1986'dan bu yana sert bir düşüş çizgisi izlemektedir.[32] Sağlık hizmeti harcamalarının yükseldiği doğru; ama ücretleri kısma, bunun üstüne bir de sağlık harcamalarının giderek daha büyük bir bölümünü çalışanların sırtına yükleme konusunda patronların büyük bir başarı kaydetmiş olduğu da doğru. Ücretler, devletin bu konuda veri toplamaya başladığı 1947 yılından bu yana, ülkenin gayri safi yurtiçi

29 Örgütlü emek ve sağlık politikası hakkında daha fazla bilgi için bkz. Marie Gottschalk, *The Shadow Welfare State: Labour, Business, and the Politics of Health Care in the United States,* Ithaca: Cornell University Press, 2000.

30 Fortune dergisi tarafından yıllık olarak hazırlanan, ABD'nin en büyük 500 şirketini gösteren liste – *çev.*

31 Uwe E. Reinhardt, "Health care spending and American competitiveness", *Health Affairs,* 9(4), Kış 1989, s. 6.

32 Kâr rakamlarıyla sağlık giderleri arasındaki ilişkiye dair daha ayrıntılı bilgi için bkz. Marie Gottschalk, "Back to the future? Health benefits, organized labour, and universal health care", *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 32(6), Aralık 2007, s. 923-70.

hasılasının en küçük bölümünü oluşturdu hep. 2006'da, yüksek faizli kredi krizinin ve ekonomik bunalımın arifesinde, şirket kârları son kırk yılın en yüksek düzeyine ulaşmış durumdaydı.

Var olduğu iddia edilen sağlık harcaması çıkmazının gündemden bir an olsun düşmemesini sağlamak üzere, Stern ve sermayenin kimi liderleri, Amerikalı işverenlerin sağlık hizmetleri için yaptığı doğrudan ödemelerin miktarını, yabancı rakipler için geçerli olan rakamlarla karşılaştırıyorlar (aynen 1980'lerin sonlarında ve 1990'ların başlarında yaptıkları gibi). Otomotiv sektörünün tepe yönetimi ve sendika liderleri, bellerini büken sağlık harcamaları nedeniyle General Motors tarafından üretilen her otomobilde maliyetin 1.500 dolar yükseldiğini, oysa kimi rakiplerinde bu miktarın 200 dolara kadar düştüğünü yana yakıla anlatıyor. Zaten otomotiv sektörü yıllardır bu sızlanmaların en tipik adresi haline geldi.

Ancak, sağlık hizmetleri için *doğrudan* yapılan ödemeler konusunda Amerikan şirketlerini rakipleriyle kıyaslamak genellikle yanıltıcı olacaktır. Zira bu karşılaştırmada, kapsamlı refah sistemlerinin desteklenmesi amacıyla daha yüksek gelir vergisi ödeyen pek çok yabancı şirketin cebinden çıkan dolaylı harcamalar göz ardı ediliyor. Oysa bu tutar, en cömert şirketleri dikkate aldığımızda bile, Amerikan firmalarının çalışanlar için yaptığı sağlık harcamalarını geride bırakıyor. Gerçek şu ki, Avrupa'da ve dünyanın başka yerlerinde bir çok şirket, işçilere sağlık, tatil, doğum ve benzeri sosyal olanaklar daha cömertçe sunulduğu halde, rekabet güçlerini hiç de kaybetmiyorlar. Hatta, bir dizi ülkede, dolaylı giderlere ek olarak bizzat firmalar tarafından yapılan doğrudan sağlık harcamaları da Amerikan şirketleriyle kıyaslanacak boyutlara ulaşıyor.[33]

Emek hareketi, 1990'ların ilk yıllarında siyasi enerjisinin büyük bölümünü, sağlık konusunda emeğin, sermayenin ve devletin seçkinleri arasında bir anlaşma yaratabilmek için harcadı. Sermayenin büyük bölümünün kıyameti koparmasına neden olan ve sonu yenilgiyle biten Clinton tasarısı, çalışanların sağlık sigortalarının karşılanmasına yardımcı olmak üzere, büyük şirketlerin bordro üzerinden yüzde 7,9 gibi mütevazı bir katkıda bulunmasını öngörmekteydi. Henry J. Kaiser Aile Vakfı'nın başkanı Drew Altman'ın sözleriyle, "Sermayenin bu işe olur demesini sağlamak için Clinton planının sunduğundan daha fazlası yapılamazdı; ama sonuçta şirketler tasarının karşısında mevzilendiler, çünkü bunu büyük bir kamusal plan olarak görüyorlardı."[34]

33 "Çalışanlara, bordro üzerinden yüzde olarak sunulan sağlık yardımlarının maliyeti, Almanya'da ABD'ye göre neredeyse yüzde 50 daha yüksektir, ancak bu pek dile getirilmez". Mark Pauly, *Health Benefits at Work: An Economic and Political Analysis of Employment-Based Health Insurance*, Ann Arbor: University of Michigan, 1997, s. 119.

34 Joe Nocera, "Resolving to reimagine health costs", *The New York Times*, 18 Kasım 2006, s. C-1.

Sermaye masayı terk ettiğinde, onu masaya geri döndürebilecek bir taban baskısı kalmamıştı artık. Sermayenin sağlık konusunda işçilerle el ele doğru olanı yapacağına dair vaatlerin peşinde koşularak, reform için seferber olan güçlerin enerjisi boşa harcandı. Oysa sermaye, sendikalaşma hakkı ve Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması'nın (NAFTA) 1993 sonlarında uygulamaya girmesi gibi başka alanlarda işçilere karşı şiddetli bir saldırı yürütüyordu. İşçi önderleri, lider işverenlerin sağlıkta doğru adımı atmaya hazır olduğunu söyleyip durdular; ta ki böyle olmayacağı fiilen görülene dek. Tüm bu anlattıklarımızla şimdiki durum arasında bir benzeşme var. Sağlıkla ilgili son tartışmalar, Amerikan çalışma mevzuatının en önemli parçası niteliğindeki Çalışanın Özgür Tercih Hakkı Kanunu'na karşı sermayenin giriştiği amansız akınla eşzamanlı olarak sürüldü ortaya.

YA HARRY VE LOUISE SİNİRLENİRSE?[35]

Rekabete dayalı kamu sistemi çözümü, hüsrana uğramış Clinton planının yarattığı bezginlik havasında, 15 yıl önce ters giden işlerin düzeltilmesi çabasıyla doğdu. Bu revizyonist bakışa göre, Sağlıkta Güvenlik Kanunu girişiminin hüsranla sonuçlanmasının nedeni Clinton'un sadece yüzde 43 oy alarak zayıf bir halk desteği ile işbaşına gelmiş olması veya hükümet ile Kongre'deki Demokrat önderliğinin imza attığı stratejik hatalar değildi. Örgütlü emeğin içinden gelenler de dahil, birbiriyle savaş halindeki güçlü çıkar grupları da değildi onlara göre neden. Peki ya Newt Gingrich[36] ve son derece etkin Cumhuriyetçi Parti kanadının "Hillarycare" tasarısını ne pahasına olursa olsun mağlup etmek için tüm güçleriyle bastırması? Ya da orduya karşı tutum, Somali ve başka konulardaki yanlış adımları nedeniyle Clinton ancak tek bir dönem başkanlık yapacakmış gibi görünmeye başladığı anda iş dünyasından gelen desteğin bir anda yok olması? Hayır, bunlar da değil.

Revizyonistlere göre sağlık reformunun işini bitiren yalnızca Harry ve Louise olmuştu. Harry ve Louise; sigorta sektörü tarafından finanse edilen bir dizi reklam filmindeki beyaz, orta sınıf çift; benim gözümde kentli genç meslek sahipleri. Bir kurgudan ibaret olan Harry ve Louise, mutfak masasında oturup, Clinton'un tasarısı nedeniyle ellerindeki sağlık hizmeti olanaklarından vazgeçmek ve belki de hekimlerini değiştirmek zorunda kalacaklarından yakınarak ünlü oldular. Harry ve Louise'in hayaletleri, son sağlık reformu tartışmaları üzerinde de güçlü bir etki yarattı ne yazık ki. Obama'nın,

35 Harry ve Louise, sigorta sektörünün lobi grubu niteliğindeki Amerikan Sağlık Sigortası Birliği'nin (HIAA) Clinton'un sağlık reformu tasarısına karşı 1993 Eylül'ü ile 1994 Eylül'ü arasında bir yıl süreyle yürüttüğü televizyon reklam kampanyasının ismidir. Reklamlarda aktör Harry Johnson ve aktrist Louise Caire Clark, bir kentli orta sınıf Amerikan çiftini canlandırıyorlardı – *çev.*

36 Dönemin Temsilciler Meclisi'nde Cumhuriyetçi Parti'nin öne çıkan figürlerinden – *çev.*

SEIU'dan Andy Stern'in, Senatör Baucus'un ve diğer sözde reformcuların tekrarlayıp durduğuna göre, Amerikalıların büyük bölümü temelde sağlık sigortalarından memnundu ve mevcut işyeri sağlık sigortaları ile sunulan hizmetleri hemen hiç dokunmadan koruyan, özgün bir Amerikan çözümü istiyorlardı. Hem 1993-94'te, hem de şimdi, reklam kampanyalarının en büyük etkiyi elit siyasetçiler ve yorumcular üzerinde yaptığı anlaşılıyor. Zira, halkın gönlünde yatanların Harry ve Louise tarafından ne kadar temsil edildiği ve Amerikalıların mevcut sağlık sigortalarından memnuniyeti konusunda abartıya kaçanlar hep onlar oldu.[37]

Kanıtlar, Amerikalıların sağlık sisteminden derin bir memnuniyetsizlik duyduğunu ve köklü değişiklikler beklediğini gösteriyor. Halkın sağlık sistemine bakışı konusunda, gelişmiş ülkeler arasında yapılan sıralamada ABD neredeyse en sonda yer alıyor (anket halk sağlığı uzmanları ile sınırlandırıldığında gerçekten de sonuncu).[38] Bu, hiç de şaşırtıcı değil. Clinton planının akıbetinden sonra, işyeri sağlık sigortalarında da bir aşındırma süreci başladı. Kimi patronlar sağlık yardımlarını toptan ortadan kaldırırken, kimileri de ağır ağır zayıflatmaya girişti. 2008'de, tüm işçilerin sadece yüzde 60'ı veya Amerikan halkının kabaca ancak yarısı işyeri sağlık sigortalarının şemsiyesi altındaydı. Yardımları kesmeyen işverenler ise, katkı paylarını, kesintileri, nakit sağlık harcamalarını ve sigorta prim tutarlarını yükselterek, maliyetleri mümkün olduğunda çalışanların omuzlarına yüklüyor.

Artık sigortasızlardan "altı adım uzakta"[39] kalabilen Amerikalıların sayısı çok az. Şubat 2009'da resmi işsizlik oranı yüzde 8'i geçerken, Kaiser Family Foundation tarafından yürütülen bir araştırma da, işyeri sağlık sigortaları kapsamına girenlerin yüzde 52'sinin ellerindekini kaybetme korkusuyla yaşadığını ortaya koyuyordu. Son iki yılda, ülkede sigortasız kişi sayısının 87 milyona ulaştığı bile görüldü. 65 yaşın altındaki Kaliforniyalılarda bu oran yüzde 40'ı buldu. Mortgage ile alınan evlerde ortaya çıkan icra krizi aracılığıyla, pek çoğu sağlık sigortasına sahip orta sınıftan insanlar olmak üzere, muazzam sayıda yurttaşın sağlık borçları nedeniyle iflas ettiğini ve evini kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kaldığını öğrendik. Tarihi 2008 Kasım seçimlerinin arifesinde Commonwealth Fund tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ABD'de yaşayanların beşte dördü sağlık sisteminin baştan aşağı yenilenmesi veya köklü değişikliklere tabi tutulması gerektiğine inanıyor.

37 Mollyann Brodie, "Impact of issue advertisements and the legacy of Harry and Louise", *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 26(6), Aralık 2001, s. 1353-60.

38 Robert J. Blendon, Minah Kim ve John M. Benson, "The public versus the World Health Organization on health system performance", *Health Affairs*, 20(3), Mayıs/Haziran 2001, Sunum 1, s. 16.

39 Herhangi iki insanın, birbirinden en fazla altı kişi uzaklıkta bulunduğunu ileri süren teori. Diğer bir deyişle, ilk kişiden başlanarak, doğru bağlantılarla aradaki dört kişi ortak tanıdıklar üzerinden takip edildiğinde, altıncı kişiye ulaşılabileceği söylenmektedir – *çev.*

Ülke çapında bir sağlık sigortasını ya da sağlıkta devlet güvencesini destekleyip desteklemedikleri sorulduğunda ise, Amerikalıların ezici çoğunluğunun verdiği yanıt "evet" oluyor. En şaşırtıcı anket sonuçlarından biri de, Harvard Halk Sağlığı Okulu'nun yaptığı araştırmada ortaya çıktı. Katılımcılara, "devletleştirilmiş [*socialised*] bir sağlık sisteminin" daha iyi olup olmayacağı sorulduğunda, tarihsel olarak insanları kışkırtma amacıyla kullanılmış bu sözcükleri anladığını ifade edenler (yüzde 82) arasından hayret verecek büyüklükte bir kitle (yüzde 45), devletleştirilmiş sağlık sistemini tercih edeceklerini belirtti (olumsuz yanıt verenlerin oranı yüzde 39'da kaldı).

Sağlık reformunda yetinmeci yaklaşım, halkın sağlık sistemi karşısında için için kaynayan bu öfkesinden, ekonomik krizin ardından finans sektörüne, ticaret sektörüne ve onların Kongre'deki siyasi patronlarına karşı baş gösteren kamuoyu baskısından yararlanma becerisini sergileyemiyor. Senatör Christopher Dodd, Senatör Charles Schumer ve Temsilci Charles Rangel dahil, Kongre'deki Demokrat baronların siyasi geleceği, bankacılık ve sigorta sektörleriyle kurdukları yakın, üç maymunu oynayan bağlar nedeniyle karanlık görünüyor. Yalnızca 2007 ve 2008'de lobicilik faaliyetleri için yaklaşık 1 milyar dolar harcayan sağlık hizmetleri sektörü, finans ve enerji sektörleriyle birlikte ülkenin en güçlü siyasi odaklarından biri olarak görülüyor. Senatör Edward Kennedy'nin ağır hastalığa yakalanmasının [ve sonra ölümünün – ç.n.] ardından Kongre'nin sağlık reformu konusunda en önemli üyesi haline gelen Senatör Max Baucus, son dört yılda, sigorta ve ilaç şirketleri tarafından kampanyalara sunulan katkıların en büyük alıcısı oldu. Bush yönetiminin 2001 yılında onayladığı "*trickle-up*" [yoksuldan zengine kaynak akışı] tipi vergi indirimi mevzuatının mimarları arasında Baucus'un da bulunduğunu söylemeden geçmeyelim.

Bu çıkar çatışmalarının kökleri çok derinlere iniyor. Sağlık yardımları ve giderleri konusunda bir zamanlar güvenilir bir bağımsız araştırma kuruluşu olarak görülen Lewin Group, şimdi ülkenin en büyük sigorta şirketlerinden UnitedHealth'in bünyesinde bulunuyor. Yirmi yıl boyunca Senatör Kennedy'nin sağlık politikası ekibinin önemli yüzlerinden biri olan David E. Nexon, tıp endüstrisinin önde gelen ticari birliklerinden Advanced Medical Technology'nin üst yönetiminde artık. Sigorta sektörünün en önemli ticari birliğinin başkanı Karen M. Ignagni, 1990'ların başlarında, AFL-CIO saflarında işçi sınıfının sağlık reformu çabalarını yönlendiren kişiydi.

Süreç, bu özel çıkarlara kökten karşı çıkan, ufku açık ve iddialı bir sağlık hizmetleri sisteminin zorlanması için yeterince olgunlaşmıştı. Ekonomik kriz, Kongre'nin her iki kanadında da, sermayenin çığırtkanlığını yapma suçlamaları karşısında son derece kırılgan hale getirmişti yasa koyucuyu. 2007 yılında, mali krizin hemen öncesinde Democracy Corps [Demokrasi Birlikleri] tara-

fından, seçmen memnuniyetsizliği üzerine yürütülen aydınlatıcı bir çalışma, ülkede yanlış giden şeyin ne olduğuna dair en yaygın kanının, "Büyük sermaye, Washington'da istediği her şeyi elde ediyor." olduğunu açığa çıkardı.[40] İktidarını, Citigroup'tan Robert Rubin'in himaye ettiği pek çok kişiyle güçlendirme kararını alması, Obama'yı bu çerçevede oldukça hassas bir konuma soktu. Bir çok sağlık şirketinin yöneticiliğini yapmış Nancy-Ann DeParle'yi sağlık reformunun başına getirme kararı da öyle.

Obama, kampanya sırasında, "İlaç ve sigorta sektörlerine, masada bir koltuğa zaten sahip olacakken tüm koltukları satın almalarının gerekmediğini söyleme zamanı geldi." diyordu.[41] Aynı zamanda, sigorta sektörünün yeni bir Harry ve Louise salvosuyla reformu durdurmak istemesi halinde, saldırı konumuna geçeceğini vaat ediyordu. Gelgelelim, sağlık reformu tartışmalarının biçimlendiği aylarda, Obama ve başlıca danışmanları, ana ilkeleri savunmaya hazır oldukları yönünde bir izlenimi asla vermediler, hatta reformun ana ilkelerini tanımlama zahmetine dahi girmediler.[42] Sağlık reformu yanlılarını ve Kongre'deki kimi Demokratları şaşkınlık içinde bırakacak şekilde, oldukça sulandırılmış bir kamu sistemi istermiş ya da muhafazakârlara verilecek bir taviz olarak, kamu sistemi tasarısını tümden çöpe atmayı arzularmış gibi görünmeye başlamışlardı. Sağlık hizmetlerinin herkese açık olmasını temel bir hedef olarak ifade etmiyor, çalışanlara yönelik sağlık yardımlarının bir bölümü için işverenlerin de ödeme yapmasını gerektirecek yasalar hakkında herhangi bir şey söylemiyorlardı. Hükümet, sağlık reformunun finansmanını, yüksek gelir düzeyine sahip kesimlere yönelik vergi artışlarıyla finanse etme tasarılarından hızla el çekti. Bunun yerine, sağlık reformu için kaynak yaratmak üzere, çalışanların aldığı sağlık yardımlarından vergi almayı güle oynaya savunabiliyorlardı. Oysa bu, karşı cephede yer alan Senatör John McCain'in sağlık tasarısının önemli parçalarından biriydi ve 2008 kampanyası sırasında, orta sınıf Amerikalılar aleyhinde haksız bir vergilendirme uygulaması olacağı gerekçesiyle, Obama tarafından bizzat karalanmıştı. Obama, başkanlık seçim kampanyası boyunca, ilaç endüstrisinde "dizginleri ele alma" sözünü vermişti. Sağlık reformu üzerindeki kılıf kaldırıldıkça alttan çıkan tavizler, Kongre'nin önde gelen bazı Demokratlarını şaşırtacak ve ayağa kaldıracaktı.[43]

Obama yönetimi ve Demokrat Parti liderliğinin büyük bölümü, sağlık krizine de mali kriz karşısında takındıkları tutumla yanıt verdiler. Bir yan-

40 Bkz. Paul Krugman, "Big table fantasies", *The New York Times*, 17 Aralık 2007.

41 Jay Newton-Small ve Aliza Marcus, "Obama, following rivals, unveils health plan", Bloomberg.com, 29 Mayıs 2007.

42 Örneğin bkz. Richard Wolf, "Sebelius, DeParle ready to tackle health care overhaul", *USA Today*, 1 Haziran 2009.

43 Alicia Mundy ve Laura Meckler, "Drug makers score early wins as plan takes shape", *Wall Street Journal*, 17 Temmuz 2009.

da güçlü sigorta sektörünün ve sağlık endüstrisinin belli kesimlerinin belli başlı çıkarlarına el uzatmamak için azami titizlik sergilerken, diğer yanda da bu denli işlevsiz bir sağlık sisteminin kalıcı hale gelmesine neden olmuş siyasi ve ekonomik çıkarlara dair temel soruları sormaktan kaçındılar. En büyük sürpriz ise, Obama'nın ve Kongre'deki Demokratların kuyruğuna hiç sorgulamadan takılan sendika liderleri ve sayısız "ilerici" gruptan geldi. Bu tutumları nedeniyle, her zaman ele geçmeyecek bir siyasi fırsatı boşa harcıyor olabilirler. General Motors, Chrysler ve Citibank şirketlerinin kurtarılmasına yönelik büyük devlet müdahalesi tereyağından kıl çeker gibi kotarılabildiğine göre, kâr amaçlı sağlık hizmetleri sektörünün ortadan kaldırılması için gerekli halk desteğini sağlamak da Obama açısından imkânsız olmasa gerek.

Amerikan tarihinde, bir önceki iktidarın itibarını bu ölçüde yitirmiş olduğu dönemler nadirdir. Uluslararası Para Fonu'nun eski baş ekonomistlerinden Simon Johnson'un sözcükleriyle, finans sektörü prenslerinin, "sürecin liderleri ve stratejistleri olarak bu denli çıplak yakalandığı" zamanlar azdır.[44] Büyük Buhran, bunun örneklerinden biriydi. Şimdi yine böyle bir dönemden geçiyoruz. Milyarder sermayedar Warren Buffet'in birkaç yıl önce söylediği gibi: "Sınıf savaşı sürüyor, doğru; ancak savaşı yürüten benim sınıfım, yani zenginlerdir; ve kazanacak olan da."[45]

Başkan Franklin D. Roosevelt, 1933 yılında, olağanüstü bir dönemde iş başına geçti. Büyük Buhran'ın dört yılı, Hoover yönetiminin, ayrıca sermayenin bütün itibarını sıfırlamıştı. Roosevelt, ülkenin geçmişle bağlarını koparmaya hazır olduğunu fark etti ve bu duyguyu simgesel adımlarla büyüttü. Ancak geçmişten kopuş, tek başına Roosevelt'in yaptığı bir şey olmadı. Amerikalılar, Roosevelt'i gidişatı değiştirmeye zorlamak üzere, sendikalarda, kadın örgütlerinde, gazi gruplarında, yaşlı derneklerinde ve insan hakları örgütlerinde yığınlar halinde seferber oldular. 1929'da piyasanın çöküşünün ardından halkın derin kuşkusu ve nefreti ile karşı karşıya kalan büyük Amerikan şirketleri, halkın güvenini tekrar kazanabilmek uğruna önemli yatırımlara giriştiler. Takip eden onlarca yıllık dönemde, halkla ilişkiler ve çalışanlara yönelik şirket propaganda kampanyaları konusunda son derece eli açık davrandılar. Amaçları, kapitalizmin gerçekte iyi olduğuna, devletin işe fazla karışmasının da sosyalizm denen şeyi getireceğine halkı yeniden ikna etmekti.

Obama yönetimi ve önde gelen Demokratlar, sağlık politikalarında cesaretle yepyeni bir yol çizme doğrultusunda bu sıra dışı siyasi durumdan faydalanmak yerine, yetinmeci bir çözüm peşinde koşuyorlar. Siyasi koşullar nedeniyle merkezi bir sistemin elde edilmesini olanaksız görüyor olsalardı, en azından

44 Simon Johnson, "The quiet coup", *Atlantic* Online, Mayıs 2009, http://www.theatlantic.com adresinde mevcuttur.

45 Ben Stein, "In class warfare, guess which class is winning", *The New York Times*, 26 Kasım 2006.

ciddi anlamda denetim altına alınan bir sigorta sisteminin getirilmesi için bastırmazlar mıydı? Bunu bile yapmamaları, herkese açık genel sağlık sistemi mücadelesine ve aynı zamanda da kendilerinin siyasi geleceğine zarar veriyor. Başkan ve Demokratlar, 1936'da ikinci kez seçilmek üzere zafer yürüyüşüne geçen Roosevelt ve Demokratlar yerine, tarihi 1932 yenilgisini tadan Herbert Hoover ve Cumhuriyetçilerin durumuna düşebilirler.

Tüm çabalarını ısrarla kâr amacı gütmeyen bir sigorta şirketi yaratmaya odaklayan sözde reformcular, içinde bulunduğumuz koşullarca sunulan siyasi potansiyelin farkında değiller. Yaşadığımız şey, 1993-94'ün tekrarı değil. Stockholm sendromunun büyüsündeki sözde reformcular, sigortacılarla, tıp endüstrisiyle ve onların siyasi patronlarıyla çok yakınlar. Sizi tutsak edenlere bu kadar yakın saf tutmak tehlikeli bir şeydir. Kapı açıldığında kaçamayabilirsiniz. Belki kapının açıldığını bile fark edemezsiniz.

Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci

Christoph Hermann

Amerika Birleşik Devletleri'nin ve başka pek çok yerin aksine, Avrupa'da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu hâlâ çok büyük ölçüde devlet eliyle yürütülüyor. Hizmetlerse çoğunlukla kamu kuruluşları tarafından, bazı durumlarda da kâr amacı gütmeyen özel kuruşlarca sağlanıyor. Anketler, bu sisteme yönelik halk desteğinin gücünden bir şey yitirmediğini koyuyor ortaya. Kimi istisnalar dışında, yurttaşların sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye ve hizmet sunumunun piyasalaştırılmasına oldukça olumsuz baktığını görüyoruz. Bunun için çok geçerli sebeplere sahipler kuşkusuz. Kamu sistemi, yurttaşların büyük çoğunluğu için sağlık hizmetlerine erişim olanağını yaratmakla kalmıyor; ABD ile yapılan karşılaştırmalar, hizmetlerin bu şekilde daha ucuza mal olduğunu da gösteriyor.[1] Hal böyleyken, kamu sağlık sistemlerinin apaçık üstünlüğüne karşın, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasından başka bir anlam taşımayan bir dizi reformun, Avrupa'da inşa edilmiş devletçi yapıya dalga dalga yüklenişine şahit olmaktayız. Satıcı-müşteri ilişkilerinin yerleştirilmeye çalışılması, sağlığın kendi içinde bir piyasaya dönüştürülmesi, farklı tedarikçiler arasında rekabet ortamının oluşturulması, performansa dayalı ücretlendirme, korunma sorumluluğunun bireye indirgenmesi, taşeronlaştırma, kamu-özel sektör ortaklıklarının devreye sokulması ve kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satılması; hepsi de bu sürecin farklı veçheleri. Reformlar resmiyette maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak amacıyla yürütülüyor olsa da, gerçekte hem hastalar hem de sağlık emekçileri arasında adaletsizlikleri derinleştirecek ve sağlık hizmetlerinin devletçi karakterini aşındıracak sağlık piyasaları yaratma amacına hizmet ediyor.

1 OECD Sağlık Verileri'ne göre, Birleşik Devletler 2006'da GSYH'sinin yüzde 15'ini sağlığa harcarken, "yaşlı" AB 15 ülkelerinde (15 Batı Avrupa ülkesi) ortalama oran yalnızca yüzde 9'du. Dolar cinsinden kişi başına düşen harcama tutarında da, ABD'nin AB 15 ülkelerini iki kattan fazla aştığı görülüyor.

AVRUPA'DA KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN EVRİMİ

Avrupa'da sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda farklı kamusal ve özel kurumlar ile aktörler daima bir arada yer almıştır. Pek çok Avrupa ülkesinde, bunlara bir de kâr amacı gütmeyen özel sağlık kuruluşların eklenmesiyle, tablo daha da karmaşık hale gelir.[2] Çok sayıda ülkede, hastane harici sağlık hizmetlerinde özel sektör egemen olsa bile, bu hizmetleri verenler, makul seviyelerde kazanç elde eden ve kâr odaklı çalışmayan bağımsız hekimlerdir. Avrupa'da (en azından kıtanın batısında) sağlık hizmetlerine kamusal karakter kazandıran ve sistemi Amerika Birleşik Devletleri'ndeki uygulamalardan ayıran başlıca şeyse, finansmanın vergi gelirlerinden ve/veya katılımın zorunlu olduğu bir sigorta sisteminden karşılanıyor oluşudur. Bu sahnede, kâr odaklı aktörler ikincil rollerde karşımıza çıksa da, sistemin planlanması ve denetlenmesinde başrol daima devletindir. Birleşik Devletler'e baktığımızda ise tam aksine, nüfusun neredeyse yüzde 15'lik bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun bırakıldığını ve yaklaşık yüzde 75'lik bir bölümün de isteğe bağlı, genellikle işyeriyle bağlantılı özel sigortaların kapsamına girdiğini görüyoruz.[3]

Katılım zorunluluğuna dayanan Avrupa sağlık sisteminin kökleri iki farklı yerde yatıyor ve dolayısıyla kıtada sistem temel olarak iki farklı şekle bürünüyor. Adını, 19. yüzyılda sosyal sigortacılık kurumunu inşa eden Alman şansölyesinden alan Bismarck modelinde, sisteme yapılacak katkılar doğrudan maaşlardan kesilip, işverenler ve devletten alınan ödeneklerle birlikte sosyal sigorta sandıklarına aktarılıyor.[4] 1945 sonrasında Britanya refah sistemindeki yeniden örgütlenmenin mimarı Beveridge'in adını alan ikinci sistemde ise, finansman devletin topladığı vergilerden sağlanıyor. Bismarck modeli kıta Avrupa'sında yaygınlık kazanırken, Britanya, Kuzey Ülkeleri ve kimi Güney Avrupa ülkeleri, Beveridge sisteminin çeşitli biçimlerini uygulamakta. Yüksek gelir grubuna mensup kişilerden daha fazla vergi veya sosyal sigorta ödeneği alındığı için, her iki yapının da, kaynakların yeniden bölüşümü sürecine belli ölçüde hizmet ettiğini söyleyebiliriz.[5] Devlet, iki seçenekte de, hizmetlere ulaşabilen yurttaş sayısının artırılmasında hayati rol oynuyor.

2 Belçika ve Hollanda'da hastanelerin büyük bölümü kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlar olup, genellikle büyük kiliselerden birine bağlıdır.

3 Robert Mills ve Shailesh Bhandari, "Health Insurance Coverage in the United States 2002", ABD Nüfus İdaresi, Eylül 2003, http://www.census.gov adresinde mevcuttur. Michael B. Katz, *The Price of Citizenship. Redefining the American Welfare State*, New York: Metropolitan Books, 2001, s. 266 ve devamı.

4 Richard Saltman ve Hans Dubois, "The Historical and Social Base of Health Insurance Systems", R. Saltman, R. Busse and J. Figueras (der.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe* içerisinde, Londra: Open University Press, 2004.

5 Sosyal sigorta sandıkları için bazı ülkelerde primlere üst sınır getirilmekte, yani belli bir gelir düzeyinden itibaren prim düzeyi yükselmemektedir.

20. yüzyılın ikinci yarısı boyunca, Avrupalı devletler, sağlık hizmetlerindeki sorumluluk alanlarını bir dizi önlemle büyütme yoluna gitti. Tedarikin planlanması, araştırma ve buluşlar için kaynak ayrılması, tıp meslek kurallarının düzenlenmesi ve tıp eğitimi, tıbbi standartların oluşturulup uygulanması ve özellikle de sağlık hizmetleri finansmanının genişletilmesi bu önlemler arasında öne çıkıyordu. "Neredeyse genel bir uygulama haline gelecek şekilde, Avrupa'nın her yerinde sağlık hizmetleri *kamu malı*na dönüştü. Bu gelişmenin yan ürünlerinden biri de, sağlık harcamalarında ve kimi yerlerde de sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün payının gerilemesi oldu."[6] İkinci Dünya Savaşı'nın ardından Britanya'da Ulusal Sağlık İdaresi'nin (NHS) kurulması kapsamında, 1.143 kâr amacı gütmeyen özel hastane ile 1.545 belediye hastanesi de devralınıp sisteme dahil edildi.[7] Özel sigortası olan hastalara, NHS bünyesinde "paralı yatak"larda tedavi görme (karşılığında, hekimlerin hastalardan veya bağlı oldukları sigorta şirketlerinden doğrudan ödeme alabildiği, NHS'nin de yatarak tedavi, bakım ve teknik hizmetler karşılığında pay aldığı sistem) ya da özel hastanelere gitme arasında tercih olanağı sunuldu. Tercihleri ne yönde olursa olsun, 60'larda özel sigortalı hastaların sayısı son derece düşük kaldı. İsveç'te de benzer şekilde, 1960'ların sonlarında devletten büyük yardım alan ayakta tedavi kliniklerinin kurulmasıyla özel sağlık hizmetleri neredeyse sıfır noktasına çekildiği halde, hastalar hâlâ özel muayenehanelere gitme seçeneğine sahipti.[8] Savaş sonrası dönemde, kamunun sağlık harcamaları kesintisiz bir yükseliş sürecine girdi. Ancak, GSYH'de aynı hızda arttığı için, bu yükseliş henüz bir sorun olarak algılanmamaktaydı.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMANIN MOTORU

Teknolojik ve kurumsal yenilikler, özerkleşme, yeni imkân ve yetkinliklere duyulan ihtiyaç, hasta hakları bilincinin giderek yükselmesi ve bilgiye ulaşma olanaklarının gelişmesi... Bunların hepsi de son otuz yılda sağlık hizmetlerinin içine girdiği yeniden yapılanma sürecinde rol oynadı kuşkusuz. Ancak, değişimin en önemli motorunun giderleri kısma arzusu olduğunu söylemeliyiz. Savaş sonrasında yaşanan ekonomik canlılık döneminin sona erişiyle birlikte, 1970'lerde tüm Avrupa ülkeleri sağlık harcamalarındaki artı-

6 Hans Maarse, "The Privatisation of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 2006, s. 982 (vurgular orijinal metinde de mevcuttur).

7 John Lister, *The NHS after 60. For Patients or For Profits?*, Londra: Middlesex University Press, 2008, s. 27.

8 Mike Dent, *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe*, Houndmills Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2003, s. 51.

şın altından kalkmada zorluklar yaşamaya başladı. Ekonomik durgunluk ortamında, tıbbi bilgideki genişlemeyle yeni yeni müdahale alanlarının ortaya çıkması, ayrıca ihtiyaçlar ve beklentilerde ufkun genişlemesinin de etkisiyle, sağlık harcamalarının artış hızı GSYH'deki büyümeyi geride bıraktı. Sağlık harcamalarının kamu bütçelerindeki payı giderek yükselmekteydi. Pek çok ülkede, durgunluğu bir de iktidar değişiklikleri izledi: Neo-muhafazakâr partiler, vergi indirimi vaatleriyle iş başına geldi. Özel girişim ve sermayeye alan açmak üzere "devleti küçültme" amacını taşıyan yeni neoliberal gündemin bir parçasıydı bu. En dikkat çekici örnek, Margaret Thatcher'in Britanya projesiydi belki ama, aralarında İsveç'in de bulunduğu diğer Avrupa ülkelerinde de kemer sıkma politikaları bir bir devreye sokuldu. Kemerlerin sıkılması, bütçe açığı için yüzde 3'lük üst sınır koyan Büyüme ve İstikrar Paktı'nın parçası haline gelen üye ülkeler başta gelmek üzere, Avrupa Birliği bünyesinde de temel hedeflerden biri oldu.[9]

Vergi indirimleri ve kemer sıkma önlemlerinin bir araya gelişi, kolayca tahmin edilebileceği gibi, kamu sağlık sistemlerinin mali krize sürüklenmesi ile sonuçlandı. Yalnız vergilerden finanse edilen sistemler değil; sosyal sigorta sandıklarına dayanan yapılar da bu gidişattan nasibini aldı. Sosyal sigortaya dayanan sistemlerde, hastane altyapısı genellikle yerel yönetimlerce finanse edilmekte, tedavi giderleri ise sigorta sandıklarından karşılanmaktaydı. Almanya gibi federatif yapılarda, harcamaları kısma baskısını güçlü biçimde hisseden, belediyeler oldu ilk aşamada. Ancak son yıllarda, eyalet yönetimlerinin de akına kapıldığı, uzun süredir askıda bekletilen yatırımları hayata geçirme vaadiyle ortaya çıkan özel yatırımcılara hastaneleri satmaya başladığı görülüyor.[10] Bu arada, ücretleri bir türlü artmayan işçiler tarafından ödenen prim tutarlarının yükseltilememesi ile, sosyal sigorta sandıkları da baskıyı hisseder oldu. Üstüne üstlük, işsizliğin sürekli büyümesi ve farklı istihdam biçimlerine tabi çalışarak prim ödemeyen işçilerin sayısının artmasıyla, sandıkların toplam gelirleri düşmekteydi.[11] Vergi indirimlerini uygulamaya sokan aynı siyasetçiler, bu defa da özelleştirmeyi finansman krizini aşmanın yolu olarak göstereceklerdi. İddia edilen, özel sağlık hizmeti tedarikçilerinin, eşit veya daha yüksek kalite düze-

9 Christoph Hermann, "Neoliberalism in the European Union", *Studies in Political Economy* 79, 2007.

10 Gabriele Gröschl-Bar ve Niko Stumpfögger, 'Krankenhäuser', T. Brandt ve diğerleri (der.), *Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik* içerisinde, Hamburg: VSA Verlag, 2008, s. 168.

11 Her iki gelişme de, ücretlerin GYSH içindeki oranının devamlı düşmesine neden olmaktadır. Bkz. Simone Leibner, "Pragmatic Change in Social Insurance Countries? Assessing Recent Health Care Reforms in Germany, the Netherlands and Austria", ESPAnet Konferansı'nda sunulan çalışma, Viyana, 20 - 22 Eylül 2007. Ayrıca bkz. Alois Guger, Markus Materbauer ve Ewald Walterskirchen, "Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesen", *Kurswechsel* Heft 2, 2007.

yine sahip hizmetleri daha düşük fiyatlarla sunabileceği, böylece kamu bütçesi üzerindeki yükü hafifletebileceğiydi.

Çokuluslu sağlık şirketleri ve kârlı yatırım olanakları peşinde koşan dev bir sermaye de, sağlık hizmetleri sektörüne dayatılan dönüşümün ikinci önemli motoru olageldi. 2008/2009 mali krizinde küçüldüyse de, etkili bir etmen olmayı sürdürüyor bu sermaye. Bu nedenle, kamuda bütçe krizi ve harcamaları kısma çabaları devam ettiği halde, sağlık hizmetleri sektörünün önümüzdeki dönemde de hızla büyümesi bekleniyor. Sağlık sektörünü özel yatırımcılar için bu denli çekici kılan şeyse, iniş çıkışları olmayan, istikrarlı bir ticari yapı sergilemesi. Diğer sektörlerde döngüsel olarak talep düşüşleri ortaya çıkarken, dünyada ekonomik durum nasıl olursa olsun, hastaların tedaviye ihtiyaç duymadığı bir an düşünülebilir mi? Sayıları gittikçe artan çokuluslu sağlık şirketlerinden gelen ekonomik liberalleştirme ve özelleştirme baskısı şiddetlenirken, aslında sağlık sektörüyle ilgisi bulunmayan firmalar da (örneğin özel sermaye fonları ve tesis yönetim firmaları), faaliyetlerini döngüsel zikzaklardan kurtarabilecek bir ek gelir akışı yaratabilmek için sağlık projelerine her geçen gün daha fazla yatırım yapıyor.[12] Sağlık hizmetlerinin, kâr getiren bir sektör olarak önemini ne kadar artırdığını görmek için, Dünya Ticaret Örgütü bünyesindeki Hizmet Ticareti Genel Anlaşması görüşmelerinde kapladığı yere bakmak yeterlidir.[13]

SAĞLIKTA YENİDEN YAPILANDIRMA VE PİYASALAŞTIRMA

Özelleştirme literatüründe, liberalleştirme ile özelleştirmenin birbirinden farklı kavramlar olarak ele alındığı görülür. Liberalleştirme, rekabetin devreye sokulması, diğer bir deyişle, aynı hizmet için birden fazla tedarikçiye pazara giriş izninin verilmesi, tüketicilere de farklı tedarikçiler arasında tercih olanağının sunulması olarak tanımlanırken, özelleştirme ise kamu varlıklarının devletten alınıp özel mülkiyete geçirilmesi olarak anlaşılmaktadır. Oysa gerçekte, kamu hizmetlerinin halka sunumunun başkalaştırılması amacıyla yürütülen, oldukça karmaşık, kolaylıkla farklı kılıklara bürünebilen bir sürecin iki ayrı ucu olarak görülmelidir bunlar.[14] Özellikle de piyasalaşmanın

12 Jane Lethbridge, "Strategies of Multinational Health Care Companies", M. Mackintosh ve M. Koivusalo (der.), *Commercialisation of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* içinde, Houndmills Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. David Hall, "Multinational Corporations and the Pattern of Privatisation in Healthcare", Kasturi Sen (der.), *Restructuring Health Services* içerisinde, Londra: Zed Books, 2003.

13 Sarah Sexton, "Trading Healthcare Away: the WTO's General Agreement on Trade in Services (GATS)", Sen, *Restrucuturing Health Services* içerisinde. Kai Mosebach, "Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die 'Amerikanisierung' des deutschen Gesundheitssystems", *Prokla*, 132, 2003.

14 David McDonald ve Greg Ruiters, "Rethinking Privatisation: Towards a Critical Theoretical Perspective", *Public Service Yearbook 2005/2006* içinde, Amsterdam: Transnational Institute, 2006.

ve rekabetin pek kolay yerleştirilemediği, kamu varlıklarının özel yatırımcılara satışının siyasi nedenlerle güçlük arz ettiği sosyal hizmetler alanında, bu durum tam anlamıyla geçerlilik kazanıyor.[15] Liberalleştirme ve özelleştirme yandaşları, bu tip güçlüklerle karşılaştıklarında, öyle ya da böyle benzer sonuçları getirecek alternatif yöntemlere sıkça başvuruyorlar. Piyasalaştırma yönünde bir kayma anlamına gelen geniş ölçekli süreçlerin hedef tahtasındaki sağlık hizmetleri sektörü de bu alanda öne çıkıyor. Satıcı-müşteri ilişkisinin ve fiyatlandırma anlayışının devreye sokulması, riskin fiyatlandırılması ve kişisel sorumluluk düzeyine indirgenmesi, "tercih hakkı" ve "tüketici davranışı" kavramlarının benimsetilmesi, özel sermayeye ait işletme yönetimi yöntemlerinin uygulamaya sokulması ve ayrıca kamu-özel sektör ortaklıkları ya da özelleştirme yoluyla özel sermayenin payının artırılması; tamamı bu piyasalaştırma sürecinin unsurları arasında kendini gösteriyor.[16]

Tüm bu gelişmelerin ortak yanı, sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasında ön koşul olarak görülen sağlık piyasalarının oluşturulmasına şu veya bu şekilde katkıda bulunmalarıdır.[17] Yaşanan değişimler, sağlık hizmeti sunumunun çeşitli kolları arasında ve ülkeden ülkeye farklılaşıyor olmakla birlikte, iki ana başlık altında toplanabiliyor: Bir kısmı sağlık hizmetlerin finansmanını dönüştürmeye yönelirken, geriye kalanlar da hizmet sunumunu hedef alıyor.

Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik değişimler

1980'lerdeki geçici duraklamanın ardından, sağlık harcamaları 1990'lı yıllarda tekrar yükselmeye başladı. Ancak, 1980 ile 2005 arası dönemde, Avrupa ülkelerinin büyük bölümünde, kamu harcamalarının toplam sağlık giderleri içindeki payı geriliyordu.[18] Orandaki gerileme, en çok da İsveç, Hollanda, İspanya, Yunanistan ve birliğe yeni üye olan Doğu Avrupa ülkelerinde hissettirdi kendini. Kuşkusuz, saydığımız bu ülkelerin tamamı da aynı harcama yapısını sergilemiyor. Yunanistan'da kamu harcamalarının toplam

15 Ancak Almanya'da, yerel halktan gelen sert direnişe ve oylamalarda halkın çoğunluğunun özelleştirmeye karşı oy kullanmasına rağmen özel yatırımcılara satılan kamu hastanelerine dair örnekler de vardır. Bkz. Nils Böhlke, "The Impact of Hospital Privatisation on Industrial Relations and Employees: The Case of the Hamburg Hospitals", *Work Organisation Labour & Globalisation,* 2(2), Güz 2008.

16 Jaime Baquero Vargas ve Carmen Pérez, "La Mercantilización de la Sanidad", *Revista Economía Crítica*, 6, 2007.

17 Stewart Player ve Colin Leys, "Commodifying Health Care: The UK's National Health Service and the Independent Treatment Sector Programme", *Work Organisation Labour & Globalisation,* 2,(2), Güz 2008, s. 11-12; Colin Leys, *Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest*, Londra: Verso, 2001, s. 84.

18 Kamu harcamalarının toplam harcamalar içindeki oranının 1980 ile 2005 arasında yükseldiği Avusturya ve Portekiz istisna teşkil ediyor. İşçi Partisi iktidarının NHS'ye yönelik finansmanı büyük ölçüde yükseltmesi sayesinde, aynı durum 1990'ların sonlarında ve özellikle de 2000 senesinin ardından Birleşik Krallık için de geçerlidir.

sağlık hizmeti giderleri içindeki payı yüzde 43 iken, Avrupa'nın bu alandaki lideri İsveç'te oran yüzde 84,6'ya çıkıyor.[19] Kamunun sağlık hizmeti harcamalarında oynadığı rolün küçülmesine, özel sağlık sigortalarının kaydettiği yükseliş eşlik ediyor. Hollanda, özel sağlık sigortalarının önemli bir aktör haline geldiği Avrupa ülkelerinin başında bugün: 2005'te, ülkede sağlık hizmeti finansmanının yüzde 23'ü özel sigorta şirketleri üzerinden gerçekleşti. Yine 2005 verilerine göre, Hollanda'yı yüzde 13 ve yüzde 10'luk oranlarla Fransa ve Almanya takip ediyor.[20]

Özel sigortaların, Bismarck tipi sosyal sigorta sandıklarına sahip ülkelerde genel olarak daha büyük önem kazandığı söylenebilir. Bu tip sistemlerde, sosyal sigortanın kapsamı dışında bırakılan veya kamu sistemi ile özel sektör arasında tercih olanağı tanınan kimi grupların özel sigortalara kaydığını gözlemliyoruz.[21] Özel sigorta, bu durumlarda kamu sağlık sigortasının *muadili o*larak işlev görüyor. Yaygın uygulama ise biraz daha farklı. Özel sigortalar genellikle kamu sisteminin *muadili* değil *tamamlayıcısı* olarak sunuluyor: Kamu sisteminin kapsamına girmeyen veya kısmen giren ya da katkı payı karşılığında sağlanan hizmetleri sunuyor. Bu tip sigortalar, Fransa'da önemli bir rol üstleniyor örneğin. Ülkede, 2000 yılında nüfusun yüzde 85'i tamamlayıcı sağlık sigortalarından faydalanmaktaydı. Kamu sistemine üyeliğin yanında özel sigortası da olan yurttaşların oranı Hollanda'da yüzde 60 düzeyinde, Belçika'da ise yüzde 30 ile 50 arasındaydı.[22]

Avrupa'da tamamlayıcı sağlık sigortalarının giderek büyüyen yeri, bir başka önemli eğilimle de destekleniyor: bugüne dek kamu sigortası tarafından karşılanmış kimi tedavi ve uygulamaların kapsamdan çıkartılması. Bu eğilimin tüm ülkelerde karşımıza çıkan en tipik örneğini diş sağlığı hizmetleri oluşturuyor. Diş sağlığına yönelik hizmetler, büyük ölçüde özel sigortalar veya hastaların kendi ceplerinden yaptığı ödemelerle finanse ediliyor artık (vaziyetin üstünü örtme çabasıyla, bu yönteme "masrafların paylaşımı" adı veriliyor). Hollanda'yı ve Fransa'yı bir yana bırakırsak, azalan kamu kaynaklarının oluşturduğu mali uçurumun kapatılmasında, cepten ödemeler özel sigortalara göre daha büyük bir paya sahip gerçekte (Fransa, cepten ödemelerin 1980'den sonra düşüş sergilediği tek Avrupa ülkesi).[23] Cepten ödemelerin

19 OECD 2007 Sağlık Verileri'nden alınmıştır. Bkz. Christine André ve Christoph Hermann, "Privatisation and Marketisation of Health Care Systems in Europe", Frangakis ve diğerleri (der.), *Privatisation Against the European Social Model* içerisinde, Houndsmills Basingstoke: Palgrave Macmillan, yayına hazırlanıyor.

20 Aynı eser.

21 Jürgen Wasem ve diğerleri, "The Role of Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries", R. Saltman ve diğerleri (der.), *Social Health Insurance Systems* içerisinde.

22 Aynı eser.

23 Cepten ödemeler terimi, doğrudan yapılan ödemeleri (sigorta kapsamına girmeyen ürünler ve hizmetler için yapılan ödemeler), katkı paylarını (tedavi ücretlerinin, sigortalı hasta tarafından

en fazla öne çıktığı ülkeler ise, 2005 verilerine göre toplam sağlık harcamalarının yüzde 20'den fazlasının bu şekilde yapıldığı Belçika, İtalya, Portekiz ve İspanya.[24] Cepten ödemeler, rejim değişikliklerinin ardından Orta ve Doğu Avrupa'da da önemli bir finansman kaynağına dönüştü. 2005 yılında Macaristan ve Polonya'da toplam sağlık harcamalarının yüzde 26'sı bu yolla yapıldı.[25] Resmiyet kazandırılmış cepten ödemeler yetmezmiş gibi, kimi Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde hastalardan bir de "gayriresmi" ücretler ödemeleri bekleniyor. Hastanede yatanlar, yeterli tedavi hizmeti alabilmek için "teşekkür hediyeleri" sunmak zorundalar.[26]

Özel sigorta şirketlerinin giderek sertleşen rekabetine ek olarak, kamu sandıkları ile sosyal sigorta sandıkları da müşteri kapmak için birbiriyle rekabet etmeye zorlanıyor bazı ülkelerde. Hollanda'da 2006 yılında yürürlüğe giren sigorta sistemi reformu, sigortalılara kamu ve özel sektör arasında geçiş yapma ve farklı sigorta planları arasında tercihte bulunma olanağı sunuyor. Devlet, pazar paylarını korumak veya büyütmek isteyen sigorta şirketleri arasında rekabetten, prim tutarlarının düşmesi ve hizmet kapsamının genişlemesi ile hastaların kârlı çıkacağı umudunda. Bu çerçevede, sigorta sandıklarına da farklı sağlık hizmeti tedarikçileriyle özel sözleşmeler düzenleme ve hastalarını kendi belirleyecekleri tesislere yönlendirme hakkı tanındı.[27] Yapılan değişiklikler, hastane sektörü için tetiği çoktan çekilmiş olan liberalleştirme sürecini daha da ileri bir noktaya taşıdı ve hatta, kâr amaçlı hastane işletmeciliği üzerindeki yasağın 2012 yılında kaldırılması kararlaştırıldı.[28]

Sosyal sigorta sandıklarına dayanan kamu sistemleri, farklı sandıklar arasında rekabet yoluyla ele geçirilmeye çalışılırken, vergilerden finanse edilen sistemlerde de, hizmetlerin finansmanında rol oynayanlarla hizmetleri sunanlar arasında bir ayrıma gidiliyor. Bunun adı, "alıcı-tedarikçi ayrışması". Hedef, bir taraftan harcamalar üzerindeki kontrolü pekiştirmek, diğer taraftan da, verimliliği yükseltmek amacıyla sağlık hizmeti tedarikçilerine daha fazla özerklik ve sorumluluk vermek. Britanya örneğinde, kendi içinde bir piyasa

---

bizzat ödenmesi gereken kısmı olup, kullanıcı ücreti olarak da adlandırılmaktadır) ve ayrıcalıklı muamele için yapılan gayriresmi ödemeleri kapsamaktadır. Bkz. Nadia Jemiai, Sarah Thomson ve Elias Mossialos, "An Overview of Cost Sharing for Health Services in the European Union", *Euro Observer*, 6(3), Güz 2004.

24 André ve Hermann, "Privatisation and Marketisation".

25 Aynı eser.

26 Wieslawa Kozek, "Liberalisation, Privatisation and Regulation in the Polish Healthcare Sector/ Hospitals", Kasım 2006, http://www.pique.at adresinde mevcuttur.

27 Hans Maarse ve Ruud Ter Meulen, "Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform", *Health Care Analysis* Sayı 14, 2006.

28 Hans Maarse, "Health reform – one year after implementation", *Health Policy Monitor*, Mayıs 2007, http://www.hpm.org/survey/nl/a9/1 adresinde mevcuttur.

oluşturacak şekilde NHS'nin çok kapsamlı bir yeniden örgütlenmeye tabi tutulması, bu projenin duraklarından biri oldu. Hastaneler ve bazı toplum sağlığı hizmetleri yarı özerk "vakıf" örgütlenmesine sokulurken, hastanelere yıllık sabit bütçe verilmesi uygulamasından da vazgeçildi. Hastanelerin, Sağlık Bakanlığı adına hareket eden özerkleşmiş "görevlendirme" kuruluşları ("alıcılar") ile sözleşmeler imzalaması bekleniyordu bunun yerine.[29] Hastanelerin birer "kuruluş vakfı"na dönüştürülmesiyle, özerkleşen tesis sayısının giderek artması sağlandı. Artık Sağlık Bakanlığı'na değil, yeni bir sağlık hizmetleri piyasası düzenleme organına karşı sorumlu olacaklardı: Kuruluş vakıfları, ticari faaliyet yürüten kollar oluşturarak veya özel şirketlerle ticari girişim ortaklıkları kurarak gelir elde edebiliyor, ayrıca özel finans piyasasından kredi temin edebiliyor. Amaçlanan, NHS'ye bağlı vakıfların eninde sonunda birer işletme statüsüne kavuşturulması.

Beveridge tipi diğer sağlık sistemlerinde de benzer gelişmeler eksik olmuyor. İsveç'te bölge meclisleri, yerel hastanelerin finansmanı için ayrı satın alma kuruluşları oluşturdu ve hastanelere de daha fazla özerklik tanıdı. Britanya'da hastaneler her ne kadar bağımsız ticari işletmelere dönüştürülmek isteniyor olsa da özel yasal statüye (vakıf veya kuruluş vakfı) bağlanırken, İsveç'te ve diğer ülkelerde halka açık şirketlere dönüştürülmekte. Hastanelere özel şirketlerle aynı yasal statünün getirilmesi, böylelikle daha büyük hastane ağlarının ortaya çıkışına, özel şirketlerle işbirliğine ve hatta bazı yerlerde de kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satışına giden yolu açtı.[30] Hastanelerin kendi kaynaklarını yaratmasına dayalı finansman sistemi de, finansman ve hizmet sunumu ayakları birbirinden ayrılarak yıkıldı. Çoğu Avrupa ülkesinde altyapıların korunması ve yatırımlar için genel bütçe verilen hastaneler, bu yolla harcamada öncelikli alanları belirlemeye zorlanıyor. Diğer taraftan, tedavi bedellerinin, hastanın tedavisinde gerçekte ortaya çıkan harcama tutarı yerine, her bir işlem ve hasta sınıfı (teşhis grupları) için belirlenmiş sabit fiyatlar üzerinden ödenmesi uygulaması giderek yaygınlaşıyor. Teşhis grubu sistemleri, ortalama yatarak tedavi sürelerinin kısaltılması yoluyla masrafları kısmaları yönünde hastanelere yapılan baskının aracı haline geliyor; zira, hastanede kalış süresi ne kadar olursa olsun hastaneye aynı tutar ödeniyor. Bir Alman hastanesinde röportaj yapılan hekimlerin yaklaşık dörtte biri, hastaların gereğinden önce taburcu edilmesine sıklıkla rastlanabildiğini söylüyor.[31]

29 Allyson Pollock, *NHS plc: The Privatisation of Our Health Care*, Londra: Verso, 2005.

30 Monika Andersson, "Sweden", *Sozialpolitik in Diskussion* Sayı 5 (Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen), 2007, s. 69.

31 Sebastian Klinke ve Rolf Müller, *Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte*, ZES-Arbeitspapier Sayı 4/2008, University of Bremen, s. 91.

Kısacası, sağlık hizmetlerinin finansmanında yapılan değişiklikler, kamu sisteminden özel sisteme geçişin tamamlanması anlamına gelmese bile, çoğu Avrupa ülkesinde sağlık hizmetlerinin halka sunuluş şekli üzerinde derin etkiler yaratıyor.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik değişiklikler

Finansman yapısında getirilen değişiklikler hizmet sunumunu da derinden etkilerken, ortaya çıkan sonuçlar her yerde aynı olmayabiliyor. Bazı ülkelerde, masrafları kısma arayışı bir özerkleştirme dalgasına yol açtı ve hastaneler gitgide bağımsızlaştı. Bu tablo, örneğin İsveç'te, birbiri ardına yürürlüğe koyulan sağlık reformlarının önemli sonuçlarından biriydi.[32] Başka ülkelerde ise, verimliliği yükseltme arayışı tersi yönde bir etki ortaya çıkardı ve küçük hastaneler daha büyük tesislere veya merkezi yönetime sahip hastane ağlarına bağlandı. Belçika'da, kamu hastanelerini ve kâr amacı gütmeyen özel hastaneleri içine alan bir dizi birleşme, 1981'den bu yana hastanelerin yarıdan fazlasının ortadan kaybolması anlamına geldi.[33] Almanya'da, 1990'dan sonra hastanelerin yüzde 10'u (134.232 yatak) kapandı.[34] Yatak sayısındaki azalmayı, yatarak tedavi gerektirmeyen cerrahi yöntemleri gibi teknolojik gelişmelerle ve küçük hastanelerin, giderek karmaşık ve pahalı hale gelen tıbbi araç-gereçleri edinecek güçten yoksun oluşuyla kısmen açıklayabiliriz ama, finansman sistemlerindeki değişikliklerden kaynaklanan sorunların da bu sürece hız kazandırdığı ortada.

Hizmet sunumu üzerindeki en köklü özelleştirme müdahalesi, kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satılmasıdır. Kamu hastanelerinin özelleştirilmesine pek çok yerde şahit olduk. İsveç'in en eski hastanelerinden, Stockholm'da bulunan Saint Görans, yaklaşık 1.500 çalışanıyla birlikte 1999'da özelleştirildi. Şimdilerde, İsveç merkezli çokuluslu Capio şirketine ait. Büyük bölümü Stockholm bölgesinde bulunan pek çok başka hastane ise, yerel yönetimlerin mülkiyetinde kalmakla birlikte, bağımsız ticari kuruluşlara dönüştürüldü. Ancak bu süreç 2002'de Sosyal Demokratların "Dur Deme Yasası"nı getirmesiyle askıya alındı ve hastanelerin kâr amacı güden sermayeye satışı yasaklandı.[35] Avusturya'da da bugüne dek iki kamu hastanesi özel yatırımcılara devredildi.[36]

32 Dent, *Remodelling Hospitals*, s. 52.

33 Koen Verhoest ve Justine Sys (2006): "Liberalisation, Privatisation and Regulation in the Belgian Healthcare Sector/Hospitals", PIQUE projesi için hazırlanan rapor, http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_Belgium_November2006.pdf adresinde mevcuttur.

34 Schulten, "Germany", s. 36.

35 Andersson, "Sweden", s. 63.

36 Martin Rümmele, "Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen", *Kurswechsel* 2, 2007, s. 40.

Bununla birlikte, kamu hastanelerinin satışında ulaşılan ölçek ve uygulamaların sistematikleştirilmesi anlamında tüm diğer Avrupa ülkelerini geride bırakan bir örnek varsa, o da Almanya'dır.[37] 1991 ve 2004 yılları arasında Almanya'da özel hastanelerin toplamdaki oranı yüzde 14,8'den yüzde 25,4'e fırlarken, kamu hastanelerinin oranı da yüzde 46'dan 36'ya indi (geri kalan bölümü kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlar oluşturmakta). Kâr odaklı özel hastaneler, kamu hastanelerinden genellikle daha küçük oluşuyla dikkat çekiyor. Bu nedenle, 2004'te kamu kuruluşları yatak sayısı bakımından hâlâ sektörün yaklaşık 52,8'ini, hastane çalışanı sayısı bakımından da yüzde 60'ını temsil etmekteydi.[38] Daha yakın zamanda ise, aralarında büyük ve ünlü hastanelerin de bulunduğu bir dizi tesis, şaşkın bakışlar arasında özel sektöre devredildi. 2005'de, Hamburg kentinde 5.688 yatak kapasiteli yedi yerel hastanenin (*Landesbetrieb Krankenhäuser*), 2006'da ise 2.400'den fazla yatağa sahip üniversite klinikleri Marburg ile Gießen'in satılmasını bu çerçevede ele alabiliriz.[39] Hastanelerdeki özelleştirme dalgasının durması beklenmiyor. 2020'ye kadar, Alman hastanelerinin yüzde 40'ı ila 50'sinin özel sermayenim mülkü haline geleceği tahmin ediliyor.[40]

Batı Avrupa'da büyük kamu hastaneleri özel sektörün ellerine bırakılırken, kıtanın orta ve doğusunda yeni özel hastaneler inşa ediliyor. Çek Cumhuriyeti'nde, 2002'de sadece 64 olan özel hastane sayısı, 2007'de 122'yi buldu. Benzer şekilde Polonya'da da 2000'de 38 olan sayı, 2006'da 153'e yükselecekti.[41] Bu tesislerde genellikle özel sigorta sahibi olan veya cebinde yeterli parası bulunan hastalara, yani nüfusun pek küçük bir bölümüne hizmet sunuluyor. Örnekse, 2006 yılında Polonya'da kâr amacı güden ve gütmeyen özel kliniklerin yatak sayısı, toplam içinde sadece yüzde 5,6 yer tutmaktaydı.[42]

Alıcı-tedarikçi ayrışması ve hastanelere tanınan özerkliğin artırılmasına, yeniden yapılandırma süreci eşlik ediyor. Britanya örneğinde, hastaneler her bir işlem için ayrı ücretlendirme düzenleyen birer bağımsız "maliyet merkezi"ne dönüşüyor (elbette idari iş yükü de artıyor). Bölge halkının tıbbi

37 Maarse, "The Privatisation of Health Care", s. 996. Nils Böhlke ve diğerleri (der.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Gegenstrategien aus gewerkschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Perspektive* içerisinde, Hamburg: VSA Verlag, yayına hazırlanıyor.

38 Schulten, "Germany", s. 37-8.

39 Gröschl-Bahr ve Stumpfögger, "Krankenhäuser".

40 Schulten, "Germany", s. 39-40.

41 Aynı eser, s. 9.

42 Ulrike Papouschek ve Nils Böhlke, *Strukturwandel und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich*, FORBA - Working Life Research Centre, Viyana, 2008, s.15-16.

ihtiyaçlarıyla örtüşmediği halde, bu yapı beraberinde bir hastanenin sadece en fazla kazanç sağlayan kısımlarına yatırım yapma yönünde bir mali güdü de getiriyor. Hastaneler, bazen de hastane içindeki birimler, "tüm masraflarını, küçük veya orta ölçekli bir işletme gibi tek başlarına faaliyet yürütüyormuş gibi değerlendirmek" zorunda bırakılıyor.[43] Kurum dahilinde iç piyasaların yaratılması, Avrupa'nın dört yanında hastane örgütlenmelerini etkileyen, kapsamlı bir gelişme olarak boy gösteriyor.

Sağlık hizmetlerinin giderek parçalara bölünmesi ve fiyatlandırma sistemine geçilmesi ile, taşeronlaştırmaya ve kamu-özel sektör ortaklıklarına giden yol da açılıyor. Başlangıçta sadece temizlik, oda hizmetleri ve yemekçilik gibi ikinci basamak hizmetlerle sınırlı olan taşeronlaştırmanın kapsamına, gün geçtikçe bilgi teknolojileri ve muhasebe gibi karmaşık hizmetler de dahil oluyor. Üstelik, son yıllarda özel sektöre ihale edilen tıbbi hizmetlerin sayısı da artış sergiliyor.[44] Britanya hükümeti, kalça protezi ameliyatı gibi, acil müdahale gerektirmeyen, tamamen standartlaşmış kimi cerrahi uygulamalarla ilgilenecek yeni tedavi merkezlerinin kurulmasına yönelik bir program başlattı bile. Yüksek uzmanlaşma düzeyi ve çalışmaların acil vakalar tarafından kesintiye uğratılmayacak olması sayesinde, bu merkezlerin daha verimli çalışacağı, böylece hasta isteğine bağlı cerrahi müdahalelerde bekleme sürelerinin kısalacağı ileri sürülüyor. Bu tanıma giren ilk tedavi merkezleri NHS tarafından işletilirken, 2002 yılında hükümet özel şirketleri de "bağımsız sektör"ün, sözün doğrusuyla, kâr amaçlı tedavi merkezlerinin kurulmasına katkıda bulunmaya çağırdı. Resmi iddiaya göre, özel sektör ilave kapasite sağlayacak ve işlemleri "rekabet gücü sunan birim maliyetlerle" yürütebilecekti. Yani yaratılan algı, bu kuruluşların NHS'den daha ucuz olacağı yönündeydi. 2007 Temmuz'u itibarıyla, ülkede 24 "bağımsız sektör" tedavi merkezi faaliyet yürütmekteydi.[45]

Ne var ki, özel sermayeye ait tedavi merkezlerinin, maliyetleri düşürmek bir yana, NHS hastanelerine ödenen standart ücretlerin daha yukarısında tedavi maliyetleri ile karşılaştığını gösteren güçlü kanıtlar bulunuyor elimizde. Benzer şekilde, kapasitenin artacağına yönelik iddianın da pek doğru olmadığı anlaşılıyor. Özel tedavi merkezleri başlangıçta NHS personelini çalıştırmaktan men edilmişken, sonrasında kurallar esnetilecek ve NHS hastanelerindeki yetkin personel buralara çekilecekti. Bunlara, özel merkezlere kayan hastalar nedeniyle NHS'nin finans yapısında ortaya çıkan istikrarsızlaşmayı

43 Pollock, *NHS PLC*, s. 110 ve devamı.

44 Aynı eser, s. 45-46.

45 Stewart Player ve Colin Leys, *Confuse & Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, Monmouth: Merlin Press, 2008, s. 5 ve devamı.

da ekleyin.[46] Geriye dönüp bakıldığında, "bağımsız sektör" tedavi merkezlerinin gerçek amacının, NHS klinik hizmetlerinin özel sektöre açılmasını engelleyen yasağın kırılması için, halkın bekleme süreleriyle ilgili sorunlarının kullanılması olduğu fark edilebiliyor. Program, masrafları NHS tarafından karşılanan hastalara hizmet veren yaklaşık 150 özel hastane ve kliniğin oluşturduğu bir "Genişletilmiş Tercih Ağı"na dönüştü sonunda. Hemen ardından, İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna özel şirketlerin yoğun bir akın başlattığını gördük.

Uzun vadeli taşeron sözleşmeleri, kamu-özel sektör ortaklıkları olarak tanımlanan yapıya dönüşebiliyor. Tıpkı taşeronlaştırma gibi, kamu-özel sektör ortaklıkları da sağlık hizmeti sunumunda giderek daha fazla rağbet görüyor ve çeşitli biçimlere bürünebiliyor. Avusturya'da örneğin, özel hastane şirketleriyle işbirliği içinde işletilen kamu hastanelerinin sayısı artarken, özel sektörün iştirak edeceği bir dizi yeni hastanenin inşa edilmesi de planlar arasında.[47] Bir bölge yönetimi, 13.000 civarında çalışana sahip olan 21 vilayet hastanesinin yönetimini devretmek üzere bir özel hastanecilik şirketini kiralamaya karar verdiklerini açıkladıysa da, halkın direnişi üzerine planı rafa kaldırmak zorunda kaldı. Buna karşın, teklif veren şirketlerden biriyle, yüksek bir bedel karşılığında, uzun yıllar sürecek bir danışmanlık sözleşmesi imzalandı. Viyana Hastaneler Birliği, yeni bir diyaliz merkezinin inşası için, bölge sosyal sigorta sandığı ve kâr amacı gütmeyen bir özel hastane ile girişim ortaklığı kurdu. Kurulacak merkez, ortaklığın üyesi özel şirket tarafından yönetileceği için, çalışanlar da daha düşük ücretlerin ödendiği özel hastane toplu sözleşmesine tabi olacak.

Özel finans teşebbüsü de (ÖFT), kamu-özel sektör ortaklıklarının büründüğü kılıklardan biri. Özel sermaye, İspanya başta olmak üzere, pek çok ülkede kamu hastanelerinin inşası (veya yenilenmesi) ve bakımında görev alıyor. Ancak, bu politikayı Birleşik Krallık kadar azimli ve sistematik şekilde yürüten ikinci bir ülke yok.[48] ÖFT projelerinde özel ortakların oynadığı rol finansmanla sınırlı kalmıyor ve bakım, yemek, temizlik, güvenlik hizmetlerini de içerebiliyor. Tesis inşa edilip hizmet vermeye başladıktan sonra, projeyi yürüten kamu kuruluşu tarafından (genellikle bir NHS hastane vakfı), tesisin 25 ila 30 senelik ömrü boyunca ÖFT konsorsiyumuna yıllık ücret ödeniyor.

46 Player ve Leys, "Commodifying Health Care", s. 14-15.

47 Ines Hofbauer, "Österreich", *Sozialpolitik in Diskussion*, 5, s. 31-2; Rümmele, "Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen".

48 İspanya için bkz. Marciano Sánchez Bayle, "La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad", *Revista Economía Crítica*, 6, 2008.

1997'den bu yana, İngiltere'deki tüm yeni NHS hastaneleri ÖFT sistemiyle finanse edilmekte.[49] Sistemin lehine öne sürülen ana görüş, bu sayede kamu sektörünün riski özel sermayeye devredebildiği, projelerde bütçe ve zaman sınırlarına uyulmasının garanti altına alındığı yönünde. Ancak, riskin hesaplanmasında başvurulan kuşkulu yöntem ve ÖFT sözleşmelerinin çok uzun sürelere yayılması nedeniyle riskin devrine ilişkin kimi şüpheler var. Sürenin uzunluğu, değişen şartlara uyum sağlanabilmesi için sözleşmelerin pek çok zaman yeniden müzakere edilmesini gerektiriyor ve böylece yeni masraflar çıkıyor. Bunların yanı sıra, hükümetin iddiasının aksine, özel sektör katılımının gerçekten de hastane inşa sürelerini kısalttığına ya da bütçelerin aşılmasını önlediğine dair herhangi bir kanıt yok elimizde.[50] Her şey bir yana, ÖFT toplam maliyetlerinin, projelerin kamu borçlanması ile yürütülmesi halinde önemli ölçüde düşeceğini gösteren hatırı sayılır delille karşı karşıyayız.[51] Yıllık ödemelerin beklenenden yüksek seyretmesi, hizmet sunumunu da etkiliyor: Zorunlu ödemeleri yapmak için mücadele eden hastaneler, hizmetlerde kesintiye gitmek durumunda kalabiliyor.[52] ÖFT projelerinin ilk dalgasına dahil olan hastanelerde, yatak sayısının ortalama yüzde 30, çalışan sayısının ise ortalama yüzde 25 azaldığını görüyoruz.[53]

Avrupa hastanecilik sektörüne dayatılan ticarileştirmenin doğal bir sonucu olarak, Avrupa merkezli, çokuluslu sağlık hizmeti şirketleri çıktı ortaya. Almanya'da, şirketler arası birleşmeler ve devirler yoluyla, dört büyük özel hastane zincirinin boy verdiğine şahit olduk.[54] Bugüne kadarki en büyük satın alma operasyonu 2005 yılında gerçekleşti ve diyaliz alanında faaliyet yürüten Fresenius şirketi, Helios grubunu bünyesine kattı. Fresenius, dünya genelinde 2.000'in üzerinde diyaliz merkezi işletirken, Helios da

49 Yerel parlamentoların, yetkilendirme yoluyla sağlık politikasından sorumlu kılındığı Galler ve İskoçya'da, hastane sektöründe ÖFT'lere daha az ilgi gösterildiği fark ediliyor (bkz. Lister, *The NHS after 60*, s. 209 ve devamı). Özellikle İskoçya hükümeti, mevcut ÖFT projelerini gözden geçirme konusunda giderek daha istekli hale geliyor. İngiltere'de ise, yetkililer bu konuda önemli bilgileri kamuoyuyla paylaşmayı durmaksızın reddediyorlar (Allyson Pollock, "Finance Capital and Privatisation", konferans, Viyana, 23 Nisan 2009). Genel olarak, bu yazıda Birleşik Krallık için belirttiğimiz özelleştirme adımlarının pek çoğu yalnızca İngiltere için geçerlidir.

50 Allyson Pollock, David Price ve Stewart Player, "An Examination of the UK Treasury's Evidence Base for Cost and Time Overrun Data in UK Value-for-Money Policy and Appraisal", *Public Money & Management*, 27(2), Nisan 2007.

51 Jean Shaoul, Anne Stafford ve Pam Stapleton, "The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals", *Public Money and Management*, 28(2), Nisan 2008, s. 103.

52 Mark Hellowell ve Allyson Pollock, *Private Finance Public Deficts. A Report on the Cost of PFI and its Impact on Health Services in England*, Edinburgh: Centre of International Public Health, 2007.

53 Pollock, *NHS PLC,* s. 59.

54 Gröschl-Bar ve Stumpfögger, "Krankenhäuser", s. 168. Schulten, "Germany", s. 40.

toplam 15.800 yatağı ve 27.000 çalışanı bulunan 58 hastanenin sahibiydi.[55] Alman hastaneleri için girişilen özelleştirme süreci, yabancı yatırımcıların da dikkatini çekti elbette. İsveçli Capio Grubu, Deutsche Kliniken GmbH'ı 2006 Ağustos'unda satın aldı. Derken, aynı yılın Kasım ayında, Capio'nun çoğunluk hisselerinin, İngiliz özel sermaye fonu Apax tarafından satın alındığını duyduk. Stockholm'deki Saint Görans Hastanesi'nin de sahibi olan Capio, en az beş başka AB ülkesinde daha hastane ve sağlık kuruluşları işletiyor. İspanya'nın en büyük özel hastane işletmecisi konumunda. Fransa'da ise, Capio Santé adıyla ikinci sırada. Birleşik Krallık'ta 21 hastanenin mülkiyetini elinde bulunduruyor. Capio'nun yeni sahibi Apax, Güney Afrikalı sağlık devi Netcare'in de hissedarları arasında. Netcare'in Avrupa kıtasındaki faaliyetlerinin merkezinde Britanya yer alıyor. 49 hastane ile adanın en büyük özel işletmecisi konumundaki BMI, Netcare'e bağlı bir kuruluş. Apax ve Nordic Capital şirketleri, Fransız özel hastane zinciri Vedici içerisinde de hisseye sahip. Ancak Vedici ve Capio Santé, işlettiği tam 206 hastane ile Fransa'nın en büyüğü olan, Avrupa'nın da sayılı büyükleri arasına giren Générale de Santé'nin epey gerisinde henüz. Bu arada, başka bir grup sağlık hizmeti şirketi de faaliyetlerini Orta ve Doğu Avrupa üzerinde yoğunlaştırıyor. Özel sigorta ve sağlık hizmetleri ile Polonya, Romanya ve Çek Cumhuriyeti'nde öne çıkan İsveçli Medicover örnek gösterilebilir. Kollarını kıtanın orta ve doğusuna uzatan Batı Avrupalı sağlık hizmeti şirketleri için verilebilecek bir diğer örnek de Euromedic. Merkezi Hollanda'da bulunan şirket, aslında Amerikalı özel sermaye fonları Warburg Pincus ile GE Capital'in mülkiyetinde bulunuyor. Euromedic'in faaliyet yürüttüğü on iki ülke arasında Macaristan, Bosna Hersek, Romanya, Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan ve Rusya da var.

AVRUPA BİRLİĞİ'NİN ROLÜ

Üye ülkeler, sosyal politikalar ve sağlık politikaları üzerindeki denetim yetkilerini AB'ye terk etme konusunda daima isteksiz davranmışlardır. Halk sağlığını şöyle bir anmakla yetinen Avrupa Birliği Antlaşması'nda, Topluluk faaliyetleri ile ulusal politikaların, "halk sağlığını iyileştirmeye, hastalıkları önlemeye ve insan sağlığı üzerindeki tehlike kaynaklarını ortadan kaldırmaya yönelmesi" gerektiği belirtiliyor (Madde 152, Fıkra 1). AB, ulusal sağlık sistemlerine bunun ötesinde bir müdahale yetkisine sahip değil. Ancak, üye ülkelerin ulusal sağlık hizmetlerini inşa ve idare etme özgürlüğü, Avrupa

55 Almanya'da hastane devirlerinin sayısındaki artış, kamu hastanelerinin satışına pek çok zaman karşı çıkmış olan Federal Rekabet Kurulu'nu harekete geçirdi. Hamburg örneğinde, hastanelerin yeni sahibi Asklepios'a, yedi hastaneden bir tanesini rakip bir özel hastane işletmecisine satması emri verildi (Schulten, "Germany", s. 45).

entegrasyon sürecinin köşe taşlarını teşkil eden "dört özgürlük" ile, yani malların, insanların, sermayenin ve hizmetlerin serbest dolaşımı ilkesiyle giderek daha fazla çelişir hale geliyor. Sağlık hizmetlerinin bir ekonomik faaliyet olmadığı ve dolayısıyla ekonomi alanında benimsenen kurallara tabi tutulamayacağı üye ülkeler tarafından sürekli dile getirilse de, Avrupa Adalet Divanı, tedavi için başka ülkelere giden ve daha sonra da masraflarının karşılanması için kendi ülkesine başvuruda bulunan kişiler lehine verdiği kararlarla defalarca aksi yönde görüş belirtti.[56] Mahkemenin bu yorumunun ardından, Avrupa Komisyonu, 2004 tarihli hizmetler ve iç pazar yönetmelik taslağının kapsamına sınır ötesi sağlık hizmetlerini de dahil etti (Bolkestein Yönetmeliği adıyla bilinmektedir). Ticari karakter taşımayan sağlık hizmetlerine yönelik güçlü halk desteği, 2005'te Avrupa genelinde yönetmeliğe karşı girişilen gösteri ve protestolarda somutlaştı. Nihayetinde, Avrupa Parlamentosu sağlık hizmetlerini yönetmeliğin kapsamından tamamen çıkarma kararı almak zorunda kalacak ve bu karar 2006 başlarında Komisyon tarafından da onaylanacaktı.

Ancak Komisyon, sağlık hizmetleri için ayrı bir yönetmelik hazırlayacağını da ilan edecekti. O günden bu yana, Komisyon'dan konuyla ilgili en az iki taslak çıktı. 2008 Temmuz'unda açıklanan son taslak, Avrupa'da tedavi için yurtdışına çıkan hasta sayısının son derece sınırlı olduğu gerçeğini göz ardı ederek, yalnızca sınır ötesi sağlık hizmetlerine odaklanmaktaydı.[57]

Taslağa göre, tasarlanan yönetmeliğin yasal zeminini oluşturma konusunda, Avrupa Birliği Antlaşması'nın iç pazar hükmü (Fıkra 95) tek başına yeterli.[58] Komisyon, yurtdışı sağlık hizmetlerine erişim olanağının, Avrupa'da hastaların sahip olduğu seçeneklere büyük bir çeşitlilik kazandıracağı iddiasında. Yurtdışında derman arayan hastaların sayısı belki az ama yönetmeliğin önemi, daha temel bir sorunu kurcalamasından kaynaklanıyor: sağlık sistemleri kamu kurumları tarafından mı planlanıp yönetilecek, yoksa piyasa mekanizmaları tarafından şekillendirilmeye mi terk edilecek. Sınır ötesi sağlık hizmetleri, ulusal, bölgesel ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerini planlama gücünü aşındırması sebebiyle ciddi bir tehdit oluşturuyor. Sınır ötesi hizmetlerin teşvik edilmesiyle, talep de üye ülkelerin kendi başlarına kontrol edemeyeceği, hatta

56 Dorte Sindbjerg Martinsen, "Towards an Internal Health Market with the European Court" *Western European Politics*, 28(5), 2005; ve Wolfram Lamping, "Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt", *Kurswechsel*, 2, 2007.

57 Avrupa Komisyonu, "Proposal for a Directive on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare", Temmuz 2008, http://ec.europa.eu adresinde mevcuttur; ayrıca bkz. Klaus Dräger, "Bolkestein durch die Hintertür. EU-Richtlinie zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten", *Sozialismus*, 12, 2008.

58 Yönetmeliğin yasal zeminini büyütmek üzere, tasarlanan önlemlerin ikinci meşruiyet kaynağı olarak halk sağlığını gösterme girişimi, Avrupa Parlamentosu'nda 23 Nisan 2009'da yapılan oylamada yenilgiye uğratıldı.

etkide dahi bulunamayacağı dış etmenlere bağlı hale geliyor (örneğin, komşu ülkelerin sağlığa ne kadar bütçe ayırdığı). Diğer bir açıdan bakıldığında, hastaları yurtdışına gönderebilme olanağı, sağlık sorunlarını başka ülkelerin sırtına yükleme konusunda kimi ülkeleri kışkırtabilir de. Zengin Batı Avrupa ülkeleri, hastaların tedavileri epey daha ucuza sunan Güney veya Doğu Avrupa'ya gönderilmesini, finansman sorunlarını çözme yolunda geçerli bir yöntem olarak görmeye başlayabilir. Bu arada, söz konusu hedef ülkelerin halkları da, eldeki kaynakların yabancı zengin müşterilere harcanmasıyla, yeterli tıbbi hizmetten yoksun duruma düşebilecektir.

Tedavi için bir başka üye ülkeye gitme olanağının gerçekte kimin seçeneklerini çeşitlendireceği sorgulanmalı. Tedavi amacıyla yurtdışına çıkabilenler, yurtdışında ikamet ve seyahat edebilecek, üstelik bunu yaparken yanlarında ailelerini de götürebilecek kişiler olacaktır çok büyük oranda. Bu kişilerin üst gelir grubundan geleceği son derece açık. Yetmezmiş gibi, ülke içindeki hizmetlere ayrılan kaynakların giderek azalmasıyla, dil ve kültür nedeniyle yurtdışına çıkmayanların, komşularının desteğine muhtaç olanların seçenekleri artmak bir yana, azalacaktır da. Bu tip hastaların da düşük gelir grubuna dahil olacağı ortadadır.[59] Öyleyse, Avrupa'da sağlık hizmetleri üzerinde estirilen liberalleştirme ve kuralsızlaştırma rüzgârı hem ülkeler arasında hem de ülke içinde farklılıklar yaratma, Avrupa sağlık sistemlerinin temelini oluşturan dayanışmanın altını oyma eğilimindedir.

Avrupa Birliği, bir tarafta sınır ötesi sağlık hizmeti sunumunu desteklerken, diğer yanda ulusal sağlık sistemlerinin reformdan geçirilmesi doğrultusunda üye ülkelere yöneltilen baskıyı da şiddetlendiriyor. Bunu doğrudan yapamayacağından, Avrupa sosyal politikaları ve istihdam politikalarını istediği yönde düzene koyma yolunda daha önceden keşfetmiş olduğu açık eşgüdüm yöntemini [*open method of coordination*] devreye sokmakta.[60] Kısaca açıklamak gerekirse, açık eşgüdüm yönteminin, "üstün uygulama" örneklerinin belirlenmesi ve yaygınlaştırılmasına dönük bir idare tarzı olduğunu söyleyebiliriz. Aynı zamanda, bu yöntem bir "bağlayıcı olmayan hukuk" yaklaşımı olarak tanımlanıyor. Belli önlemlerin yürürlüğe konması için, ülkelere sadece tavsiye sunulabiliyor ve uygulama yönünde herhangi bir zorlamada bulunulması söz konusu değil. Her ülkenin sağlık sistemi kendine özgü ve had safhada karmaşık bir yapı sergilediğinden, aralarında karşılaştırmalar ve değerlendirmeler yapmak için ortak ölçütler saptamak, olanaksız olmasa bile çok güç. Bir sistemde uygulanan önlemin, başka bir ülkenin farklı kurumsal

59 Dräger, "Bolkestein durch die Hintertür".

60 Hans-Jürgen Urban, "Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik", Marburg, Forschungsgruppe Europäische Integration (FEI), 21 Numaralı Çalışma, 2005, s. 65-70.

ortamında da aynı etkiyi yaratacağı savı oldukça tartışmalı.[61] Bu güçlükler nedeniyle, Avrupa Komisyonu'nun başvurabileceği tek geçerli kıstas olarak geriye, önlemlerin kamu bütçesi üzerinde yarattığı etki kalıyor. Bu bağlamda, masrafları düşüren veya giderleri kamudan özel finansman yöntemlerine kaydıran reformlar başarılı sayılmakta. Sağlık hizmetine erişim olanakları ve kalite bakımından ne tür etkilerin ortaya çıkacağını boş verin! 2005-2008 dönemi Geniş Ölçekli Ekonomik Politika Kılavuzları içinde yer alan 2 Numaralı Kılavuz'da, "Üye ülkeler, yaşlanan nüfusun ortaya çıkaracağı tahmini harcamaları göz önünde bulundurarak . . . emeklilik, sosyal sigorta ve sağlık hizmeti sistemlerinin mali bakımdan ayakta kalabilmesini, toplumsal bakımdan yeterlilik sergilemesini ve ulaşılabilir olmasını sağlamak üzere reform ve güçlendirme çalışmaları yürütmelidir." deniyor.[62] Kağıttan gerçek hayata döndüğümüzde ise, mali bakımdan ayakta kalabilme kıstası, Avrupa Konseyi ve Komisyonu'nun gözünde, sağlık hizmetlerinin giderek yetersizleşmesi ve geliri yeterince yüksek olmayanlar için erişimin sınırlandırılması anlamına gelmektedir.

SONUÇ

Avrupa'da sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci çeşitli kılıklarda çıkıyor karşımıza. Hizmetlerin piyasacı bir anlayışla sunulmasıyla bağlantılı değişimler, sağlık harcamalarının finansmanında kamu payının düşürülmesini de kapsıyor. Bu yolda karşımıza çıkan durakları şöyle sıralayabiliriz: özel sigorta sistemine ve cepten ödemelere biçilen rolün giderek büyümesi; farklı sigorta tedarikçileri ve bu arada farklı sosyal sigorta sandıkları arasında rekabetin devreye sokulması; sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu arasındaki bağın kopartılması; sağlık hizmeti tedarikçilerine özerklik tanınması, tedarikçiler arası rekabetin büyütülmesi ve sabit fiyat sisteminin uygulanması; ademimerkeziyetçilik ve sektör içi yoğunlaşma; kamu hastanelerinin özel yatırımcılara satılması ve yeni özel hastanelerin inşası; sektörün kendi içinde piyasalara ayrılması, taşeronlaştırma, kamu-özel sektör ortaklıkları ve özel finans teşebbüsleri. Söz konusu değişimler, pek çok ülkede hastaların tercih haklarını çoğaltma iddiasıyla servis ediliyor. Her yerde sağlık giderlerinin kısılması amaçlanıyor. Oysa harcamalar kamudan özel sektöre kaydırılırken, reformların etkileri hiç de giderlerin düşmesi şeklinde göstermiyor kendini. Yük kamu bütçelerinin üzerine binmediği sürece, giderlerin artma-

61 Thomas Gerlinger ve Hans-Jürgen Urban, "From Heterogeneity to Harmonisation? Recent Trends in European Health Policy", *Cadernos Sáude Pública*, 23 Sup 2, 2007.

62 Avrupa Komisyonu, "European Economy No 4/2005, The Broad Economic Policy Guidelines (For the 2005-08 Period)", s. 40.

sına bir sorun olarak bakılmıyor (çoğu ülkede, GSYH'den sağlık hizmetlerine ayrılan pay yükselmeye devam ediyor). Kamu açıklarının azaltılması ve ulusal sağlık politikalarının isteğe uygun şekilde düzene sokulması yönünde Avrupa Birliği'nden gelen baskı da finansmanda kamudan özel sektöre kayışın önemli nedenleri arasında.

Finansmanın özel sektöre kaydırılmasının en fazla göze çarpan sonucu ise, Bismarck ve Beveridge tipi kamu sağlık finansmanı sistemlerinin servet bölüşümü işlevinin sekteye uğraması oluyor. Zira, özel sigorta primleri ve katkı payları, gelir düzeylerine bakılmaksızın, her yurttaş için aynı tutarda uygulanır. Dolayısıyla, sigorta primleri ile katkı paylarının kişisel gelir içindeki payı, yoksullar için çok daha yüksek oranlara ulaşıyor. Bununla beraber, eşitsizliklerin derinleşmesi, piyasalaştırma sürecinin tek sonucu değil. Toplam harcamalardaki artış da aynı ölçüde dikkat çekiyor. Araştırmalar, özel sigorta şirketlerinin, kamuya göre epey daha yüksek idari giderlere maruz kaldığını gözler önüne seriyor.[63] Giderleri daha yüksek olduğu halde, özel sigortaların daha ucuza daha fazla hizmet sunacağını düşünebilmek pek kolay olmasa gerek; elbette farklı risk grupları için farklı prim tutarları saptamadıkları sürece. Bu da yine alt gelir grubundaki yurttaşların zarar hanesine yazılıyor. Benzer şekilde, özel hastanelerin kamuya göre daha verimli çalışabilmesi, ileri düzeyde standartlaşmış, düşük risk taşıyan işlemlere odaklanıyor, karmaşık vakalarla uğraşmayı da kamuya bırakıyor olmalarındandır. Özel sermaye, bu nedenle yatırım kararlarını küçük hastaneler üzerinde yoğunlaştırırken, son dönemde Almanya'da gerçekleşen el değiştirmelerde, genel amaçlı daha büyük hastanelerin de kâr merkezlerine dahil edilmeye çalışıldığını görüyoruz. Bu stratejinin umdukları getiriyi sağlayıp sağlamayacağını henüz bilmiyoruz; ancak gerekli yatırımların geciktirilmesi, personel sayılarının azaltılması ve buna bağlı olarak iş yükünün yoğunlaştırılması, hemşirelere ve tıbbi personel dışında kalan çalışanlara daha düşük ücretlerin ödenmesi, ayrıca mümkün olduğunca fazla sayıda hizmetin taşeronlaştırılması ile, yatırımcılar işletme açıklarını hızla kapatabiliyorlar.[64] Çeşitli özelleştirme örneklerinden elde edilen kanıtların yanı sıra, ulusal istatistikler de Almanya'daki hastanelerde yatak başına düşen personel sayısının azalma eğilimine girdiğini ortaya koyuyor. 2007 yılında, kâr amaçlı hastanelerde ortalama oran, kamudakinden yüzde 25 daha düşüktü.[65] Hasta başına düşen personel sayısındaki düşüşün doğal sonucu olarak, hastanelerde iş yükü artıyor (hastanelerde, idari birimler haricindeki

63 Sarah Thomson ve Elias Mossialos, "Voluntary Health Insurance in the European Union", Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları İzleme Merkezi, 2004, s. 100. http://www.euro.who.int adresinde mevcuttur.

64 Gröschl-Bar ve Stumpfögger, "Krankenhäuser", s. 169-73.

65 Aynı eser, s. 170; Statistisches Bundesamt, "Grunddaten der Krankenhäuser 2007" (Fachserie 12, Reihe 6.1.1), Tablo 2.3.3 (Personalbelastungszahlen nach Krankenhaustypen), Wiesbaden, 2008.

alanlarda verimliliği yükseltme olanakları son derece sınırlıdır). İş yükündeki artışa, işbölümünün derinleştirilmesi yoluyla emek sürecinin daha fazla parçalanması ve dolayısıyla hastalarla ilgilenen personelin sık sık değişmesi gerçeği eşlik ediyor. Bu ise -belki haklı olarak- hastalarda gerektiği gibi bakılmadıkları hissini doğuruyor. Hamburg'daki özelleştirilmiş altı hastaneden beşinin, 2007'de yapılan hasta anketlerinde, memnuniyet bakımından en alt sıralarda yer almasına şaşırmamalı.[66] Britanya'da NHS hastanelerinde ÖFT'nin devreye sokulması da benzer şeyler getirdi, ama bir önemli farkla: NHS hastaneleri, ÖFT maliyetlerinin beklenenden bazen yüzde 70'e varan oranda daha yüksek çıkması sonucunda karşı karşıya kaldıkları faturayı ödeyebilmek için, sadece personel miktarını değil, yatak sayılarını da azaltma yoluna gitti.

Piyasalaştırmanın kalite ve erişim olanakları üzerindeki etkisi tartışıladursun, özel sermayenin Avrupa'da sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve metalaştırılmasından pek çok yolla kazanç sağladığı son derece açık. İngiltere'deki meşhur özel finans teşebbüslerinin de dahil olduğu kamu-özel sektör ortaklıklarından, kıtanın yeni çokuluslu sağlık şirketlerinden, hizmetlerin taşeronlaştırılmasından, standart hale gelmiş tercihe bağlı cerrahi müdahalelerden ve özel sigortası olan varlıklı hastaların tedavisinden oluk oluk kâr akıyor. Ek masraf yaratan tamamlayıcı özel sigorta poliçelerini ve sosyal sigorta kapsamı dışında bırakılan hizmetler için halkın cebinden ödediği paraları da unutmamak lazım.

NOTLAR

Bu yazının ortaya çıkmasını sağlayan araştırmalar, AB tarafından finanse edilen iki Avrupa araştırma projesi kapsamında yürütüldü: Özelleştirme ve Avrupa Sosyal Modeli (PRESOM); Kamu Hizmetlerinde Özelleştirmenin Üretkenlik, İstihdam ve Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkileri (PIQUE). Yazıyla ilgili tüm sorumluluğu üstlenmek kaydıyla, başta Christine André olmak üzere, projelere katkıda bulunan tüm meslektaşlarıma şükran borçluyum.

66 Böhlke, "The Impact of Hospital Privatisation", s. 128.

İşyerindeki Kavga: Kanada Sağlık Hizmetlerinde Egemenlik Mücadelesi

Pat Armstrong ve *Hugh Armstrong*

Sağlık hizmetlerinin tarihi, bu hizmetleri ortaya çıkartan emeğin üzerindeki egemenlik ve denetim mücadelesinin tarihidir pek çok bakımdan. Genel olarak güçlü bir cinsiyet, ırk ve elbette sınıf temelinde yükselen bu mücadeleler, hem sağlık hizmeti kapsamında yürütülen işin kendisi, hem de bu işi yürüten farklı emekçi kesimler açısından çelişkili ve çapraşık sonuçlar doğuragelmiştir. Öyle ki, emeğe egemen olmaya dönük kimi idari denetim yöntemleri, emekçilerin bizzat uğruna savaştığı reformlardan türemiş veya emekçilerin izlediği stratejiler üzerine inşa edilmiştir. Egemenlik mücadelelerinin yapısı ve sonuçları zamana ve mekâna göre değişime uğramış, dünya genelinde veya yerel ölçekte kendini hissettiren etkilere göre şekil almıştır. Kâr arayışı ve ideolojik amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerini hedef tahtasına oturtan metalaştırma projeleri, ayrıca kâr amacı gütmeyen sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimine özel sektörden devşirilen idari stratejiler, mücadelenin izleyeceği yolun belirlenmesinde etkili olmuştur. Ancak şu da söylenmeli ki, bu tip stratejilerin sağlık hizmetleri alanında hayata geçirilebilmesinin önünde, sağlık emekçilerinin örgütlü direnişinden, ama aynı zamanda da sağlık hizmeti işinin kendi doğasından kaynaklanan ciddi sınırlar var.

Sağlıkta son dönemde yaşanan değişikliklerde, bilgi teknolojileri başta olmak üzere, yeni teknolojilerin ön plana çıktığını görmekteyiz. Bir taraftan yapılan işi kusursuzlaştıran ve boşa harcanan kaynakları azaltan bu teknolojiler, diğer yandan özgür karar alma sahalarının daraltılmasına ve sağlık hizmetlerinin birbirinden bağımsız parçalara ayrılmasına hizmet edebiliyor. İş saatlerini daha da yoğunlaştırma peşindeki idareciler, gerek klasik Taylorcu[1]

1 Frederick Winslow Taylor tarafından 20. yüzyıl başlarında geliştirilen "bilimsel yönetim" yaklaşımı, işbölümünün mümkün olduğunca derinleştirilmesi, daha sonra da işçilerin her bir hareke-

tekniklere, gerekse sağlık hizmetine yönelik ihtiyacın gün içindeki iniş ve çıkışlarına yanıt olarak geliştirilmiş esnek çalışma yöntemlerine başvurarak, çalışanların hareket alanını daraltan "verimlilik" ve "üretkenlik" yaklaşımlarını devreye sokuyorlar.

Sözünü ettiğimiz adımlar, sıklıkla doğru hekimin, doğru işi, doğru zaman ve yerde yapmasını sağlama iddiasındaki kanıta dayalı tıp (KDT) yaklaşımı adına atılıyor. Bilimsel kanıtları göz ardı eden veya hiçe sayan tıbbi müdahaleleri kimse savunmuyor kuşkusuz. Ancak Timmermans ve Berg, KDT hareketinin, standartlaştırmanın getirdiği söylenen faydaların hiç sorgulanmadan kabullenilmesine önayak olduğunu, ikna edici bir biçimde ortaya koydu.[2] Bu arada, feministler de iş yoğunluğunu artırma ve esnek çalışma tarzını yerleştirme süreçlerinin barındırdığı cinsiyet ve ırk ayrımı temelini açığa vurmaktalar.[3]

Batı Avrupa'da olduğu gibi Kanada'da da, en azından son döneme kadar, kâr odaklı sektörlerde inşa edilmiş idari denetim biçimlerinin pek çoğundan büyük ölçüde sıyrılmayı bildi sağlık sektörü. Bu yazıda Kanada'ya odaklanıyoruz. Özel bir vaka olduğu için değil yalnızca; pek çok ülkedeki çalışma hayatına somut bir örnek teşkil ettiği için de.

KANADA SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞBÖLÜMÜ

Sağlık hizmetlerinin konusu insan yaşamıdır. Her birimiz, bu hizmetlerin şimdiki veya gelecekteki kullanıcılarıyız. Tıbbi müdahaleler büyük risklere, ama aynı zamanda da mucizevi sonuçlara gebe olduğundan, bu alandaki bilimsel kesinlik ve yetkinlik iddiası kulağa son derece hoş geliyor. Bu iddialar, sağlık çalışanları tarafından egemenliklerini güçlendirme yolunda kullanılabileceği gibi, tam tersi yöne de sapabilir. Sağlık alanındaki aktörleri ve bu aktörlerin atacağı adımları denetim altında tutmak için hekimlerin harcadığı çabada, insan yaşamını kurtarmaya adanmışlığın mı, yoksa kârlı bir tekelin varlığını güvence altına alma güdüsünün mü daha baskın oluğu şiddetle tartışılıyor. Kesin olan şu ki, başka yerlerde olduğu gibi Kanada'da da, hekimlerin tekel olmaktan kaynaklanan gücünün büyük kısmı 19. yüzyıl ortalarında, tıp uygulamalarının çoğu alanında henüz sağlam bir bilimsel temel kurulmazdan önce gelişti. Bir yanda bilimsel ilerlemeye duyulan inanç

---

tinin standartlaştırılması ve belli bir zaman sınırına hapsedilmesi gibi yollarla, emekten azami ölçüde faydalanarak verimliliği artırmayı amaçlar – *çev.*

2 Stefan Timmermans ve Marc Berg, *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia: Temple University Press, 2003.

3 Örneğin bkz. Cynthia Coburn, *Gender and Technology in the Making*, Londra: Sage, 1993; Carla Freeman, *High Technology and High Heels in the Global Economy*, Durham: Duke University Press, 2000.

artarken, diğer yanda da loncaların gücünü devam ettirdiği "akıl çağı"nda, bugün olduğu gibi o zaman da büyük kısmı serbest çalışan Kanadalı hekimler, lonca benzeri bir yapı sergileyen Kanada Tıp Birliği'ni kurdular. Birlik, kişilerin mesleğe kabulü, tıp öğrenimi ve mesleği bağımsız icra etme hakkı üzerinde devleti de arkasına alan bir denetim kurmak için, sınıfsal bağlarından faydalanacaktı.

Sonrasında, mesleki güçleri daha verimli ve bilimsel temele dayanan yöntemleri ortaya çıkarmalarında hekimlere yardımcı olacak, ayrıca sayıları giderek artan diğer sağlık çalışanları üzerinde, beyaz ırktan erkek hekimlerin egemenlik kurmasını sağlayacaktı. Rahibeler ve vasıfsız işgücü tanımına giren başka bazı kadınlar da hastaneler ve evlerde sağlık hizmeti sunarlardı gerçi ama, 19. yüzyıl sonlarına dek, resmi eğitim almış hemşirelerle tanışmayacaktık. Sonraki yüzyılın başında, ülkede hemşire başına 19 hekim düşmekte, hemşirelerin çalışma koşulları hekimler tarafından belirlenmekteydi. Temelde, hemşirelere düşen hekimlerin yapmaktan hoşlanmadığı işleri, yine hekimlerin talimatları çerçevesinde yerine getirmekti. Hekimlerin aksine, hemşirelerin büyük bölümü daima ücretli işçiler olarak kalacak, ancak hekimler gibi onlar da kimi temel görevlerini başka meslek gruplarına terk edeceklerdi.

İkinci Dünya Savaşı'na dek, bakım hizmetlerinin büyük kısmı, kadın hemşirelik öğrencileri tarafından ücretsiz yürütülmekteydi. Başhemşirelerin titiz gözetimi altındaki yerlerde yaşıyordu bu öğrenciler. Evlendiklerinde ya da hamile kaldıklarında meslekten atılmalarının önünde hiçbir engel bulunmadığından, mezun olup da hemşirelik mesleğinde kalan az sayıda kişi, hemcinsleriyle iyi vakit geçirebilen bekâr kadınlar oluyordu. Hekimleri taklit ederek, meslekleri üzerinde egemenlik kurmak, emeklerinin karşılığını almak ve ayrıca yaptıkları iş nedeniyle takdir edilmek için bu hemşirelerin de kendi lonca benzeri örgütlerini oluşturmuş olmaları şaşırtıcı değil. Ancak hekimlerin aksine, onların örgütü bağımsız bir kuruluş değildi ve mesleklerini hekimlerin denetiminde düzenlemek zorundaydılar. Yine hekimlerden farklı olarak, kadınların bakım konusundaki doğal yetenekleri ve fedakârlıklarının kendilerine yeteceğine, eğitime ihtiyaç duymadıklarına dair yaygın düşünceler vardı. Apaçık bir şekilde hekimlere tabi oluşları da pekiştirmekteydi bu düşünceleri. Yine de, kendi mesleki uzmanlıklarını ve statülerini inşa etmek için kimi görevlerini başka meslek gruplarının üzerine yıkma konusunda hekimlerin açtığı yoldan yürüdüler ve bu arayışta karşılarına sağlık işçileri çıktı.

İkinci Dünya Savaşı'ndan çıkıldığında, pek çok başka ülke gibi Kanada da epey kalabalıklaşmış bir sağlık işgücü ve sağlık hizmetlerine yönelik artan bir taleple yüz yüze geldi. Üstelik, beklenti bu hizmetlerin devlet tarafından

sunulması yönündeydi. Hastanelerse, kâr amacı gütmeyen yardım kuruluşları ve dini yapıların ya da belediyelerin mülkiyetindeydi. Hekimlere ve hastanelere yapılacak ödemelerin kaynağını hastalar veya sigorta şirketleri oluşturmakta, hastane sigortalarının çoğu kâr amacı gütmemekteydi. Arada nadiren özel şahıslara ait tesislere de rastlanabilirken, ülkede hissedarlık yapısına sahip bir hastane bulunmuyordu. Hem hekimlerin büyük bölümünün bağımsız çalışmasının, hem de sağlık hizmetlerinin temelde bir kazanç kapısı değil fedakârlık olduğu yönünde, hekimlerce de desteklenen güçlü kültürel anlayışın etkisiyle, özel sektörce geliştirilen çalışma yöntemlerinin sağlık alanına ihraç edilmesi çabaları pek önemsiz kalıyordu. Gerçekten de hekimlerin gelir düzeyi oldukça düşük seyretmekte, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu hastane emekçileri düşük ücretler almakta ve hâlâ işin büyük kısmı ücret almayan öğrenciler eliyle yürütülmekteydi.

Kamu sağlık sigortası, kademeli olarak ve düzensiz bir biçimde inşa edildi Kanada'da: 1947'de, Kuzey Amerika'nın ilk sosyal demokrat hükümeti tarafından Saskatchewan eyaletinde başlatılan sistemin ülke çapında hayata geçirilmesi için 1960'ların ortalarına kadar beklemek gerekecekti. Bu kademeli gelişme çizgisi, yukarıda aktardığımız mesleki yapıyı pek dokunmadan yerli yerinde bıraktı ve devleti, gerekliliğine hekimlerce karar verilen hizmetler karşılığında tek elden ödeme yapan merkezi bir organ haline getirmekle yetindi. Hekimler, hastane hizmetlerinde kamunun rol üstlenmesi karşısında kolektif bir direniş sergilemedilerse de, Saskatchewan hükümetinin 1960'ların başlarında herkese açık bir genel sağlık sistemini yerleştirmek amacıyla harekete geçmesi üzerine, ileride pek de iyi anılmayacak bir grev düzenlediler. Bu adımın kendilerini birer devlet memuru haline getireceğini öne sürerek, bağımsızlıklarının ellerinden alınmasının ve devletin sağlık alanına egemen olmasının sağlık riskleri doğuracağı iddiasıyla halka çağrıda bulundular. Grev başarısızlığa uğrasa da, hekimlerden ve sağlıkları konusunda endişeye kapılan hastalardan gelen ortak baskı, ödemelerin kamu tarafından yapıldığı, hizmetlerinse serbest çalışan hekimlerce verildiği bir yapının kabulüne neden olacaktı. Saskatchewan girişiminin ardından, önce Kraliyet Komisyonu'nun[4] çalışmalarında, bir kaç yıl sonrasındaysa, hazırlanan federal sistemde bu yapı daha da pekiştirilecekti.[5]

Kanada federal sisteminde, sağlık hizmetlerinin sorumluluğu asıl olarak eyalet (ve bölge) hükümetlerinin omuzlarında. Federal devlet aygıtının

4 Önemli ulusal sorunları araştırmakla görevlendirilen geçici uzmanlar kurulu. Araştırma tamamlandığında, gerekli adımların atılması amacıyla Komisyon'un bulguları kabineye sunulmaktadır - *çev.*

5 David Naylor, *Private Practice, Public Payment*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 1986.

görevi, sağlık araştırmalarının desteklenmesini, gıda ve ilaç güvenliğinin idaresini, göçmenlerle yabancı ziyaretçilerin sağlık riskleri bakımından taramadan geçirilmesini ve yerli halklara sağlık hizmeti temin edilmesini bir yana bırakırsak, eyaletlerde ortaya çıkan hastane masraflarının ve diğer tıbbi giderlerin bir bölümünü finanse etmekten ibaret. "Tıbbi açıdan gerekli" hastane ve sağlık hizmeti masraflarının yarısını ödemeyi taahhüt eden federal devlet, karşılığında da eyaletlerin genel sigorta, hizmetlere eşit erişim olanağı, hem hastane hem de özel muayenehane hizmetlerinin kapsama alınması, hastaların haklarını istedikleri eyalette kullanabilmesi ve eyalet ödeme planlarının kamu eliyle yönetilmesi ilkelerine uygun davranmasını istiyor, 1971 yılında, en muhafazakâr eyalet yönetimlerinin bile reddedemeyeceği bir teklif sunuyordu.

Yeni federal sistem, sağlık hizmetlerinde muazzam bir büyümeyi de beraberinde getirecekti. Bunun yanında, Kanadalı saygın sağlık tarihçisi Malcolm Taylor'un haklı tanımlamasıyla, hekimlere açık çek verilmesi anlamına geliyordu yeni sistem; zira hekimler, hâlâ işlem başına ücret almaktaydı.[6] Hekimlere ödenen ücretlerin kısılması yoluyla harcamaların kontrol altına alınması girişimleri her seferinde başarısızlığa uğrayacak, grev tehdidi ve halkın sağlık riskleri konusundaki zaafı, hekimler tarafından etkili biçimde kullanılacaktı. Bakım hizmetleri için iş alanlarının genişlemesi ve kadınların hamilelik ya da evlenme halinde işlerine devam etme hakkını kazanmasıyla, hemşireler de adamakıllı ücretler ve makul çalışma koşulları talep etmeye başlayacaktı. Hekimlerin izinden gidip, bir meslek kolu olarak kendi egemenliklerini kurmayı denedilerse de, kısmen yapmalarına izin verilen işler hekimlerce sınırlandırıldığından, kısmen cinsiyetleri nedeniyle, kısmen de halihazırda ücretli çalışanlar oldukları için aynı başarıyı yakalayamayacaklardı. 1973'te Yüksek Mahkeme, Uluslararası Hizmet Emekçileri Sendikası'nın (SEIU) tarafında yer alarak, yönetim kurulunda idari mevkilerde çalışan hemşireleri de bulundurduğu için, Saskatchewan Diplomalı Hemşireler Birliği'nin bir sendika gibi ücret pazarlığı yapamayacağına hükmetti.[7] Hemşire sendikalarının kurulmasında bu kararın büyük etkisi olacak, ancak sendikaların bir çoğu, meslek örgütü anlayışını, ayrıca kadınların yetkinliği ile ilgili geleneksel görüşleri muhafaza edecekti. Hemşirelerin sendikalaşması, öğrenciler söz konusu olduğun-

6 Malcolm Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 1987.

7 Janet Kerr, "The emergence of nursing unions as a social force in Canada", Kerr ve Janetta MacPhail (der.), *Canadian Nursing: Issues and Perspectives* içerisinde, Toronto: McGraw-Hill Ryerson, 1988, s. 211-12; ayrıca bkz. Pat Armstrong ve Linda Silas, "Taking power: making change and nurses' unions in Canada", Marjorie McIntyre ve Carol McDonald (der.), *Realities of Canadian Nursing: Professional, Practice, and Power Issues* içerisinde, Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2009, s. 316-36.

da sıfır noktasına kadar inen sömürü ücretlerinin, kabul edilebilir düzeylere çıkmasını sağlayacaktı.

Hastaneler ve başka kuruluşlarda belli işlerin daha az vasıflı meslek gruplarına devri yönünde hekimlerden ve hemşirelerden gelen talepler, idareciler tarafından da olumlu karşılanmaktaydı. Böylece masraflar düşecek, çalışanlar üzerinde daha güçlü bir egemenlik kurulabilecekti. Bu talepler çerçevesinde sektör saflarına dahil edilen yeni işçilerin (kişisel yardım işçileri, evde bakım görevlileri, oda görevlileri, yemek görevlileri, büro ve çamaşır işçileri) büyük bölümünü kadınlar oluşturacak ve pek çoğu da göçmen topluluklarından ve/veya etnik azınlıklardan gelecekti. Bu köken, sektörün yeni emekçilerini sömürüye karşı daha savunmasız kılıyordu. Derken, onlar da sendikalarda örgütlenmeye, böylelikle işbölümünün derinleştirilmesi yoluyla elde edilmeye çalışılan maliyet düşüşü ve egemenlik etkisini zayıflatmaya başladılar. İş bölümü derinleştirildiği ve yedek işgücü devreye sokulduğu halde, Kanada sağlık sisteminin kuruluş yıllarında kurumsal egemenlik araçları oldukça özgündü. Yetkinin büyük bölümü idareciler yerine hekimlerde toplanmakta, sağlık hizmetleri de kâr amacı gütmeyen yapılar ve kendi muayenehanelerinde serbest çalışan hekimler tarafından bir kamu malı olarak sunulmaktaydı. Devletin sağlık hizmetine yaptığı yeni yatırımlar, hizmete erişim olanaklarını yaygınlaştırıp sonuçta talebi yükselterek, hekimlerin elindeki gücü azaltmak bir yana, daha da büyütmüştü. Hekimlerin gelirleri de önemli oranda artıyordu.

Hekimlerin daha üst düzey hizmet sunmasını sağlayan ve böylece hekimlik işinin bilimsel bilgiye ve bu bilgiyi hayata geçirme yetkinliğine dayandığı söylemini güçlendiren bilim ve teknoloji de yine bu gücü pekiştirecek yönde etki ediyordu. Kısmen bu nedenle, kısmense hekimlerin ileri örgütlenme seviyesi sebebiyle, hekimlik ücretlerini düşürme girişimleri büyük ölçüde hüsranla sonuçlanacaktı. Benzer boyutlarda bir bağımsızlık ve gücü asla yaşamamış olmakla birlikte, hemşireler de kendileri için belli uzmanlık alanları yaratma ve aynı zamanda çalışma koşullarını iyileştirme arayışındaydılar. Sağlık hizmetlerinin doğal yapısı, ayrıca sağlığın başka işkollarından farklı olduğu düşüncesi, idari egemenlikten sıyrılma yolunda gerek hekimlere, gerekse hemşirelere kolaylık sağlıyordu. Halkı niteliksiz hizmetlerden koruma anlayışıyla, belli tıbbi uygulama alanları üzerinde çeşitli uzmanlık dallarına tekeller bahşederek, devlet de bu düşünceye omuz vermekteydi. Hizmetlerin kâr odaklı olmayışı mesleki egemenliği daha kabul edilebilir kılmakta, sistemin genel erişim sunması sayesinde tıbbi hizmetlere yönelik talep artarken bile, kâr amaçlı sektörlerin karşılaştığı baskılardan muaf tutmaktaydı.

EGEMENLİK İÇİN YENİDEN YAPILANDIRMA

Yukarıda ana hatlarını çizdiğimiz bu yapı, 1970'lerden sonra durmaksızın silkelendi. Savaştan sonra yaşanan ekonomik canlılığın bitişi, kamu borçlarının artması ve bütçe açıklarının büyümesiyle, devletin içinde ve dışındaki etkili güçler, "yüksek maliyet sarmalı"ndan ve bir genel mali krizden söz etmeye başladı.[8] Federal hükümet, maliyet paylaşım yapısını yeniden düzenleme gayretiyle, eyaletlerle amansız ve karmaşık müzakerelere girişti. 1977'den itibaren federal devletin yaptığı mali katkı azaltılır ve önceden belirlenmiş miktarlarla sınırlandırılırken, bu katkıların nerelere tahsis edileceği konusunda eyaletlere daha fazla esneklik tanındı. Eyaletlerin bu tablo karşısında takınacağı tutum, özel sektörden ihraç edilen idari egemenlik stratejilerini sağlık hizmetleri alanında uygulamaya başlamak olacaktı.

Aynı ölçüde önem taşıyan başka bir gelişme de, sağlık hizmetlerini hudutsuz bir kâr kaynağı olarak görme anlayışının giderek yerleşmesiydi. Sağlığın, yatırımcıların mülkiyetinde kâr getiren hizmetlere dönüştürülmesi, sermaye birikimi krizine çözüm getirebilirdi. Hizmetlerin sermaye erişimine açılması yönünde çokuluslu şirketlerin eyalet hükümetlerine yapmaya başladığı baskı, devlet katında da zaman zaman coşkulu bir destek bulacaktı. Onlara göre, sağlık hizmetlerinin bir ticari faaliyet gibi yapılandırılmasıyla yetinilmemeli, bu alan doğrudan bir ticari faaliyete dönüştürülmeliydi. Dünya Ticaret Örgütü tarafından küresel ölçek kazandırılan NAFTA [*Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması*], TRIPS [*Ticaretle Bağlantılı Fikrî Mülkiyet Hakları Anlaşması*] ve GATS [*Hizmet Ticareti Genel Anlaşması*] gibi ticaret anlaşmaları, kamu hizmetlerinin yabancı yatırımlara açılması ve sağlık hizmetinin piyasada alınıp satılabilecek metalara dönüştürülmesi yönünde, devletler üzerinde bir baskı aracı olarak işlev görmekteydi. Sağlık hizmetleri dönüşüm için olgunlaşmaya bırakılırken, ticari uygulamalar önden giderek yolu açacak ve sorun, çalışanların sahip olduğu bağımsızlık ve idari egemenliğin kurulamayışı şeklinde tanımlanacaktı.

Sağlık hizmetleri, emek yoğun bir çalışma alanıdır: Kanada'da, sağlık bütçelerinde işgücü maliyetlerinin yüzde 60 ila 80 yer tuttuğu tahmin ediliyor.[9] 2005 itibarıyla, sağlıkta mesleki ve teknik işgücünün yüzde 34'ünü, üniversite mezunu diplomalı hemşireler [*registered nurse*] oluşturuyor. Diplomalı hemşirelerin altında çalışan lisanslı uygulama hemşireleri [*licensed practical nurse*] ve hekimlerse ayrı ayrı yüzde 9'luk paya sahip. Geriye kalan kısımda, diş hekimlerinden ambulans görevlilerine, ebelerden tıbbi laboratuvar

8 Bkz. Taylor, *Health Insurance*, s. 423İ; ayrıca James O'Connor, *The Fiscal Crisis of the State*, New York: St. Martin's Press, 1973.

9 Conference Board of Canada, *Unleashing Innovation in Health Systems: Alberta's Symposium on Health*, Ottawa: Conference Board of Canada, 2005, s. 15.

teknisyenlerine kadar çok geniş bir yelpazede 30 farklı meslek yer alıyor.[10] "Yardımcı" personel olarak anılan çamaşır işçileri, büro çalışanları, kişisel yardım işçileri, yemek hizmeti işçileri ve pek çok başkaları bu hesaba dahil değil. Oysa yardımcı personelin sağlık sektöründeki toplam sayısı, mesleki ve teknik personel miktarına kabaca denk düşüyor.[11] Pek çoğu, resmiyette başka sektörlerde faaliyet yürütmekte olan taşeron firmalar bünyesinde çalıştığından, sayıları olduğundan daha düşük gösteriliyor.[12] Tüm bunlara ek olarak, "resmi" çalışanlar dışında kalan, kendi yakınlarına ücretsiz sağlık hizmeti sunan yığınlar var bir de. Onların sayılarını tahmin etmek çok daha güç belki ama, Kanada Kanser Derneği ve Kanada Bakım Emekçileri Birliği, evde kendi yakınlarına bakım hizmeti sunanlara, bu meslek için şu anda uygulanan en düşük ücretler üzerinden maaş bağlanması halinde, yıllık faturanın 25 milyar doları bulacağını, yani Kanada'nın hekimlere ödediği miktarın aşılacağını söylüyor.[13]

Sağlıkta işgücü maliyetinin yüksek olmasının yanında, hekimlerin sahip olduğu bağımsızlık alanı, hekimlere hastaların hangi hizmetleri alacağına ve dolayısıyla devletin hangi hizmetler için ödeme yapacağına karar verme konusunda hatırı sayılır bir güç veriyor. Tüm bu nedenlerle, sağlıkta işgücü maliyetlerinin düşürülmesi, 1970'lerden bu yana ana politikalardan biri olagelmiştir. Sermaye baskısının, neoliberal ideolojinin ve yükselen maliyetlerin etkisi altındaki eyalet yönetimleri, yapılan işin yeniden örgütlenmesinden, mesai saatlerini yoğunlaştırmaya, daha düşük maliyetli çalışanların istihdam edilmesinden, işgücü ihtiyacını azaltacak teknolojilere kadar pek çok ticari stratejiyi yavaş yavaş sektöre sokmaya başladı. Ne var ki bu yöntemler, hem sağlık hizmetlerinin başka ticari faaliyetlere benzemediği yeterince kavranamadığı için, hem de sektörde işi fiilen yapanların sahip olduğu kayda değer güç nedeniyle, maliyetleri düşürme ya da idarenin denetimini güçlendirme yönünde ancak sınırlı bir etki yaratabildi. Bu çelişkilerin, hekimler, hemşireler ve yardımcı personel açısından hangi kılıklara büründüğüne bir bakalım şimdi.

10 Canadian Institute for Health Information (CIHI), *Canada's Health Care Providers, 2007*, Ottawa: CIHI, 2007, Şekil. 3.2.

11 Pat Armstrong, Hugh Armstrong ve Krista Scott-Dixon, *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*, Toronto: University of Toronto Press, 2008, s. 17.

12 Pat Armstrong, Hugh Armstrong ve Kate Laxer, "Doubtful data: why paradigms matter in counting the health-care labour force", Vivian Shalla and Wallace Clement (der.), *Work in Tumultuous Times* içinde, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2007, s. 326-48.

13 Carol Goar, "The high price of unpaid caregiving", *Toronto Star*, 13 Mayıs 2009.

HEKİMLER

Hekimler, devletten aldıkları bağımsızlık fermanının da desteğiyle, kendi kendini yöneten bir uzman kitlesi olmayı sürdürüyorlar. Özel hizmetler için kamunun hekimlere ödediği ücretler, günümüzde hâlâ meslek birlikleriyle yürütülen müzakereler yoluyla belirleniyor. Hekimler, halkın sağlıkla ilgili kaygılarına seslenme olanaklarının da büyük etkisiyle, müzakere güçlerini devam ettiriyorlar. Kanadalı hekimlerin çoğunluğu, bir yere bağlı olarak çalışmadıkları gibi, kâr elde eden işletmelere de sahip değiller. Devletten işlem başına ücret alıyorlar ve çoğu eyalette, ya kamu ödeme sistemine tam dahil olmaları ya da tamamen dışarıda kalmaları zorunlu kılınmış durumda. Kamu sigorta sisteminin kapsamına giren hizmetler için hastalardan ücret alamıyorlar. Tescil işlemlerinden, şikayetlerden, eğitimden ve disiplinden sorumlu eyalet makamları ile akademiler, halkı koruma görevini layığı ile yerine getirmeme eleştirilerine maruz kaldıkları halde, yönetim kurullarına hekimlik mesleği dışından birkaç kişiyi dahil etmenin ötesinde önemli bir taviz vermeye yanaşmıyorlar.[14] Bu organlardan ruhsat alan bir hekim, tıbbi bakımdan gerekli her türlü işlem için eyalet yönetimine fatura kesme konusunda tamamen özgür; ta ki akademinin yürüttüğü bir disiplin soruşturması nedeniyle ruhsatı elinden alınana ya da yıllık üyelik aidatını yatırmayı ihmal edene dek.

Devlet, evvelce sadece hekimlerin yapmasına izin verilen kimi işleri "uzman hemşireler" [*nurse practitioner*] gibi başka meslek gruplarının da yetki alanına sokarak, hekimlerin uygulama alanlarını ağır ağır daraltıyor olsa da, hekimler alanlarında hem uygulama hem de konum bakımından hâlâ önemli bir güce sahip. Kanada'da eğitim alan hekim sayısını azaltma yoluyla bu gücü kırma çabalarının ve yurtdışından hekim ithal etme tehdidinin pek az etki yaratabilmiş olmasının da bunda payı var. Eyaletler, 1993'ten itibaren, hizmet tedarikini ve dolayısıyla giderleri kısma arayışıyla tıp fakültelerinde kontenjanları yüzde 10 düşürmeyi kararlaştırdılarsa da, bu yöntem pek fayda getirmedi.[15] Yapılan işin çok büyük kısmı hekimlerin denetiminde olduğundan, istihdam edilen uzman hemşire sayısı çok düşük kalacak ve nihayetinde hekim sıkıntısı baş gösterecekti. Yabancı ülkelerde eğitim almış hekimlerin varlığı da (toplamın yüzde 20'sinden biraz fazla) ancak küçük bir etki yaratabildi. Zira, tıp meslek örgütlenmesi hekimler üzerinde büyük bir nüfuza sahip.

14 Örneğin Ontario'da, 32 ile 34 üyenin en az 13'ü ve en fazla da 15'i, hekimlik mesleğinin dışından gelmek zorundadır. College of Physicians and Surgeons of Ontario, "About Council", http://www.cpso.on.ca adresinde mevcuttur.

15 Kontenjanların azaltılması, Federal/Eyalet/Bölge sağlık bakan yardımcıları için 1991 yılında hazırlanan *Kanada'da Birleştirilmiş Tıbbi Kaynak Politikalarına Doğru* adlı raporda, M.L. Barer ve G.L. Stoddart tarafından önerilmişti. Ne var ki, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili diğer önerileri pek dikkate alınmadı.

Bunun yanında, öğrenimleri boyunca Kanada devletinden herhangi bir katkı görmeden yurtdışından diploma almış hekimlere, eğitimini Kanada'da alanlarla aynı ücretler ödenmekte.[16]

İşin gerçeği, devlet politikaları, maliyetleri düşürme veya hekimlik mesleği üzerindeki egemenliği artırma konusunda şimdiye dek çok etkili olamadı. Gerek hekimlerin arkasındaki halk desteği, gerekse hizmet sunumuyla ilgili tehditleri, ücretlerin yükselmeye devam etmesi anlamına geliyor. Üstelik, 1972 ile 1984 arasında ülke genelinde, özellikle de 1972 ile 1976 arasında Quebec eyaletinde olduğu gibi, ücretlerin dolar bazında reel değeri her düştüğünde, hekimler daha fazla hasta muayene ederek ve daha pahalı hizmetler sunarak farkı telafi etme yoluna gidiyorlar.[17] Kuşkusuz, hekimlerin bu gaza basma tepkisini, kâr arayışının körüklediği bir kazanma hırsı ile bir tutamayız. Kanada'da, ağırdan alarak çalışmayı tercih eden hekimler de iyi bir gelir elde edebiliyor. Hemen her hekim, kâr amacıyla işi hızlandırma peşindeki hissedarlara bağlı olmadan, kendi adına çalışmakta.[18]

Hastanelerde kimlerin özel hasta kabul edebileceğine hastane yönetimi karar veriyor olmakla birlikte, çoğu hekimin bağımsız çalışıyor oluşu, hastanelerin hekimler üzerinde doğrudan denetim kurabilmesini de engelliyor.[19] Hastane yatak sayılarındaki ciddi düşüşün arkasında yatan neden de kısmen bu. Akut tedavi amaçlı yatak sayıları OECD genelinde azalıyor olsa da, 2005 yılında her 1000 kişiye 2,8 yatağın düştüğü Kanada, 3,9'luk OECD ortalamasının epey altında kalıyordu.[20] Bu gidişat, hekimlerin dolaylı yollardan denetim altına alınması çabalarına hız verdi. Bazı hastaneler, hekim açığını kapatmak, tedavi hizmetlerini hastane bünyesine daha bağlı bir şekilde sunmak ve hekimlik işi üzerindeki egemenliklerini kuvvetlendirmek amacıyla, aile hekimlerinin yerine maaşlı hastane hekimleri görevlendirmeye başladı. Ancak, bu şekilde ücretlendirilen hekimleri istihdam etme olanakları da, hem aile hekimlerin-

16 2007 itibarıyla, Kanada'da sayıları 64.000'e yaklaşan pratisyen hekimlerin yüzde 22'si, eğitimini yurtdışında almıştı. Bu oran, 1970'lerin ortalarından bu yana yavaş ama sürekli bir şekilde geriliyor.

17 Milton Terris, "Lessons from Canada's health program", *Technology Review*, Şubat-Mart 1990, s. 31.

18 Özel sermayeye ait randevusuz klinikler, günübirlik cerrahi operasyonlar ve teşhis merkezleri, kimi eyaletlerde varlıklarını hissettirmeye başladı. Ancak sayıları hâlâ düşük seviyede seyrediyor.

19 Kanada'da hekimlerin yalnızca üçte birinden biraz fazlası hastanelerde özel hasta kabul edebilmek ve benzeri ayrıcalıklara sahip. Dolayısıyla, hekimlerin büyük bölümü, hastaneye kabul edildiklerinde, hastalarıyla ilişkilerini yitiriyorlar. College of Family Physicians of Canada, "Family physicians caring for hospital inpatients: a discussion paper", 2003, http://www.cfpc.ca adresinde mevcuttur.

20 Örneğin 1980 ile 1998 arası dönemde, yıllık ortalama düşüş oranı yüzde 1,7 oldu. Düşüş, Kanada ile birlikte, 2000 ile 2004 veya 2005 arası için verilere ulaşılabilen 27 OECD ülkesinin 22'sinde o dönemden sonra da kesilmedi. OECD, "How does Canada compare", *Health Data 2008*, Paris: OECD, 2008, s. 2; *Health at a Glance, 2001*, Paris: OECD, 2001, s. 26; *Health at a Glance, 2007*, Paris: OECD, 2007, Tablo A.4.5a.

den gelen itirazlar, hem de hekim ücretlerinin devlete bağlı sağlık sigorta sandığından doğrudan ödeniyor oluşu nedeniyle kısıtlı. Hastanelere tahsis edilen genel bütçeler tüm diğer sağlık giderlerini kapsadığı halde, hekim ücretlerini içermiyor.[21] Sonuçta, devletle özel bir anlaşma düzenlenmediği sürece, hekimlere ödenen maaşlar için hastanelerin devletten ödenek alması söz konusu olmuyor.

Dolayısıyla, bir tarafta işlem başına ödeme yapan devletin finansman uygulamaları hekimlerin bağımsızlığını daha da pekiştirirken, devletin yürürlüğe koyduğu ödenek kesintileri ve yeniden yapılandırma çalışmaları, özellikle hastane yatak sayılarının azaltılması ve hekimleri daha kıt kaynaklarla çalışmaya zorlaması nedeniyle, hekimlerin gücünü sınırlıyor. Hastanelerin, dev kuruluşlar oluşturacak şekilde yeniden yapılandırılması ve bununla eşzamanlı olarak idari aygıtlarını güçlendirmesi de bir o kadar önemli. Üstelik idari faaliyetlerin geçmişte olduğu gibi hekimler eliyle değil, eğitimini kâr odaklı sektörlerde almış yöneticilerce yürütülmesi eğilimi giderek güç kazanıyor.

Yatak sayısındaki azalmada, diğer dolaylı denetim yöntemlerinin de payı var. Özellikle "kanıta dayalı tıp" (KDT) uygulamalarının etkisiyle, çalışma süreleri ve temposunda değişiklikler baş gösteriyor. Kanıta dayalı tıp tanımı, Ontario'daki McMaster Üniversitesi'nde, 1990'ların başlarında bir grup akademisyen ve uygulayıcı hekim tarafından ortaya koyuldu.[22] Yaklaşım, hekimlik işinin bilimsel temellere dayandığı yönündeki savla ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi isteğiyle bağdaşır gibiydi. Tanımlamanın ilk mimarlarının amacı, hiç kuşku yok ki hastalara sunulan hizmetin daha üst noktaya taşınmasıydı; ancak yöntem, neoliberal maliyet kısma ve egemenlik stratejileri bağlamında pompalanır oldu sonradan. KDT, her bir hasta için doğru kararların verilmesini sağlamak üzere, kanıtların titizlikle değerlendirilmesi yoluyla uygulama kılavuzlarının, tedavi protokollerinin ve performans göstergelerinin oluşturulması esasına dayanıyor. Ancak, doğru kişinin doğru işi doğru zamanda yapmasını sağlama anlayışının teşvik edilmesi, hekimlerin çalışma şekilleri üzerinde denetim kurma çabalarıyla mükemmel bir örtüşme içinde: hasta için hangi işlemler yapılacak ve bu işlemler ne kadar sürede tamamlanacak?

Kanada'da, hekimleri denetim altına almak için uygulama kılavuzlarının ve tedavi protokollerinin devlet ve idareciler tarafından doğrudan doğruya kullanılması pek kolay değildi. Onlar da, performans göstergeleri için ze-

21 Galt Wilson, "Are inpatients' needs better served by hospitalists than by their family doctors?", *Canadian Family Physician*, 54(8), 2008, s. 1101-03.

22 Milos Jenicek, "Evidence-based medicine: Fifteen years later. Golem the good, the bad, and the ugly in need of a review?", *Medical Science Monitor*, 12(11), 2006, RA241-51.

min oluşturacak raporlar hazırlamaları için Ontario Klinik Değerlendirme Bilimleri Enstitüsü gibi kuruluşları destekleyerek, aynı şeyi dolaylı yoldan yapmaya yöneldiler. Bir sonraki adımda, performans göstergeleri ile ücretler arasında bağlantı kurmak mümkün olamaz mıydı? Hekimlerden, hastane yatış kararlarını standart protokoller çerçevesinde gerekçelendirmeleri her geçen gün daha fazla istenir oldu. Örnek vermek gerekirse, bilimsel kanıtlar diz eklemi ameliyatları için hastanede yatış süresinin üç gün olduğunu söylüyorsa, daha uzun süreli yatış kararları için hekimlerin gerekçe sunması şart koşuluyor. Her bir hastanın farklı fizyolojiye sahip oluşu ve hastaların kendi bakım süreçleri üzerindeki etkileri, yöntemin uygulanabilirliğine sınırlar koyuyor. Bazı kişiler, fizyolojik özellikleri nedeniyle diz ameliyatının üç gün sonrasında taburcu olacak duruma gelemeyebiliyor ya da iyileşmelerini sağlayacak egzersizleri hakkıyla yapmayabiliyor.

Kanada'da hastaneler üzerinde sermayeden gelen bir kâr baskısı mevcut değilse de, eyalet yönetimlerinin maliyetleri kısma zorlamaları baş ağrıtıyor. Buna, idarecilerin piyasa ilkelerine ideolojik bağlılık sergilemeye eğilimli oluşlarını da ekleyelim. "Tehdit altındaki" sistemi savunmak için verimliliğin artırılması gerektiğini öne sürerek, KDT maşasıyla halkı arkalarına alma imkânına sahipler. Bekleme sürelerini silah olarak kullanma stratejisi bize çok şey anlatıyor bu konuda. Halk, hizmet alabilmek için insanların çok çok uzun süreler beklemek zorunda olduğunu anlatıp duran hikâyelerin bombardımanı altında tutuluyor. Bu alanda bir sorun olduğu inkâr edilemez, ancak özel sermayeye ait hastanelerde sağlık hizmeti sunumu yoluyla kâr etmek ve hekimlerin gücünü dizginlemek isteyenlerce sorunun abartıldığı da ortada. Hükümetler, hekimlerin gücünü kırma ve kâr amaçlı çalışma tarzına geçiş yapma yolunda bekleme sürelerini kullanarak, halktan hekimlerin kellesini istiyor. Bekleme süreleri, cerrahi işlem ve test sıra listelerini düzenleme işinin hekimlerden alınıp kamu yetkililerine verilmesine gerekçe sağlamak üzere suistimal ediliyor. Hekimler, özerk konumlarını yitirmemek amacıyla greve gittikleri ve kamu sigorta sistemi yürürlüğe konmuş olsa bile bu konuda büyük ölçüde başarıya ulaştıkları Saskatchewan'da, ameliyatlarını hastanelerde yapabilmek için, eyalet hasta bekleme kayıtlarına dahil olmak zorundalar bugün.

Bekleme süreleri, birden fazla uzmanlık alanında faaliyet gösteren cerrahi öncesi hizmet merkezlerinde çalışmaları için hekimlere baskı yapılması doğrultusunda da kullanılıyor. Buralarda hekimler daha göz önünde ve diğer personelle daha derin bir eşgüdüm içinde çalışıyorlar. Önceleri sadece hekimler tarafından yapılmakta olan kimi işler, şimdilerde başka meslek gruplarına devredilmiş durumda. Cerrahi işlem hazırlıklarının her bir hekimin kişisel tercihine göre yürütülmesi durumunda zamanın kaybının yaşandığı

savıyla, hazırlık işlemelerini standartlaştıran, cerrahlar arasında hasta değişimi yapılmasını hızlandıran, hekimin asla boş kalmamasını sağlayacak "değişmeli" ameliyathanelerin[23] oluşturulmasına izin veren yeni protokoller geliştiriliyor. Cerrahi işlemler kadar, klinik uygulamalarda da standartlaştırmaya gidiliyor. Öne sürülen amaç, hekimlerin protez tercihleri gibi "kişisel farklılıkların" giderilmesi.[24] Teknoloji de bu süreci destekler görünüyor. Örneğin katarakt ameliyatlarındaki yeni teknikler, cerrahi işlemlerin kaliteden ödün verilmeden, üretim bandı verimliliğinde yürütülebilmesine izin veriyor.[25] Eyalet yönetimlerinin, hizmetlerde hızlanmayı gerekli kılacak şekilde, bekleme süreleri için belli sınırlar koyması ve kanıta dayalı tıp sopasını kullanmasıyla, hastane ve klinik hizmetleri, hekimlerin bireysel yetkilerini önemli ölçüde tırpanlayacak biçimde yeniden yapılandırılıyor.

Andığımız bu stratejilerin büyük bölümü, kâra herhangi bir alanın ayrılmadığı kamu sektöründe hayata geçiriliyor. Bir ölçüde, özel sektörün daha verimli olduğu yönündeki iddiaya karşılık vermek üzere tasarlanmış olan bu girişimler, tarihsel olarak dağınıklık sergileyen bir sisteme daha yeknesak bir yapının dayatılmasına da yardımcı oluyor. Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve daha kolay erişilir hale getirilmesi için hekimlerin elindeki gücün zayıflatılması gerçekten de faydalı olabilir. Ancak, bekleme sürelerine yapılan vurgu, hekimlerin bu alanlar üzerindeki gücünü kısıtlamakla yetinmiyor ve sağlık hizmetlerine yönelik genel bakışı da temelden dönüştürmeye girişiyor. Ne yazık ki hastaların çıkarları daima bu yönde değil. Giderek daha fazla hizmetin hastanelerden alınıp uzun süreli bakım tesislerine, çeşitli kliniklere ve evde bakıma kaydırılması yoluyla hizmetler kâra dönük hale getirilirken, eşzamanlı olarak egemenlik de hekimlerden alınıp idari mekanizmaya teslim ediliyor.

HEMŞİRELER

Sağlık sektöründeki en büyük meslek grubu hemşireler. Bu grup, diplomalı hemşireler ve lisanslı uygulama hemşireleri olarak iki sınıfa ayrılmış durumda. Kadın ve bakımla ilgili geleneksel fikirler hâlâ belli engeller çıkartıyor olsa da, güçlü sendikaları ve mesleki örgütleriyle, hemşireler en azından bazı çalışma alanlarını ve koşullarını yeni idari denetim uygulamalarının

23 Bir hekimin, yan yana konumlandırılmış iki ameliyathanede, iki cerrahi işlemi aynı anda yürütmesine dönük uygulama. Masada daima en az bir hastanın bulunması yoluyla ameliyathanenin aralıksız çalışması hedeflenmektedir – *çev.*

24 Alicia Priest, Michael Rachlis ve Marcy Cohen, *Why Wait? Public Solutions to Cure Surgical Waitlists*, Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2007, s. 15.

25 Aynı eser, s. 17

gölgesinden korumayı başarabildiler.[26] Ancak, hemşirelerin profesyonelliğine ve adanmışlığına yönelik söylemler, ayrıca evde de ağır sorumluluklarla karşı karşıya bulunan hemşirelerin yaşadığı kimi sıkıntılar, onları bu uygulamaların bazılarında suç ortağı hatta destekçi konumuna getiriyor.

Belli bakım görevlerinin, daha az ücret alan "az vasıflı" işçilere devri yolunda sınırlara ulaşılmasıyla, hastane idarecileri, bakım işleri üzerindeki egemenliklerini artırmak ve aynı zamanda işleri hızlandırmak için Taylorcu yöntemlere yönelmeye başladılar. Önce yapılması gereken işleri bir bir saptamak, daha sonra da bu işlerin her biri için standart işlem sürelerini belirlemek üzere zaman etütleri yaparak, hemşirelik faaliyetlerini masaya yatırdılar. Pek çok hemşire bu yaklaşımı kabullenecek ve hatta benimseyecekti. Zaman etütleri sayesinde kendilerinin ne kadar fazla iş yaptığının ortaya çıkacağını ummaktaydılar. Böylece personel sayısı artırılacak ve yaptıkları iş daha fazla takdir edilecekti. Ne var ki, asıl amacın işleri hızlandırmak ve personel sayısını düşürmek olduğu, çok geçmeden herkesçe anlaşıldı. Veriler daha fazla çalışana ihtiyaç duyulduğunu gösterdiğinde bile, önceden 12 saatte yapabildikleri işi isterlerse 8 saatte de yapabileceklerini söyleyen rakamlar sürülecekti önlerine.[27]

Zaman etüdü tekniklerine, hastaların bilgisayarlar ve bilgi sistemleri yardımıyla sınıflandırılması yaklaşımı da eşlik etti. Bu sistemler de, tıpkı zaman etütleri gibi, sağlık hizmetinin iyileştirilmesi sosuna bulanarak sunulmaktaydı. Hemşirelerin çoğunluğu, bilimsel temel üzerinde sağlanacak standartlaşma sayesinde bakım hizmetlerinin daha iyi hale geleceği inancıyla, bu adımlara direnmeyeceklerdi başlangıçta. Bilime yapılan vurgu, yaptıkları işin bilimsel boyutunu sergileme meraklısı hemşirelere son derece çekici geliyordu. Söz konusu sınıflandırma sistemleri yoluyla hastaların daha iyi koşullara kavuşturulmasını hemşirelerin de istediğini dile getiren söylem, idarecilere gerçek amacı bakım hizmetleri üzerinde dolaylı bir egemenlik kurmak olan yöntemleri bir bir devreye sokma olanağı sundu.

Zaman etütleri, hastanelerin ve hatta diğer kamu sağlık tesislerinin sorumluluk alanına yalnızca en ağır bakım işlemlerinin girdiği savını da desteklemekteydi.[28] Hastanelerin görevlerinin bu şekilde yeniden tanımlan-

---

26 Sioban Nelson ve Suzanne Gordon (der.), *The Complexities of Care: Nursing Reconsidered*, Ithaca: Cornell University Press, 2006.

27 Pat Armstrong ve diğerleri, *Take Care: Warning Signals for Canada's Health System*, Toronto: Garamond, 1994.

28 Hastanelerin sorumluluk alanıyla ilgili bu yeniden tanımlanışı yansıtacak şekilde, Kanada'da sağlık hizmetlerinin geleceği hakkında 2002'de hazırlanan önemli bir raporda, devletin evde bakıma verilen desteği genişletmesi isteniyor, ancak sadece üç "öncelik alanı" belirleniyordu: Akut tedavi sonrası bakım, "rahatsız edici davranışlar biçiminde rastlantısal akut dönemler geçiren" akıl sağlığı hastalarına yönelik müdahaleler ve teskin edici [*palliative*] bakım. Roy Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report*, Ottawa: Canadian Government Publishing, 2002, s. 176-77.

ması, kamunun sağlık hizmeti sunumunda ve finansmanındaki rolünü küçültme yönünde devletin attığı adımlarla büyük bir uyum içinde. Hekimlerin doğrudan hastalardan ücret almasına karşı federal hükümet tarafından getirilen yasak, "tıbbi açıdan gerekli" hekimlik ve hastane hizmetleri ile sınırlı. Kanadalılar, hekimin muayenehanesinden veya hastaneden çıktıkları anda, genel kamu sağlık sigortasının kapsamından da çıkmış oluyor. Sonraki bakım hizmetleri tamamen onların sorumluluğunda!

Hastane hizmetleri tanımının daraltılması ile, ücretlendirilecek ve kâr alanına dönüşecek yeni hizmetler çıkıyor ortaya. Yeni tedavi yöntemleri ve iş organizasyonları sayesinde artık daha az sayıda yatağa ihtiyaç duyulduğu ilan edilerek, pek çok hastanenin kapısına kilit vuruldu. Geri kalanlarsa, daha büyük yapılar oluşturacak şekilde birleştirildi: Bu yöntem özel sektörde başarı sağladığına göre, aynısı sağlık alanında da yapılmalıydı. Sonuç, hemşireler açısından yıkıcı olacaktı: Yalnızca Ontario'da, 1994 ile 1999 arasında 5.000'den fazla hemşire işini kaybetti.[29]

Hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla hasta takibinin ve hastaları sınıflandırmaya yönelik standart yöntemlerin teşvik edilmesi için kimi haklı sebepler de vardı kuşkusuz. Benzer şekilde, vücutta daha az hasara yol açan teknolojiler, hastaların yatış sürelerini önemli ölçüde kısaltabiliyor, yatarak tedavi gerektirmeyen cerrahi müdahalelerin sayısını artırabiliyor ve ayrıca pek çokları için hizmet kalitesini yükseltebiliyordu. Ancak, Jacqueline Choiniere'in de bu teknolojilerle ilgili çalışmasında açıkça ortaya koyduğu üzere, "tedavi bu şekilde standart ve nesnel hale getirildiğinde, takip edilmesi de çok daha kolay oluyor" ve idareciler, hastayla birlikte hemşireleri de takip etme konusunda fazlasıyla istekliler.[30] İdare, işin paylaşımı ve hızı üzerinde çok daha büyük bir denetim gücüne ve personel sayısını düşürme kararlarını gerekçelendirme olanağına kavuşuyor. Verimsiz zaman olarak tanımlanan şey azalıyor ve personel miktarı da, gün içinde değişen hizmet talebine tam karşılık gelecek şekilde, hassasiyetle ayarlanıyor. Sayısal göstergeler, hastane içinde bir alanda gereğinden fazla hemşirenin bulunduğunu söylediği anda gerekli kaydırmalar yapılıyor ve tam zamanlı çalışan hemşirelerin, hastanenin şurasında burasında dolaştırıldığına çok daha sık rastlanıyor. Dolayısıyla, örneğin geçmişte bir vardiyada rastlantı sonucu normalden daha az sayıda doğum gerçekleştiğinde, hemşireler annelere ilave bilgiler vermeye, olmadı bir fincan kahve içmeye zaman ayırabilirken, şimdilerde bebek sayısıyla birlikte hemşire sayısı da düşüyor. Gerekli personel

29 Registered Nurses Association of Ontario ve Registered Practical Nurses Association of Ontario, *Ensuring the Care Will Be There*, Toronto: Authors, 2000, s. 63.

30 Jacqueline A. Choiniere, "A case study of nurses and patient information technology", Pat Armstrong, Jacqueline Choiniere ve Elaine Day, *Vital Signs: Nursing in Transition* içerisinde, Toronto: Garamond, 1993, s. 63.

kaydırmaları vardiya ortasında bile yapılabiliyor. Öte yanda, yarı zamanlı ya da geçici olarak çalıştırılan, yalnızca personel ihtiyacı en yüksek düzeydeyken işyerinde bulunması istenen hemşirelerin sayısı gittikçe artıyor. Bu arada, bakım hizmetlerinin yeniden tanımlanması ve yeni teknolojiler, hastaneleri yalnızca en hasta kişilere hizmet veren yerlere dönüştürüyor ve iş yükü biraz da bu şekilde artıyor. Çalışma saatlerinin esnekleştirilmesi ve personel sayısının her bir iş için hesaplanmış standart sürelere göre belirlenmesi ile bu süreç katmerleniyor.

Hastaların sınıflandırılmasına ve bakım hizmetlerine yönelik zaman etütleri devreye sokuladursun, 1990'ların sonlarında hükümetler ve idareciler, temelde imalat sektörü için geliştirilmiş olan yeni çalışma biçimlerini sağlık sektöründe uygulama konusunda daha istekli hale gelmişti. Ontario hükümetinin danışmanlık organlarından birince belirtildiği gibi, "sağlık sektörü, çağdaş yönetim biliminden, özellikle de bireyler ve kuruluşların toplam kalite yönetimine tabi tutulması konusundaki Japon ve Amerikan deneyimlerinden çok şey öğrenebilir"di. Bu tip yöntemlerin, "hem üretim faaliyetleri hem de hizmetler için aynı düzeyde uygulanabilir" olduğu savunulmaktaydı.[31] Hatta büyük bir Kanada hastanesinin müdürü, bu yöntemlerin hastaneler için *daha da* elverişli olduğunu söyleyecek kadar ileri gidecek ve şunu ekleyecekti: "Çünkü, sağlık alanında yapılan işlerin büyük kısmı, hasta ve yaralılara hizmet sunma, bakım ve şefkat temelinde yükselmekle birlikte, aslında ekonomik değer odaklıdır."![32] Burada idareciler, yeni çalışma biçimlerinin devreye sokuluşunu meşru kılmak için, sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden faydalanmakta, çalışanların profesyonellik ve fedakârlık anlayışlarını sömürmekteydiler. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve benzeri uygulamalar, iş süreçlerine, öz yönetimli takımlara, eğitime ve yapılan iş karşısında duyulan gurura odaklanma yoluyla kalitenin yükseltilmesinin birer aracı olarak sunulmaktaydı. Bu yaklaşımlar hemşirelerin bağımsızlığını ve işe dair görüşlerini savunur göründüğünden, çok sayıda hemşire de uygulamalara gönüllü olarak katılacaktı. İdareci ve hemşirelerin yola çıkış amaçları ne olursa olsun, masrafları kısmaya odaklanan ve çeşitliliği ortadan kaldırmak üzere TKY'ye vurgu yapan, mesleki bağımsızlık ve yeniliklerin teşvik edilmesi ilkeleriyle çelişen bir süreçti yürütülen. Hemşireler, yaptıkları iş üzerindeki güçlerini ve gurur duygularını törpüleyen, birden fazla alanda uzmanlaşma olanağı sağlamak yerine, sırtlarına daha fazla iş yükleyen bir ortamda buldular kendilerini.[33]

31 Ontario Premier's Council on Health Strategy, *Achieving the Vision: Health Human Resources* Toronto: Premier's Council, 1991, s. 5.

32 Philip Hassen, *Rx for Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*, Toronto: Stoddart, 1993, s. 63.

33 Pat Armstrong ve diğerleri, *Medical Alert: New Work Organization in Health Care*, Toronto: Garamond, 1997.

1990'larda, hekimlere ait olduğunu düşündükleri yöntemlere başvurarak, güçlerini ve statülerini yükseltmeyi bir kez daha denediler. Yaptıkları işin bilimsel temeline vurgu yapmaya, işin kuramsal boyutuna ve bilimsel araştırmaya ağırlık veren hemşirelik yüksek lisans programlarının oluşturulmasına destek vermeye başladılar. Pek çok eyalette, işe giriş şartının lise diploması veya hastanedeki işbaşı eğitimi yerine üniversite diploması haline gelmesini sağlayabildiler. Bu hedefler konusunda tüm hemşirelerin uzlaşı içinde olduğu da söylenemezdi. Önemli bir bölümü, köklü geleneğin terk edilmemesi ve pratikten uzaklaşılmaması, hekimlerin küçük birer taklidi haline gelinmemesi gerektiği görüşündeydi. En azından bir eyalette, Manitoba'da, hemşirelik için üniversite diplomasının şart koşulması için direnmeyi hâlâ sürdürüyorlar. Ne gariptir ki, hekimleri taklit ederek hemşirelik mesleğinin niteliklerini yükseltme ve sahip oldukları güç ile statüyü bu şekilde büyütme arayışları, hekimlerin gücünün bir ölçüde törpülendiği döneme denk geldi. Bir diğer önemli nokta da, hekimlerin sahip olduğu gücün büyük oranda sınıfsal kökenlerinden ve cinsiyetlerinden kaynakladığını hemşirelerin kavrayamamış olmasıdır. Hekimlerin, farklı koşullara sahip bir çağda, siyaseti bilim veya diploma üzerinden değil, meslek örgütlenmeleri üzerinden yürütmüş olması da son derece önemliydi. Hemşirelik mesleğinin niteliklerini yükseltme hareketi ile sebep olunan şey ise, önemli tutarlara ulaşan üniversite harçları ve uzun yıllar süren öğrenimin ortaya çıkardığı masraflar nedeniyle, emekçi sınıflardan gelen kadınların hemşire olmasının güçleşmesiydi.

Hemşirelerin bir bölümü, kâr yaratmak üzere çalıştırılan ücretli işçilere dönüştürüldü. Hastanelerin çoğunluğu hâlâ kâr odaklı çalışmıyor olsa da (kamu-özel sektör ortaklıklarıyla işletilen tesislerde bile hemşireler kamu çalışanı durumunda), personel eksiklerinin kapatılmasında geçici istihdam bürolarına yönelmeye başladılar bile. Çeşitli nedenlerle, bu bürolar için çalışmaya istekle yaklaşan hemşireler de var üstelik. Bu şekilde çalıştıklarında daha düşük ücret ve daha az sosyal yardım alıyor olsalar bile, çalışma sürelerini ve çalışacakları yerleri kendileri belirleme olanağına kavuşuyorlar. Kimileri, evdeki işlerin üstesinden gelebilmek adına bu yolu izliyor. Yine de en büyük tercih nedeni, tam zamanlı hemşirelik istihdamının giderek gerilemesiyle, pek çoğunun artık başka türlü iş bulamıyor oluşudur. Bu hemşireler, sadece kendilerine ihtiyaç duyulduğunda var olabilen emekçiler olarak, sağlık hizmeti sunumunun taşıdığı risklerin pek azını üstlenen özel şirketlerin kâr aracı konumundalar.[34]

Geçici istihdam büroları, Kanada'da sağlık hizmetlerine bir şekilde kancayı takabilmiş kâr amaçlı şirketlere personel temin etmiyor yalnızca. Hastaların evlerine eskisine göre daha kısa sürede ve tam iyileşmeden yol-

34 Leah Vosko, T*emporary Work: The Gendered Rise of a Precarious Employment Relationship*, Toronto: University of Toronto Press, 2000.

lanmasıyla, evde bakım hizmetlerinin önemi artıyor. Tahmin edilebileceği gibi, bu hizmetlerin çok büyük kısmı kadın akrabalar ya da arkadaşlar tarafından, karşılığında ücret ödenmeden yürütülüyor. Ücretli emeğin bu şekilde sağlık sisteminin dışına itilmesi, söz konusu işleri her kadının doğal yetenekleri sayesinde yapabileceği varsayımını temel alıyor. Aynı varsayım, bakım hizmetlerinde para karşılığında çalışan kadınların, vasıf gerektiren bir iş yapma iddiasını da baltalıyor. Sağlık hizmeti idarecilerine, istedikleri kaynaklar temin edilmediği anda işgücünü başından atma konusunda esneklik kazandırıyor. Evde bakım hizmeti sunmak üzere çalışanlara devlet tarafından ödenen paradan özel şirketlere düşen pay gittikçe büyüyor. Ontario hükümeti, 1995'te evde bakım hizmetleri için yürürlüğe soktuğu rekabete dayalı ihale sistemiyle, özel şirketlerin bu alanda ihalelere katılmasını etkin biçimde teşvik etti. Bu, hemşireler, kişisel yardım personeli ve terapistlerin birer kâr aracına dönüştürülmesi anlamına geliyordu. Bunun yanında, evde bakım hizmeti sunan tüm işverenler, daha düşük ücretlerle işçi çalıştırmaya, işi hızlandırmak kaydıyla, iş güvencesini ve sosyal yardımları bir kenara bırakmaya yöneltiliyorlardı. Ontario'da toplanan veriler, rekabet uygulamasına geçildikten sonraki beş yılda, lisanslı uygulama hemşirelerine ödenen saat ücretlerinin iki dolardan fazla gerilediğini, kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda çalışanların, özel şirketlerde çalışanlara göre daha fazla kazandığını ortaya koyuyor.[35] Diplomalı hemşireler, görevlerinin kapsamı yasal olarak tanımlandığı ve bu nedenle yerlerine başka işçiler geçirilemediği için daha yüksek ücretler alabildiler. Ancak özel şirketlerde çalıştıklarında, kâr amacı gütmeyen kuruluşlarda ödenenden neredeyse üç dolar daha düşük saat ücreti alıyorlardı. Ne yazık ki istihdamın büyük bölümü de kâr odaklı özel şirketler tarafından sağlanmaktaydı.[36] Ontario hükümeti, ev dışında sunulan uzun süreli bakım hizmetlerinin kâr odaklı şirketlerce sunumu için de benzer bir program getirdi. 2005-2006 dönemine gelindiğinde, eyaletteki uzun süreli bakım tesislerinde bulunan 88.874 yatağın yüzde 62'si kâr amacı güden şirketlerin elindeydi.[37]

Yapılan işin zaman etütleriyle ölçülmesine ve hasta sınıflandırma sistemleri yoluyla standartlaştırılmasına yönelik adımlar başlangıçta pek çok hemşire tarafından kabul gördüyse de, bu yöntemlerin gerçekte ne işe yaradığı gün yü-

35 Dara Zarnett ve diğerleri, "The effects of competition on community-based nursing wages", *Healthcare Policy*, 4(3), 2009, s. e129-144, Tablo 1.

36 Aynı eser.

37 Bkz. Catherine-Rose Stocks-Rankin, "Who cares about ownership? A policy report on for-profit, not-for-profit and public ownership in Ontario long-term care", Yüksek Lisans Tezi, Centre for International Public Health Policy, Edinburgh University, 2008, s. 30; Statistics Canada, *Residential Care Facilities, 2005/2006*, Ottawa: Minister responsible for Statistics Canada, 2007, Tablo 1-7, s. 30.

züne çıktıkça, vaziyete şüpheyle yaklaşanların sayısı artacaktı. Kimileri başka yerlerde iş aramak amacıyla ülkeyi terk ederken, bazıları da mesleği tamamen bırakma kararı aldı. Sendikaları, hemşirelerin görevleri üzerinde giderek büyüyen idari egemenliğe ve hizmetlerin özelleştirilmesine dur demek için bir yanda araştırmalar ve halkı aydınlatma kampanyaları yürütürken, diğer yanda da yasal itiraz sürecini başlattı. Hemşireler, arkalarındaki halk desteğine güvenerek, yığınları kendi taraflarına çekme uğraşına girdiler. Hemşire sendikaları ve meslek örgütleri, yabancı ülkelerde eğitim almış hemşirelerin bir yedek işgücü ordusu olarak el altında tutulması stratejisinin işlerliğini sınırlandırmada görece başarı sağladı. 2006 itibarıyla, yurtdışında eğitim alıp Kanada'da istihdam edilen hemşirelerin oranı sadece yüzde 8'dir (Birleşik Krallık'taki orana yakın, ABD'deki oranın ise yarısı kadar).[38] Az sayıda hemşirenin, uzman hemşire sıfatıyla hekimlerin görev alanından bir miktar pay kaptığına da şahit olduk. Diplomalı hemşire grubu içinde bir üst basamak olarak tanımlanan bu kişiler, sağlık durumu değerlendirmesi, teşhis ve hastalık yönetimi alanlarında ilave eğitim alıyorlar. Aşağı yukarı son on yılda, belli testlerin istenip yorumlanması ve önceden belirlenmiş bazı ilaçlar için reçete düzenlenmesi başta olmak üzere, hekimlerin kimi görevlerini üstlenmelerine izin veriliyor. Ama şunu da söylemeliyiz ki, şimdilik diplomalı hemşire kitlesinin yalnızca yüzde 0,5'ini oluşturmaktalar.[39]

Bu arada, standartlaştırma girişimleri, hemşirelere bazı işleri hekimlerin talimatı gerekmeden yapma olanağını getirdi. 21. yüzyılın ilk yıllarındaki ekonomik canlılık döneminde, geçmişte kaybetmiş oldukları tam zamanlı işleri kısmen geri almayı başardılar. Ancak, bağımsızlık alanlarını genişletme ve hatta elde tutma konusunda o kadar başarı sağlayamayacaklardı. Kâr odaklı sektörden ithal edilmiş idari denetim yöntemleri, bakım hizmetlerinin hızı ve düzeni üzerinde hemşirelerin sahip olduğu egemenliği, hemşire/hasta oranını düşürerek doğrudan, hasta yatış sürelerinin kısalması sonucunda da dolaylı olarak aşındırıyor. Kendi kendine ilaç tedavisi gibi yeni yöntemler, ayrıca lisanslı uygulama hemşirelerinin görev paylaşımında daha ilerilere ulaşma çabaları, kimi görevlerin hemşirelerin sorumluluk alanından çıkartılması sonucunu doğuruyor. Bunun yanında, evde ücretsiz olarak yakınlarına bakacak kişilere diplomalı hemşireler tarafından eğitim verilmesi ve bu eğitimin yeterli sayılması, hem diplomalı hemşirelerin özel yetkinliklere sahip olma iddiasının altını oyuyor, hem de yasal görev tanımlarını tehdit ediyor.

38 CIHI, *Canada's Health Care Providers,* s. 109.

39 CIHI, *Regulated Nurses: Trends, 2003 to 2007*, Ottawa: CIHI, 2008, s. 44.

YARDIMCI PERSONEL

İdari açıdan bakıldığında, piyasadan ithal edilen denetim stratejilerinin en büyük başarıyı, ücret sıralamasında en altta yer alan işçiler üzerinde sağladığı görülmektedir. Yine burada da, kamu sektöründe çalışanların, özel sektörde benzer işleri yapanlara göre daha fazla kazandığını anımsatmakta fayda var.[40] Yardımcı personelin görevleri tanımlanırken yapılan ilk şey, bunların sağlık hizmeti sayılamayacağını söylemek oluyor. Oysa temizlik, çamaşır hizmetleri, yemek hizmetleri ve kırtasiye işlerinin sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir unsur haline geldiği ve kaliteli hizmetin verilebilmesinde takım çalışmasının zorunlu olduğu sayısız araştırmayla ortaya koyulmuştur.[41] 1970'lerden itibaren, "otelcilik hizmetleri" ve bu hizmetleri yerine getiren "vasıfsız işgücü" terimlerinin, hastanelerle ilgili resmi belgelere giderek daha fazla girmeye başladığını görüyoruz.[42] Bu alanda çalışan işçilerin büyük bölümünün kadın oluşu, bu tanımlamanın yapılmasını biraz daha kolay kılıyordu: Kadının doğası gereği yapabildiği şeyler bunlardı işte! İşçilerin çoğu da göçmen topluluklarından geliyordu.

Hastaneler, bu yeniden tanımlamanın ve özel sektörün daha verimli olduğu yönündeki asılsız iddiaların yarattığı zeminde, yardımcı hizmetleri otellere ve diğer iş kollarına hizmet sunan çokuluslu şirketlere ihale etti. Compass, Sodexho ve Aramark gibi şirketler, bu yolla kamu sektörünün rolünü üstlenerek muazzam kazançlar elde ederken, bu alanda çalışan işçiler de birer artık değer üreticisi haline geliyorlardı. Bazı örneklerde şirketler sadece temizlik gibi tek bir işi yürütmekle görevlendirilirken, bazen de klinik sağlık hizmetleri tanımının dışında kalan tüm işler, kapsamlarına giren idari faaliyetlerle birlikte özel sektöre devrediliyordu. Bu önemli görev değişimi genellikle şu veya bu şekilde kamu-özel sektör ortaklıkları yoluyla hayata geçirildi.

Klasik kapitalist çalışma tarzını benimseyen bu şirketlerin, işgücüne bağımlılıklarını azaltmak ve işçiler üzerindeki egemenliği artırmak üzere başvurduğu en önemli silahlardan biri teknoloji oldu. Örneğin çamaşır hizmetleri, işlerin büyük bölümünün makinelerle yapıldığı merkezlerde toplandı. Yemekler de yine sermaye yoğun tesislerde tek elden üretilmekte, uzak mesafelere sevk edilip ve servis arabalarında yeniden ısıtılıp sunulmakta, yemek kapları ise yıkanmak üzere merkeze geri gönderilmekteydi.[43] Bilgi teknolo-

40 Pat Armstrong ve Kate Laxer, "Precarious work, privatization, and the health-care industry: the case of ancillary workers", Leah Vosko (der.), *Precarious Employment: Understanding Labour Market Insecurity in Canada* içerisinde, Montreal: McGill-Queen's University Press, 2006, s. 115-38.

41 Pat Armstrong, Hugh Armstrong ve Krista Scott-Dixon, *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*, Toronto: University of Toronto Press, 2008.

42 Marjorie Griffin Cohen, "Do comparisons between hospital support workers and hospitality workers make sense?", Hastane Çalışanları Sendikası (CUPE) için hazırlanan rapor, Burnaby, 2001.

43 Canadian Union of Public Employees, "Fact Sheet – Shared food services", 11 Temmuz 2003, http://cupe.ca adresinde mevcuttur.

jileri hem büro işlerini azaltıyor, hem de işverenin süreç üzerindeki egemenliğini daha üst noktalara taşıyordu. Temizlik ve özellikle de hasta odalarının temizliği söz konusu olduğunda ise, süreci makineleştirmek pek o kadar kolay değildi. Yine de, bilgi teknolojilerinden faydalanarak işleri merkezi denetime tabi tutmak olasıydı. Ancak, işgücü maliyetlerini düşürme ve egemenliği artırma konusunda idarecilerin başvurduğu asıl araçlar başkaydı. Maliyet düşüşü sağlamak için Taylorcu üretim teknikleri uygulanıyor, öncelikli işlerle ilgili zaman etütleri yapılıyor, ne yapılması gerektiğine karar veriliyor ve bu süreçte işçilere pek de danışılmıyordu. Görevler dikkatle belirleniyor ve daha kısa sürede, daha az işçi tarafından yerine getirilmesi sağlanıyordu. İdareciler, işten çıkartılmayan işçileri daha sıkı çalıştırmakla kalmıyor, aynı zamanda ücretlerini de düşürüyorlardı. Egemenliğin artırılmasında, işini kaybetme tehlikesinin oynadığı rol de önemliydi elbette.

Ölçünün iyice kaçırıldığı British Columbia'da, çok büyük çoğunluğunu kadınların ve azınlıkların oluşturduğu işçiler için bu yeni Taylorcu yaklaşımının ifade ettiği şey, ücretlerde, sosyal yardımlarda ve iş güvencesinde müthiş bir gerileme olacaktı.[44] Eyalet hükümeti, hizmetleri özelleştirmek amacıyla, ilgili sendikaların sert itirazlarına karşın 2002'de toplu sözleşmeleri çöpe attı. Sendikalar, Kanada Haklar ve Özgürlükler Bildirgesi'ni esas alarak sürecin karşısında durdu ve nihayet 2007'de Yüksek Mahkeme tarafından görülen davada, hükümetin iyi niyet çerçevesinde pazarlık etmediğine ve mevcut sözleşmelerin şartlarını yerine getirmediğine hükmedildi.[45] Ancak bu zafer bir yana, hastanelerde temizlik işlemlerinin hem önemli vasıflar, hem de işin yapısı nedeniyle dikkat gerektirdiği açıkça ortaya çıkmıştı. Sağlık hizmetleri alanındaki işlerin büyük bölümünün üretim bandı nizamında yürütülemeyecek nitelikte oluşu, işin doğasının gerektirdiği vasıflar, steril ortamların yaratılması için şart olan özel temizlik teknikleri ve etkin bir takım çalışmasının önemi hafife alınmış, gözden kaçırılmıştı. British Columbia eyaletinde 2003 yılında temizlik hizmetlerinin özelleştirilmesinin ardından, hastanede yerlere bir şeyler döküldüğünde ya da benzer başka kazalar meydana geldiğinde, hemşirelerin bölge çağrı merkezini arayıp ek hizmet talep etmesi gerekiyordu. Son derece sık meydana gelebilen bu tür kazalar, düzenli sunulacak hizmetlerin belirtildiği taşeron sözleşmelerine dahil edilmemişti. Bu yeni işbölümü, hemşireleri asıl işlerinden alıkoyarak verimliliği düşürmekle kalmıyor, bu tip kazalarda hemşirelerle diğer personelin geçmişte geliştirmiş olduğu işbirliği alışkanlığını da baltalıyordu.

44 Marjorie Griffin Cohen ve Marcy Cohen, *A Return to Wage Discrimination: Pay Equity Losses Through Privatization in Health Care*, Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2004.

45 Health Services and Support-Facilities Subsector Bargaining Assn. v. British Columbia, 2007 SCC 27, [2007] 2 S.C.R. 391, 8 Temmuz 2007.

Yardımcı hizmetlerin taşeronlaştırılması, tüm bunların yanında, enfeksiyondan koruma protokollerinde görev alan temizlik personelinin eğitiminde artık hastanelerin sorumluluk üstlenmemesi anlamına da geliyordu. Düzenlenen sözleşmelerden birinde, bir *superbug* [antibiyotiklere dirençli mikroorganizma] vakasının baş göstermesi halinde gerek duyulacak yoğun temizlik hizmetleri için, sözleşme fiyatı üzerine saatlik 57 dolar ek ücret talep edilmekteydi.[46] Kanada Kamu Çalışanları Sendikası'nca derlenen veriler, hastanenin kadrolu personeli olarak çalışan, iyi eğitim almış, makul ücretler ve çalışma koşulları sunulan ekiplerin, bu tip *superbug* vakalarının önlenmesinde başlıca koşul olduğunu ortaya koyuyor.[47] Temizlik şirketleri çalışma sürelerini kısaltıp, çalışanlara verilen eğitim düzeyini düşürdükçe, İşçi Tazminat Kurulu[48] tarafından yönetilen yetersiz eğitim suçlamalarına her geçen gün bir yenisi ekleniyor ve *superbug* vakalarında da artış gözleniyor. 2008 yılının Mayıs ve Ekim ayları arasında, "Müfettişler, Compass şirketini, sağlık ve iş güvenliği, zehirli temizlik maddelerinin güvenli kullanımı, dökülen tehlikeli maddelere muamele şekli, sağlık ve iş güvenliği vaka soruşturma kayıtlarının tutulması konularında işçilere yeterli eğitim sunmamakla, ayrıca kan bulaşmış malzemelere temas eden çalışanlar için bir işlem planı hazırlamamakla suçladılar."[49]

Yardımcı hizmetlerin taşeronlaştırılmasına direnmek ve hatta bazen de bu yöndeki kararları tersine çevirmek için, yasal yollara başvurma, araştırma çalışmaları yürütme ve toplu pazarlık silahını kullanma stratejilerine ülkenin her yerinde başvuruluyor.[50] Hastalık ve yaralanma rakamlarındaki yükselişe, hizmet kalitesindeki düşüşe ve hastalarla ilgili sağlık risklerindeki artışa dair araştırmalar yoluyla, bu uygulamalar karşısında gerekli halk desteğinin oluşturulması amaçlanıyor. 1995'te, sağlık harcamalarını kısma planından hükümeti caydırmak için sağlık sektöründe çalışan çamaşır işçilerinin Alberta eyaletinde düzenlediği yasadışı grevin arkasında muazzam bir halk desteği toplandı.[51] 2000'de ise, yemek hizmetlerinin taşeronlaştırılması sürecini tersine çevirmek

46 Canadian Union of Public Employees, "Privatization deal slashes hospital cleaning", 25 Şubat 2008, http://cupe.ca adresinde mevcuttur.

47 Canadian Union of Public Employees, "Health care associated infections: a backgrounder", 2 Mart 2009, http://cupe.ca adresinde mevcuttur.

48 Çalışma esnasında kaza mağduru olan çalışanlar için, işverenleri aleyhine ihmalkârlık suçlamasıyla dava açmamaları karşılığında gerekli tedavi hizmetlerini ve tazminat ödemelerini sağlayan bir tür sigorta – *çev.*

49 Hospital Employees' Union, "WCB issues orders to VIHA's cleaning contractor", 7 Ocak 2009 haber bülteni. Denetleme raporları, 16 Ocak 2009 tarihinde http://www.heu.org adresinde incelenmiştir.

50 Örneğin bkz. CUPE Local 145 v. William Osler Health Centre [in Brampton, Ontario], Mart 2006.

51 Darcy Henton, "Klein backs down on cuts to health care", *Toronto Star*, 23 Kasım 1995.

isteyen sendikalar, Manitoba'da halkı başarıyla ayağa kaldıracaktı.[52] Sağlık dışındaki sektörlerde, özel sektör işçilerinin düzenlediği grevlerde böyle büyük bir halk desteğinin toplanabileceğini hayal etmek pek kolay değil. İşte, sağlık hizmetlerinin kendine özgü doğasını gözler önüne seren bir şey daha.

Denetim mekanizmalarının sektöre dayatılmasını engelleme çabasında işçi direnişinin ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü doğasının ne ölçüde etki yarattığını anlatırken abartıya kaçmak da yanlış olur. Kimi egemenlik biçimlerinin ortadan kaldırılmasını sağlamak son derece güç. Örnek vereceksek, bir hastanede mutfak ve çamaşır yıkama tesisleri bir kez yok edildiğinde, yerlerine yenisini koymak kolay değil. Bazı itirazlar, metalaştırma adımlarının geri alınmasını sağlamak yerine, adeta yeni egemenlik biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açtı. Bazı yasaların uygulanması sağlanamadı ve düzenlenen sözleşmelere destek dahi verildi. Aynı şekilde, sağlık sektöründeki ve diğer kamu işkollarındaki pek çok işveren, emeği denetim altına almak üzere ticari stratejiler benimsediler. Üstelik, özelleştirmenin bu biçimi karşısında halk desteği sağlamak çok daha zor.

Yine de, en savunmasız işçilerin bile denetim dayatması karşısında sergilediği direnişi, sağlık hizmeti kapsamındaki işleri vasıfsızlaştırma çabasına karşı duruşunu görmezden gelemeyiz. 2008 sonlarında, küresel ekonomik krizin ilk dalgasında işsizlik yükselirken bile, işverenler çalıştıracak işçi bulmakta güçlük çekiyorlardı.[53]

SONUÇ: ÜCRETSİZ EMEK VE SAĞLIKTA EMEĞE EGEMEN OLMA MÜCADELESİ

Hastanelerin sorumluluk alanı daraltılıp, hastalar evlerine daha kısa sürede ve iyileşmemiş şekilde gönderildikçe, karşılığında bir şey almadan sağlık hizmeti sunanların sırtına yüklenen işin miktarı da artıyor.[54] Bu arada, ciddi kronik rahatsızlıklara sahip olduğu halde bebeklik ve çocukluk çağlarını atlatabilen kişilerin, 80'ini ya da 90'ını görebilen insanların sayısı yükseliyor. Elbette kutlanması gereken bir tablo bu; ancak bu gelişmelerle birlikte, evde bakım konusunda halkın yüklendiği sorumluluk da artıyor. Sosyal bakım hizmetlerinin sağlık hizmetlerinden kopartılarak ayrı bir yere koyulması yaklaşımını ciddi biçimde ele almak gerekiyorsa da, özellikle de sağlık üzerindeki toplumsal etmenler dikkate alındığında, sorunun bakım hizmetleriyle sınırlı

52 Canadian Union of Public Employees, "Fact Sheet".

53 Carol Kushner, Patricia Baranek ve Marion Dewar, *Home Care: Change We Need*, Toronto: Ontario Health Coalition, 2008, s. 6, http://www.web.net adresinde mevcuttur.

54 Bkz. Armstrong, Armstrong ve Scott-Dixon, *Critical to* Care; Mario R. Dal Poz, Yohannes Kinfu, Sigrid Dräger ve Teena Kunjumen, "Counting health workers: definitions, data, methods and global results", Geneva: Dünya Sağlık Örgütü, 2006, s. 8

kaldığını düşünmek yanlış olacaktır. Kişisel ve çevresel hijyen, iyi beslenme, egzersiz ve insanlar arası dayanışma duygusu hep sağlığın iyileşmesine, hastalıkların önlenmesine katkıda bulunan etmenlerdir. Bakım işleri de tüm bunlarla ve ayrıca diğer toplumsal etmenlere yakın ilişki içinde. Yukarıda açıklamaya çalıştığımız gidişatın ortaya çıkardığı ücretsiz işgücü, sadece rakamsal olarak baktığımızda bile önemli noktalara ulaşıyor. Kanada'da, tüm bakım hizmetlerinin yüzde 70'inden fazlası, çok büyük bölümü kadın emeği olmak üzere, ücretsiz işgücü tarafından temin ediliyor.[55] Emeğin ücretsiz kullanımı, bir zamanlar hastanelerde yürütülen hizmetlerin giderek artan ölçüde evlere kaydırılması yoluyla, ücretli çalışanlar üzerinde bir denetim aracı haline gelmesi açısından da önemli.

Neo-Taylorcu çalışmaların, iş yükünü ücretsiz emeğin omuzlarına yükleme yönünde yarattığı etki, halkla sağlık emekçileri arasında yeni bir dayanışma temeli de yaratabilir. Emek üzerinde egemenlik kurma girişimi, sağlık hizmetleri alanında özgün biçimlere bürünüyor ve gerek sektörün kendine has özellikleri, gerekse cinsiyet ve ırk temelinde şekilleniyor. Sağlık hizmetlerinin doğası, söz konusu sürece karşı direnişte halk desteğinin alınmasına ve emekçilerin sesinin, halkın sağlığa dair kaygılarında yankı bulmasına olanak tanıyor. Şurası kesin ki, hükümetler de neo-Taylorcu yaklaşıma ve özelleştirmeye meşruiyet kazandırma çabası içinde yine aynı zemini kullanarak halka seslenmeyi deniyor. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı, toplam işgücünde kadınların sahip olduğu ağırlık ve kadınların "doğal" özellikleriyle bakım işleri arasındaki ilişkilendirme, işin ücretsiz işgücünün omuzlarına ve en başta da evde çalışan kadınlara yüklenmesini kolaylaştırırken, ücretli işgücü alanında da sağlık işçilerinin fedakârlığına bel bağlamayı mümkün kılıyor. Ancak neoliberalizm için genel olarak söyleyebileceğimiz gibi, hükümetlerin sağlık hizmetleri alanındaki bu tip girişimlerinde artık sınırlara yaklaşıyor olabiliriz.

Son döneme kadar, hekimlerin büyük çoğunluğunu, orta sınıf ailelerden gelen beyaz erkekler oluşturmaktaydı. Bu yapı, sağlık hizmetlerinde pek çekici gelmeyen işleri başkalarına yıkmalarına izin veren bir işbölümünü kabul ettirmelerini sağlayan, ayrıcalıklı bir konum sağlıyordu onlara. Uzmanlıkları üzerinden güçlerini pekiştirebiliyorlar, sağlıkta başlıca karar alma mekanizması olmayı sürdürebiliyorlar, kendilerinin belirleyip denetlediği tıbbi görevler karşılığında hatırı sayılır ücretler alabiliyorlardı. Ancak, hekimlerin bağımsızlığını ve gücünü sınırlayacak dolaylı egemenlik biçimlerine başvurma yolunda hükümetlerin son dönemde attığı adımlar, diğer mesleklerin yetki alanını genişleterek, hekimlerce belirlenmiş işbölümüne

55 S. Stobert ve K. Cranswick, "Looking after seniors: who does what for whom?", *Canadian Social Trends,* Güz, 2004, s. 2-6.

darbe indiriyor. Belki bu süreçten en son etkilenecek ve en küçük darbelerle kurtulacak kesimdir hekimler; fakat günümüzde otoritelerinde bir aşınmanın baş gösterdiği de ortadadır. Bu güç kaybı, tam da fakültelerden mezun olan yeni hekimlerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu, bu toplulukta göçmenlerin oranının gitgide yükseldiği bir dönemde çıkıyor karşımıza. Bu tablo, ülke tarihinde ilk kez, sağlık alanındaki mücadelelerde hekimlerin de halkla birlikte saf tutma olanaklarını büyütmektedir.

Hemşirelerin, geçmişte hekimlerce izlenen yöntemleri taklit ederek imza atabildiği tek başarı, tersliğe bakın ki, kendi yaptıkları işlerin ölçülmesi, zamanlanması, yoğunlaştırılması ve esnekleştirilmesi konusunda idarecileri görülmedik bir noktaya taşıdı. Ancak bu, halkla aralarında hekimlerden de güçlü bir dayanışma inşa etmelerine olanak tanıyacak zemini sunuyor onlara. Hemşirelerin üstlerinden attığı işleri yürütmek üzere istihdam edilen yardımcı personel ise, iş tanımlarının her geçen gün biraz daha sağlık hizmetleri kapsamından çıkartılmasıyla, sektörün özel sektöre en fazla kaydırılmış, en fazla proleterleştirilmiş kesimini oluşturuyor. Kadın ve göçmen emeğinin bu alandaki yoğunluğu ve vasıf gerektirmeyen bir iş yaptıkları düşüncesi de bu gidişatın payandası niteliğinde. Bu işlerin, asıl olarak evdeki kadınların oluşturduğu ücretsiz işgücünün sırtına yüklenebileceği fikri ile bir payanda daha ekleniyor. Bu anlayış, sektör içinde bir tepki doğurmuş durumda. Sağlık sendikaları, şimdiden kimi çok önemli zaferlerin altına adlarını yazdılar bile. Görmüş olduğumuz gibi, bu mücadelede kimi zaman kayda değer bir halk desteğini arkalarına alabildiler. Ontario Sağlık İttifakı'nın, belediye meclisleri ve halk oylamaları yoluyla ayağa kaldırdığı taban hareketine halkın gösterdiği ilgi, bu gelişmenin en son örnekleri arasında. Sağlık hizmetlerinde yurttaşa bindirilen yük gittikçe artar ve hastaneler her geçen gün biraz daha endüstriyelleştirilirken, halk sağlığını daha geniş kapsama ve daha demokratik bir yapıya kavuşturma yolunda sağlık emekçilerinin mücadelelerini halk eylemliliği ile bütünleştirme olanakları, bugün, geçmişte görülmedik ölçüde geniş.

Afrika'da Anne Ölümleri: Sağlıktaki Fiyaskoya Cinsiyet Penceresinden Bakış

Paula Tibandebage ve *Maureen Mackintosh*

Birleşmiş Milletler'in *Çocuk Sağlığı ve Anne Ölümleri Milenyum Projesi Çalışma Kolu* 2005 yılı raporu ve anne ölümleriyle ilgili sonraki raporları korkunç şeyler söylüyor.[1] Beşinci Milenyum Kalkınma Hedefi, 1990 ile 2015 arasında Anne Ölüm Oranı'nın (AÖO – gebelikle bağlantılı ölümlerin, canlı doğumlara sayıca oranı) yüzde 75 düşürülmesi olarak belirlenmişken, 2015'e aşağı yukarı beş yıl kala, düşük gelirli ülkelerin pek çoğunun hedefin çok uzağında olduğu görülüyor. Dörtte üçlük bir gerilemenin sağlanabilmesi için, 1990-2005 döneminde yıllık yüzde 5,5'lik bir düşüşün yakalanması gerekiyordu. Oysa söz konusu yıllarda oranın yüzde 1'in dahi altında kaldığı tahmin ediliyor. Kısacası, 2015'e gelindiğinde pek çok ülkenin hedefin yakınından bile geçemeyeceği şimdiden açıkça görülüyor.

Bugüne dek dünya ortalamalarında sağlanan önemli düşüş, farklı ülkeler ve bölgeler arasındaki muazzam eşitsizliklerin gözden kaçırılmasına neden oldu. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verileri, düşük gelir grubundaki ülkeler başta olmak üzere, dünyanın içinde bulunduğu durumun vahametini tüm çıplaklığıyla gözler önüne seriyor. Sahra Altı Afrika'da, AÖO'daki yıllık ortalama düşüş yalnızca yüzde 0,1 dolayında.[2] Gelişmiş ülkelerde, her 100.000 canlı doğuma karşılık sadece 9 anne yaşamını yitiriyor. Diğer bir deyişle, her on bin doğumda bir anne bile hayatını kaybetmiyor (0,9). 100.000 bebeğin doğması için 900 annenin feda edildiği Sahra Altı Afrika ile gelişmiş dünya arasında, 100 kattan fazla, dramatik bir fark var. Sahra Altı Afrika'da, 15 yaşına erişen kadınların,

1 Lynn P. Freedman, Ronald J. Waldman, Helen De Pinho ve Meg E. Wirth, *Who's got the power? Transforming Health Systems for Women and Children,* BM Çocuk Sağlığı ve Anne Ölümü Milenyum Projesi Çalışma Kolu, Londra: Earthscan, Londra, 2005.

2 DSÖ, UNICEF, UNFPA, Dünya Bankası, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2007.

ömürlerinin geri kalanında gebelik sonucu yaşamını yitirme olasılığının, 2005 yılı itibarıyla 1/26 olduğu hesaplanıyor. Bölgedeki en ürkütücü oran ise, 1/7 ile Nijer'de ortaya çıkıyor. Yelpazenin diğer ucunda, bu konuda en başarılı ülke olarak öne çıkan İrlanda'da oran sadece 1/48.000.

Peki ama, böylesi bir fark nasıl baş gösterebiliyor? Anne ölüm oranlarında ve gebelikle bağlantılı sorunlarda karşımıza çıkan bu korkunç tablo, Sahra Altı Afrika'da uygulanan sağlık sistemlerinin durumu hakkında neler anlatıyor? Anne ölümlerinin çok yüksek noktalara ulaşması, acilen üstüne gidilmesi gereken bir felaket olarak çıkmıyor ortaya sadece. Aynı zamanda, sağlık sistemleri ile politikalarının cinsiyet ayrımcılığına dayalı yapısına ışık tutuyor ve sağlık sistemlerinin ekonomi politiğinde yatan gerçek felaket nedenleri hakkında pek çok şey söylüyor.

CİNSİYET, ERK VE SAĞLIK SİSTEMLERİNDE TİCARİLEŞTİRME

Toplumsal kurumların gözeneklerine kadar nüfuz eden cinsiyet ayrımı, toplumsal yaşamın örgütlenme esasları arasında da öne çıkıyor. Feminist iktisat uzmanları ve Gita Sen ile meslektaşları gibi sağlık alanında mücadele veren kişiler, sağlık sistemlerinin bir parçası haline gelmiş yapısal kadın-erkek ayrımının çözümlenmesinde cinsiyet merkezli bir tavır sunmak üzere, "cinsiyet penceresinden bakış" anlayışını ortaya koydular.[3] Hastalık ve sağlık kavramlarına bakış, roller ve beklentiler, ayrıca kişinin kendi sağlığıyla ilgili atacağı adımı belirleyen maddi kaynaklara erişim olanağı; bunların hepsi cinsiyet temelinde şekilleniyor. Anne ölümlerindeki fiyasko da, sağlık sisteminin çuvallayışına böyle bir cinsiyet penceresinden bakma imkânını sunuyor.

Bu yazıda, Sahra Altı Afrika'daki pek çok ülkeden daha iyi durumda olan Tanzanya'ya odaklanacağız. Ancak söyleyeceklerimiz, özellikle de sağlık sistemini ticarileştirmenin anne ölümlerinde oynadığı merkezi rol nedeniyle, Afrika'yı ve başka yerleri de içine alan, çok daha geniş bir ölçeğe sahip. Yukarıda değindiğimiz BM *Milenyum Projesi Çalışma Kolu Raporu*, sağlık sistemlerinin aslında geniş kapsamlı toplumsal ve ekonomik güç odaklarınca sarmalanmış kurumlar olduğunu kabul ediyor. Rapor, kaynak yetersizliği ile boğuşan pek çok sağlık sisteminde, halkın hizmetlerden mahrum kalması ve yoksullaşmasıyla kendini gösteren krizin ele alınmasında, "erk haritalarının" çıkartılması, böylece erkin nerede yattığının tespit edilmesi gerektiğini savunuyor. Dünyanın büyük bölümünde olduğu gibi Afrika'daki sağlık sistemlerinde de, toplumun genelinde gözlenen, yer yer cinsiyet temelinde yükselen

3 Gita Sen, Asha George ve Piroska Östlin, "Engendering health equity: a review of research and policy", Gita Sen, Asha George ve Piroska Östlin (der.), *Engendering International Health* içerisinde, Cambridge: MIT Press, 2002.

büyük adaletsizliklerin yansımalarına rastlıyoruz. Cinsiyet temelli personel hiyerarşilerini, alt ve üst sınıflara sunulan kalite ve erişim olanakları arasındaki müthiş dengesizliği bu çerçevede sayabiliriz.[4] Cinsiyet ve üyesi olunan sınıf arasındaki etkileşim, düşük statüdeki yoksul kadınların sağlık hizmetine erişimde en geriye düşmesine yol açan bir yapı yaratıyor. Gelgelelim, hizmetlere erişim ihtiyacını en fazla hisseden de onlar.[5]

Pek çok Afrika ülkesinin sağlık sisteminde, cinsiyetle bağlantılı şekillenen ve nihayetinde hizmet sunumunu olumsuz etkileyen önemli unsurlar arasında, personel yapılanması ve ilaca erişim olanakları da yer alıyor. Köklerinde cinsiyet ayrımını yine aynı ölçüde barındıran ticarileştirme sürecinde ise, bu yapılanmanın farkına varmak o kadar kolay olmuyor. Sağlık hizmeti sunumu, metalaştırılmış, paralı bir hizmetler piyasasına dönüştürülüyor günden güne.[6] Gerek kamu, gerekse özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde uygulanan ücretler, ihtiyaç anında hizmete erişebilme imkânının önüne bir barikat gibi dikiliyor ve aynı zamanda yoksullaşmayı da derinleştiriyor. Sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılmak, yoksulluğun üretilmesine katkıda bulunmakla kalmıyor, yoksulluğun belli başlı yüzlerinden biri haline de geliyor.[7] Siz veya çocuğunuz hastayken, hiçbir tıbbi müdahalede bulunulmadan hastaneden kovulmanız kadar yoksulluğunuzu yüzünüze vuracak şey azdır. Bu baskı, çocuklara bakma sorumluluğundan dolayı sağlık sisteminin başlıca kullanıcıları konumunda bulunan kadınlar söz konusu olduğunda daha da ağırlaşıyor. Eve giren paranın nasıl kullanılacağına dair tartışmada yenik düşen, parayı bağımsız şekilde kullanma özgürlüğüne sahip olmayanlardır onlar.

Piyasadaki ticari ilişkiler, sanki cinsiyet ayrımından muafmış gibi ele alınır genellikle. Ancak bu, hiç de doğru bir tavır değil. Diane Elson, toplumsal ve ekonomik ilişkiler alanında, "cinsiyet ayrımına tabi olanlar" (akrabalık ilişkileri gibi) ve "cinsiyet ayrımını destekleyenler" ayrımını yapıyor.[8] Piyasa yoluyla yürütülen ekonomik ilişkileri de bu ikinci sınıf içinde anmalıyız. Bilgi yeter-

4 Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu, *Closing the Gap in a Generation,* Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2008; DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu 2003: Shaping the Future,* Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2003.

5 A. Iyer, G. Sen ve P. Östlin, "The intersections of gender and class in health status and health care", *Global Public Health,* 3(S1), 2008; Maureen Mackintosh ve Paula Tibandebage, "Gender and health sector reform: analytical perspectives on African experience", S. Razavi ve S. Hassim (der.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the gendered structure of "the social"* içerisinde, Basingstoke: Palgrave, 2006.

6 Maureen Mackintosh ve Meri Koivusalo (der.), *Commercialisation of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Implications,* Basingstoke: Palgrave, 2006.

7 Paula Tibandebage ve Maureen Mackintosh, "The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Senegal", *Social Science & Medicine,* 61(7), 2005.

8 Diane Elson, "Gender awareness in modelling structural adjustment", *World Development,* 23(11), 1996.

sizlikleri ve gelenekler çerçevesinde piyasadaki ticarete destek olan toplumsal ilişkiler ağı, cinsiyet rolleri ve kuralları tarafından şekillendiriliyor. Bu roller ve kurallar, piyasadaki ticaretin dayanağını oluşturan ve ekonomik davranışlar üzerinde etkili olan mülkiyet yapısını da destekliyor.

Ancak, piyasa ilişkilerinin sahip olduğu cinsiyet kökeni hakkında bir şeyler söylendiği halde, ticarileştirilmiş, yani piyasalaştırılmış sağlık sistemleri söz konusu olduğunda aynı yaklaşımın pek sergilenmediğini görüyoruz. Sağlık hizmetlerindeki piyasalaştırma sürecinin, kadınların sağlık durumu ve yoksullaşması üzerinde yarattığı etkileri bütünlüklü bir şekilde değerlendirme amacını taşıyan araştırmalara veya siyasi girişimlere nadiren rastlayabildik. Paralı sağlık hizmetlerinin, gündelik yaşamda cinsiyet ayrımcılığı yapan bir faaliyete dönüşmesine önayak olan yöntemleri (toplumsal ve ekonomik erkin devreye sokulmasını) çözümleyen çalışmaları boşu boşuna aradık. Sağlık alanındaki gelişmeler, tesadüfi bir piyasa faaliyeti sonucunda oluşmaz: Bu gelişmeleri piyasa ilişkilerinin ve rekabetin baskısı altında, zaman içinde evrim geçiren bilgiler, beklentiler, deneyimler, davranış kuralları ve güdüler şekillendirir.[9] Toplumsal cinsiyet, ekonomik adaletsizlikle kol kola girerek, sağlıktaki ticarileştirmenin ve tedarikçilerle sağlık hizmetine muhtaç olanlar arasında yeni yeni boy veren piyasa ilişkilerinin, doğrudan doğruya cinsiyet ayrımına tabi ekonomik süreçler şeklinde meydana çıkmasını sağlıyor.

TANZANYA'DAKİ DRAM

Tanzanya'daki AÖO rakamları için yapılan farklı tahminlerin hepsi de dehşete düşürecek denli yüksek. Devlet tarafından yürütülen bir araştırma, 1996'da tahminen 100.000 canlı doğumda 529 olan oranın, 2004/05'te 578'e yükseldiğini gösteriyor.[10] Bağımsız araştırmalar daha da yüksek rakamlar koyuyor ortaya. 2000 yılında, DSÖ ve diğer BM organları, ülkede her 100.000 canlı doğum karşılığında 1500 anne ölümünün gerçekleştiği sonucuna vardı. Bu değer, tüm dünyadaki anne ölümlerinin yüzde 67'sinden sorumlu olan 13 ülke arasında Tanzanya'yı üçüncü sıraya oturtuyordu.[11] DSÖ'nün 2005 yılı tahmininde sayının 950'ye düştüğü görülüyor (Tablo 1). Hangi tahmini doğru kabul edersek edelim, kara kıtanın alt yarısında, gebe kadınlar için hemen her yerde tam bir felaketin kol gezdiği ortada. 2006'da AÖO'nun her 100.000 canlı doğumda 1000'in üzerine çıktığı 14 ülkenin 13'ü, Sahra Altı Afrika'da yer

9 Tibandebage ve Mackintosh, "Market shaping".

10 Bkz. Tanzanya İstatistik Dairesi raporları, *Tanzania Demographic and Health Survey 1996*, Calverton: İstatistik Dairesi, 1997 ve *Tanzania Demographic and Health Survey 2004-05*, Darüssalem: İstatistik Dairesi, 2005, her ikisi de http://www.measuredhs.com adresinde mevcuttur.

11 DSÖ, UNICEF ve UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Cenevre: World Health Organisation, 2003.

alıyordu. Zambiya'nın Kaputa bölgesinde, kız kardeş araştırması yöntemiyle[12] 1995 yılında yapılan tahminlere göre, 100.000 canlı doğumun gerçekleşebilmesi için, 1.549 annenin ölmesi gerekiyordu.[13]

Tablo 1: Bazı Sahra Altı Afrika ülkelerinde AÖO, uzman sağlık personeli gözetiminde gerçekleşen doğumların oranı ve sağlık harcamalarına dair tahminler[14]

			Sağlık harcamaları (2003)	
Ülke	AÖO (2005)	Uzman sağlık personeli gözetiminde gerçekleşen doğumlar (yüzde) (1996-2004)	Kamu Harcamaları (GSYH içindeki yüzdesi)	Kişi Başına Harcama (Satın Alma Paritesi $)
Tanzanya	950	46	2,4	29
Kamerun	1.000	62	1,2	64
Çad	1.500	16	2,6	51
Kongo	740	-	1,3	23
Gine	910	55	3,2	98
Lesoto	960	60	4,1	106
Malavi	1.100	61	3,3	46
Ruanda	1.300	31	1,6	32
Zambiya	830	43	3,8	51
Botsvana	380	94	3,5	373
Güney Afrika	400	84	3,2	669

Anne ölümlerinin, ülke içinde de eşit dağılmadığı, yaşanan çevreye ve sosyoekonomik duruma göre son derece çarpıcı eşitsizliklerin baş gösterdiği fark ediliyor. Tanzanya'da, yaşanan yere (kent ya da köy), eğitim düzeyine ve refah seviyesine bağlı olarak doğum esnasında sağlık hizmetine erişim olanaklarında ortaya çıkan adaletsizlik, kırsal kesimde yaşayan, yoksul ve eğitimsiz kadınlar arasında AÖO'nun daha yüksek olacağını önceden haber

12 Kız kardeş araştırması yönteminde, rasgele seçilmiş bir kadın grubundaki kişilerden, yetişkin kız kardeşleri hakkında bilgi alınmakta; kız kardeşlerinin hayatta olup olmadığı, gebelik döneminde veya doğumdan sonraki altı haftalık sürede ölen kız kardeşlerinin bulunup bulunmadığı sorulmaktadır.

13 F. Le Bacq ve A. Rietsema, "High maternal mortality levels and additional risk from poor accessibility in two districts of Northern Province, Zambia", *International Journal of Epidemiology,* 26(2), 1997.

14 DSÖ ve diğerleri, *Maternal Mortality in 2005*; UNDP, *Human Development Report 2006. Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis*, New York: UNDP, 2006.

veriyor. Tablo 2'de de görüldüğü gibi, bir sağlık kuruluşunda (kamu, özel veya gönüllü) doğum yapmak, eğitim düzeyi daha yüksek olan ve en varlıklı yüzde 20'lik dilimde yer alan kadınlar açısından çok daha mümkün. Kırsal kesim daha yoksul ve daha az hizmet alıyor: Evde gerçekleşen canlı doğumların toplamdaki oranı, kırsalda kentlere göre çok yüksek. Veriler, mahrumiyet içinde yaşayan köylü kadınların, kentlerdeki daha varlıklı, daha eğitimli kesime göre daha büyük bir anne ölümü riskiyle karşı karşıya olduğunu gözler önüne seriyor.

Tablo 2: Tanzanya'da, 2005'ten önceki beş yıllık dönemde canlı doğumların farklı durum ve koşullara göre dağılımı[15]

	Doğumun Gerçekleştiği Yer			
Temel Koşullar	Kamu Sağlık Kuruluşu	Gönüllü Sağlık Kuruluşu	Özel Sağlık Kuruluşu	Ev
Yaşanan Yer				
Kent	71,5	4,0	5,5	18,9
Kırsal	29,7	2,8	6,5	60,9
Annenin eğitim durumu				
Eğitimsiz	26,6	1,7	3,8	67,5
İlk öğretimden terk	35,2	1,9	4,9	57,8
İlköğretim mezunu	41,4	3,7	7,8	47,0
Ortaöğretim ve yukarısı	71,3	6,3	7,3	14,9
Refah düzeyi				
En alt yüzde 20'lik dilim	25,6	2,1	4,4	67,5
İkinci yüzde 20'lik dilim	30,1	2,2	4,5	63,1
Orta yüzde 20'lik dilim	28,7	3,2	7,0	61,1
Dördüncü yüzde 20'lik dilim	42,6	1,9	9,4	46,1
En üst yüzde 20'lik dilim	73,0	6,6	6,8	13,3

Bir sağlık kuruluşunda doğum yaptığı tahmin edilen yüzde 47'lik kesim içinde de, bu kez sağlık hizmetinin kalitesinde eşitsizlikler baş gösteriyor.[16] Görece varlıklı ve eğitimli kadınların, uzman tıbbi personelden yardım alma konusunda daha şanslı olduğu anlaşılıyor. Doğumunu bir hemşire veya ebenin

15 Sadece, araştırmadan önceki beş yıllık dönemde gerçekleşen son doğum dikkate alınmıştır. Tanzanya İstatistik Dairesi, *Tanzania Demographic and Health Survey 2005*.

16 Aynı eser.

gözetiminde yapan kentli kadınların oranı (yüzde 67,2), köylü kadınlarla karşılaştırıldığında iki kattan daha yüksek (yüzde 30,2). Yine bu veri de, düşük eğitim düzeyine sahip, yoksul köylü kadınlar arasında AÖO'nun daha yüksek olacağı tahminini doğuruyor. Bu tahmini doğrulayan kanıtlara da fazlasıyla sahibiz. Kız kardeş araştırması yöntemi ile yürütülen bir çalışma, Tanzanya'nın ücra yerlerinden Kigoma'da AÖO'nun her 100.000 canlı doğum için 606 olduğu, Kigoma'nın en ücra noktasında da 757'ye yükseldiği sonucuna varıyor.[17] Bir diğer kırsal bölgede 1998'de gerçekleştirilen çalışmada da, AÖO'nun her 100.000 canlı doğumda 961 olduğu, dolayısıyla ülke ortalamasının hayli üzerinde çıktığı görülmüştü.[18]

Sosyoekonomik yapıya bağlı AÖO eşitsizlikleri Tanzanya'ya özgü bir şey değil elbette. Diğer ülkelerde de, karşımıza yüksek AÖO değerleri ve yoksulluk arasında mutlak bir bağlantı çıkıyor.[19] Çad ve Nijer'e ait araştırma verileri, doğum sırasında uzman sağlık personelinden yardım alabilme konusunda, varlıklı kesimle yoksullar arasında 14 katlık bir fark olduğunu gösteriyor. Etiyopya'da, zengin bir kadının doğumuna uzman sağlık personelinin nezaret etme olasılığı, yoksul kadınlara göre 28 kat daha yüksek. Afrika dışında, hatta orta gelir düzeyine sahip ülkelerde bile benzer bir tablo var. Hindistan'da yoksulların doğum esnasında uzman yardımı alma olasılığı, varlıklı kesime göre 7 kat daha düşük.[20] Tüm bunlar ışığında söyleyebiliriz ki, yüksek anne ölüm oranlarına getirilecek açıklamalarda, toplumsal ve ekonomik adaletsizlikleri dikkate almak, sağlık sistemine erişim olanaksızlıkları ve anne ölümlerinde etkili olan diğer sorunlar ile yoksunluklar arasındaki bağı ortaya koymak bir zorunluluktur.

HASTANE HİZMETLERİNİN ÖNEMİ

Anne ölümleri, aile ile bireyin sağlık hizmetine bakışı ve sağlık hizmeti sunumundaki yeterlilikle tutum arasındaki etkileşim çerçevesinde ortaya çıkmaktadır. Gebelikte tıbbi yardım alma kararının gereğinden geç verilmesi, ulaşım ve sağlık hizmeti masraflarını karşılayacak maddi olanakların mevcut olmayışı, sayısız annenin ölümünde pay sahibidir. Üstelik, bir anne cebinde yeterli parayla sağlık kuruluşuna ulaştığında bile, kendisinin ve be-

17 G. Mbaruku, Fred Vork, Dismas Vyagusa, Rex Mwakipiti ve Jos van Roosmalen, "Estimates of maternal mortality in western Tanzania by the sisterhood method", *African Journal of Reproductive Health*, 7(3), 2003, http://www.bioline.org.br adresinde mevcuttur.

18 J. Macleod ve R. Rhode, "Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk factors in a rural district in Tanzania", Bagamoyo bölge idaresi, yayınlanmamış çalışma, 1998.

19 W.J. Graham, A.E. Fitzmaurice, J.S. Bells ve J.A. Cairns, "The familial technique for linking maternal death with poverty", *Lancet,* 363(9402), 3 Ocak 2004.

20 Freedman ve diğerleri, *Who's got the power?*.

beğinin sağlığını güvence altına almış sayılmaz: Doğumla ilgili acil müdahale olanakları dahil, ihtiyaç duyulan hizmetlerin, malzemelerin ve ilaçların kuruluşta bulunması gerekir. Gelgelelim, sayısız sağlık kuruluşunun bu olanaklardan uzak olduğu görülüyor.

Tanzanya'daki sağlık altyapısının büyük bölümü, dispanserler başta olmak üzere, alt kademe kuruluşlardan oluşuyor. Hamile kadınların ve nüfusun büyük bölümünün sağlık hizmeti almak için ilk başvurduğu yerlerdir bu kuruluşlar. Dispanserlerde hamile kadınlara sunulan hizmetler arasında, doğum öncesi bakım ve doğum da var.[21] Ne var ki, alt kademe kuruluşlarda kaliteli bir anne sağlığı hizmetinin sunulması olasılığı, uygun altyapı, uzman personel ve araç-gereç eksiklikleri nedeniyle hayli düşük. Dispanserler ve pek çok sağlık ocağı, gebelik süresince ve doğum esnasında ortaya çıkan komplikasyonlarla başa çıkmalarına olanak tanıyacak ekipmandan yoksun. Araç-gereç donanımı ve uzman personel anlamında genel olarak daha iyi noktada bulunan hastaneler ise sayıca yetersiz kalıyor. Anne sağlığı hizmetlerinin etkinliği açısından, farklı kademe kuruluşları içine alan bir işbirliği sisteminin oluşturulması son derece önemli olduğu halde, hastanelerle alt kademe kuruluşlar arasındaki sevk bağlantıları oldukça zayıf.[22]

Tanzanya'da kabul edilemez bir düzeye ulaşan AÖO üzerinde tüm bunlar belli ölçülerde etkili ve çok sayıda kadın, gebelikle bağlantılı komplikasyonlar nedeniyle hayatını yitiriyor. Tanzanya ve diğer düşük gelirli ülkeler hakkında elimizde bulunan veriler ışığında söyleyebiliriz ki, anne ölümlerinin azaltılmasında, tüm gebe kadınlar için kaliteli hastane hizmetlerine erişim olanağının sağlanması kilit önem taşıyor. Doğrudan gebelikle bağlantılı sorunlardan kaynaklı ölümlerin (DSÖ rakamlarına göre Afrika'daki anne ölümlerinin yüzde 80'ini teşkil etmekte) aşağıya çekilmesinin şartlarından biri bu. En büyük anne ölüm nedeni, yüzde 33'lük oranla kan kaybı. Kan zehirlenmesi de yine öne çıkan sebepler arasında.[23] Bu bağlamda, hastane hizmetlerine erişimin daha etkin hale getirilmesinin önemi hakkında ne söylense azdır.

Tanzanyalı hamile kadınların büyük bölümü, alt kademe sağlık kuruluşlarında (dispanserler ve sağlık ocakları) doğum öncesi bakımdan faydalanıyorsa da, bu tesislerin çoğunluğu temel malzemelerin temininde sıkıntı yaşıyor ve gebelik boyunca ya da doğumda ortaya çıkabilen komplikasyon-

21 ABD'de "prenatal" bakım olarak anılmaktadır.

22 S.F. Murray ve S.C. Pearson, "Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs", *Social Science & Medicine*, 62(9), 2006.

23 K.S. Khan, D. Wojdyla, L. Say, A. Gülmezoğlu ve P. Van Look, "WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review", *Lancet,* 367(9516), 2006; F. Font ve diğerleri, "Maternal mortality in a rural district of South Eastern Tanzania: An application of the sisterhood method", *International Journal of Epidemiology,* 29(1), 2000.

lara müdahale edebilecek düzeyde, yeterli sağlık personeline genellikle sahip olamıyor. 2006 tarihli *Tanzanya Hizmet Sunumu Değerlendirmesi* çalışmasının sonuçlarına göre, doğum öncesi bakım personeli arasında, gebelik komplikasyonları üzerine eğitim almış olanların oranı sadece yüzde 10. Riskli gebeliklerle ilgili eğitim düzeyi daha da düşük (yüzde 9).[24] Çalışma kapsamında incelenen sağlık kuruluşlarının ancak pek azı temel tanı testlerini yapabilecek donanıma sahip (örneğin, sadece yüzde 18'i kansızlık testi, yüzde 20'si idrarda protein testi, yüzde 18'i idrarda glikoz testi ve yüzde 20'si frengi testi yapabiliyor). İlaç konusunda durum daha da vahim: Doğum öncesi bakım hizmeti sunan tesislerden yalnızca yüzde 8'i, genel sağlık sorunları ve enfeksiyonların tedavisinde gerekli ilaçların tamamını elinde bulunduruyor. Sezaryen doğum hizmeti sunabilen tesislerin oranı yüzde 5'lerde. Dispanserlerde sezaryen doğum yapılamazken, sağlık ocaklarının yüzde 13'ü, hastanelerinse yüzde 90'ı bu olanağa sahip. Başka çalışmalar da benzer sonuçlar koyuyor ortaya: Alt kademe kamu sağlık kuruluşları, tedavi ve laboratuvar ekipmanı bakımından çok ciddi eksikliklerle boğuşmakta.[25]

Öyleyse iki seçenek duruyor önümüzde: Uzman insan kaynağı, yeterli ilaç, malzeme ve ekipman sağlanarak alt kademe sağlık kuruluşları güçlendirilecek ya da her hamile kadın için hastaneye erişim olanağı temin edilecek. *Milenyum Projesi Raporu*, kaliteli bir doğum hizmetinin ana unsurlarını şöyle sıralıyor: (i) uzman sağlık görevlisinin doğumda hazır bulunması, (ii) komplikasyon yaşanması halinde acil müdahaleye erişim olanağı ve (iii) komplikasyonla karşılaşan kadınların zamanında acil müdahale alabilmesini sağlayacak, etkin bir sevk sistemi.[26] Rapor, bu üç ana unsura sahip bir sağlık sisteminde, anne ölümlerinin bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkacağı iddiasında. Bunun yanında, bu üç konuda iyi seviyede bulunan ülkelerin, AÖO rakamlarını önemli ölçüde düşürebildiği de raporda gösteriliyor.

Ne yazık ki, Tanzanya sağlık sistemi, sözünü ettiğimiz üç alanda da olumsuz bir tablo çizmekte. Komplikasyonla karşılaşan hamile kadınların alt kademe sağlık kuruluşlarından daha yetkin kuruluşlara sevkinde önemli gecikme-

24 Tanzanya Ulusal İstatistik Dairesi, *Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006*, *Preliminary Report (TSPA)*, Calverton: İstatistik Dairesi, 2007, http://www.nbs.go.tz adresinde mevcuttur.

25 2007 yılında, CMI (Chr. Michelsen Enstitüsü), NIMR (Ulusal Tıp Araştırmaları Kurumu) ve REPOA (Yoksulluğun Azaltılması Araştırmaları) tarafından, Tanzanya'nın dokuz kırsal bölgesinde yürütülen bir çalışmada, sağlık personelinin sayıca yeterliliği, performansı ve motivasyon düzeyi araştırıldı. Yayınlanmayan bu çalışmada elde edilen veriler üzerinde P. Tibandebage ve W. Lindeboom'un yaptığı ön incelemeler, kapsama giren sağlık kuruluşlarından yüzde 67'sinin temel tanı testlerini yapacak laboratuvara sahip olmadığını gösteriyor. Tibandebage ve Lindeboom, "Performance enhancing factors at the health facility level: Preliminary findings", "Tanzanya'da Sağlık Çalışanlarının Sayıca Yeterliliği, Performansı ve Motivasyonu" çalıştayında sunulan rapor, 24-25 Eylül 2008, Darüsselam, Tanzanya.

26 Freedman ve diğerleri, *Who's got the power?*.

lerin yaşandığına, tanı koyma süreçlerinde ve kansızlık, hipertansiyon gibi vakaların idaresinde başarısız olunduğuna, tedavide de yetersiz kalındığına dair çokça kanıt var.[27] Honduras ve Sri Lanka gibi, anne ölümlerinin azaltılmasında düzenli ambulans hizmetlerinin büyük rol oynadığı düşünülen ülkeler, sevk olanakları konusunda Tanzanya'nın epey önünde görünüyor.[28] Tanzanya'da, 2007'de yapılan bir araştırmanın kapsamına giren sağlık kuruluşları arasında, sevk amaçlı nakil hizmeti sağlayanların oranı yüzde 10 bile değildi. Oysa, hastane düzeyinde sunulan ve yaşam kurtaran acil müdahalelerin önemi bilinmedik bir şey değil.[29] Ülkenin kuzeyini kapsayan bir çalışma, yakınında hastane bulunan doğum öncesi bakım kliniklerinde anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 325 iken, daha ücra kliniklerde sayının 561'e yükseldiğini açığa çıkardı. Benzer şekilde, 15 yaşına erişen kadınların, ömürlerinin geri kalanında gebelik sonucu yaşamını yitirme olasılığı, yakınında hastane bulunan kliniklerde 1/42, ücra kliniklerde ise 1/25 olarak hesaplandı.[30] Hastaneye erişim olanağının, anne ölümlerinin azaltılmasında kilit bir etmen olduğu konusunda şüpheye yer yok.

CİNSİYET AYRIMCILIĞI, PİYASACILIK VE YOKSULLUK: ÖLÜM REÇETESİ

Dehşet verici düzeye ulaşan anne ölümlerinin aşağı çekilmesinde hastane hizmetleri bu kadar önemli rol oynuyorsa, Tanzanyalı kadınlar bu hizmetlerden neden bu denli yoksun? Ülkenin sağlık sisteminde gözlenen başlıca aksaklıklar ve bunların ortaya çıkış sebepleri neler? Birbiriyle iç içe geçmiş üç ana sorundan söz edebiliriz.

Birinci sıraya, sağlık sisteminin her aşamada ziyadesiyle ticarileştirilmiş olmasını yazmalı. Sistem, ücret karşılığında işletiliyor ve tüm hizmetlerle önemli ilaçlar kendi piyasalarını oluşturmuş durumda. Doğum öncesi bakım muayeneleri kamu sektöründe genel olarak ücretsiz sunuluyor olmakla birlikte, ilaçlar ve şırınga gibi malzemeler için buralarda da ücret talep

27 E. Urassa, S. Massawe, G. Landmark ve L. Nystrom, "Operational factors affecting maternal mortality in Tanzania", *Health Policy and Planning*, 12(1), 1997.

28 M.M. Koblinsky ve O. Cambell, "Factors affecting the reduction of maternal mortality", Koblinsky (der.), *Reducing maternal mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe* içerisinde, Washington: Dünya Bankası, 2003.

29 2007 tarihli, yayınlanmamış CMI/NIMR/REPOA çalışması; Tibandebage ve Lindeboom tarafından yapılan ön veri incelemesine dayanan tahminler, "Sağlık kuruluşlarında performans yükseltici etmenler".

30 B.E. Olsen, S.G. Hinderaker, M. Kazauru, R.P.B. Terje, P. Gasheka ve G. Kvale, "Estimates of maternal mortality by the sisterhood method in rural Northern Tanzania: a household sample and an antenatal clinic sample", yayınlanmamış çalışma, 2007.

edilebiliyor.[31] Kâr amacı gütmeyen özel tesislerde ve STÖ sınıfına giren kuruluşlarda muayeneler için ücret alınmayabiliyor belki ama, malzemeler için yine ödeme yapmak gerekiyor. Bunun yanında, her şeyden önce ulaşım için para ayırmak şart.

Dispanserlerde sunulan doğum öncesi bakım hizmetleri, sistemin en geniş tabanlı erişim sunan, en düşük giriş ücretinin alındığı ayağı. Doğum öncesi muayene ve kontrollerden yararlanmak, geniş kitleler için mümkün. Ancak, gebeliğin daha sonraki safhalarında ve daha üst düzey tıbbi bakım gereksinimlerinde, ücretler erişimin önünde çok ciddi bir engel oluşturuyor. Tablo 3'te, 1990'ların sonunda Mtwara'da doğum için tıbbi yardım almak üzere sağlık kuruluşlarına başvuran 107 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınlardan talep edildiği öğrenilen resmi ödeme tutarları veriliyor. Rüşvet gibi gayriresmi ödemeler bu rakamlara dahil değil. Araştırma, fiilen ödenen ücretlerde çok büyük dengesizliklerin gözlendiğini ve vakalardan birinde, doğum öncesi hastanede yatış için toplam maliyetin (gayriresmi ödemelerle birlikte) 41 dolara çıktığını ortaya koydu. Bu maliyetle karşılaşan kişinin, o dönemde kadınlar için ortalama *yıllık* gelir düzeyinin 110 dolar olduğu bir yerde yaşadığını hatırlatalım.

Tablo 3: Hastanelerde doğum hizmeti almak için karşılanması gereken ortalama dolaysız masraflar (Tanzanya şilininden Amerikan dolarına çevrilmiş şekilde) (sağlık merkezlerinde ve dispanserlerde ortaya çıkan masraflar parantez içinde gösterilmiştir)[32]

	Hizmet ücreti	İlaçlar	Malzemeler	Ulaşım Giderleri	Toplam
Doğum öncesi muayene	-	-	0,20 (0,20)	-	0,20 (0,20)
Doğum öncesi yatış	1,50	0,70	2,90	1,60	6,70
Normal doğum	1,60	-	1,50 (0,20)	2,80 (1,60)	5,90 (1,80)
Komplikasyonlu doğum	1,60	0,80	1,50	2,80	6,70

Bu masrafların altından kalkmak, kadınlar açısından son derece güç. Ülkede yürürlükte olan bir muafiyet sistemi varsa da, kadınlar için bu sistemi işletmek hiç kolay değil.[33] Değindiğimiz çalışma kapsamında görüşme ya-

31 M. Kowalewski, P.G.M. Mujinja ve A. Jahn, "Can mothers afford maternal health care costs? Users' costs of maternity services in rural Tanzania", *African Journal of Reproductive Health,* 6(1), 2002, http://www.bioline.org.br adresinde mevcuttur.

32 Aynı eser.

33 P. Nanda, "Gender dimensions of user fees: implications for women's utilisation of health care", *Reproductive Health Matters,* 10(20), 2002.

pılan kadınların çoğunluğunu, yüzde 45'i de hiçbir kişisel gelire sahip olmayan küçük çiftçiler oluşturmaktaydı. Doğum öncesi muayene için 20 sent bulup buluşturmak mümkün olsa da, bunun ötesindeki tedavi ve hastane hizmetleri, güçlerini aşmaktaydı. Bunun yanında, hizmet almak için gelen kadınlar, kendilerine yardımcı olması için yanlarında bir kişi daha getirmek zorundalar. Böylece, ulaşım masrafları ve işgücü kaybı iki katına çıkıyor. Ayrıca, görüşülen kadınlar, zaten bu ücretleri ödeyebileceğini düşünerek yola çıkmış, dolayısıyla bir ön elemeden geçmiş kişilerdi. Çalışmaya dahil edilenlerin tamamı, bakım veya tedavi için sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlardı; evinde kaderini bekleyenler değil.

Kentlerde, tüm gelir gruplarından insanlar, her türlü sağlık hizmeti için kâr amaçlı özel sağlık kuruluşlarına ve STÖ'lere bel bağlamış durumda. Bu kuruluşların çoğunluğunu, ücretlerle ayakta duran küçük işletmeler oluşturuyor.[34] Kimi doğum öncesi bakım hizmetleri haricinde, ilaçlar, malzemeler ve muayeneler için ücret alıyorlar. Doğum ve yatarak tedavi için talep ettikleri ücretler, genelde devlet kuruluşlarında talep edilenden daha yüksek (ancak, özellikle de dini hayır kurumlarına ait bazı kuruluşlar söz konusu olduğunda durum değişebiliyor). Fiyatlar, piyasadaki durum, halkın ödeme gücü ve kuruluşların mali yönden ayakta kalabilme mücadelesi ekseninde belirleniyor. Fazlasıyla ticarileştirilmiş bu sistemde, doğum öncesi muayeneleri bir kenara bırakırsak, sağlık hizmeti alabilmek için para bulmak zorunda kadınlar. Pek çoğu ise bunu başaramıyor.

Buna karşın, Afrika'daki anne ölümleri ve gebelikle bağlantılı rahatsızlıklarla ilgili literatürde, sağlık hizmetlerinin paralı hale getirilmesi ve ticarileştirilmesine çok çok az yer ayrılmış durumda. Bu konuda kanıtlar sunan çalışmalara rastlamak neredeyse olanaksız.[35] 1990'ların ortalarında yürütülen bir araştırma, paralı hizmetlere geçildikten sonra, hastanelerdeki doğum öncesi muayene sayılarında sert bir düşüşün kaydedildiğini ortaya koyuyor.[36] Kadınların, ancak riskli gebelik halinde hastanelere başvurma eğiliminde olduğu düşünüldüğünde, bu durumun riski önemli oranda artırdığı açık.

---

34 Paula Tibandebage, Haji H. Semboja, Phares G.M. Mujinja ve Henock Ngonyani, "Private sector development: the case of private health facilities", *ESRF Discussion Paper*, No. 26, Darüsselam, Nisan, 2001; Maureen Mackintosh ve Paula Tibandebage, "Competitive and institutional constraints on innovation, investment and quality of care in a liberalised low income health system", *European Journal of Development Research,* 19(1), 2007.

35 Abhishek Chakravarty tarafından yapılan literatür taramasında, anne sağlığı hizmetlerinin paralı hale getirilmesinin etkilerine dair pek az sistematik deneysel değerlendirmeye rastlanabilmiştir. Ancak genel kanı, sağlık hizmetlerinin ücret karşılığında sunulmasının, genel olarak hizmete başvurma istekliliğini azalttığı yönündedir.Ayrıca bkz. Nanda, "Gender dimensions.

36 A.K. Hussein ve P.G.M. Mujinja, "Impact of user charges on government health facilities in Tanzania", *East African Medical Journal*, 74(12), 1997.

Hizmetlerin paralı hale getirilmesi, doğurgan kadınlar üzerinde çok ciddi bir yoksullaştırma etkisi de yaratıyor. Kadınlar, ister hasta ister sağlıklı olsunlar, çocuklarına bakmakla sorumlular. Bu çerçevede, gebelik masraflarını ödeyebilmek için, sık sık yakınlarından borç almak, zaten pek bir şey tutmayan tasarruflarını elden çıkarmak ya da hayvanlarını veya başka varlıklarını satmak zorunda kalıyorlar. Kadınlar, genellikle erkeklerden daha düşük gelire sahip. Pek fazla paranın girmediği bir evde, sağlık hizmetleri için para bulmaya çalışmak hayli can sıkıcı ve hatta beyhude bir çaba olabileceği gibi, aile içi çatışmalara da yol açabilir. Doğum ücretleri ve bunların cinsiyet temelli sonuçları hakkında da yeterli deneysel çalışmaya sahip değiliz ne yazık ki.[37]

Sistemin çuvallamasına neden olan ikinci ana neden, acil doğum müdahaleleri konusunda görece ucuz olan devlet hastanelerinin, sayıca yetersiz kalışıdır. Sayıları çok az olan bu hastaneler, çoğu insan için, ulaşılabilecek coğrafi sınırların dışında kalıyor. Orta seviye sağlık ocakları ise, acil doğum müdahalelerini etkin biçimde gerçekleştirecek işleve sahip değil. Bu önemli eksiklik konusunda, birbiriyle iç içe geçmiş sayısız neden sayılabilirse de, coğrafyaya yayılan bir küçük hastaneler ağı yerine birkaç büyük hastane üzerine odaklanmış, eskiden miras sağlık sistemini anmamak olmaz (hastaneleri sahaya yayma anlayışı, Sri Lanka'da başarıyla uygulanıyor). Boşluğu doldurmak üzere, dispanserlerle hastaneler arasında orta kademe hizmet sunacak sağlık ocaklarının inşa edilip desteklenmesi konusundaysa, kısmen kaynak sıkıntılarından kaynaklanan sorunlar var. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi amacıyla yardım yapanların (Dünya Bankası örneğinde olduğu gibi) dar bir halk sağlığı tanımı getirmesi ve aşı gibi halkın tamamına yönelik malzemelere odaklanması da önemli bir etmen.[38] Bu etmenlerin bir araya gelmesiyle, çok yüksek seviyeye ulaşan talep karşısında devletin zaten sınırlı olan kaynakları, mevcut kamu hastanelerinin ayakta tutulmasına harcanabiliyor sadece.

Sonuç: acil doğumlarda tıbbi müdahaleden mahrum kalan kadınlar. Bu müdahaleleri yapacak tesislerin büyük kısmı ilçelerde, yani çoğu insanın evinden uzakta bulunuyor. Tanzanya, nüfusuna oranla oldukça geniş bir coğrafyaya sahip. Nüfusun yarıdan fazlası hâlâ kırsalda yaşarken, köy yolları bazen kötü, diğer zamanlardaysa çok kötü durumda. Son yirmi yılda, dispanser ve hastane hizmetleri arasındaki uzaklaşma daha da derinleşti.

Siyasi bakış da cinsiyet ayrımıyla derin bağlar kurmakta. Uzman sağlık personelinin doğumlara müdahalesi sağlanmadan anne ölüm oranlarını dü-

37 R. Tolhurst, Y.P. Amekudzi, F. Nyonator, S. Bertel Squire ve S. Theobald, "'He will ask why the child gets sick so often': The gendered dynamics of intra-household bargaining over healthcare for children with fever in the Volta Region of Ghana", *Social Science & Medicine*, 66(5), 2008.

38 Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu 1993. Sağlıkta Yatırımlar*, Washington: Dünya Bankası, 1993.

şürmek mümkün değil ve bu da ancak hastanelerde yapılabilir. Acil hastane hizmetleri, gebelik dışında kalan sağlık konularında görece daha az önem taşıyor. Dolayısıyla, hastanelerin yaygınlaşmasını engelleyen söz konusu sistem, en büyük darbeyi doğurgan kadınların sağlık ihtiyaçlarına vuruyor. Kamu sağlık sistemi, kadınların sağlık ihtiyaçları gözetilmeden yapılandırılıyor. Dahası, yoksulların hastane hizmetlerine erişimde daha fazla güçlük çekiyor oluşu, hastane hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını ve coğrafyaya yayılmasını gerektirirken, tam tersi iddia edilerek, birinci basamak hizmetlere *daha da fazla* ağırlık veriliyor. Sonuçta, acil tıbbi müdahale ihtiyacı içindeki yoksul hamile kadınlar, hemen her zaman bu basamakta hapsolup kalıyor.[39] Mantıksızlığı apaçık ortada olsa da etki yaratabilen bu iddia, kadının sağlık ihtiyaçlarına karşı derin ayrımcılık içeren bir bakışı açığa vuruyor.

Kadınların gebelik nedeniyle hayata veda etmesini engelleyemeyen sistemin üçüncü temel kusuru ise, yukarıda da değinmiş olduğumuz gibi, hastanelerde bile yeterli personel ve malzemenin bulunmayışı. Kimi tesislerde, en temel antibiyotiklere bile ulaşılamazken, hayati ilaçlara dönük yardımlar, belki 2004 yılından bu yana ciddi bir yükseliş sergiliyor ama, anne sağlığına dair ihtiyaçları büyük ölçüde göz ardı ederek, HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma üzerinde odaklanıyor. Sonuç şu ki, Tanzanya'da yaşamsal önem taşıyan ilaçların tabana yayılmasında, 2004'ten beri pek az mesafe kat edilebildi.[40] 2006 itibarıyla, kamu sağlık kuruluşlarının sadece yüzde 11'inde doğum için gerekli tüm malzemeler bulunabiliyor ve doğumla ilgili ciddi komplikasyonlar karşısında gerekli olabilecek tüm hayati malzemelere sahip olanların oranı da yüzde 5'te kalıyor.[41] Anne sağlığı konusunda, personel sayısı ve personele sunulan şartlarda da son derece olumsuz bir tablo çiziyor Tanzanya: Ciddi bir eğitimli ebe eksikliği yaşanırken, çalışma koşulları da kötü, hatta tehlikeli olabiliyor. Ücretler düşük. Doğum servislerinde, kadına yönelik kötü ve aşağılayıcı bir kültürün ara vermeden ürettiği sorunlar, kadınların bu hizmetlere yönelme isteğini azaltıyor.[42] Bu resim, anne sağlığına ve özellikle de anne sağlığına yönelik acil müdahalelere hiçbir şekilde öncelik tanınmadığını, köklü bir cinsiyet ayrımcılığının var olduğunu gösteriyor.

Bu üç temel sorun, birbiriyle etkileşim içerisine girerek ve birbirini büyüterek, giderek daha da kötüleşirmiş gibi görünen bir ayrımcılık döngüsü yaratıyor. Sevk hizmetleri, bu yapıyı en çıplak haliyle gözler önüne seriyor.

39 Aynı eser.

40 Tanzanya'da ilaca ulaşma olanakları ve ilaç fiyatları konusunda DSÖ desteğiyle yürütülen araştırmalarda elde edilen verilerin özeti için bkz. Maureen Mackintosh ve Phares G.M. Mujinja, "Markets and policy challenges in access to essential medicines for endemic diseases", *Journal of African Economies,* Özel AERC sayısı, yakında çıkacak.

41 Tanzanya Ulusal İstatistik Dairesi*, TSPA 2006*.

42 Yazarların kendi saha çalışmalarından alınmıştır.

Klinik literatüründe, acil doğum müdahaleleri için hızlı ve etkin bir sevk hizmetinin zorunluluğu önemle vurgulanırken, Tanzanya'da, sözünü ettiğimiz üç temel yapısal etmenin hepsi de uygun bir sevk mekanizmasının aleyhinde işliyor. Ticarileştirme, sevk hizmetlerinin resmi bir mekanizma olmaktan neredeyse çıkması anlamına geliyor. İnsanlara, hastaneye "gitmeleri söyleniyor" belki ve bazen sevk yazıları da düzenleniyor. Ancak bu, başka bir sağlık kuruluşunda, bir kez daha ücret ödeme zorunluluğu anlamına geliyor hastalar için. Üstüne üstlük, oraya gittiklerinde yine her şeye sıfırdan başlamaları gerekiyor. Bu koşullar altında, durumunu ciddi gören hastaların, hastanede harcayacakları parayı ceplerinde tutmak için alt kademeleri atlaması şaşırtıcı sayılmamalı. Hastane masrafları karşılanamayacak düzeydeyse, hasta hiç gitmeye yeltenmeyecek, 1990'ların sonunda röportaj yaptığımız kişilerden bazılarının söylediği gibi, "evinde ölmeyi" tercih edecektir. Eğer önce bir özel dispansere giderlerse, kamu hastanesinde kötü karşılanma olasılığı bulunduğundan, ilk muayeneleri hakkında konuşmak istemeyebilirler. Tüm bu kuruluşlar, bütünlüklü bir sevk sistemi yerine, bölünmüş, parça parça bir piyasa oluşturuyor.[43]

Hastane hizmetlerinin kentlerdeki büyük kamu hastanelerinde yoğunlaşmış olması, hem ücretler hem de ulaşım giderleri anlamında bu hastanelerin daha pahalı olması sebebiyle, sevk sorununu daha da büyütüyor ve acil durumlarda erişim olanağını fiziksel olarak ortadan kaldırıyor. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip tüm ülkelerin böyle bir yol izlemediği bilinmeli. Asya'daki kamu harcamaları üzerine yürütülen karşılaştırmalı bir araştırmada şu tespite yer veriliyor: "Malezya ve Sri Lanka'da çok sayıda hastanenin küçük ölçekli olduğu ve çok iyi bir şekilde donatılmadığı görülüyor. Ancak geniş bir coğrafi alana yayılmış olmaları, yoksul köylülerin hastane hizmetlerine erişmesine olanak tanıyor."[44] Yine aynı çalışma, hastane hizmetlerinin sınırlı hale gelmesi durumunda, para sıkıntısı çeken orta sınıfın bu hizmetleri "zapt etmesi" olasılığının daima mevcut olduğuna dikkat çekiyor. Dolayısıyla, finansman, sağlık sisteminin yapısı ve kaynak kullanımının ekonomi politiği arasında, birbirini körükleyen bir etkileşim var gibi görünmektedir. Anne sağlığına yönelik hizmetler söz konusu olduğunda, hastane hizmetlerinin toplumsal sınıflar arasında daha eşitlikçi bir şekilde dağıtılması, aynı zamanda cinsiyet ayrımının hafiflemesi anlamına da gelecektir: Sınıflar ve cinsiyetler arasındaki hizmete erişim adaletsizliklerinin azaltılması, karşılıklı olarak birbirini destekleyecek değişikliklerdir.

43 Maureen Mackintosh ve Paula Tibandebage, "Inclusion by design: rethinking health care market regulation in the Tanzanian context", *Journal of Development Studies,* 39(1), 2002.

44 Owen O'Donnell ve diğerleri, "The incidence of public spending on health care: comparative evidence from Asia", *World Bank Economic Review,* 21(1), 207, s. 109.

Uluslararası siyaset de, gebelikle bağlantılı ilaç ve malzemelerin teminine öncelik tanımayarak, anne sağlığı alanında ortaya çıkan felaket tablosunu derinleştirmekte. Uluslararası sağlık siyaseti, örneğin belli hastalıklara yönelik ilaçların finansmanına dönük uluslararası girişimlerin ya da hastanelerin finansmanını engelleyen tutumun cinsiyetle bağlantılı boyutlarını masaya yatırmayarak, "cinsiyetçi dile" güç kazandırıyor. İlaç ve malzeme sıkıntıları, hastanelerdeki çalışma koşullarını kötüleştiriyor, personelin moralini bozuyor, çalışanları "gayriresmi" ücretler talep etmeye itiyor ve tedavi malzemelerini piyasadan satın alma ya da eve dönme ikilemindeki kadınların karşılaştığı masraf yükünü büyütüyor.

SONUÇ

Afrika'daki dehşet verici anne ölümü rakamlarının gün yüzüne çıkardığı felaketin kökleri çok derinlere uzanıyor. Felaketin patlak vermesine ve varlığını sürdürmesine neden olan tek bir aksaklıktan söz etmek, dolayısıyla bu aksaklığın giderilmesiyle sorunun ortadan kalkacağını söylemek mümkün değil. Bunun yerine, sağlık sistemindeki, politik kabullerdeki ve finansman faaliyetlerindeki bir dizi köklü ve derin yapısal bozukluk duruyor karşımızda. *Milenyum Projesi Çalışma Kolu* yazarlarının da vurguladığı gibi, bu sorunların her biri erkle bağlantılı: Altta yatan nedenlerin ortadan kaldırılabilmesi için, sağlık sistemlerinin temel toplumsal kurumlar olduğunu ve yapısal cinsiyet ayrımcılığını geriletecek, sürdürülebilir, servetin yeniden dağıtımına yönelik reformların gerekliliğini kabul etmek şart.[45]

Bu, kuşkusuz, oldukça zorlu bir iş. Anne ölüm oranlarının düşürülmesine yönelik Milenyum Hedefi'nin akıbetine dair tahminlerin bu denli iç karartıcı olması da bu yüzden. Kimi yorumcular, gebelikle ilgili acil tıbbi müdahaleye erişimde gelişme kaydedilmesini pek muhtemel görmüyor ve riski hastane harici çözümlere odaklanarak düşürmeyi hedefliyor.[46] Gebelikle ilgili acil tıbbi müdahaleye erişimin sağlanabilmesi için, hepsi de birbirinden zorlu, birbiriyle bağlantılı bir dizi adımın atılması gerekiyor. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve bunun getirdiği sonuçlar söz konusu olduğunda karşımıza dikilen susku duvarını yıkmak; acil müdahaleler ve diğer hayati sağlık hizmetlerinde, cepten ödemelere, işlem başı ücretlendirmeye dayanan sistemin yerine, kadınların karşısına maddi engeller çıkartmayan bir yapının nasıl koyulabileceği sorusuna yanıt getirmek; gebelikle ilgili acil müdahale olanaklarının

45 Freedman ve diğerleri, *Who's got the power*; Lynn Freedman, "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", *Development*, 48(1), 2005.

46 Ndola Prata, Amita Sreenivas, Farnaz Vahidnia ve Malcolm Potts, "Saving maternal lives in resource-poor settings: facing reality", *Health Policy*, 89(2), 2009.

ihtiyaç sahiplerine yakınlaşmasını sağlayacak şekilde sağlık sistemini yeniden yapılandırmak ve uluslararası finansman önceliklerini, cinsiyet ayrımcılığını azaltacak bir temel üzerinde ele almak şart. Bu son adım için yapılacak şeyse, söz konusu önceliklerin cinsiyet zemininde değerlendirilmesi olmalı.[47]

Kamu sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sisteminin yapılandırılmasında Tanzanya'dan ve pek çok başka Afrika ülkesinden farklı bir yol izleyen, kamu hastanelerinde hizmet karşılığında çok düşük ücretler talep eden Sri Lanka, kişi başına gelir düzeyi oldukça düşük olmasına, bir ekonomik ve siyasi krizle boğuşmasına karşın, anne ölüm oranını her 100.000 canlı doğumda yaklaşık 43'e kadar düşürmeyi başardı.[48] Bu, imkânsız değil. Annelerin yaşamını kurtaracak acil sağlık hizmetine erişebilmek bir insan hakkıdır. Önlenebilir anne ölümlerinin, Tanzanya gibi sayısız düşük gelirli ülkede ulaştığı ölçeğin yüzümüze vurduğu uluslararası "kolektif yüzkarası"nı temizlemeye yönelik politikaların belirlenmesinde çıkış noktası da bu olmalıdır.[49]

NOTLAR

Sunduğu mali destek için, Birleşik Krallık Ekonomik ve Toplumsal Araştırma Konseyi tarafından finanse edilen, Açıköğretim Üniversitesi INNOGEN araştırma merkezine teşekkür ederiz. Gerek Tanzanya'da, gerekse diğer yerlerdeki literatürü tarama konusunda verdikleri destek için de Abhishek Chakravarty ve Suleiman Mbuyita'ya şükran borçluyuz.

47 Hilary Standing, "Gender and equity in health sector reform programmes: a review", *Health Policy and Planning*, 12(1), 1997.

48 DSÖ ve diğerleri, *Maternal Mortality in 2005*.

49 Lynn Freedman, "Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(1), 2001.

Obezite İle Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi

Robert Albritton

Dünyamız, sağlıklı bir beslenme düzenini herkes için temin edebilecek yeterlikte. Oysa insanların dörtte biri açlıkla ve gerek nitelik, gerekse nicelik bakımından zayıf bir beslenme düzeninin yarattığı sağlıksızlıklara pençeleşiyor. Öte yanda, bir diğer dörtte birlik bölüm ise gereğinden fazla yiyecek tüketiyor. Üstelik, yüksek kalori, düşük besin değeri sunan yiyecekler bunlar (amiyane tabirle "abur cubur"). Dünya nüfusunun bu kısmı, şeker hastalığının ve obezitenin ürettiği çeşitli başka kronik rahatsızlıkların tehdidi altında. Meksika'da halkın yüzde 14'ü, Hindistan'da ise 15 yaş üstü kentli nüfusun yüzde 11'i şeker hastası örneğin.[1] ABD'de, 2000 yılında dünyaya gelen çocukların üçte birinin ileride şeker hastalığına yakalanacağı tahmin ediliyor. Bu manzaranın neredeyse tamamen önlenebilir nitelikte olması, durumun vahametini bir kat daha artırıyor.[2] Son yıllarda birbiri ardınca yürütülen sayısız çalışmada, hep aynı sonuca varılıyor: İnsan sağlığı üzerindeki en önemli etmen beslenmedir. Beslenme ise, bizim şekillendirebileceğimiz bir şey.

Ucuz gıda kapitalizm için önemli; çünkü işçilerin daha düşük ücretlerle yaşamlarını sürdürebilmelerine, ayrıca başka mallara harcayacak kadar para artırabilmelerine olanak tanıyor. Bu ve başka sebepler, kapitalizmin ilk dönemlerinde, zorla çalıştırmanın çeşitli biçimlerde yaygın olarak uygulandığı sömürgecilik düzeni ile gıda sistemi arasında sağlam bağların kurulmasına önayak oldu. ABD'de iç savaşın köleliği sona erdirmesinin ardından, ülke içinde gıda üretimi asıl olarak aile çiftliklerine dayalı hale gelecekti. Ancak, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde, tarımda makineleşmenin ve kimyasal kullanımının artmasıyla, daha büyük çiftlikler işletmek mümkündü artık. 1970'lerin başlarında, Birleşik Devletler Tarım Bakanı Earl

1 B. Popkin, "The world is fat", *Scientific American*, Eylül, 2007, s. 94-5; "By 2020, 7 million Indians may die of lifestyle diseases", *Times of India*, 24 Eylül 2007.

2 M. Pollan, *The Omnivores Dilemma* içinde belirtilmiştir, New York: Penguin, 2006, s. 102. [*Etobur-Otobur İkilemi*, çev. İlke Önelge, 2009, Pegasus Yayınları]

Butz, yüksek üretim miktarlarını ödüllendiren bir çiftçi destek programının Kongre'den geçmesini sağlayacak, böylece çiftliklerin büyüyüp mahsulün artmasına, devletçe ödenen destek tutarının da yükselmesine giden yol açılacaktı. Sonuçta, destek ödemelerinin hemen tamamı, tütün, pamuk, mısır, buğday ve soya fasulyesi gibi belli başlı birkaç ürünü ekip biçen büyük çiftliklere akmaya başladı. Bir sonraki adımda, makineleşmenin ve kimyasal kullanımının avantajlarından daha fazla yararlanma olanağına sahip büyük çiftlikler, üretim girdilerinin tedarikçisi ve mahsulün de alıcısı konumundaki dev şirketlerin hizmetine girmeye başlayacaktı.[3]

Tablo bugün de pek farklı görünmüyor. Amerikan hükümetinin yalnızca 2005 yılında ödediği tarımsal destek 20 milyar doları aştı (bu tutarın yüzde 46'sı mısır üretimine, yüzde 23'ü pamuğa, yüzde 10'u buğdaya, yüzde 6'sı soyaya gitti).[4] En büyük çiftliklerin oluşturduğu yüzde 10'luk dilim, destek ödemelerinin yüzde 72'sini alırken, çiftliklerin yüzde 60'ına devlet hiçbir şey ödemedi. Meyve ve sebze üreticileri genel olarak destek almadılar; küçük ya da orta ölçekli çiftlerin çoğunluğu gibi. Kısacası, Amerikan devletinin tarımsal destek politikası, ileri düzeyde endüstriyelleşmiş, devasa çiftliklerde elde edilen yüksek üretimi ödüllendiriyor.

Bugün, ABD'de çok sayıda küçük aile çiftliği varlığını sürdürüyorsa da, toprağı kendi hayvanlarının dışkısıyla gübreleyen ve zararlılarla baş etmek için her yıl değişik ürün ekme ve benzeri yöntemlerden faydalanan geleneksel karma tarım anlayışı yok olmaya yüz tutuyor. Günümüzün dev kapitalist çiftliği, ucuz petrole ve devlet desteklerine bağımlı. Cornell Üniversitesi ekoloji profesörlerinden David Pimentel, gıda sistemleri ve enerji konusunda dünyaca tanınmış bir uzman olarak, tüm dünyanın Amerikan gıda sistemini benimsemesi durumunda, bilinen bütün fosil yakıt kaynaklarının sadece yedi yılda tükeneceğini öne sürüyor.[5] Aynı zamanda, petrol esaslı kimyasal maddeler (gübreler ve tarım ilaçları) her ülke tarafından Amerika'daki kadar büyük miktarlarda kullanılsaydı, küresel ısınmada kaydedilecek muazzam artışın yanı sıra, zaten kirlenmekte olan çevre, zehirden geçilmez hale gelirdi.

Bu kısa yazıda vereceğimiz örneklerin çoğu, dünyanın egemen kapitalist gücü olan ve dünya gıda sistemini biçimlendirme konusunda elinden geleni ardına koymayan ABD'den geliyor. Bununla birlikte, kendi içinde kenetlenmiş bir kapitalist gıda sisteminin yerkürede egemenlik kurduğu izlenimini yaratmak istemem. Kapitalizm, ABD'de bile gıda sistemini tümden çatısı altına

3 Butz'un getirdiği destek ödemelerinin bir diğer amacı da, temel tahılların uluslararası pazarlara üretim maliyetinden daha düşük fiyatlarla sunulmasını sağlayarak, ABD'nin büyümekte olan ticaret açığını düşürmek ve az gelişmiş ülkelerin gıda alanında ABD'ye bağımlılığını pekiştirmekti.

4 "Uncle Sam's teat", *The Economist*, 9 Eylül 2006, s. 35.

5 R. Manning, "The oil we eat" içinde yer verilmiştir, *Harpers*, Şubat, 2004.

alabilmiş değil. Dünyada kapitalizmin elinin değmediği pek az yer kalmış olmakla beraber, sistemin egemenlik düzeyinde büyük dalgalanmalar gözlenebiliyor. Yine de, kapitalizm, dünya gıda sistemini şekillendiren en önemli tekil güç olmayı bugüne dek başardı ve söz konusu şekillendirme sürecini yürüten gücün büyük kısmı da dünyaya ABD'den yayılıyor.[6]

OBEZİTE KÂR DEMEKTİR

Akademik dünyada pek çok iktisat profesörünün hâlâ "tüketicinin egemenliği" doktrinini öğretiyor olması tam bir skandal. Şirketlerin, tüketici karşısında çok daha egemen bir güç olarak at koşturduğu gerçeği orta yerde duruyor zira. Dünyanın en büyük, en kârlı şirketlerinden biri ve en tanınmış markası olarak öne çıkan Coca-Cola örneğiyle başlayabiliriz. Coca-Cola, bu noktaya gelene dek, dostlarından da biraz yardım almış olabilir mi? Gıdanın ekonomi politiği üzerinde çalışan Raj Patel açıklıyor:

> ... Amerikalıların Coca-Cola düşkünlüğü ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sırasında pompalanmaya başlandı. Savaş boyunca içeceğin kendisi dış pazarlara sunulmadıysa da, General Marshall [savaş sırasında genel kurmay başkanı – ç.n.], Amerikan askerlerinin konuşlandığı her yerde Coca-Cola'nın da bulunmasını sağlamak için her çareye başvurdu. Coca-Cola şirketi, şekerin karneye bağlanması uygulamasından muaf tutuldu [Pepsi için aynı şey geçerli değildi oysa]. Böylece, Amerikan askerleri için, anavatanın ta kendisini simgeleyen bir içecek üretebileceklerdi.[7]

Beslenme uzmanı Marion Nestle'a göre, Amerikalılar günde ortalama 31 çay kaşığı dolusu şeker tüketiyor ve bu miktarın yüzde 40'ı alkolsüz içecekler yoluyla vücuda alınıyor.[8] Yine ortalama olarak, Amerikalı bir yetişkin erkek çocuğunun bir yılda tükettiği alkolsüz içecekler, 800 adet 355 ml'lik kutuyu dolduracak miktara ulaşıyor. Bu arada, otomatik satış makinelerindeki standart kutu büyüklüğü de 240 ml'den 355 ve 590 ml'ye çıkartılıyor (590 ml'lik bir kutuda, aşağı yukarı 15 çay kaşığı şeker bulunuyor).[9] ABD'de kilo fazlası

6 Mevcut gıda sisteminin, hem insan ve çevre sağlığına zarar verecek, hem de toplumsal adalete ve demokrasiye darbe vuracak şekilde, küresel kapitalizmle nasıl bütünleştiğine dair daha kapsamlı bir inceleme için, geçtiğimiz günlerde basılan kitabımı salık verebilirim: *Let Them Eat Junk: How Capitalism Creates Hunger and Obesity*, Londra: Pluto Press, 2009 ve Winnipeg: Arbeiter Ring Press, 2009.

7 Raj Patel, *Stuffed and Starved: Markets, Power, and the Hidden Battle for the World Food System*, Toronto: Harper Collins, 2007, s. 258; ayrıca bkz. B. Popkin, *The World is Fat*, New York: Avery, 2009, s. 59.

8 M. Nestle, *What to Eat?*, New York: North Point Press, 2006, s. 321, 327.

9 Global Dump Soft Drinks Campaign, http://www.dumpsoda.org, 2007. Ayrıca bkz. Center for Science in the Public Interest, "Consumer groups in 20 countries urge Coke and Pepsi to limit soft drink marketing to children", 3 Ocak 2008, http://www.cspinet.org/new/index.html adresinde mevcuttur.

bulunan çocuk sayısının 1980'den bugüne dek üçe katlanmış olmasına şaşmamak lazım. Ortalama bir Amerikalının kalori alımında yağların ve şekerin yüzde 50 yer tuttuğu düşünüldüğünde, halkın üçte ikiden fazlasının "fazla kilolu" sınıfına girmesi, bu arada en hızlı büyüyen grubun aşırı obezler (kilo fazlaları 45 kg'ı aşan kişiler) olması da şaşırtıcı değil.[10] Obezitenin pek çok kronik hastalık için bir risk faktörü olduğu biliniyor ve listenin en başında da şeker hastalığı bulunuyor. 1997 ile 2004 arasındaki yedi yıllık dönemde, ABD'de tip-2 şeker hastalığından muzdarip insanların sayısı yüzde 41 arttı. Dünya genelinde 1985'ten bu yana altıya katlanmış olan şeker hastalığı, yüksek fruktoz içeren mısır şurubunun tüketimindeki artışla tamamen paralel bir seyir izliyor.[11]

Kâr etmek istiyorsanız, sizin için en uygun gıdalar, ucuz olup, aynı zamanda tüketicilerin çıldırdığı şeylerdir. Çoğunluğun değilse bile pek çok kişinin kolaylıkla "aşırı iştah" duyabileceği tatların başındaysa şeker gelir.[12] İnsanlar şekere kitleler halinde hücum ederken, yapılan son araştırmalar da şekerin bağımlılık yapabileceğini söylüyor.[13] Bunun yanı sıra, sektörün yaygın kullandığı şeker tiplerinin bir çoğu, gıda üretiminin en ucuz bileşenleri arasında yer alıyor. Yüksek fruktoz içerikli mısır şurubunun düşük maliyeti, hemen hepsi yapay aroma, yapay renklendirici, su ve mısır şurubundan oluşan alkolsüz içecekleri, kapitalist gıda endüstrisinin en kârlı ürünlerinden biri haline getiriyor.[14] Gıdaların sınıflandırılmasında başvurulan başlıca yöntemlerden biri, kalori yoğunluğu ile besin değeri arasında karşılaştırma yapmaktır. Kimi gıdalar hem kalori, hem de besin değeri bakımından zenginken, "abur cubur" olarak adlandırdığımız ürünlerde, kalori içeriğinin besin değeri karşısında çok ama çok ağır bastığını görüyoruz.[15] Pek çok alkolsüz içecek çok yüksek kalorili olduğu halde herhangi bir besin maddesi içermiyor.

10 J. Schor, *Born to Buy*, New York: Scribner, 2004, s. 35. Ayrıca bkz. E. Schlosser, *Fast Food Nation*, New York: Harper Collins, 2002, s. 53; G. Gardner ve B. Halweil, "Overfed and underfed, the global epidemic of malnutrition", *Worldwatch Institute*, çalışma no. 150, Mart, 2000.

11 T. Philpott, "How the feds make bad-for-you-food cheaper than healthful fare", 22 Şubat 2006, http://www.grist.org adresinde mevcuttur.

12 J. Orford, *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*, Toronto: Wiley, 2001.

13 Bkz. C. Colantuoni, "Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence", *Obesity Research*, Sayı 10, s. 478-88; ayrıca bkz. "A survey of food", *The Economist*, 13 Aralık, 2003, s. 16.

14 Yüksek fruktoz içerikli mısır şurubu (YFMŞ), işlenmiş gıdalardaki tüm kalorili tatlandırıcıların yüzde 50'sini teşkil ediyor. YFMŞ'nin, şeker hastalığına yol açma riskinin diğer şekerlere göre daha yüksek olup olmadığı konusunda ciddi tartışmalar yürütülüyor. Yüksek YFMŞ seviyesinin kalp krizlerine, böbrek ve karaciğer rahatsızlıklarına, yüksek tansiyona, sistemin inflamasyona ve hücrelere zarar veren serbest radikallerin fazlaca üretilmesine zemin hazırladığı yönünde kimi kanıtlara sahibiz. Kesin olan iki nokta var: İnsanın beslenme düzeninde fruktozun rolü şimdiye kadar asla bu hızla yükselmemiş ve bu seviyeye ulaşmamıştır; ayrıca YMŞF, vücudun doygunluk refleksini diğer şekerler kadar tetiklememektedir. P. Roberts, *The End of Food*, New York: Houghton Mifflin, 2008, s. 97-8. T. Talago, "Too poor to avert diabetes", *Toronto Star*, 27 Aralık 2007, s. A27.

15 Popkin, *The World is Fat*, s. 33-4.

Şekerin yarattığı bağımlılık etkisi, sigarayla karşılaştırılabilecek düzeyde. Philip Morris gibi şirketlerin elinde bulunan pazarlama gücünün de etkisiyle, Latin Amerika'da, eski Sovyet ülkelerinde, Çin'de ve Hindistan'da sigara içme yaşı on üçe kadar düşmüş durumda. 21. yüzyılda, bir milyardan fazla insanın sigara yüzünden hayatını kaybedeceği hesaplanıyor.[16] Ancak, şekerin büyük rol oynadığı "obezite salgını", sigaranın neden olduğundan daha da fazla insanın ölmesine yol açabilir. Tütün genellikle altmış yaşından sonra öldürürken, şeker gençlere saldırıyor ve pek çok durumda, obezitenin ve bağlantılı kronik hastalıkların başlıca nedeni olabiliyor.[17]

Dünyanın en zengin beş adamı arasında sayılan Warren Buffet, bir zamanlar şöyle demişti: "Sigara işinden neden hoşlandığımı açıklayayım size. Üretmesi sadece bir peniye mal oluyor; sonra bir dolara satıyorsunuz. Bağımlılık yapıyor. Ayrıca müthiş bir marka sadakati yaratıyor."[18] Aynı şeylerin şeker için de söylenmesinin önünde hiçbir engel yok. Hem çok ucuz, hem de doymak bilmez bir iştaha neden oluyor. Pepsi ve Coca-Cola örneklerinde, güçlü bir marka sadakatinin ortaya çıktığını da görüyoruz: gıda endüstrisinde olağanüstü kârlar elde etmek için bulunmaz bir bileşim. Üstelik ürünlerin yapımında kullanılan malzemeler (pek çok zaman, "katma değerli" işlenmiş gıdalar), toplam maliyetin ancak çok küçük bir bölümünü teşkil ediyor. Alkolsüz içecekler alanında, ayrıca kahvaltılık tahıl ürünlerinin çoğunda durum tam olarak böyle. Örnek vereceksek, 340 gramlık bir tahıl ürünü yalnızca 25 sentlik içeriğe sahipken, satışta fiyat 3,50 dolara fırlıyor.[19] Bu iki değer arasındaki fark ise, nakliye, işleme, paketleme ve perakende masraflarını, elbette bir de şirketin cebine giren tatlı kârı içeriyor.

Abur cubur ürünlerin esasını oluşturan şeker, yağ ve tuzun, hem insanların en çok arzuladığı tatlar, hem de en ucuz gıda maddeleri olduğu anlaşılıyor. Böylesine ucuz girdiler varken, porsiyonları büyütmek son derece cazip bir şey. Büyüyen porsiyonun maliyeti müşterinin sırtına yüklenerek, neredeyse katışıksız kâr elde ediliyor. İlk adımı atan McDonalds olsa da, gıda endüstrisinin tümü artık bu yola girmiş durumda. Sayısız çalışma gösteriyor ki, porsiyonlar büyüdükçe insanlar daha fazla yiyorlar ve patates kızartması, gazoz gibi ürünlerde gıdanın kendisi maliyetin ancak çok küçük bir bölümünü teşkil ettiğinden, porsiyonun büyümesiyle gelen ek kazanç, fast food satıcısı açısından hemen tamamıyla kârdan ibaret oluyor. Gerçekten de, gıda maddelerinde çiftçinin eline geçenle nihai satış fiyatı arasındaki fark kimi zaman ağzı açık bırakacak oranlara ulaşabiliyor. Çiftçiye ortalama 2 sent bı-

16 A. Brandt, *The Cigarette Century*, New York: Basic Books, 2007, s. 451, 459, 486-7.

17 I. Loefler, "No sweet surrender", *British Medical Journal (BMJ)*, 330(7495), 2005.

18 Brandt, *The Cigarette Century*, s. 448.

19 Roberts, *The End of Food*, s. 37.

rakacak miktardaki patatesi, kızartarak 1,50 dolara satabilirsiniz.[20] Kimi fast food şirketlerinin mönülerindeki patates kızartması porsiyonlarının gittikçe büyümesine hiç şaşırmamalı.

Tüm bu suçlamaların altında kalmak istemeyen fast food zincirleri, ürünlerini biraz cilalayarak kimi değişikliklere yöneliyorlar. Bununlar birlikte, porsiyonları giderek büyütme yönündeki kararlılıkları sarsılmıyor. 2008 yazında, Pizza Hut şirketi, 450 gramlık yeni P'zone pizzasından ve yanında da sosundan oluşan, toplam 1.560 kaloriye (bir insanın günlük ortalama enerji ihtiyacının 2.100 kalori olduğunu akılda tutalım) ve önerilen günlük tuz miktarının iki katına sahip mönüsü için yırtıcı bir pazarlama kampanyası başlattı.[21] ABD'de tüketilen tuz miktarının, 1992 ile 2002 arasındaki 10 yıllık dönemde yüzde 20 arttığını biliyoruz.[22] Tuz, kendi başına şişmanlama etkisi yaratan bir madde değilse de, susuzluk hissini artırıyor. Amerikalıların, susuzluklarını gidermek için sıklıkla yüksek kalorili alkolsüz içeceklere veya biraya yöneldikleri de sır değil elbette. Bunun yanında, kalp hastalıkları ve krizlerinde önemli bir risk faktörü olan yüksek tansiyon konusunda da tuzun olumsuz etkisi var. ABD'de tuz tüketiminin yarı yarıya düşürülmesi halinde, her yıl 150.000 kişinin ölmekten kurtulacağı tahmin ediliyor.[23]

Doymuş yağ bakımından zengin et ve süt ürünlerinin tüketimindeki artış, ayrıca çeşitli bitkisel yağların transyağlara dönüştürülmesi de obezite salgınında ve başka bazı sağlık sorunlarında pay sahibi. Ortalama Amerikan beslenme düzeninde yağların oranı 1977'de yüzde 19 iken, 2005'e gelindiğinde yüzde 40'a çıkmıştı.[24] Yağa ve tuza batmış halde yenen patates kızartması, ABD'deki tüm sebze tüketiminin yüzde 25'ini oluşturuyor.[25] Unutmadan, 1970'ten bu yana, kişi başına peynir tüketiminin neredeyse üçe katlanmış olduğunu da ekleyelim.[26]

Beslenme düzenini bu şekilde ticarileştirip abur cuburla doldurma anlayışı, insanlığın ve yaşadığı çevrenin sağlığını uzun vadede harap etme pahasına, dünyanın geri kalan yerlerine de yayılıyor. Yoksul ülkeler zaten büyük bir bulaşıcı hastalık yükünün altında ezilmekteyken, şimdi bir de beslenme düzenlerinin abur cubur tüketimine indirgenmesi ve tütün tüketiminin art-

20 Schlosser, *Fast Food Nation*, s. 117.

21 McDonald's tarafından sunulan, yaklaşık 900 gramlık triple thick süt kokteylinde 1.100 kalori bulunuyor. J. Wells, "Chewing the fat about what's really in fast food", *Toronto Star*, 29 Ocak 2005, s. L1. Ayrıca bkz. *Toronto Star*, 1 Eylül 2008.

22 *Economist*, "A Survey of food", s. 9.

23 Nestle, *What to Eat?*, s. 367.

24 G. Critser, *Fat Land: How Americans Became the Fattest People in the World,* New York: Houghton Mifflin, 2003, s. 32.

25 Aynı eser, s. 75.

26 Nestle, *What to Eat?*, s. 63.

ması tehdidi ile karşı karşıyalar. Her iki olgunun da, bu ülkelerde şeker hastalığı, kalp rahatsızlıkları ve kanser gibi kronik sağlık sorunlarının görülme sıklığını artıracağına şüphe yok.

Gıda alanında uygulanacak uluslararası kuralları koyma görevini üstlenen Birleşmiş Milletler Uluslararası Gıda Standartları Komisyonu, sektörün baskısı altında çalışmaya zorlanıyor. Bebeklere yönelik gıda ürünlerinde şeker sınırının yüzde 30'dan yüzde 10'a düşürülmesi teklifiyle 2006 yılı Kasım'ında yapılan komisyon toplantısında bu baskı kendini açıkça hissettirdi. Teklif, Avrupalı ve Amerikalı şeker endüstrilerinin güçlerini birleştirmesiyle bertaraf edildi.[27] Bir diğer örnekte, BM'ye bağlı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Gıda ve Tarım Örgütü (GTÖ) kuruluşları, 2003 tarihli *Beslenme, Gıda ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi* raporunda, beslenme uzmanlarının da geniş desteğini alan bir kılavuz sundular. Günlük kalori alımında, şekerin payının yüzde 10'u geçmemesi gerektiğini söylüyorlardı. Ancak, bu, Amerikan şeker endüstrisinin hazmedebileceğinden çok daha ağır bir durumdu ve, söz konusu kuralın kılavuzdan çıkartılmaması durumunda, Kongre'nin DSÖ ve GTÖ'ye yaptığı yıllık 400.000 dolarlık yardımın kesilmesi için lobi yapacakları tehdidini savurdular.[28] Bu şartlar altında, tahmin edilebileceği gibi, BM organları tehdidin karşısında boyun eğdi.

Bebek Maması Eylem Grubu politika direktörü Patti Randall, "Mamayla beslenen bir bebek, ömrünün ilk sekiz aylık döneminde, anne sütüyle beslenenlere göre 30.000 kalori daha fazla alıyor. Bu, 120 orta boy çikolatanın içerdiği enerjiye denk geliyor."[29] diyor ve ekliyor: "Mamayla beslenme ile sonraki dönemlerde ortaya çıkan obezite arasındaki ilişki, sayısız araştırmayla açığa çıkartıldı." Tat duygusunun oluştuğu erken yaşlarda böyle bir eğilimin gelişmesi beklenmedik bir şey değil.[30] Gelgelelim, tüm bu bulgulara karşın, bebek mamaları tüm dünyada pervasızca pazarlanıyor. ABD'deki soya fasulyesi lobisi, soya içeren mamaları satın alması ve annelere yardım olarak dağıtması konusunda hükümeti ikna etmeyi başardı. Oysa, soyalı mamalardaki östrojen içeriğinin, günde 5 doğum kontrol hapı içen bir kadının aldığı miktarla eşdeğer olduğu biliniyor.[31]

Beri tarafta, şeker ithalatının önüne set çeken yüksek gümrük vergilerinin koruması altındaki Amerikan şeker endüstrisi, ülke içinde uluslararası piyasadaki fiyatın üç katını uygulayabiliyor ve bu yolla yıllık 1-3 milyar dolar kazanç

27 Aynı eser.

28 G. Dyer, "Sugar lobby copies big tobacco", *Toronto Star*, 29 Nisan 2003.

29 F. Lawrence, "Sugar rush", *Guardian*, 15 Şubat 2007.

30 Aynı eser.

31 F. Lawrence, *Eat Your Heart Out: Why the Food Business is bad for the Planet and your Health*, Londra: Penguin, 2008, s. 283.

sağlıyor.[32] Amerikalı tüketicilerin cebinden çıkan bu para, kalorisi yüksek, besin değeri ise düşük bir mahsul üreten (rafine şekerde başka hiçbir besin maddesi yer almaz) dev şirketlere aktarılıyor. Devasa miktarlarda tüketilen bu ürün, tüm dünyanın sağlığını tehlikeye atıyor. Bu arada, şekerle yüklü gıdalar da büyük bir açgözlülükle pazarlanıyor.[33]

Günümüz pazarlama stratejilerinin amacı, "beşikten mezara marka sadakati" olarak özetlenebilir. Bunu da başarmaya yakın gibiler. Daha yeni yürümeye başlayan bebekler bile marka tercihinde bulunurken, iki yaşın altındaki Amerikalı çocukların yüzde 60'ı televizyon izliyor. İnanması güç ama, bu çocukların yüzde 26'sı evde ayrı televizyona sahip![34] Schor'a göre, çocuklar anne babalarından bir yılda ortalama 3.000'den fazla ürün istiyorlar.[35] Aslan payını alansa, insanların içine düştüğü şeker, yağ ve tuz çılgınlığından faydalanmanın yolunu bulan gıda markaları oluyor; zira çocukların en önemli harcama alanını (toplamın üçte biri) şekerlemeler, gevrekler ve içecekler oluşturmakta.[36] Amerikalı çocukların aldığı toplam kalorinin yüzde 25'inden fazlası gevreklerden,[37] yüzde 50'si de yiyeceklerine eklenen şekerler ve yağlardan geliyor.[38] Çocuklar ve gençlerde karşılaşılan şeker hastalığından daha kötü boyutları da var işin ne yazık ki: ABD'de 2000 yılında doğan bebeklerin, şeker hastalığına yakalanması beklenen üçte birlik bölümüne ek olarak, yüzde 6'lık bir dilim karaciğer yağlanması yaşarken,[39] yüzde 25'lik kesim de yüksek tansiyon gibi kalp hastalığına yol açabilecek risk faktörlerini taşıyor.[40]

Özel sektörün, okullara yeterli kaynak ayrılmamasından da faydalanarak, günümüz gençliğinin kolayca etki altına alınabilen zihinlerini ele geçirmek için geliştirdiği pazarlama stratejileri saymakla bitmez. McDonalds ve diğer fast food zincirleri, Çinli çocukların emeği ile üretilmiş oyuncak

32 *The New Internationalist,* No. 363, Aralık, 2003, s. 23.

33 Şeker plantasyonlarında çalışan işçilerin sağlık durumları da ayrıca incelenmeli. Bugün, Dominik Cumhuriyeti'nde Amerikalı şirketlere ait şeker plantasyonlarında yaklaşık 650.000 işçi çalışıyor. 2004 yılında bu işçilerin kızgın güneşin altında on iki saat şeker kamışı kesme karşılığında aldıkları ortalama ücret yalnızca 2 dolardı. Bkz. Brian McKenna'nın belgesel filmi *Big Sugar* (2005), yapımcı Galafilm.

34 S. Linn, *Consuming Kids: Protecting Our Children from the Onslaught of Marketing and Advertising*, New York: New Press, 2004, s. 49.

35 J. Schor, *Born to Buy*, s. 20.

36 Aynı eser, s. 23.

37 Popkin, *The World is Fat,* s. 33.

38 Gardner ve Halweil, "Overfed and underfed", s. 15. Ayrıca bkz. M. Nestle, *Food Politics*, Berkeley: University of California Press, 2002, s.175.

39 Karaciğer yağlanmasının, siroza, karaciğer kanserine ve karaciğer yetmezliğine neden olabildiği bilinmektedir. A. Johnson, "Liver disease plagues obese adolescents", *Associated Press*, 9 Kasım 2008, http://abcnews.go.com adresinde mevcuttur.

40 Center for Science in the Public Interest, "Obesity on the kids' menus at top chains", 4 Ağustos 2008, http://www.cspinet.org/new/index.html adresinde mevcuttur.

setleri hazırlayarak, seti bir an önce tamamlamak için tekrar tekrar satış noktalarına koşmalarını sağlamak üzere Amerikalı çocukları kandırıyor.[41] Dünyanın bir bölümündeki açlık ve çocuk emeği sömürüsü, diğer bölümdeki çocuklara sunulan "zehirli gıda ortamını" besliyor. Alkolsüz içecek şirketleri, mütevazı para yardımları karşılığında, eğitim kurumlarında sadece kendi markalarının satılması hakkını elde edebiliyor. Abur cuburların da benzer yöntemlerle okul kafeteryalarına girdiğine şahit oluyoruz. ABD'de bazı okullar, Kanal 1 aracılığıyla öğrencilerine on dakika haber ve on dakika da reklam izletmeleri karşılığında ücretsiz televizyonlara kavuşuyor.[42] Ülkenin sağlık harcamalarında ortaya çıkan muazzam artışı tersine çevirmek için sürekli sözler veriledursun, bu reklamların çok büyük bölümünü abur cubur ürünlerin oluşturduğu bir ortamda, mevcut tabloya bir son verilmediği takdirde sağlık harcamalarının daha da büyümesini beklemek yanlış olmayacaktır.[43]

KAPİTALİZMİN AÇLIĞI

Bu çürümüşlüğe işaret edercesine, obeziteyi yaratan aynı kapitalist gıda sistemi, bir yandan da açlığı üretiyor. Kuşkusuz, açlığın doğrudan yol açtığı acılar, obeziteye kıyasla çok daha ciddi. Dünyada açlık çeken insan sayısının 2015 yılı sonuna dek 800 milyondan (2000 yılı rakamları) 400 milyona indirilmesi, BM'nin Milenyum Kalkınma Hedefleri'nden biri. Ne var ki, hedefin açıklandığı günden sonra, bu konuda iyileşme sağlamak bir yana, açlığın pençesine düşenlerin sayısı daha da *artarak* bir milyarı aştı.

"Obezite salgını" terimine bu kadar rağbet edilirken, "açlık salgını"ndan söz edilmeyişinin sebebi ne olabilir? Nedenlerden biri, kapitalistlerin dikkatleri açlığa çekmek istememeleridir. Öyle ya; açlığın bu boyutlardaki varlığı, "her tencere kaynayacak" iddiasıyla taban tabana çelişmekte. İkincisi, insan eliyle tasarlanmış kurumlarca üretildiği son derece ortada olan açlığı, önüne "salgın" sözcüğünü eklediğinizde bile, tedavi edilecek bir hastalık gibi sunamazsınız. Oysa "obezite salgını" öyle mi? Üçüncü bir neden, kapitalist aklın kârı en üst noktaya çıkarmayı emretmesi ve "açlık sektörü"nün de kâr edilecek bir alan olmamasıdır. Dördüncüsü, küresel katliam olarak tanımlaya-

41 McDonalds, örneğin, her yıl 1,5 milyar adetten fazla oyuncak satıyor ya da hediye ediyor. Bu oyuncakların büyük kısmı Çin'de, sıklıkla da saatlik ücreti 20 sentin altında olan çocuklar tarafından imal ediliyor. Bkz. E. Schlosser ve C. Wilson, *Chew On This: Everything You Don't Know About Fast Food*, Boston: Houghton Mifflin, 2006, s. 59.

42 K. Brownell ve K. Horgen, *Food Fight: The Inside Story of the Food Industry, America's Obesity Crisis, and What You can Do About It*, New York: McGraw-Hill, 2004, s. 86-8.

43 J. Califano, *High Society: How Substance Abuse Ravages America and What to do about it,* New York: Public Affairs, 2007, s. 80.

bileceğimiz açlık, adalet ve ahlak pencerelerinden bakıldığında, tamamıyla önlenebilir niteliktedir; hiçbir gerekçe ile açıklanamaz.

Kapitalist sistemin savunucuları, açlık sorununun daima var olduğunu ve yerçekiminin varlığını nasıl kabul ediyorsak, bunu da öylece kabullenmemiz gerektiğini söyleyebilirler. Dünyadaki herkes için yeterli gıdayı sağlayabilecek bilgi birikimi ve teknolojiye sahibiz oysa. Bunu başaramıyor oluşumuz, temelleri adaletsizlikle örülmüş bölüşüm kurumlarından kaynaklanmaktadır. Halkın ortaya koyduğu olumlu niyetler ise, açlığın temelini oluşturan kapitalist kurumları değiştiremeden bir duvara çarpıp geri çevriliyor çoğu kez. Açlık, temelde yoksullukla bağlantılı bir sorundur ve kapitalizm, sömürgecilik, emperyalizm, ırkçılık ve ataerkillik tarafından yaratılan bir yoksulluktur bu.

Tarım, yüzde 96'sı az gelişmiş ülkelerde yaşayan 2,5 milyar insan için ana gelir kaynağı olmaya devam ediyor. 1970'lerin sonlarında, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu, kapitalizmin ürettiği "borç krizi"ne yanıt olarak yeni yapısal düzenleme politikaları geliştirdi. Az gelişmiş ülkelere yönelik istilayı görülmemiş boyutlara taşıyan bu politikalarla, açılacak yeni kredilerde ve kredi geri ödemelerinde öne sürülecek şartlar belirleniyordu. Bu ülkelerin bir çoğu, borçlarını kapatabilmek için ihracata dönük ürünlere yönelmeye zorlandılar. Çok sayıda tropik ülkenin çay, kahve, tütün, şeker, çiçek, yerfıstığı, pamuk ve kakao gibi ihraç ürünlerine yönelmesi sonucunda piyasanın doymasıyla birlikte fiyatlar da düşecekti. 80'in üzerinde az gelişmiş ülkede tarımın en önemli sektör olduğu düşünüldüğünde, sonucun ne denli büyük bir yıkıma yol açacağını tahmin etmek güç değildi aslında. Peter Robbins, konuya şöyle yaklaşıyor: "Tropik ürünlerde fiyatların dibe vurması, kitlelerin yoksulluktan kurtarılması çabasına indirilmiş en ağır darbe olacaktı. Esrarengiz ama, bu sorun dünya genelinde ana akım medyanın ilgisini neredeyse hiç çekmedi."[44] Örneğin, 2002'de kahve fiyatları, 1980'deki düzeyin yüzde 14 altındaydı. Aynı dönemde kakaoda yüzde 19, pamukta ise yüzde 21 düşüş kaydedildi. Sınıfsal konumu belli bir medyanın bu durumu görmezden gelmesi gerçekten esrarengiz mi?

Daha kötüsü de var: Kahve fiyatları yükseldiğinde, çiftçilerin daha fazla para kazanacağını düşünüyorsanız yanılıyorsunuz. Kavrulmuş kahve pazarının yüzde 49'unu kontrol eden Kraft ve Nestlé şirketleri, az sayıdaki başka ithalatçı ve işlemeci ile birlikte, kahve satışından elde edilen toplam gelirin yüzde 78'inin sahibi konumunda.[45] Ne zaman kahve fiyatları yükselse, tarih bize daha fazla kazanç elde edenin çiftçiler değil, büyük şirketler olduğunu söylüyor. Çiftçilerin eline geçen para, bu durumlarda ancak pek az artıyor. Oysa fi-

44 P. Robbins, *Stolen Fruit*, Halifax: Fernwood, 2003, s. 3.

45 World Vision (2006), "Slave to coffee and chocolate", http://www.worldvision.com.au adresinde mevcuttur.

yat düşüşlerinde, tüketiciye herhangi bir indirim yansıtılmazken, aradaki fark büyük şirketlerin cebine giriyor.[46]

Az gelişmiş ülkelerin, ABD'de veya Avrupa'da çok yüksek miktarda devlet desteğiyle üretilen mahsulle rekabet etmeleri mümkün değil. Kanada, Meksika ve ABD arasında düzenlenmiş olan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (NAFTA), yapısal düzenleme politikaları yoluyla "yeşil devrim"in dünyanın diğer yerlerinde yarattığına benzer bir etkiye Meksika'da neden oldu. Anlaşmanın ilk on yıllık döneminde, mısır başta gelmek üzere, devlet desteğiyle üretilen Amerikan mahsulünün ülkeyi istila etmesiyle, 1,7 milyon Meksikalı tarımsal üretimden kopartıldı.[47] Amerikalı mısır üreticileri, gelirlerinin yarısını doğrudan devlet desteklerinden sağladığı için, mahsullerini uluslararası piyasada üretim maliyetinin altında satma olanağına sahipler. Örneğin, 2002'de ABD'de bir *bushel* [25,4 kg] mısır üretmenin maliyeti 2,66 dolar iken, uluslararası piyasada ürün 1,74 dolardan pazarlanıyordu.[48] Ucuz Amerikan mısırının Meksika pazarını istilasıyla işinden olan sayısız çiftçi, sınırın öte yanına, ABD'ye geçmek zorunda kalacaktı. NAFTA yürürlüğe girmeden önce, ABD'deki 900.000 göçmen tarım işçisinin sadece yüzde 7'si kaçakken, on yıl sonra ülkedeki göçmen tarım işçilerinin sayısı 2 milyona varacak ve bunların yüzde 50'si kaçak olarak çalışacaktı.[49]

Çiftçilerin içine düştüğü durum, az gelişmiş ülkelerle sınırlı da değil. 1990 itibarıyla, ABD'deki çiftçi ailelerin yüzde 20'si yoksulluk sınırının altında bir gelire sahipti.[50] Her yıl sayısı 20.000'e varan ailenin çiftçiliği bırakmasıyla, düşük gelirli ailelerin pek çoğu artık başka sektörlerde çalışıyor.[51] Iowa'da çiftçilerin ortalama yaşının neden 60'a gelip dayandığını ve ABD'li çiftçiler arasında en yaygın ölüm sebebinin neden intihar olduğunu açıklamaya yeter bu saydıklarımız. Amerikalı çiftçilerin intihara yönelme sıklığı, dünya ortalamalarının üç kat üzerine çıkıyor.[52]

Açlık çeken çocuk sayısındaki artış, gelecekte dünyanın sağlık durumunun pek de iyi olmayacağına delalet. Aç insanların yüzde 18'inden fazlasını beş yaşından küçük çocuklar oluşturuyor ve bu grubun önemli sayıda üyesi beş yaşını göremiyor zaten. Durum, hayatta kalabilenler için de pek iç açıcı

46 J. M. Talbot, *Grounds for Agreement*, New York: Rowman & Littlefield, 2004, s. 115.

47 P. Rosset, *Food is Different: Why We Must Get the WTO out of Agriculture,* Halifax: Fernwood, 2006, s. 62.

48 Patel, *Stuffed and Starved*, s. 74.

49 C. Ahn, M. Moore ve N. Parker, "Migrant farmworkers: America's new plantation workers", *Backgrounder*, Food First, 10(2), http://www.foodfirst.org adresinde mevcuttur.

50 T. Weis, *The Global Food Economy: The Battle for the Future of Farming*, Halifax: Fernwood, 2007, s. 83.

51 P. Rosset, *Food is Different*, s. 49.

52 *The New Internationalist*, 2003, Sayı 353, s. 10.

sayılmaz: Az gelişmiş ülkelerdeki tüm çocukların yüzde 31'i, fiziksel ve/veya zihinsel gelişim bozukluğundan muzdarip.[53] Mevcut gidişatın bize söylediği o ki, çok uzak olmayan bir gelecekte, dünya üzerinde bir milyar insan, yetersiz beslenmeye bağlı zihinsel gelişim bozukluğunun kurbanı olacak.[54] GTÖ'ye göre, her yıl sayısı 12 milyona varan beş yaş altı çocuk ölümlerinin yarıdan fazlasında beslenme yetersizliğinin payı var.[55] Az gelişmiş ülkelerde, erkeklerin yüzde 25'i, kadınlarınsa yüzde 45'i kansızlıkla boğuşuyor. Bu arada, her gün 300 kadının doğum esnasında öldüğü sanılıyor.[56] Kadınları olumsuz konuma iten cinsiyet ilişkilerinin, dünya çapındaki yoksulluğun sürüp gitmesinde çok büyük rol oynadığı açık. Dünyanın pençesine düştüğü yoksulluğun derinlemesine incelenebilmesi için, toplumsal cinsiyet konusunun mümkün olabildiğince açık biçimde masaya yatırılması zorunlu.

BM tahminlerine göre, günlük geliri 1 doların altında olan insanların sayısı 1,2 milyarı buluyor. Buna ek olarak, 2,8 milyar kişi, yani dünya nüfusunun yüzde 40'ı da 2 dolar sınırının altında kalıyor.[57] 2008'in ilk yarısında olduğu gibi, gıda fiyatlarında ani yükselişler ortaya çıktığında, gelirlerinin yüzde 90'ını gıdaya harcayan bu 2,8 milyar kişinin hayatta kalma mücadelesinde tehlike çanları çalmaya başlıyor. Derinleşen küresel durgunlukla birlikte tüm emtianın ve bu arada gıda maddelerinin fiyatı aşağı indiyse de, gıda ürünleri bugün 2006'ya kıyasla yüzde 28 daha pahalı.[58] Belki kısa vadede fiyatlar dalgalı bir seyir izleyecek; ama köklü değişikliklere gidilmezse, uzun vadede gıda fiyatlarının fırlaması için pek çok neden var:

- Gıda maddelerinin yetiştirilebileceği verimli topraklar, tütün, biyoyakıtlar, uyuşturucu hammaddesi, kağıt hamuru üretimine yönelik kereste gibi gıda harici mahsullerin üretiminde kullanılıyor.
- Verimli topraklar, kentsel yayılmanın, golf sahalarının, karayollarının, otoparkların ve dev alışveriş merkezlerinin işgali altına giriyor.
- Endüstriyel tarım yöntemleri, toprağın yapısını bozuyor.
- Küresel ısınmanın, yüksek sıcaklıklar ve aşırı hava koşulları nedeniyle rekolteleri düşürmesi bekleniyor.[59]

---

53 P. Pinstrup-Andersen ve F. Cheng, "Still hungry", *Scientific American*, 297(3), Eylül 2007, s. 96-8.

54 T. Lang ve M. Heasman, *Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds, and Markets*, Londra: Earthscan, 2004, s. 61.

55 Pinstrup-Andersen ve Cheng, "Still hungry" içinde yer verilmiştir, s. 101.

56 Aynı eser, s. 98.

57 GTÖ, *The State of Food Insecurity in the World 2006*, Roma: GTÖ, 2006, s. 32.

58 J. Berger & J. Jowitt, "Nearly a billion people worldwide are starving, UN agency warns", *The Guardian*, 10 Aralık, 2008, s. 1.

59 E. deCarbonnel, "Catastrophic fall in 2009 global economy food production", http://www.marketskeptics.com adresinde mevcuttur. Ayrıca bkz. T. Engelhardt, "What does economic 'recovery' mean on an extreme weather planet?", 18 Şubat 2009, http://www.countercurrents.org adresinde mevcuttur.

- Et ağırlıklı beslenmenin dünyaya yayılması, insanlara sunulabilecek tahılların hayvan yemine dönüştürülmesine neden oluyor.
- Gıda arzı üzerindeki tüm bu olumsuz etmenlerin farkında olan spekülatörler için, vadeli emtia işlemleri piyasasında temel tahılların fiyatını yukarı çekme olanağı doğuyor.

Gıda fiyatlarındaki artışta ve dünya nüfusunun neredeyse yarısı için giderek acımasızlaşan açlıkta, tüm bu nedenler kısmen pay sahibi. Fiyat yükselişlerinin semeresini, gıdayı üreten yoksul çiftçilerin görmesi pek olası değil. Uluslararası ticareti ve süreci denetim altında tutan çokuluslu şirketlerin işin kaymağını yemesi çok daha mümkün görünüyor.

KAPİTALİST AKILCILIĞIN AKIL DIŞI TUTUMU

İnsanın tüm gelişiminin temelini oluşturan gıdayı, zengin hissedarlardan oluşan bir seçkinler grubunu daha da zenginleştirmek için kâr peşinde koşan dev şirketlerin insafına terk etmekten daha akılsızca bir şey düşünülebilir mi? Mevcut şirketler hukukuna göre, sermayenin durmaksızın kârı en üst düzeye çıkarmaya çalışması bir zorunluluk. Bunun topluma ve çevreye maliyetinden kime ne? Köktenci piyasacılık ideolojisinin bilincimizi kör eden perdesini kaldırdığımızda, kapitalist sistemin ne büyük saçmalıklar üzerine kurulu olduğu açıkça ortaya çıkıyor. Kapitalizmin iki temel kurumu olan şirketler ve piyasalar, çevre ve enerji krizlerinin de ekonomik krizle birleştiği bir ortamda karşımıza çıkan (ve gelecekte daha da büyüyecek olan) buhranlara akılcı yanıtlar getirme olanağına sahip değil. Kararlarıyla dünyadaki herkesi etkileyen dev şirketler, temel olarak sadece küçük bir hissedarlar grubu karşısında, o da yalnızca kârı en yüksek düzeye çıkarma konusunda sorumluluk duyuyor. Kuramsal olarak toplumsal ihtiyaçları karşılayacağı varsayılan piyasa, pratikte şirketlerin görmezden gelebildiği ve vergi mükelleflerinin ya da gelecek nesillerin sırtına yükleyebildiği, giderek büyüyen toplumsal maliyetler yaratıyor.

Hindistan'da Coca-Cola'ya ait dolum tesisleri, tarımsal sulama için çiftçilerin ölesiye muhtaç olduğu yeraltı sularını tüketiyor.[60] Muz şirketleri, üçüncü dünya işçilerini son derece zehirli tarım ilaçlarına bile isteye maruz bırakıyor: Herhangi bir tıbbi faturayla karşılaşmayacaklarından eminler ve hastalanan ya da ölen işçilerin yerini alabilecek yoksul işsiz ordusu dışarıda bekliyor ne de olsa.[61] Et paketleme şirketleri, kaçak işçilerin savunmasızlığını, düşük üc-

60 'Coco-Cola'nın sorumluluk üstlenmesini sağlama kampanyası", *India Resource Center*, http://www.indiaresource.org/campaigns/coke adresine mevcuttur.

61 N. Berube, "Chiquita's children", *In These Times*, Mayıs 2005.

retler ödeyerek ve üretim hatlarını, iş kazalarının sıradanlaşmasına neden olacak ölçüde hızlandırarak, sonuna kadar sömürüyor.[62] Şeker şirketleri, bebek mamalarında izin verilen şeker içeriğinin yüzde 30'dan yüzde 10'a düşürülmesi tasarısına nasıl da karşı çıkıyor.[63] Devasa besi tesisleri (Kapalı Hayvan Besleme Tesisleri), toprağı, havayı ve suyu rahatsız edici kokular ve zehirli maddelerle kirletiyor.[64] Amerika'nın ürettiği mısırın hayli büyük bir bölümü (güncel tahminlere göre, yakın gelecekte yüzde 50'ye varacak şekilde), devletten büyük destekler alan ve böylece yüksek kârlara ulaşan etanol üreticileri tarafından satın alınıyor ve sonuçta, yoksullar açlıkla pençeleşirken, gıda fiyatları yükseliyor.[65] Fildişi Sahilleri'nde kakao üreticileri, ürünleri karşılığında o kadar düşük bir ücret alıyorlar ki, bazıları ayakta kalabilmek için çocuk köleliğine dönmek zorunda kalıyor.[66]

Saydığımız örneklerin hepsini, yanı başımızda çarklarını döndüren kapitalist gıda sisteminin içinden aldık. Vurgulanması gereken şu ki, söz konusu olumsuzlukların tamamı, kârı yükseltme açısından bakıldığında kusursuz bir akılcılık taşıyor. Ancak bu, kapitalist "akılcılığın" gerçekte son derece akıl dışı olduğunun ispatından başka birşey değildir. Uzun vadeli demokratik planlama yoluyla, yerel seviyeden başlayıp dünyaya yayılacak şekilde köklü değişikliklerin getirilmesine yönelik acil ihtiyaç orta yerde duruyor. Günümüz küresel kapitalist gıda sistemi, bir yanda açlığa neden olurken, öbür yanda obeziteyi körükleyebiliyor; aynı zamanda da dünyanın bizi barındırma kapasitesini düşürüyor. Tam da bu nedenle, insanlığın beslenme ihtiyacını karşılamak ve herkesin gıdaya erişim olanağı bulmasını sağlamak, aynı zamanda da çevreyi sonraki nesillere daha iyi bir durumda bırakabilmek için, gıda zincirinin her halkasında, demokratik biçimde planlanmış yeni bir sistemi mevcut sistemin yerine geçirmek için mücadele etmek zorundayız.

---

62 Bu durum, Amerikan et paketleme sektörünü tamamı için geçerli. Bkz. S. Striffler, *Chicken, The Dangerous Transformation of America's Favourite Food*, New Haven: Yale University Press, 2005, s. 8; S. Parker, "Finger-lickin bad", 21 Şubat 2006, http://www.grist.org adresinde mevcuttur; Schlosser, *Fast Food Nation*, s. 174.

63 Lawrence, "Sugar rush".

64 Kapalı hayvan besleme tesislerinden tiksindirici bir koku yayılırken, bu tesislerin yakınında bulunan okullarda astım vakalarına daha sık rastlandığı görülüyor. S. Cox, *Sick Planet: Corporate Food and Medicine*, Londra: Pluto Press, 2009, s. 71. Bir çalışmanın sonuçlarına göre, endüstriyel domuz çiftliklerinde çalışan işçilerin yüzde 25'i, uzun vadede akciğerlerde hasara yol açabilen solunum sorunları yaşıyor. Bkz. T. Pawlick, *The End of Food*, Toronto: Greystone, 2006, s. 132.

65 L. Brown, "Distillery demand for grain to fuel cars vastly understated: world may be facing highest grain prices in history", *Earth Policy Institute*, Çalışma No. 5, Ocak 2007, http://www.earthpolicy.org adresinde mevcuttur.

66 C. Off, *Bitter Chocolate*, Toronto: Random House, 2006. [*Acı Çikolata*, çev. Gülgün Ogan Patterson, 2008, İletişim Yayınları]

Televizyondaki Tıp: Pembe Dizi Olarak Sağlık Hizmetleri

Lesley Henderson

"Tıp bir dramadır, hekimler birer insan,
hastalarsa sıkıntılı ya da sıkıntının ta kendisi".[1]

Tıp draması, günümüz televizyonunda özel bir yere sahip. Bu çerçevede yaratılan tarz, bir yandan sayısız ödüller alırken (televizyon tarihinde ödüle en fazla aday gösterilen dizi konumundaki *ER*, Emmy ödüllerine 122 kez aday oldu ve 22 kez de mutlu sona ulaştı), bir yandan da televizyon estetiğinde çığır açıyor (hastane yaşamında var olduğu öne sürülen müthiş telaşı göstermek isteyen *St Elsewhere*, bir yere yetişmek için yürürken yapılan ayaküstü toplantı çekimlerini yaygınlaştırdı örneğin). Bu yapım türü, ekonomik bakımdan da önemli: Tıp dramaları, reklamcılar için "bulunmaz nimet" niteliğindeki 18-49 yaş aralığından büyük kitleleri televizyonun başına çekmeyi her defasında başarıyor. İzleyiciye yüklü bir dram sunan bu programlar, yetinmeyip, sağlık ve hastalıkla ilgili önemli mesajlar iletiyor ve haberlerde, belgesellerde dahi yer bulamayan siyasi konulara sıklıkla vurgu yapıyor. *ER* dizisi, Amerikan medyasında pek ilgi görmeyen Darfur'daki insanlık felaketini, bir mülteci kampında görev yaparken hastalarını Janjavid milislerinden korumaya çalışan Dr. John Carter ve Dr. Gregory Pratt karakterleri aracılığıyla aktardı izleyicilerine (12. bölüm, 2006). Bu amaçla kurgulanmış sahneler dünyanın dört bir yanında kitlelerle buluşturulurken, dizinin eski bölümlerinde Dr. Doug Ross karakterini canlandıran George Clooney de ABD'nin Darfur'a müdahale etmesi için destek toplamak üzere mitinglerde konuşuyor, böylece drama ile gerçek dünyayı birbirinden ayıran çizgiyi biraz

1 *Chicago Hope* ve *ER* dizileri hakkındaki doyurucu bir çalışmadan alınmıştır. Bkz. Gregory Makoul ve Limor Peer, "Dissecting the doctor shows: a content analysis of *ER* and *Chicago Hope*", Lester D. Friedman (der.), *Cultural Sutures: Medicine and Media* içerisinde, Londra: Duke University Press, 2004, s. 258.

daha bulanıklaştırıyordu.[2] Günümüzde *House MD* gibi diziler, takipçileri ve tıp meslek erbabı tarafından en ince ayrıntısına kadar didikleniyor ve internet sitelerinde, dizideki uygulamaların inandırıcılığı, gerçekçiliği konusunda sonu gelmez tahlillere girişiliyor.[3]

Tıp draması, içinde bulunduğumuz sosyokültürel ve ekonomik ortamı yansıtmakla kalmayan, televizyon yayıncılığındaki değişimleri de ortaya seren ticari yapımlar olarak karşımıza çıkıyor. Tıp dramaları neden önemli? Polisiye dizileri ve arkası yarınlar gibi diğer kurgu türleriyle arasında nasıl bir bağ var? Tıp dramalarında verilen ve vermekten kaçınılan mesajlar hangileri? Halkın sağlık hizmetlerine bakışı üzerinde bu yapımlar nasıl bir etki yaratıyor?

Son yıllarda kitle iletişim araçlarının sağlıkla çok daha fazla haşır neşir olmaya başladığından neredeyse eminiz: Yazılı basında ve televizyonda, tıpla ilgili öykülere görülmedik ölçüde sık rastlıyoruz. Sağlık sektöründeki aktörlerin, halkın gözündeki imajlarını iyileştirme çabalarına hız vermiş olmasının bunda kısmen rol oynadığını söyleyebiliriz. Çok kanallı, çok boyutlu bir platformda, sağlığa ve hastalığa dair konuların yayınlanması için daha fazla alana sahip olduğumuz da ortada. Tüm yayın akışını bizim sağlığımıza vakfeden kanallar var! Tıbbi bilgiye ve ünlülerin büyük kısmı sağlıkla ilgili olan dedikodularına derhal ulaşmamıza olanak tanıyan sayısız internet sitesini unutmayalım. Özel yaşam alanlarını ve fiziksel "dönüşümü" konu edinen gösteri programları gibi yeni yeni filizlenen televizyonculuk tarzları, kitlelere insanların kişisel yaşamlarını gözetleme imkânı sunuyor ve röntgencilik hakkında yeni tartışmaların kıvılcımını çakıyor.[4] Bu arada, medyanın genelinde varlığı giderek daha fazla hissedilir hale gelen bir "arkası yarınlaşma" eğilimi boy veriyor ve belgesellerde bile, pembe dizilerden alınan popüler tekniklere başvuruluyor. Televizyon yayın akışlarını istila eden tıp ve polisiye dizileri her ne kadar drama-dizi türü içinde sayılıyorsa da (kuramsal olarak, her bölümün ayrı bir serüven şeklinde çekilmesi gerekiyor bu sınıflandırma için), arkası yarınların alametifarikası niteliğindeki pek çok şeye artık bu yapımlarda da rastlamak mümkün: iç içe geçen sayısız olay örgüsü, hiç değişmeyen bir

2 Programın yapımcılarının, bu sahnelerin çekimine 7 milyon dolar gibi hatırı sayılır bir tutar ayırdıkları belirtiliyor. İlgili bölümün yayınlanmasından önceki beş aylık dönemde, ABD'deki üç önemli akşam haber bülteninde bu konuya pek az ilgi gösterildiğini ve toplamda yalnızca 10 dakika ayrıldığını söylemeden geçmeyelim. Konu hakkında daha ayrıntılı bir inceleme için bkz. Lesley Henderson, *Social Issues in Television Fiction,* Manchester: Edinburgh University Press, 2007, Bölüm 1.

3 Her bölümde, tıbbi gizem, nihai tanı, uygulanan ilaç ve dizinin kendisi gibi farklı öğeler hakkında ayrı ayrı değerlendirme ve puanlama yapılıyor: http://www.politedissent.com/archives/2077.

4 *Big Brother* yarışmacılarından Jade Goody'nin, İngiliz televizyon kanalı *Living Television*'da sonradan yaptığı programlar örnek gösterilebilir. Programlar devam ederken kendisi için rahim ağzı kanseri tanısı koyulduğu halde, kanal Goody'nin hayatını çekmeye devam etti; ta ki 2009 Mart ayında, 27 yaşında ölmeden kısa süre öncesine kadar.

çekirdek oyuncu kadrosu ve heyecanlı düğümlerle noktalanan bölüm sonları. Amerikan televizyon dizilerinin hemen tümü artık birer arkası yarına dönüşmüş durumda; "Çünkü olay örgüleri, sayısız serüveni içerir biçimde genişletiliyor ve sezondan sezona yavaş yavaş ifşa edilen uzun öyküler yaratılıyor."[5]

Polisiye ve tıp dramalarının televizyondaki hâkimiyeti, bu görece düşük maliyetli ve tekdüze yapım türünün, daha iddialı, "kaliteli" dramaların yerini bütünüyle işgal edeceğine dair kaygılar doğuruyor bir yandan da. Gerçekten de, izleyici kapma rekabetindeki sertleşmenin ve kanalların pıtrak gibi türemesinin olumsuz bir sonucu olarak görülüyor medyadaki genel "arkası yarınlaşma". Senaryosuz gerçek yaşam kesitlerini içerdiği varsayılan "reality show" türü programların yakaladığı yükseliş, belgesel programlara ayrılan kaynaklardaki düşüş ve haber medyasında var olduğu söylenegelen "kadınsılaşma" eğilimi (daha basit, insanların ilgisini çekecek, yoruma dayalı öykülere yönelme), televizyon yayıncılığının bir krizden geçtiği ve söyleyecek sözü olan programların da izlenme oranları nedeniyle feda edildiği hissini veriyor. Haber medyasında toplumsaldan bireysele doğru bir kayma yaşanırken (uzmanlığın yerini "saf deneyimlere dair ifadeler" alırken), eşzamanlı olarak, televizyon dramalarında da kurgu ile gerçeklik arasındaki sınır bulanıklaşıyor.[6]

Televizyonun en çok izlendiği saatlerde ekrana gelen "eğlence amaçlı" programlarda sürekli "ağır" konuların işlenmesi, televizyon dramasının kültürel rolü hakkında bir dolu tartışmanın fitilini ateşliyor. Ancak, her ne olursa olsun, bu türün ve izleyici kitlesine ulaşma konusunda sunduğu olanakların tıp derneklerine, lobi gruplarına, hatta iktidarlara oldukça çekici geldiği bir gerçek. Hepsi de, politikalarına dair mesajların aktarılmasında televizyon dramalarını elverişli bir mecra olarak görüyor.

İmaj inşa etme çabasının ürünü olan halka ilişkiler faaliyetlerinde, özellikle de hastalık ve sağlık alanlarına yönelik çalışmalarda yaşanan genel patlama, sahnelerin arka planlarında posterlerinin ve broşürlerinin görünmesini isteyen dernekler arasında ciddi bir rekabete yol açmakta. Dizi sahnelerinde bu posterlerin, broşürlerin veya logolu kahve fincanlarının görünmesi, söz konusu derneklerin daha fazla ilgi çekmesini sağlamakla kalmıyor, hastane veya klinik çekimlerine gerçekçilik de katıyor. Karakterlerin evlerindeki eşyalar, lavabolardaki bulaşıklar, şöminenin üzerindeki fotoğraflar gibi, bu ayrıntılar da görsel simge işlevi görüyor.[7] Öyküler için seçilen konular da, getir-

5 Jostein Gripsrud,bu konuya *Understanding Media Culture*, LondraArnold, 2002, s. 301'de değiniyor.

6 Graham Murdock, "Rights and representations: public discourse and cultural citizenship", J. Gripsrud (der.), *Television and Common Knowledge* içerisinde, Londra: Routledge, 1999, s. 14.

7 Christine Geraghty, *Women and Soap Opera: A Study of Prime Time Soaps*, Cambridge: Polity Press, 1991, s. 38.

diği yenilikler nedeniyle ödüllendiriliyor: Britanya'da, Kanal 4'ün *Brookside* adlı dizisi, meme emen bir bebeği göstererek emzirmeyi olumlu bir havada resmettiği için (Britanya televizyonlarında son derece sıra dışı bir durum olduğunu belirtelim), Ulusal Doğum Vakfı'nın ilk kez verdiği "bebeklerle dost program" ödülüne layık görüldü.[8] 2002'de de *EastEnders* dizisi, çocukluğunda yaşadığı cinsel istismarın ardından intihara niyetlenen Kat Slater karakterini duyarlı bir şekilde betimlediği için bir Akıl Sağlığı Ödülü alacaktı.[9]

Ancak, diziler aracılığıyla imaj inşa etmeye çalışanlar, bir yandan da dizilerde anlatılacak öyküleri denetimleri altına alma çabasına giriştiklerinde, kuşkulu bir ilişki çıkıyor ortaya. Yapım ekipleri, yazdıkları öykülerin halkta yarattığı iddia edilen olumsuz etkiler nedeniyle sıklıkla eleştiriliyor. Ölümcül derecede hasta bir kadın, doktorunun dindirmekte başarısız olduğu acılarına son vermeleri yolunda ailesine yalvarırken gösterildiği için yergi konusu olmuştu *Brookside* dizisi. Kanser Araştırmaları Kampanyası'nın genel direktörü ve Britanya Tıp Birliği, kanser hastalarına bakan kişilerin sokaklarda uyuşturucu bulmaya mecbur kalışının izletilmesini olumsuz karşılıyordu. Belli politikaların desteklenmesi yönünde tıp örgütlerinden, derneklerden, lobi kuruluşlarından ve hatta hükümetlerden gelen isteklere direnmek de yapımcıların işlerinden biri haline gelmiş gibi. *Coronation Street* dizisinin eski baş yapımcısı David Liddiment, "Şirketlerin istekleri, dizi filmler ve siyasetçiler bir araya geldiğinde oluşan sersemletici kokteylle karşılaşıldığında, en iyisi uzak durmaktır." diyerek yorumluyordu durumu.[10]

Bununla birlikte, toplumsal mesaj içeren dramalar televizyon kültüründe o denli benzersiz bir konuma erişti ki, kurgunun kendisi bile somut toplumsal sonuçlar doğuracak olgulara dönüşebiliyor.[11] Birleşik Krallık'ta, *Cathy Come Home* (1966) dizisi, halkın dikkatini evsizlerin içinde bulunduğu berbat duruma çekmeyi başarmıştı örneğin. ABD'de, *As Good As It Gets* (1997) [Benden Bu Kadar] adlı sinema filminde Helen Hunt tarafından canlandırılan karakter bir HMO'ya[12] zehir zemberek laflar ettiğinde, izleyiciler arasında

8 Bkz. Lesley Henderson, Jenny Kitzinger ve Josephine Green, "Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle and breast feeding", *BMJ (British Medical Journal)*, 321(7270), 2000, s. 1196-8.

9 Bkz. Henderson, *Social Issues in Television Fiction*, Bölüm 3 'family secrets'.

10 David Liddiment, "Why street cred matters", *Guardian*, 19 Eylül, 2005, s. 1.

11 John Tulloch, *Television Drama: Agency, Audience and Myth*, Londra: Routledge, 1990, s. 124.

12 Amerikan sağlık sisteminin bir parçasını oluşturan HMO'lar, temelde prim ödemesine dayanan, ancak katkı payları gibi ilave ücretlerin de ödendiği bir sağlık sigorta sistemi olarak tanımlanabilir. Ülkede HMO olarak hizmet veren kamu kuruluşları ve özel şirketler bulunmaktadır. Her bir HMO, sözleşmeyle üye alarak, kendi bünyelerinde bulunan ya da anlaşmalı oldukları sağlık tesisleri ve sağlık personeli aracılığıyla hizmet sunmaktadır. Ülkede geçerli yasalar, 25 veya daha fazla kişi istihdam eden ve klasik sağlık sigortası sunmayan şirketler için, çalışanlarına HMO sigortası temin etme zorunluluğu getirmektedir. Sunulan tedavilere getirilen kısıtlamalarla, maliyetin klasik sigorta sistemlerinden daha düşük olması amaçlanmaktadır – *çev.*

alkış tufanının koptuğu söyleniyor.[13] Daha sonra, ciddi hastalığı bulunan bir çocuğun sigorta mağduru babası rolünde Denzel Washington'u gördüğümüz *John Q* (2002) filminin, yönlendirilmiş sağlık hizmetleri anlayışı üzerindeki örtüyü kaldırdığını görecektik. Aynı yıl içinde, Kaiser Family Foundation vakfı tarafından *John Q Washington'a Gidiyor* başlığında düzenlenen forumda, drama yazarları, akademisyenler ve Amerikan Sağlık Planları Derneği, halkın algısını şekillendirme konusunda televizyon programlarının oynadığı rolü tartışmak üzere bir araya geldiler. Bir araştırmaya göre, *John Q* filmini izleyen her on Amerikalıdan yedisi, sigorta şirketlerinin "çoğu zaman" tedavi ücretlerini karşılamayı reddettiği kanısındaydı.[14] Halkın ilgisini kaydırma ve bir noktada yoğunlaştırma konusunda televizyon dramalarının ve arkası yarınların sahip olduğu potansiyel, kendi ilgilendikleri şeylerin öykülere bir şekilde dahil edilmesini isteyen çeşitli grupların yoğun lobi çalışmalarıyla bu yapımların kuşatılması anlamına geliyor.[15] Bu programlar, önemli bir gelir kapısı da aynı zamanda. Yapımcı kuruluşların / kanal sponsorlarının / reklam verenlerin ve izleyicilerin birbiriyle rekabet ve kimi zaman da çatışma halindeki çıkarları, kaçınılmaz olarak çeşitli kısıtlamalar dayatıyor yapımcılara. Buna rağmen, toplumsal değişim yolunda kurgunun güçlü bir araca dönüşebildiği ve giderek de bu gözle görülmeye başlandığı açıkça fark ediliyor.

TIP DİZİLERİNİN EVRİMİNE KISA BAKIŞ

Merhamet ve şefkatten...

Kurgu tıp dramaları, ortaya çıktığı ilk dönemlerde, tıp mesleğinin itibarının korunması ve pekiştirilmesi yolunda önemli bir araç olarak değerlendirilmekteydi. Halkın beğenisini toplayan İngiliz draması *Dr Finlay's Casebook* (1962-71), ABD'de ise *Dr Kildare* (1961-1966), *Ben Casey* (1961-66) ve *Marcus Welby MD* (1969-76) dizileri, profesyonellik sınırlarını aşarak has-

13 Marc R. Cohen ve Audrey Shafer, "Images and healers: a visual history of scientific medicine", Lester D. Friedman (der.), *Cultural Sutures: Medicine and Media*, Londra: Duke University Press, 2004, s. 211.

14 Kaiser Family Foundation internet sitesi http://www.kff.org adresinde, "John Q Goes to Washington: health policy issues in popular culture" başlığı altında ayrıntılı bilgilere ulaşılabilir. Eldeki kanıtlara göre, Avrupalı *ER* izleyicileri, programın ABD ile Fransa/Birleşik Krallık sağlık sistemleri arasındaki mali farklılıklara dikkat çektiğini de düşünüyor. Solange Davin, "Healthy viewing: the reception of medical narratives", *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 2003, s. 662-79.

15 Burada eğitim amaçlı dizileri tartışmıyoruz, ancak az gelişmiş ülkelerde ve ulaşılması güç topluluklarda, sağlık düzeyinin yükseltilmesine dair mesajlar bu yolla da aktarılmakta. Mesaj kaygısı taşıyan ve genellikle aile planlaması, AIDS'den korunma ve tüberküloz gibi başlıklara eğilen bu senaryoların pek çoğu doğrudan devletin halk sağlığı kampanyalarıyla bağlantılı. Bu tip projeler, didaktik mesajlara olumsuz tepki veren, daha "televizyon meraklısı" kitleler karşısında başarısızlığa uğrayabiliyor ve kendilerine daha yaratıcı bir rol biçen televizyoncular tarafından da pek tercih edilmiyor. Konuyla ilgili bir inceleme için bkz. Henderson, *Social Issues in Television Fiction*, s. 18-21.

talarına yardım etmek için didinen, para yerine soylu amaçların peşinden giden, kendini adamış hekimlerin hâkim olduğu bir manzara sunmaktaydı. Temel rolleri, hastalıkların yol açtığı kişisel dramların ve çatışmaların çözüme kavuşturulmasında hastalara yardım etmek olduğundan, "psikolojik destekçiler" veya "faydalı yabancılar" şeklinde tanımlanıyordu bu kurgu doktorlar.[16] Çağdaş ve aynı zamanda da şefkatli *Dr Kildare* karakterinde vücut bulan tıp kahramanlarının merkeze yerleştirildiği bu programlardaki doktorlar, hastalarının yaşamlarıyla kendi parasal çıkarlarını veya kişisel ilişkilerini feda edebilecek ölçüde yakından ilgileniyorlardı. Gerçek yaşamda ise, Vandekieft tarafından da belirtildiği gibi, tıbbın o günlerde giderek daha fazla sırtını dayamaya başladığı yüksek teknolojiler bir yanda tedavi seçeneklerini geliştirirken, öte yanda maliyetleri de paralel olarak yükseltmekte, böylece Amerikalı doktorlarla hastalar arasındaki ilişki üzerinde de ciddi sonuçlar doğurmaktaydı:

> doktorlar, gelir düzeylerini hızla yükseltir ve işlem başına ücret uygulamasının devam etmesini sağlamak için uğraşırken, çoğu insan onları, halk sağlığını pek de umursamayan, gözünü para bürümüş kişiler olarak görmekteydi.[17]

Bu durumda, televizyon izleyicisi de aslında gerçek hayatla bağdaşan karakterleri değil, arzu ettiği doktor tiplemelerini izliyordu genellikle. Televizyon doktorları, sayısı bir elin parmaklarını geçmeyen hastalarına sonsuz zaman ayırabilen, asla yanılmaz kişilerdi ve parayla işleri olmazdı (*Dr. Marcus Welby* dizisinde, kahramanımız "ortaklık yapısına dayalı sağlık kuruluşlarının en yaygın sorunu olan para konusunda ortağıyla asla tartışmıyordu").[18] Anne Karpf'ın yorumu şöyle:

> gerçek yaşamda doktorların içinde bulunduğu telaş ne kadar artarsa, kurgu doktorların hayatı da bir o kadar sakinleşiyordu. Aynı tersine ilişki para için de geçerliydi: Amerikan sağlık sektöründe para odaklı yaklaşımlar güçlendikçe, acil servis kapılarından geri çevrilen meteliksiz hastalara dair öykülerin duyulma sıklığı arttıkça, tıp dizilerinde de ücretin lafının bile edilmediği, hastaların parasızlık nedeniyle asla kapı dışarı edilmediği bir tablo çiziliyordu.[19]

Bu programlar, tıp örgütlerinin resmi onayını da almaktaydı. Amerikan Tıp Birliği (AMA) Danışma Kurulu, *Dr Kildare* ve *Ben Casey* dizilerini desteklediğini belirtiyor, Amerikan Aile Hekimleri Derneği (AAFP) ise *Marcus Welby*'ın yapımcıları ile işbirliği yapıyordu. Söz konusu programların içeriği üzerinde bu kuruluşların elinde bulundurduğu denetim gücü tartışmaya

16 Gregg Vandekieft, "From city hospital to ER: the evolution of the television physician", Friedman (der.), *Cultural Sutures* içerisinde, 2004, s. 221.

17 Aynı eser, s. 218.

18 Anne Karpf, *Doctoring the Media*, Londra: Routledge, 1988, s. 184-5.

19 Aynı eser, s. 188.

açık olsa da, bunun elverişli bir işbirliği sağladığı açıktı. Mevcut düzen hakkında olumlu bir tablo çizen kurgu karakterler, özel sağlık sektörünü koruma ve sağlık hizmeti sunumunda devlet müdahalesine karşı koyma yolunda AMA'nın çıkarlarını destekler görünüyordu.[20]

Düzene güzelleme yapan bu tip diziler, ABD ve Avrupa'da insan hakları ve feminizm hareketlerinin doğuşuna sahne olan muazzam sosyal dönüşümlerin yaşandığı dönemde de ekranları terk etmeyecekti. Yeni rolleri ise, insanlara toplumsal istikrarın kaybolmadığını, yerli yerinde durduğunu söylemekti. "Televizyondaki beyaz erkek doktor yaraları iyileştiriyor ve ağrıları dindiriyor, sistemin imdada yetişeceğine ve ataerkil düzenin ayakta kalacağına dair güvence veriyordu." diyor Karpf.[21] Düzenin sağlamlığı konusunda toplumu ikna etmeye yönelmiş bu diziler, "Britanya halkının, hastaneleri kesinlikle uzak durulması gereken yerler olarak gören, İkinci Dünya Savaşı öncesinden miras kalmış anlayışını alt etmek" amacıyla tasarlanan *Emergency Ward 10* (1957-67) ile örneğini bulacaktı İngiliz televizyonunda.[22] Dizi, Sağlık Bakanlığı'nın görüşlerini dillendirmekte ve Britanya Tıp Birliği tarafından, halkın hastane hizmetlerine dair korkularının giderilmesine yardımcı olduğu için alkışlanmaktaydı. Bununla birlikte, Joseph Turow'un da belirttiği gibi, ütopik bir görünüm sunan bu programlar, izleyicide sağlık hizmetlerinde kaynağın sınırsız olduğu algısını yaratmaktaydı.[23]

...gerçek yaşama

"Düzen"in yarattığı yaygın sinizm ve düş kırıklığı, Atlantik'in her iki tarafında da 1960'lar ve 70'lere damgasını vurduğu halde, sağlık sisteminin kurumsal sorunlarını işleyen programlara halk pek az ilgi gösteriyordu. Sağlık bürokrasisinin kusurlarını radikal bir tarzda vurgulamaya yeltenen *Medical Story* (NBC, 1975), izlenme oranı bakımından fiyaskoya dönüşecekti. Tıp dramalarında daha açık bir siyasi tutum izlemeye niyetlenen yapımcılar, bunu bir uyarı olarak algıladılar. Turow'un da değindiği üzere, belki Amerikan izleyicisi düzene yönelik inancını yitirmişti, ama kendilerini "sağlık bürokrasisi içinde, aynı zamanda doktorlarla avukatlar arasında devam eden mücadelelerin piyonu" olarak görmeye henüz hazır değildi.[24] Oysa kitle iletişiminin diğer mecralarında (ve elbette akademik tıp sosyolojisinde), sağ-

20 Joseph Turow, *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Oxford: Oxford University Press, 1989, s. 71-2.

21 Karpf, *Doctoring the Media*, s. 191.

22 Aynı eser, s. 183.

23 Joseph Turow, "Television entertainment and the US health-care debate", *Lancet*, 347, 4 Mayıs 1996, s. 1240-3. Turow bu yazısında, ekonomi ve sağlık politikalarına dair konuların tıp dramalarında yeterince irdelenmediğini yineliyor.

24 Turow, *Playing Doctor*, s. 189.

lık düzeninde gözlenen çatlaklar, tıbbi ihmallerden, ilgili hukuk davalarından, yükselen sağlık giderlerinden ve hekim-hasta ilişkisinin piyasalaşmasından açıkça söz edilerek vurgulanmaktaydı. Gelgelelim, bu sorunların pek azı tıp dramalarında yer bulabiliyordu.[25]

Ancak, 1980'li yılların başlarında tıp dramaları tekrar ortaya çıktığında, kurallar baştan yazılmış ve eleştirel bir boyut yakalanmış gibiydi. ABD'de *St Elsewere* (NBC, 1982-8) dizisi, yeni bir hastane draması dalgasının doğuşuna işaret ediyordu. Güçlü kurumlara karşı daha yıkıcı ve asi bir tavır takınan *St Elsewere*, kıvılcımını *Hill Street Blues* polisiye dizisinden ve Kore savaşına dair kara mizah örneği *M*A*S*H*'den (CBS, 1972-83) almıştı. Önceki programlarda sergilenenden son derece farklı bir anlayıştı bu: *St Elsewhere*'in köhne hastanesi, kabarmış duvar kağıtları ve karanlık koridorlarla betimleniyordu. Parmakla gösterebileceğiniz bir kahramana rastlamıyordunuz bu kez. Hikâyenin merkezinde hastalar yerine yine doktorlar bulunmakla birlikte, kişisel sorunları olan ve evvelki kahramanların aksine, bulundukları ortama egemen olamayabilen doktorlardı bunlar.[26]

Düzenin gücü konusunda izleyicileri ikna etmeye yönelik bir bakış değildi bu artık. *Casualty* (BBC1, 1986-) gibi yeni tıp dizileri, hastaneleri "kutsal mekânlar" değil, "sokağın bir uzantısı" olarak sunma eğilimindeydi. "Tıbbi mucizelere nadiren rastlanabilen, hoyrat bir sokak."[27] Yapımcılar Paul Unwin ve Jeremy Brock, Ulusal Sağlık İdaresi (NHS) hakkındaki karamsar görüşlerini yansıtacak şekilde, program için *Front Line* [Cephe Hattı] başlığını uygun görmüşlerdi başlangıçta. Hazırlanan ilk program özeti, "1945'te, Ulusal Sağlık İdaresi'nde bir rüyanın doğuşuna şahit olduk. 1985'te artık bu rüya paramparça olmuş durumda." sözleriyle başlıyordu.[28] Bu katı tutum, aynı dönemde boy vermekte olan başka toplumsal gerçekçi dramalarla da gösteriyordu kendini. G.F. Newman'ın dört bölümlük dizisi "The Nation's Health" (1983) [Ülkenin Sağlığı], Batı tıbbına didaktik yolla çatacak, hekimleri kişisel çıkarların peşinde koşan kişiler, Ulusal Sağlık İdaresi'ni de "hastalıklı, sınıf ayrımcılığı yapan, çökmeye mahkûm" bir yapı olarak tanımlayacaktı.[29]

Casualty, en başından beri, sıradan bir Cumartesi akşamı aile dizisi olmakla yetinmemiş, neoliberal Margaret Thatcher iktidarının Ulusal Sağlık İdaresi (NHS) ödeneklerine getirdiği kesintilere direnme kampanyasının açık bir aracı olarak da işlev görmüştü. Hatta, program, Muhafazakârlar tarafından bir

25 Bkz. Clive Seale, *Media and Health*, London: Sage, 2002, s. 145-6.

26 Vandekieft, "From city hospital to ER", s. 226.

27 Hilary Kingsley, *Casualty: The Inside Story*, Londra: BBC Books, s. 8.

28 Aynı eser, s. 8.

29 Aynı eser, s. 10.

"İşçi Partisi toplantısı"nı andırmakla suçlanıyordu.[30] *EastEnders* (BBC1, 1985-) ve *Brookside* (Kanal 4, 1982-2003) ile birlikte, uyuşturucu bağımlılığı, alkolizm ve tecavüz gibi cesaret isteyen sorunlara eğilerek, İngiliz dizilerinde yeni bir toplumsal yaklaşımın parçası haline geliyor, erkekler ve gençlik arasında yeni bir kitleyi izleyici olarak kazanıyordu. Üstelik bu sorunlar *Casualty*'de hastalar kadar sağlık personelini de etkileyebiliyordu. NHS'nin dayattığı koşulların ciddi baskısı altındaki acil servis personelinin alkole, aşırı ilaç kullanımına ve sigaraya yönelişinin resmedilmesi tartışmalara neden olmaktaydı.[31] Gelmiş geçmiş en uzun süreli acil servis draması olarak tarihe geçmeyi başaran *Casualty*, çeşitli konularda hayli kışkırtıcı öykülere yer vererek övgü topluyor hâlâ. Birleşik Krallık medyasının zihinsel sorunlara nasıl eğildiğini inceleyen önemli bir çalışma, *Casualty* dizisini, zihinsel hastalıkların resmedilişinde kültürel algıyı esas alan tutumu benimsemeyen çok az sayıdaki programdan biri olarak gösteriyor (çalışmaya göre, *Casualty* zihinsel bakımdan hasta olduğu söylenen insanlara karşı halden anlayan bir tutum sergilemekle kalmıyor ve daha ileri giderek, "akıl dışı" etiketi yapıştırılan davranışların toplumsal tanımlarını da sorguluyor).[32]

Dikkat çekici bir nokta da şu ki, *Casualty*'nin altyapısını oluşturan ekip, gazete kupürlerini ve tıp dergilerini okumanın çok ötesine geçerek, gerçek deneyimlere ve tıbbi uzmanlığa da başvuruyorlar. Senaristler, hastaları gözlemlemek ve tıbbi personelle vakalar üzerinde tartışmak amacıyla sık sık hastaneleri ziyaret ediyorlar. Programın senaryo editörlerinden biri, "*Casualty* gibi bir 'araştırmacı drama'nın gerekli inandırıcı olması gerekir. Yeni senaristleri, ülkenin neresinde olursa olsun, acil servislere bir gidip bakmaya teşvik ediyoruz." şeklinde açıklıyor tutumlarını.[33] Programın senaristleri-

30 Karpf, *Doctoring the Media*, s. 192.

31 Sağlık çalışanları, hastane yaşamını gerçeğe en yakın biçimde gösteren dizinin açık ara *Cardiac Arrest* (1994-6) olduğu görüşündeler. NHS bünyesinde çalışmanın nasıl bir şey olduğunu anlatan bu iç karartıcı öykü, sinizmi benimsemiş kıdemli doktorların özel muayenehanelere ağırlık vermesi nedeniyle kendi başının çaresine bakmak zorunda kalan küçük bir grup genç doktor üzerine odaklanıyor. Baş yapımcı Tony Garnett, kafasındaki durum komedisi üzerinde çalışmaya istekli bir doktor veya tıp öğrencisi bulmak amacıyla Britanya Tıp Dergisi'ne reklam verdi ve o sıralar haftada 56 saat mesaiyle baş asistan unvanıyla görev yapmakta olan Ged Mercurio da ilana yanıt vererek diziyi yazmaya başladı (John MacUre takma adıyla). "Acılar Evine Hoş Geldiniz" adıyla yayınlanan birinci bölümde, göreve yeni başlayan asistan doktor hakkında, aşağılayıcı bir tarzda şunların söylendiğine şahit oluyoruz: "Daha ilk günü ve şimdiden lanet olası Dr. Kildare olduğunu düşünüyor herhalde!". Hasta koğuşlarını "alamo" diye adlandırmak uygun görülüyor ve uzman doktorlar, astlarını acımasızca sindirip sömürüyorlar. Uzman doktor Simon Betancourt'un, hor gören bakışlarla şöyle dediğini duyuyoruz: "Asistan doktorlar sığır gibidir. Onları her tarafı dökülen harabelerde yaşatın, çok düşük ücretler ödeyin; yine de belgelerini imzalayan elleri ısırmaya yeltenmeyeceklerdir." (Seri 1, Bölüm 5, "Lambayı Söndürmek").

32 Bu alanda klasik haline gelmiş kurgu yapıt olarak, hiç kuşkusuz *One Flew Over the Cuckoos Nest* anılmalıdır (Ken Kesey'in 1962 tarihli romanı, 1975 tarihli film). Bkz. Greg Philo (der.), *Media and Mental Distress*, Londra: Longman, 1996.

33 Alıntılar, Lesley Henderson'un röportaj yaptığı kişilerden alınmış ve *Social Issues in Television*

ni, tıpkı gazeteciliğe yeni başlayanlar gibi, tıp ve sosyal hizmetler dünyasında kendi kişisel ilişkilerini kurmaya teşvik etmekle kalmayıp, senaryoya tıbbi danışmanların sürekli destek vermesini de sağlıyorlar. Programa dahil edilen deneyimli bir senarist bile, "İlk görevimi aldıktan sonra dışarı çıkıp, konuyu yakınlardaki Guy's ve Greenwich hastanelerinde araştırdım. Bir gecemi orada geçirerek ortamı gözlemledim, vakaları izledim ve hemşirelerle konuştum." diyor. Yapımcılar, sonraki bölümlerde işlenecek bir gebeliğin sonlanması öyküsü hakkında yine aynı senariste danışmanlık yapması için bir kadın doğum uzmanına ödeme yapmaktan da kaçınmadı. Öykülerdeki olası yanlışlıkların incelenmesi için tıbbi danışmanlar ekipte düzenli görev yapıyor. Senaryo son teslim tarihleri, danışmanlardan gelecek uyarıların senaryoya aktarılmasına izin verecek şekilde düzenleniyor. Senaryo editörlerinden birinin açıklamalarına kulak verelim:

> Üç tıbbi danışmanımız var ve dolayısıyla her an onlara ulaşma olanağına sahibiz. Başlangıç aşamasında danışmanların öykülere onay vermesi çok büyük önem taşıyor. Senaryoda yazılan olaylar için, danışmanlarımızın "böyle bir şey asla gerçekleşmez" dediğine pek çok kere rastladık ve bu tip öyküleri olduğu gibi çıkarıp attık. Her sahne, diyalogların gözden geçirilmesi için bir tıbbi danışmana sunuluyor. Tıbbi açıklamaları, yapımcıların dikkat çektiği noktaları ve senaryo editörlerinin notlarını derledikten sonra, senaristin de katıldığı bir toplantı düzenliyoruz ve yeniden yazım aşamasına geçiyoruz. Nihai halini almış senaryolar üzerinde bile değişiklikler yapılıyor. Diziyi izleyen bir doktorun, "burada bunun söylenmesi ya da yapılması mümkün değildir" demesini istemeyiz.

PARA VE TIP

ER çağı

"Yeni hastane dramaları"na ait özellikleri bünyesinde toplama konusunda, büyük etki uyandıran Amerikan dizisi *ER* (NBC, 1994-2009)'nin eline başka hiçbir tıp draması su dökemez. Bu yeni diziler, "vücut travmalarının bir gösteri unsuru olarak öne çıkartılması, melodram türüne ait öğelerin yoğunlaştırılması ve uzun süreli arkası yarın tarzını andıran anlatı biçiminin sonuna kadar kullanılması"[34] ile ayırt ediliyor önceki yapımlardan. *ER*'nin yaratıcısı, başlangıç bölümünde ve sonrasında Steven Spielberg ile birlikte çalışan, 2008'de hayata veda eden Michael Crichton. Kendisi de bir hekim olan Crichton, mesleğini icra etmemişti gerçi ama, kendi acil servis eğitiminde gözlemlediği telaşlı hızı ve deneyimsizlik hissini aktaracak bir tıbbi gösteri hazırlama konusunda net görüşlere sahipti. Program, Chicago'daki hayali County

Fiction eserinde incelenmiştir.

34 Jason Jacobs, *Body Trauma TV: The New Hospital Dramas*, Londra: BFI, 2003, s. 29.

General kamu hastanesinde çalışan, farklı etnik gruplardan hekimler, hemşireler ve tıp öğrencilerini merkez alıyor. Bu öğrenme ortamı, çeşitli toplumsal sorunların tartışılmasına izin veriyor ve programda doktorlar da toplumsal sorunların birer sözcüsü olarak sıklıkla kullanılıyor. Dr. Abby Lockhart iyileşen bir alkoliği, Dr. John Carter da bir ağrı kesici bağımlısını oynarken, Dr. Jeanie Boulet, önüne gelenle beraber olan kocasından HIV kapmış bir kadını canlandırıyor.[35] Sonradan tıp dizilerinde kurala dönüşecek kamera kullanım tarzı başta olmak üzere, program bir dizi konuda ciddi alkış alıyor, hatta tıp eğitiminde önemli bir rol oynama payesiyle ödüllendiriliyor:

> Öğrenciler, kısaltmaları, ilaç isimlerini ve acil serviste tartışılan tanıları duyarak bilgi dağarcıklarını geliştiriyorlar... İlginç bir nokta da şu ki, bir tıp öğrencisinin 4 yıl boyunca her hafta ER'yi izlemeye ayırdığı zaman, çoğu fakültede belirlenmiş acil servis eğitim süresine yakındır.[36]

Sağlık sektörü tarafından ince ince didiklenen program, kapsamlı araştırmalar sonucunda hazırlanıyor olmasına rağmen, senaryoda sonradan yer alabilecek herhangi bir yan etkiyle ilaç şirketlerinin ilişkilendirilmesi korkusuyla, sadece patent koruması altında olmayan ilaç isimleri kullanabiliyor. Bu durum, yapım ekibi, yapımcı kuruluş ve sponsorlar arasındaki gerilimlere ışık tutuyor aslında ve "gerçekçi" içeriğin bulanıklaştırılması, ticari konuların ele alınması hakkında akla çeşitli sorular getiriyor. Hızlı olay akışı ve kişisel öykülerin yarattığı duygusal yankılar nedeniyle beğenilen *ER* de, kendinden önceki pek çok başka dizi gibi günümüz Amerikan sağlık hizmetlerini idealleştirerek sunmakla eleştiriliyor yine. Cohen ve Shafer (2004) de böyle düşünüyorlar:

> Bu Amerikan hastanesi öyle bir yer ki, hastaların sigorta durumunu hemen hiç sorgulamıyor. ER'de ekrana aktarılan sağlık hizmetleri olabildiğince yetkin ve halka açık; yani gerçeği değil, izleyici kitlesinin hayallerini yansıtıyor.[37]

Programın, cinsellik, şiddet ve gençlik olgularını bir arada sunması sayesinde başarıya ulaştığını düşünen biyoetik uzmanı George Annas, şunu da ekliyor: "Dizinin gerçek yıldızı paradır. Onu yıldız yapan şeyse, dizideki dikkat çekici yokluğudur."[38]

---

35 *The Young and the Restless*, *All my children* ve *Another World* adlı arkası yarınlarda da karşı cinsle ilişkinin doğurduğu riske benzer şekilde dikkat çekilmiş, hepsinde de HIV/AIDS mağduru kadınlara yer verilmişti. *EastEnders* (BBC1) dizisinde Mark Fowler, HIV virüsünü bir kadından kapmasından sonra, eşcinsel erkeklere ve damardan uyuşturucu alanlara karşı önyargılarıyla yüzleşmek zorunda kalmıştı. Toplumsal gerçekçi anlayışa bağlılığın ifadesi olan bu öyküler, halkın AIDS'i bir "eşcinsellik vebası" olarak görme yanlışına karşı yazılmıştı.

36 Michael O Connor, "The role of television drama *ER* in medical student life: entertainment or socialisation?", *Journal of the American Medical Association (JAMA),* 280, 2 Eylül 1998, s. 854-5.

37 Cohen ve Shafer, "Images and Healers", s. 212.

38 George Annas (1995), Vandekieft, "From city hospital to ER", s. 230'da alıntılanmıştır.

ABD'de televizyonun en çok izlendiği 20:00-23:00 diliminde yayınlanan tıp dramaları incelendiğinde, programlarda hastane yöneticilerine, avukatlara, devlet kurumlarına, sigorta şirketlerine ve HMO'lara göndermelerde bulunulduğu görülür. HMO'lar ile ilgili tüm göndermeler olumsuz bir içeriğe sahipken, insanların sigortasız yaşamak zorunda bırakılışına bu programlarda hiç değinilmez.[39] ABD ve Birleşik Krallık sağlık sistemleri arasında bir dolu kurumsal farklılık bulunmasına karşın, önceki sayfalarda andığımız dizilerin, tartışılan ve tartışılmayan konular bakımından her iki ülkede de ortak özelliklere sahip olması son derece ilginç. Dizilerde eleştiri ve suçlamalardan nasibini alanlar ya NHS bürokratları ve hastane yöneticileri (*Casualty, Cardiac Arrest, Holby City*) ya da HMO'lar (*Scrubs, ER*) oluyor. Sağlık hizmetlerine kıyısından dokunup geçen eleştirilerse, Dr. Lisa Cuddy (*House MD* dizisinde tıp fakültesi dekanı ve hastane idarecisi) ya da Dr. Bob Kelso (*Scrubs* dizisinde başhekim) gibi belli karakterler üzerinde yoğunlaştırılarak bireyselleştiriliyor. Bu karakterler, hastası için en uygun tedaviyi temin etmek (*Scrubs*'ta Dr. Perry Cox) ya da en uygun tanıya ulaşmak (*House MD*'de Dr. Gregory House) üzere her an kuralları çiğnemeye hazır, kendini adamış hekimlerin yoluna taş koyan kişiler olarak çıkar karşımıza genellikle. Söz konusu dizilerde, "sistemin dayattığı mali kısıtlamalara sadece paragöz hastane idarecilerinin (tıp dramalarındaki adi 'kötü adamlar') hak veriyor oluşu,[40] günümüz programları ile erken dönem tıp dramaları arasında, sandığımızdan daha fazla ortak yan bulunduğunu gösteriyor.

Tıbbi drama tarzında sön dönemde gözlenen değişiklikler de eleştirel bakışa sanıldığından daha uzak. *Medical Story* dizisi 1970'lerde izleyiciyi ekrana çekme başarısını sergileyemedi ama, *Scrubs* (NBC, 2001-) adlı dramakomedi, özellikle de kendi acımasız eğitim deneyimlerinin net bir betimlemesini ekranda gören tıp meslek erbabı tarafından tutkuyla takip ediliyor.[41] Programda, hastaların sigorta durumuna, yasal anlaşmazlıklara, güçlü ilaç şirketlerinin açgözlülüğüne, sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasına ve aynı zamanda tıp pratiğinin son tahlildeki anlamsızlığına, nükteyle de olsa, sık sık gönderme yapılıyor.[42] Bu sorunlar başta Dr. "JD" Dorian olmak üzere, aşı-

39 Joseph Turow ve Rachel Gans, *As Seen on TV: Health Policy Issues in TV's Medical Dramas. A Report to the Kaiser Family Foundation, 2002, July*, Menlo Park: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2002.

40 Aynı eser, s. 230.

41 Aynı eser, s. 231.

42 Programın espri anlayışı genellikle kara mizah tarzına uyuyor ve asıl olarak da cinsellik ile ölüm üzerinde yoğunlaşıyor. Dizinin kilit karakterlerinden Dr. Perry Cox, "JD" ve diğer asistan doktorların gönülsüz akıl hocası kimliğinde. Hastaların tedavisine kendini adayan Cox, hasta insanların sırtından para kazanmaya bakanlara karşı da son derece aşağılayıcı bir tavır takınıyor. Örneğin, baştan çıkarıcı ilaç satış temsilcisi Julie'ye şunları söylüyor: "Gerçek pisliğin, küçük pis sırrın ne olduğunu bilmek ister miydin? Senin ilacın öyle allahın belası iyi bir ilaç ki, kolları sıvayıp %600 zam yapabiliyorsunuz. Bu işten zararlı çıkanlar yalnızca hasta insanlar, öyle değil mi?

rı iş yükü altında ezilen kıdemsiz doktorların gözünden, gerçeküstü, fantastik bir üslupla yumuşatılarak sunuluyor.[43] Çalışmaların gösterdiği o ki, halk ve özellikle de gençlik, belgesel veya haber programları yerine dizilerde yer verilmesi halinde, toplumsal açıdan hassas konulara değinen sert sahneleri izlemeye istekli. Belki de, sağlık sisteminin olumsuzlukları ancak komedi ve fantezi tarzıyla sunulması halinde kitlelerin ilgisini çekebiliyordur.

Arkası yarınlarda hastalık ve sağlık

Tıp dramalarının pek çok özelliği, televizyonlardaki arkası yarınlar tarafından da paylaşılıyor. Hastalık ve sağlığa dair öyküler, klasik arkası yarın tarzında da sıklıkla çıkıyor karşımıza. Bu öykülerde kimi zaman kanser gibi yaygın hastalıklar işlenirken, bazen çok nadir rastlanan, ne izleyicilerin ne de tıp meslek erbabının aşina olduğu hastalıklara da yer veriliyor. Tıp dramalarında olduğu gibi klasik dizilerde de, işlenen öykülerin gerçeğe uygunluğu konusunda, sorgulayıcı gözlerin aralıksız takibi söz konusu. Amerika'da gündüz yayınlanan arkası yarınlar, koma hakkında aşırı iyimser bir tablo sunmakla eleştiriliyor.[44] İngiltere'de ise, *Coronation Street* dizisindeki bir öyküde, Alma Halliwell adlı yaşlı kadın karakterin, rahim ağzı smear testini iki kez üst üste kaçırınca, cerrahi müdahaleyle giderilemeyecek rahim ağzı kanseri tanısıyla karşılaşması, yarattığı panik nedeniyle, halk sağlığı uzmanları tarafından topa tutulmuştu.[45] Kurgunun yer aldığı bölümlerin yayınlanması sırasında, kanser yardım derneği CancerBACUP'a gelen haftalık telefon sayısı 300 adet arttı ve öyküde düğüm noktasına varıldığında, arama sayısı da tavan yaptı.[46] Aynı zamanda, sadece Kuzeybatı İngiltere'de yapılan smear testi sayısında 14.000 adetlik artış kaydedildi (bunların sadece 2.000'i, daha önceden hiç test yaptırmamış veya

Senin şirketin, o insanları hiçbir şekilde umursamıyor ve bu sistemin bir parçası olduğundan, sen de umursamayacaksın. Bu da beni fazlasıyla iğrendiriyor; işte hepsi bu." ("My First Step", Sezon 2). Dr. Cox'un, takip eden nöbet değişiminde cerrah "Dr. Christopher Turk"a söyledikleri de dizinin kasvetli havasını örnekler nitelikte: "Hayat çok anlamsız Gandi ve sana küçük bir sır vereceğim. Hayattan daha da anlamsız olan tek şey, doktorluktur. Tıp fakültesinden çıkabilmek için 8 yılını harcıyorsun ve bu çabanı göstermek için elinde ne var sonunda? Duvarda bir diploma ve sırtında da bir hedef tahtası." ("My Female Trouble", Sezon 4).

43 Başhekim Bob Kelso, sonradan daha çok yönlü bir kişiliğe büründü. Hastane personeli onu sert ve hoş karşılanmayan kararlar alan biri olarak görse de, biz onun pişmanlık duyduğuna şahit oluyoruz ve insani duyguların kararlarında tuttuğu yeri fark edebiliyoruz. Bu çerçevede, Sezon 5 "My Jiggly Ball" bölümünde, bir zengin ve bir yoksul adam aynı koşullar altındayken, zengin olanı tedavi etmeyi yeğliyor. Zenginin yaptığı bağış, bütçe sıkıntısı nedeniyle kapanmış olan, yoksul kadınlara yönelik doğum öncesi sağlık birimini yeniden faaliyete geçirme olanağını kazandırıyor ona.

44 David Casarett, Jessica M Fishman, Holly Jo MacMoran, Amy Pickard ve David A Asch, "Epidemiology and prognosis of coma in daytime television dramas", *BMJ*, 331(7531), 2005.

45 Arkası yarınlarda anlatılan öyküler, sık sık medyanın kancasına da takılabilmekte. Alma Halliwell'in hızlı çekim ölümü, *The Sun* gazetesinin birinci sayfasında konuyla ilgili bir haberin basılmasına önayak oldu. J. Kay ve H. Bonner, "Alma: I'm so Angry with Corrie", 18 Haziran 2001. Haberde, aktris, yapım ekibini "kanserden fayda sağlamakla" suçluyordu.

46 Rachel Hardyman ve Geraldine Leydon, "Media influence behaviour", *BMJ*, 326(7387), 2003, s. 498.

test tarihini geciktirmiş kadınlardı). Yaşanan panik sonucunda yerel laboratuvarlar müthiş bir yüklenmeye maruz kaldı; NHS açısından önemli bir masraf yükü ortaya çıktı ve halk sağlığı penceresinden bakıldığında, sağlığa ayrılmış sınırlı kaynaklar üzerindeki baskı daha da büyüdü.[47]

Yarattığı bu tür tartışmalara rağmen, hatta bu tartışmalar *nedeniyle*, hastalık ve sağlığa dair öyküler, drama yapım ekiplerinden büyük rağbet görmekte. Bu güçlü olay örgüleri, hikâyenin arkasındaki itici güç haline geliyor ve "hastalığın kendi biyolojik gerçekliğinin çok ötesine geçen, oldukça kapsamlı kültürel sonuçlar doğuruyor".[48] Sağlığa dair öyküler, büyük ve sadık bir izleyici kitlesi yarattığı, "dedikodu" kazanını kaynattığı ve diğer medya mecralarında da tartışmanın büyümesini sağladığı için, arkası yarın tarzı açısından önemli. *EastEnders* yapım ekibinin bir üyesi, konunun önemini şöyle anlatıyor:

> Belki kulağa korkunç geliyor ama, pek çok hastalık kolaylıkla dramatik malzemeye dönüşüveriyor. İzleyici kitlesi içinde, hiç doktora gitmemiş, tahlil sonuçları beklememiş ve hastanelerle haşır neşir olmamış ya da en azından yakınları arasında bunları gözlemlememiş kimse yoktur. Akıl almayacak denli güç bir durum olsa da, gerçekte yaşamış olsun ya da olmasın, herkes kendini bununla özdeşleştirebilir.[49]

Dizide işlenmek üzere hangi hastalığın seçileceği ise, yapım ekibinin izleyici kitlesi hakkındaki algılarına bağlı. Örneğin, meme kanserini tercih eden bir ekip, bu hastalığın izleyiciler tarafından kolaylıkla ve hızlı bir şekilde anlaşılabileceğine ve kitlede yankısını bulacağına inanmaktadır:

> Dizide MS, motor nöron hastalığı veya ME'den söz ederseniz, bunların ne ifade ettiğini kim anlayabilir ki? Bu durumda, insanların anlayabilmesi için, hastalıkla ilgili bir dolu şeyin açıklanmasını sağlayacak düzenlemeler yapmanız gerekir. Ama "kanser" dediğinizde, izleyenler de "Evet, neden bahsettiğinizi anlıyorum." diye yanıt verecektir. Kanser, artık bu işin dili haline geldi.[50]

EastEnders'ta geçen meme kanseri öyküsünün ortaya çıkışına ve nasıl geliştiğine bir bakmakta yarar var (ilk sahneler 1996'da yer aldı dizide). Fikir, düzenli olarak gerçekleştirilen Senaryo Konferanslarından birinde, senaristlerden birince önerildi ve çeşitli kaynaklardan uzman görüşüne başvuruldu. Önerinin pek fazla soruna yol açmayacağı kanısına varıldı. Yapım ekibi, Peggy Mitchell karakterinin meme kanserine yakalanması

47 Andy Howe, Vicci Owen-Smith ve Judith Richardson, "Television programme makers have an ethical responsibility", *BMJ*, 326(7387), 2003, s. 498.

48 Ien Ang, *Watching 'Dallas': Soap Opera and the Melodramatic Imagination*, Londra: Methuen, 1985, s. 66.

49 Farklı senaristlere ait olan bu ve sonraki sözler, Lesley Henderson tarafından televizyon yapım ekipleriyle yapılan bir dizi röportajdan alınmıştır. Buradaki öykü, *Social Issues in Television Fiction*, s. 80'de incelenmiştir.

50 Aynı eser, s. 78.

için pek çok iyi nedene sahipti. "Göğsünde bir yumrunun varlığını fark eden, ama yanlış giden bir şeylerin var olduğunu kabullenmeyen bir kadın" tanımlamasına "uygun düşecek kafa yapısındaydı". Bunun yanında, kurban olarak Peggy'nin seçilmesiyle, programın gereğinden fazla sorun odaklı ve didaktik görünmesi önlenebilecek, güçlü bir meme kanseri öyküsü, Peggy karakterinin büyümesi ve geliştirilmesi yolunda elverişli bir araç olarak kullanılabilecekti. Dizi izleyicisi, karakterlerin davranış biçimlerinde verilen ipuçlarından yola çıkarak olay örgüsünün devamını tahmin etmeye çalışır. Ancak meme kanserinin nedenlerini şu ya da bu davranışa bağlamak pek mümkün değildir ve bu da Peggy'nin hastalığa yakalanmasını önceden tahmin edilemez kılar. *EastEnders* yapım ekibinin bir üyesi tarafından söylenenler de bu yönde:

> Sigara içen bir karakteri akciğer kanseri yapmak, öykünün karakterlerden çok konuya odaklandığı ve fazla didaktik olduğu hissini doğurabilir. Peggy gibi bir karakterin sunduğu büyük avantaj, [meme kanserine yakalanmasının] tamamen beklenmedik oluşudur. Yakalandığı günlerde, hayatında bir dolu başka konu vardır. Sadece barda içki servisi yapan bir karakter gibi görünürken, bir anda farklı bir ortamda, bir hastanede, ciddi bir sağlık sorunuyla karşımıza çıkıyor. Böylece karakterin büyümesi ve çeşitli şekillerde genişletilmesi olanağı doğuyor.[51]

Tekrarlara dayanan yapıları ve çekirdekleşmiş kadrolarıyla arkası yarınlar, başka tarzlarda sağlanması mümkün olmayan ölçüde özdeşleşmeye izin verebiliyor. Televizyon dizilerinin yapısı, toplumun zamanla bir konuda "uzlaşma" sağlamasını kolaylaştırıyor ve kararsızlık, kafa karışıklığı, öfke, ret gibi önemli duygusal boyutları barındırabiliyor. Sağlığa dair öyküler sonraki tarihlerde tekrar gündeme sokulabiliyor (Peggy'nin kanserinin tekrar ortaya çıkabilmesi gibi) ve arkası yarınlar, medyanın diğer mecralarında dışlanan karakterlere yer verebiliyor (Peggy'nin güçlü anaerkil karakteri, medyanın çok sevdiği "kanseri yenen genç kadın" imajı karşısında faydalı bir alternatif sunuyor).

SON NOTLAR: TELEVİZYON ÖĞRETEBİLİR Mİ?

Medyadaki eğlence, James Curran'ın haklı olarak ifade ettiği gibi, halkın, "toplumun gidişatı hakkında, sezgileriyle ve öznel bir düzeyde diyalog yürütmesine" olanak tanıyor ve bu anlamda, medyanın "bilgi iletişimini sağlama" rolünün parçalarından birini oluşturuyor.[52] Ancak bu, söz konusu programların "doğruluk" ve "gerçeklik" temeli üzerinde yargılanabileceği

51 Aynı eser, s. 82.

52 James Curran, "Mass media and democracy: a reappraisal", J. Curran ve M. Gurevitch (der.), *Mass Media and Society* içinde, Londra: Edward Arnold, 2000, s. 102.

ya da yargılanması gerektiği anlamına gelmez. Oysa, program yapımcıları ile onları etki altına almaya çalışanlar arasındaki çekişme ve tartışmaları yaratan şey tam da bu. Eninde sonunda, eğlence ve dramanın gerekleri, daha gerçek, ancak görsel açıdan daha az heyecan verici öğeler karşısında baskın çıkıyor ve bu da belli durumlarda beraberinde önemli sonuçlar getiriyor.[53] Tıp mesleği, diğer lobi kuruluşları ve toplumsal kurumlarla karşılaştırıldığında, televizyonda halka sunulacak şeyler üzerinde daha büyük bir güce sahip. Bu bağlamda, ortalamaya kıyasla radikal sayılabilecek anlatımlar bile, hastalığın altında yatan toplumsal kökenlere veya sağlık alanındaki yapısal adaletsizliklere dil uzatamıyor. Tıp dünyası, televizyondaki eğlencede, pek çok başka mesleğin hayal edemeyeceği ölçekte görünüyor ve varlık sergiliyor.[54]

Arkası yarınlarda ve tıp dramalarında kendine yer bulan sağlık öykülerinin önemli etki yarattığı kabul edilmekle birlikte, bu etki üzerinde yeterli araştırmanın yapıldığını söyleyemeyiz. Bu tür programların içeriği hakkında yürütülen sayısız inceleme arasında, kitlelerin mesajlara nasıl tepki ve anlam verdiğini çözmeye çalışan araştırmalara nadiren rastlayabiliyoruz. 1990'ların ortalarında, Birleşik Krallık'ta hastanelerin Acil Servis birimlerine yapılan "gereksiz başvuruların" teşvik edilmesinde tıp dramasının oynadığı rolü açığa çıkarmak amacıyla yürütülen bir çalışmada yer almıştım. Karşımıza çıkan sonuç son derece çarpıcıydı: Acil servisler, çekici sağlık çalışanlarının görev yaptığı, heyecan verici yerler olarak algılanmak bir yana, katılımcıların ezici çoğunluğu tarafından, pis, düzensiz ve ürkütücü mekânlar olarak tanımlanıyordu. Başvuru sayılarındaki artışın nedeni, insanların televizyondaki sahnelerde karşılaştıkları heyecanı yerinde görme isteği değildi. Bunun yerine, Genel Pratisyen kliniklerinin çalışma saatlerinin kısıtlı oluşundan başlayıp, sağlığa dair genel korkuların medya ve halk sağlığı tanıtımları tarafından körüklenmesine kadar uzayan başka nedenler vardı. Yine de, programların bazı hayranları, kendi mahallelerindeki hastanede yaşanan baskı ve gerginliğin dizilerde olduğu gibi aktarılabildiğini söylüyordu:

> Beyaz saçlıya [Casualty dizisindeki bir karakter] ne diyorsun? Hastaneyi yöneten adamla, daha fazla kaynağa ihtiyaç duydukları hakkında tartıştıklarını görüyoruz, ancak ona yataklar için ihtiyaç duyduğu parayı vermeyecekler. Bu, mahallemdeki Stobhill hastanesinde ya da ilerideki Victoria hastanesinde aslında nelerin dönmekte olduğu hakkında bir şeyler anlatıyor bize. Hastanede neden

53 Yapımda tempo ve drama önceliklerinin, zihinsel hastalıklarla ilgili aklı başında şeylerin söylenmesine nasıl engel olduğuna dair bir inceleme için bkz. Henderson, *Social Issues in Television Fiction*, Bölüm 5 "Casting the Outsiders: Mental Distress".

54 Sosyal hizmet çalışanları, halkın gözündeki konumları konusunda ciddi sorunlar yaşıyor. Bu çalışma kolu, televizyon dizilerinde görmezden geliniyor veya kim olduğu belirsiz bürokratlarla doluymuş gibi gösteriliyor. Bkz. Lesley Henderson ve Bob Franklin, "Sad not bad: images of social care professionals in popular British TV drama", *Journal of Social Work*, 7(2), 2007, 133-153.

yeterli yatağın bulunmadığını ve neden daha fazla hemşire çalıştırmadıklarını anlayabiliyoruz böylece.

Çalışmada sorulara yanıt veren insanlar, televizyondaki kurguyla gerçek dünya arasında ayrım yapma konusunda en ufak bir güçlük çekmiyorlardı belki ama, söz konusu programların, halkın sağlığa ve hastalığa bakışını etkilemediği veya etkileyemeyeceği anlamına da gelmiyor bu.[55] Medyadaki betimlemeler ve televizyon dizileri yoluyla aktarılan mesajlar, hastalıkların ortaya çıkışı hakkında kitlelerin düşüncelerini şekillendirebilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, televizyon dramalarına temel oluşturan tarz, somut ahlaki ikilemleri son derece uygun bir şekilde karşımıza dikebilir.[56] Televizyon draması, kitleleri duygusal açıdan bütünleştirebilir ve konuları etkin biçimde öznelleştirebilir. "Sağlık politikasına dair konular, harcama hesapları ve bütçe rakamları yerine, izleyicinin ilgilendiği karakterlerin yaşamı üzerinden sunulabilir."[57]

İzleyici kitlesine yönelik rekabet kızışırken, tıp dizileri de televizyon kanallarının ayakta kalma mücadelesinde, görece ucuz bir yöntem olarak öne çıkıyor. Tıp dizileri alanında yeni çözümlerin arandığı bugünlerde, sağlıkla ilgili konulara da değinen, melez, tuhaf programlarla karşılaşacak gibiyiz (büyük rağbet gören adli tıp/polisiye karışımları gibi). Tıp dramasının, sağlık hizmetlerinin gerçeklerine dair ciddi ve belki de izleyicinin daha az hoşuna gidecek öğelerle kucaklaşmadaki başarısızlığı, bu eğilimle birlikte daha da olumsuz bir hal alacak. Televizyon dramaları, yapım sürecinde sağlık politikası uzmanlarına yer vermeye pek istekli görünmüyor. Senaryoları gözden geçirip, teknik konularda yapım ekibine önerilerde bulunan ve inandırıcılığın sağlanması yolunda hayati önem verilen doktorların oynadığı değerli rol karşısında göze batan bir karşıtlık bu. Dolayısıyla, günümüz izleyici kitleleri ne sağlık sistemi hakkında bilgilendirilebiliyor, ne de sağlık politikaları ile ilgili mücadelelere katılmaya çağrılabiliyor. Son yirmi yıllık döneme damgasını vuran özelleştirme akını, artık elini klinik faaliyetlerin derinliklerine kadar uzatıyor. Bu tablo, senaristlere dramatik ve sürükleyici öyküler için taze bileşenler sunabilir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı bir ekonomik kriz döneminde, "Ekran başındaki kitlenin ilgisini, tüm sağlık çalışanlarının yaşama ve ölüme bakışını şekillendiren şirket ve devlet politikalarının perde

55 Bu çalışmanın sonuçlarına dair bir inceleme için bkz. Greg Philo ve Lesley Henderson, "Why go to Casualty? Health fears and fictional television", Greg Philo (der.), *Message Received* içinde, Harlow: Addison Wesley Longman, 1999, s. 93-105.

56 Lesley Henderson ve Jenny Kitzinger, "The human drama of genetics: 'hard' and 'soft' media representations of inherited breast cancer", *Sociology of Health and Illness*, 21(5), 1999, s. 560-78.

57 Vicky Rideout, Kaiser Family Foundation haber bülteninde yer verilmiştir, "TV medical dramas address health policy issues", 16 Temmuz 2002, http://www.kff.org adresinde mevcuttur.

arkasına yöneltebilme yolunda ikna edici yöntemler bulmak, her zamankinden daha fazla önem kazanıyor. Bu çabada drama ve aynı zamanda komedi büyük yer tutacak. Belki yüksek izlenme oranlarına erişmek de hayal olmaktan çıkacak."[58]

NOTLAR

Fırsatını bulmuşken, 2008 Mayıs'ında yaşadığım acil tıbbi durumda verdikleri destekten dolayı, Brunel Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi'ndeki ve Londra Hıfzısıhha ve Tropikal Tıp Okulu'ndaki meslektaşlarıma teşekkür etmek isterim. Simon Carter, Gill Green, Charlie Davison, Lorna Henderson, Klara Ekevall, Greg Philo, James Curran, Julian Petley, Bob Franklin, Chris Rojek, Sanjay Sharma, Monica Degen, John Tulloch, Emma Miller, Mike Michael, Judy Green, Nicki Thorogood, Simon Lewin, Jo Green, Holly Powell Kennedy ve Nick Wooding, özellikle şükran duyduğum arkadaşlarım.

58 Joseph Turow ve Rachel Gans-Boriskin "From expert in action to existential angst", Leslie J. Reagan, Nancy Tomes, Paula A. Treichler (der.), *Medicines Moving Pictures* içinde, Rochester: University of Rochester Press, 2007, s. 280.

Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası

Julie Feinsilver

Küba, geride kalan elli yıllık dönemde, yabancı uzmanların övgülerine konu olan, az gelişmiş ülkelerin yanında kimi gelişmiş ülkeleri de kıskandıran bir sağlık sistemi inşa etmeyi başardı. Kayda değer ekonomik güçlüklere karşın sağlık göstergelerini son derece düşük maliyetlerle yukarı çekmeyi başaran Küba, sağlık hizmetlerini herkese ücretsiz sunuyor. Öte yandan, üçüncü dünya ülkeleriyle işbirliği olanaklarını büyütmek amacıyla geliştirdiği "sağlık diplomasisi" programı ile, başka ülkelere tıbbi yardım gönderme ve tıp eğitimi verme konusunda da başı çekiyor. Ülkenin devrimci iktidarı, devrim süresince dışarıdan aldığı desteğin karşılığını vermek için diğer ülkelere yardım etme konusunda, işbaşına geçtiği ilk günden beri güçlü bir ideolojik kararlılık sergilemekte. Bu kararlılık sonucunda, sağlık diplomasisinin temelini oluşturmak üzere az gelişmiş ülkelere sunulan tıbbi yardımlar, devrimden itibaren Küba'nın uluslararası ilişkilerinde kilit unsurlardan biri olacak ve ilk örneğini, 1960 Mayıs'ındaki büyük depremin ardından Şili'ye gönderilen sıhhiye tugayıyla verecekti.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000'de Herkes İçin Sağlık" sloganıyla 1978 yılında başlattığı girişime neredeyse tüm ülkeler destek vermiş olduğu halde, hedefe ulaşma yolunda göstermelik işlerin ötesine geçenlerin sayısı pek düşük kaldı. Öte tarafta, Küba'nın devrimci iktidarı ise en başından beri, yani DSÖ girişiminin adı konulmazdan neredeyse yirmi yıl öncesinden bu yana, sağlığa büyük önem vermekte. Bu çabanın altında yatan felsefe, sağlığı devletin doğrudan sorumluluğundaki bir insan hakkı olarak görüyor. Bunun yanında, sağlığın fiziksel, zihinsel ve toplumsal boyutlarını bir arada ele alan, bütünlüklü bir bakış açısına sahip Küba devleti. Sağlığı, her bir bireyin içinde yaşadığı nesnel koşullarla bağlantılı bir sonuç olarak değerlendiriyorlar ve sadece hastaya odaklanmayıp, koruyucu önlemleri, tedaviyi ve iyileşme sürecini bir bütün olarak inceliyorlar.

Bebek ölüm oranı ve ortalama ömür başta gelmek üzere, iktidarın başarısını sağlık göstergeleri üzerinden değerlendirme konusunda başka hiçbir ülke Küba'nın yanına yaklaşamaz. Halkın sağlığı, siyasi yapının başarı düzeyini simgeler durumda. Bu çerçevede, iktidarın dikkati, sağlık koşullarından ve sağlık üzerindeki etmenlerden bir an olsun ayrılmıyor. Halkın sağlık düzeyine yönelik bu sıra dışı ilgi, rejimin meşruiyetine ve böylece gücüne katkı yaparak, siyasi açıdan da fayda sağladığını gösterdi bugüne dek. Aynı yaklaşım, uluslararası düzeyde de bambaşka bir sağlık diplomasisinin yürütülebilmesine temel hazırlıyor. Yabancı ülkelerle kurulan ilişkiler bu yolla geliştirilirken, Küba hem prestij kazanıp nüfuzunu artırıyor (soyut sermaye), hem de itibarını ticaret ve dış yardım alanında kazanca dönüştürüyor (maddi sermaye).[1]

KÜBA'NIN SAĞLIK İDEOLOJİSİ

Halkın sağlık düzeyini yükseltme yolunda tıbbın tek başına yeterli olamayacağı düşüncesi, 1959 devriminden bu yana iktidarın temel ideolojik savlarından biri olageldi. Bu bakışın bir gereği olarak, az gelişmişlikten kaynaklanan sorunların alt edilmesi yolunda önemli sosyoekonomik dönüşümlerin başarılması şarttı. Dolayısıyla, sağlık reformu, kapsamlı toplumsal dönüşüm sürecinin bir parçasıydı yalnızca. Herkese parasız eğitim, asgari gıda güvencesi, çok ucuz barınma, genel sosyal güvenlik ve pek çok başka güvence... Sağlık reformunun ana ilkeleriyse şöyle sıralanmaktaydı: 1) hizmetlere erişimde eşitlik, 2) sağlıkta bütünlüklü bir yaklaşım (programları uygulamaya geçirecek disiplinlerarası ekipler) ve 3) sağlık alanındaki girişimlere halkın katılımı.

Erişimde eşitlik ilkesi, sağlık hizmetlerine yasal, ekonomik, coğrafi ve kültürel erişimi de içine alan sayısız faktörü işin içine sokmaktaydı. Öncelikle, sağlık hakkına ve devletin sağlık hizmetlerini temin yükümlülüğüne anayasada kutsal bir yer ayrıldı. Ekonomik erişim, herkes için ücretsiz sağlık hizmeti anlamına gelmekteydi. Coğrafi erişimin sağlanması için, tesislerin ve personelin, her nerede yaşarlarsa yaşasınlar tüm yurttaşlara ulaşmak üzere kapsamlı bir şekilde yeniden konumlandırılması gerekmekteydi. Kültürel erişim, hekimlerle hastalar arasındaki sınıf ve eğitim farklılıklarının azaltılması demekti. Bunun sağlanabilmesi için, tıp eğitimi herkesin şartsız kaydolabileceği şekilde düzenlendi ve hekimlerin mümkün olduğunca kendi memleketlerinde görevlendirilmesi tercih edildi. Şartsız tıp eğitimi olanağı

1 Küba sağlık sisteminin, sağlık diplomasisinin, ayrıca biyoteknoloji alanında imza atılan gelişmelerin tarihi, ideolojisi ve örgütlenmesi ile ilgili eksiksiz inceleme için bkz. Julie M. Feinsilver, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*, Berkeley: University of California Press, 1993.

ideolojik açıdan cazip olduğu kadar, yeterli sayıda hekim eğitmek için de gerekliydi. Devrimin zafere ulaşmasıyla birlikte, Kübalı hekimlerin neredeyse yarısının ülkeyi terk ettiğini belirtmeli.

Halkın katılımı ilkesi, halk örgütleri (Devrim Savunma Komiteleri, Kübalı Kadınlar Federasyonu, sendikalar, öğrenci örgütleri) aracılığıyla, sağlık hizmeti sunumunun planlanmasına, yönetilmesine, uygulanmasına ve denetlenmesine, yerel düzeydeki sağlık çalışanları ve kurumları ile bir arada halkın da el vermesi şeklinde düşünülmüştü. Ancak bu söylem ve iktidarın başlangıçtaki niyeti bir yana, halkın katılımı asıl olarak devletin sağlık alanındaki niyetlerinin uygulamaya geçirilmesi anlamına gelecek ve bunda da büyük başarı sağlanacaktı. Bu sayede sağlık çalışanlarının ulaşabildiği çevre genişleyecek ve sağlık hizmetlerinin maliyeti düşecekti. Halk hem dizginleri eline alacak ve kendi sorunlarını kendisinin çözebileceğini görecek, hem de sağlıkla ilgili belli konularda eğitim düzeyini yükseltecekti. Halkın katılımı, bireyin ve toplumun kendi gücüne duyduğu güveni pekiştirmeye dönük devlet çabasının önemli bir parçası haline gelecek, toplumun kaynaşması yönünde de önemli bir adım olacaktı.

KÜBA SAĞLIK SİSTEMİNİN EVRİMİ

Kesintisiz reform, Küba sağlık sisteminin kilit özelliklerinden biri olmuştur. Devrimden bu yana her on yıllık dönemde sistemin gidişatı ve yaşanan sorunlar yeniden masaya yatırıldı. Devrimin yarım yüzyıllık serüveni boyunca, ülkenin sağlık, toplum, ekonomi ve siyaset alanlarındaki öncelikleri gözetilerek, sistemde çeşitli düzenlemeler yapıldı. Aşağıda, bu evrimi onar yıllık dönemler halinde kısaca gözden geçireceğiz.

1960'lar: ulusal sağlık sisteminin inşası

Devrimci Küba hükümeti, herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunma hedefi doğrultusunda, 1959'da iktidara gelişinin hemen ertesinde, hiç zaman yitirmeden başlattı sağlık reformunu. Acil eylem kararının uygulanışında ise üç önemli etmenin varlığından söz edebiliriz: 1) Köylü nüfusun büyük bölümünün içinde bulunduğu alçaltıcı yoksunluklara dair devrimcilerin sahip olduğu deneyimler ve devrim mücadelesi boyunca, denetimleri altındaki bölgelerde halka tıbbi hizmet sunmuş olmaları; 2) devrim öncesinde, üyesi olanlara prim ödemesi karşılığında sağlık hizmeti sunan, sigorta sandığı benzeri yardımlaşma derneklerin ortaya koyduğu örnek; 3) toplumcu tıp yaklaşımının, devrim öncesi iki tıp derneğinden biri olan Küba Tıp Federasyonu bünyesindeki ilerici hekimler tarafından destekleniyor oluşu. Bu etmenlerin varlığı göz önünde bulundurularak atılan ilk adım, 1960 Ocak ayında Köy

Sağlık İdaresi'nin oluşturulması olacaktı. Böylece, merkezin dışında kalan alanlar, önceden hiç mevcut olmayan veya çok sınırlı ölçüde sunulan sağlık hizmetlerine kavuştu. Bu hizmetleri verecek personelin temini içinse, tıp fakültesi öğrencilerine, mezuniyetin ardından bir yıl süreyle İdare bünyesinde görev yapma zorunluluğu getirildi.

1964'ten itibaren, sağlık ocakları, her biri 25.000 ila 30.000 kişilik bir bölgeye hizmet veren polikliniklere dönüştürülmeye başlandı. Bu coğrafi alanlar, her 5.000 yetişkin başına bir iç hastalıkları uzmanının, 15 yaş üstü her 3.000 ile 4.000 kadına bir kadın doğum uzmanının ve 15 yaş altı her 2.000 ila 3.000 çocuğa bir pediyatri uzmanının tahsis edildiği alt bölgelere ayrıldı. Her ana ekipte, ilgili dalda eğitim almış bir de hemşire bulunmaktaydı. 1967'ye gelindiğinde, sağlık sisteminin üç parçalı yapısını (halk sağlığı, prime dayalı yardımlaşma dernekleri ve özel sağlık sektörü), iktidar tarafından köklü bir yeniden yapılanmaya tabi tutulmuş, bölgesel ve hiyerarşik örgütlenme üzerine kurulu Ulusal Sağlık Sistemi içinde eritilmiş durumdaydı. Ulusal sistem, farklı kademeler arasında sevke izin vermekte ve en önemlisi, herkesi ücretsiz olarak hizmet şemsiyesi altına almaktaydı.

1970'ler: tıp, halkla kucaklaşıyor

Tıp eğitimini merkeziyetçilikten uzaklaştırma girişimlerinin geçmişi 1968'e kadar uzanıyor olmakla birlikte, bu yapının ulusal ölçekte uygulamaya geçmesi için, 1970'lerin ortalarında "halkla kucaklaşan tıp" [*medicine in the community*] yaklaşımının resmiyet kazanmasına kadar beklemek gerekecekti. Her öğrenci, tıp eğitiminin bir bölümünü okulun, yani merkezin dışında, polikliniklerde alacaktı artık. Halkla kucaklaşan tıp, sağlığı, hastalığın mevcut olmadığı durum olarak tanımlamakla yetinmeyen ideolojik bakışın hayata geçirilmesindeki zirveyi temsil etmekteydi. Sağlık ekipleri, polikliniklere hapsolmaktan kurtarılıp, sorumlu oldukları insanlarla doğrudan evlerinde, gündüz bakımevlerinde, okullarda ve işyerlerinde ilgilenmek üzere halkın arasına karıştılar. Şurası da önemli ki, ekipler kendi bölgelerindeki sağlık koşullarının ve sağlık üzerindeki etmenlerin derinlikli bir teşhisini yapıp; hastalıklar, ölüm oranları ve aşılama konularında veri tabanları oluşturup; mevcut ihtiyaçları ve kaynakları değerlendirmeye alıp; hedef müdahaleler için risk altındaki grupları belirleyip girişiyorlardı işe. Bu teşhis çalışmalarının, sağlık personeli ve halk temsilcilerinin bir araya gelmesiyle her iki ayda bir tartışılıp güncellenmesi öngörüldüyse de, bu pek uygulanamadı. Yazık ki, 1978'e varıldığında, hastalıkların önlenmesi, hastane acil servislerinin birinci basamak tedavilerde kullanımının azaltılması ve bakım hizmetlerinde devamlılık başta olmak üzere, halkla kucaklaşan tıp mode-

linden beklenen faydalar konusunda, kuram ile uygulama arasında bariz bir kopukluk olduğu görülüyordu.[2]

1980'ler: aile hekimliği programı

"Halkla kucaklaşan tıp" modelinin yukarıda andığımız sorunlara yeterli çözüm getirmekte başarısızlığa uğramasıyla, sistemin gözden geçirilmesine ve hizmetlerin merkezden alınıp sahaya yayılması sürecinin daha da ileri bir noktaya götürülmesine karar verildi. Bu kez, yerelleşmeyi sokak düzeyine kadar indiren Aile Hekimliği Programı geliştirildi ve ilk denemeler 1984 yılında başladı. Amaç, her sokak için bir hekim ve hemşire görevlendirerek, en ücra topluluklara bile ekipler göndererek, sağlık sistemine tahsis edilen kaynakların daha etkin bir şekilde tabana yayılmasını sağlamaktı. Halen devam ettirilmekte olan bu anlayış, sadece hastaların değil, tüm halkın sağlığını yorulmadan takip etme, sağlık düzeyini yükseltme, risk faktörlerini saptama, hastalıkları önleme ve sağaltma ve nihayet rehabilitasyon hizmeti sunma görevlerini yüklüyordu sağlık ekiplerine. Bunlar yeni görevler değildi kuşkusuz; ancak, sağlık ekiplerinin halkın içinde yaşaması ve yedi gün, yirmi dört saat hizmet vermesiyle daha olumlu bir noktaya ulaşılacağı düşünülmekteydi. Bunun yanı sıra, yoksulluktan kaynaklanan hastalıklar başlıca sağlıksızlık ve ölüm nedeni olmaktan çıkmış, yerini kalkınma dönemi hastalıklarına bırakmıştı. Sağlığın geliştirilmesine[3], hastalıkların önlenmesine ve kronik dejeneratif hastalıklara daha fazla dikkat yöneltmek gerekiyordu artık.

Bu yeni hizmet modeli, her 120 ila 150 aileye ya da her 600 ila 700 kişiye bir aile hekimi ile bir hemşirenin düşmesi anlamına geliyordu. Bu iki kişilik ekibin ihtiyaç duyduğu destek ise, polikliniklerden başlayıp, üçüncü kademe hastanelere ve araştırma enstitülerine uzanan, teknolojik düzeyi gitgide yükselen, geniş bir sağlık kuruluşları ağı tarafından sağlanacaktı. Aynı zamanda, yeni yeni boy veren biyoteknoloji ve ilaç endüstrileri geliştirilecek, ilerleyen zamanlarda sistemin tedarikini üstlenmeye başlayacaktı. Aile hekimliği programının tabi olduğu tüm kurallar Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından belirleniyorduysa da, ekipler kuralların uygulanmasında hatırı sayılır bir esnekliğe sahipti. Halkı muayenehanelerinde kabul etmek yerine gerçek yaşam alanlarında ziyaret etmeleri yönünde çok büyük bir teşvik söz konusuydu. Bu, sağlıksız yaşam biçimlerinin değiştirilmesi ve özellikle de yaşlılar

2 Aynı eser, s. 37-40.

3 Sağlığın geliştirilmesi [*health promotion*]: Dünya Sağlık Örgütü tarafından, "insanların ve toplulukların kendi sağlıklarını denetim altına alma ve böylece sağlık düzeylerini yükseltme olanaklarını güçlendirme" olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra, yasal düzenlemeleri, mali önlemleri, örgütsel değişimi, toplumsal gelişimi ve sağlık risklerine karşı yerel faaliyetleri de sağlığın geliştirilmesine dönük yöntemler arasında saymaktadır – *çev.*

arasında fiziksel yeterlik düzeyinin yükseltilmesine yapılan vurgu nedeniyle önemliydi.

Aile hekimi, aynı zamanda daha yukarı hizmet kademelerine sevk ettiği hastaların savunuculuğunu da üstleniyor. Taburcu sonrasındaki tedavi sürecinin yönetilmesinden de onlar sorumlu. Hastaların bu denli yakından izlenebiliyor oluşu, Küba'da her evde bulunan her yatağın gerektiğinde bir hastane yatağına dönüşebilmesi anlamına geliyor. Böylece, tedavide devamlılık, hastanın tedaviye uygun hareket etmesinin sağlanması ve rehabilitasyon büyük ölçüde kolaylaşırken, ilgili masraflar da düşüyor. 2007 yılına ait veriler, ülkedeki 14.007 aile hekimliği muayenehanesinde çalışan 32.548 aile hekiminin, nüfusun yüzde 99,7'sine hizmet götürdüğünü gösteriyordu. Oran, yalnızca Holguin ve Santiago de Cuba illerinde yüzde 100'ün biraz altında kalmaktaydı.[4]

Gerek yurtiçinde, gerekse dışında giderek büyüyen ihtiyaçlara ve hedeflere yanıt verebilecek yeni tipte sağlık personelinin yetiştirilebilmesi için, dünyanın en iyi tıp fakültelerindeki uygulamalar temel alınarak, tıp eğitimi de hem yapı hem müfredat bakımından tekrar gözden geçirildi. Bu değişimler, eğitimde niteliğin yükselmesi; belli disiplinlere odaklanan klasik müfredatın yerine biyolojik sistemlere yönelik bir bakışın getirilmesi; Çok Amaçlı Tıp (Aile Hekimliği) uzmanlık dalının yaratılması; öğretim, hasta bakımı ve araştırma çalışmalarının "halkla kucaklaşan tıp eğitimi" anlayışıyla bütünleştirilmesiyle kendini gösterecekti. Bugün de devam eden sisteme göre, bazı istisnalar hariç tüm tıp öğrencileri, sonradan hangi alanı seçerlerse seçsinler, aile hekimliği alanında üç yıl süreyle ihtisas yapacaklardı öncelikle. Aile hekimliğini seçenler, ihtisaslarının kalanını işbaşında tamamlayacak, bu arada birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine araştırmalar yürütecek ve haftada bir kez nöbete kaldıkları en yakın poliklinikte seminerlere katılacaklardı. Ücra yerlerde görevli hekimler ise, başka ülkelerdeki uygulamaların aksine, gruplar halinde profesörler tarafından ziyaret edileceklerdi.[5]

Aile Hekimliği Programı'nın, doğum gibi doğal insani süreçleri fazlasıyla tıbbileştirmekle, yüksek maliyet ortaya çıkarmakla, bazen dayatıcı bir anlayış getirmekle (yüksek risk taşıyan kadınlar, doğum öncesinde doğumevlerine gönderiliyorlar ya da yaşaması olanaksız görülen ceninler için kürtaja ikna ediliyorlar) ve hatta bir toplumsal denetim biçimi yaratmakla eleştirile-

4 Médicos de la familia y cobertura según provincias, *Anuario Estadístico de Salud 2007,* Fuente: Registro de profesionales de la salud y Dirección de Atención Primaria, 2007, http://bvs.sld.cu. 2007 yılında, hizmetlerin kapsamı yeniden düzenlendiyse de, bununla ilgili verilere ulaşmak şimdilik mümkün değil. 2007'de aile hekimlerinin sayısı 2006'ye göre 673 adet daha düşüktü. Doğal eksilmelerin, uzmanlığa geçişteki artışın, sistem verimliliğindeki yükselmenin ve yurtdışındayken iltica eden hekim sayısının bunda payı olduğu düşünülebilir.

5 Feinsilver, *Healing the Masses*, s. 117-18.

bilir oluşu bir yana, eldeki veriler, programın çok çeşitli faydalar sağladığını gösteriyor. Örnek vereceksek, korumanın daha etkin hale getirilmesiyle, hastane yatışlarının, cerrahi müdahale sayılarının ve acil servis kullanım rakamlarının azaldığı görüldü; yaşlılar arasında hastalık oranları ve ilaç kullanımı düştü; hastaların tedaviye uygun hareket etme tutumunda genel bir iyileşme sağlandı. Bu gelişmelerin her biri, aynı zamanda maliyetlerin düşmesi demekti. Daha da önemlisi, kırsal kesimde bebek ölüm oranlarında hatırı sayılır bir düşüş kaydedildi, genel sağlık göstergeleri iyileşti ve bakanlığın araştırma sonuçlarına göre, hasta memnuniyeti de arttı.[6] Program, hem hastalar hem de aileleri için bir dayanak ve güven hissi yaratarak, iktidarın meşruiyetini pekiştirmekte bir yandan da. Programın getirdiği faydaların, toplumsal maliyetler ve diğer zararlara baskın gelip gelmediği ise hâlâ tartışılıyor. Ancak, aile hekimlerini eğitme ve istihdam etme, ayrıca bu iş için küçük muayenehaneler kurma yolunda harcanan para, ekonominin (dolayısıyla istihdam ve ücretlerin) ve eğitim sisteminin devlet denetimi altında olduğu bir ülkede çok daha düşük seviyelere çekilebiliyor. Bu yapı içinde, devlet çok daha fazla hekim yetiştirme ve nerede ihtiyaç duyuyorsa orada görevlendirme olanaklarına sahip.

Devletin, birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin yanı sıra, hastane ağını ve yüksek teknoloji araştırma enstitülerini büyütmek ve çağdaşlaştırmak için de önemli yatırımlara giriştiği görülüyor. Uluslararası öneme sahip biyoteknoloji ve genetik mühendisliği çalışmaları, ayrıca ilaç araştırma ve üretim kapasitesini geliştirilme gayreti bu kapsamda değerlendirilmeli.[7] Kübalı hekimler ve tıp bilimcileri, özel teknikleri hızla kavrama ve hatta yenilerine öncülük etme konusunda hayli ustalaştılar. Biyoteknoloji, genetik mühendisliği ve ilaç araştırmaları, ileride ithal malların yerini alacak ve ihracat yoluyla döviz getirecek ürünler geliştirmeye başladı bile. Bu arada, sağlık diplomasisi alanında istihdam edilecek çok sayıda hekimin yetiştirilmesi için de devletin büyük yatırımlar yaptığını belirtelim.

1990'lar: ekonomik krize uyum süreci

Sovyetler Birliği ve Doğu Bloku'nun dağılması, Kübalıların "özel dönem" olarak adlandırdığı sürecin başlamasına yol açtı. 1990'ların başında dış ticari ilişkilerin çökmesiyle, ülke ekonomisi için bunalım kaçınılmaz bir sonuçtu. Sosyalist ülkeler arasındaki işbölümüne ve desteklemeli ticarete ya da bu yapının sağladığı adil ticaret koşullarına bel bağlamış durumdaydı Küba onlarca yıldır. Şimdi birdenbire, temel ihtiyaç maddeleri temin edilemez hale

6 Aynı eser, s. 40-41, 44-47.

7 Aynı eser, p. 58-62, 122-55.

gelmiş ya da uluslararası ticarette kullanımı mümkün olan para birimleriyle, dünya piyasa fiyatları üzerinden alışveriş yapma zorunluluğu doğmuştu. Uzun süredir devam eden Amerikan ambargosu durumu daha da kötüleştirmekte ve Küba'yı, çok daha uzak ülkelerden, daha yüksek maliyetle alışveriş yapmaya zorlamaktaydı. Küba devleti, bu zorunluluğun, satın alma güçlerini yüzde 20 ila 30 düşürdüğünü hesaplıyor.[8]

Kimi temel ilaçlar ve dezenfektanların temininde yaşanan sıkıntılar gibi öteden beri var olan sorunlar, özel dönemde kriz boyutlarına ulaşacaktı. Araç-gereçlerin yedek parçaları, ilaç yapımında kullanılan temel bileşenler, altyapı malzemeleri ve sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan başka her türlü mal, son derece güç bulunabiliyordu. Bu arada, gıda tedarikinin de ciddi biçimde azalmasıyla, halkın hastalıklar karşısındaki direnci düşmüştü. Tablonun vahameti, Halk Sağlığı Bakanlığı'na (MINSAP) tek bir seçenek bırakıyordu: Sistemin ayakta kalmasını sağlamak üzere, faaliyetlerin verimlilik düzeyini yükseltecek bir strateji geliştirmek.

MINSAP tarafından geliştirilen stratejide, halihazırda uygulanan bir dizi önlemin daha ileri boyuta taşınmasına, derinleştirilmesine ve/veya genişletilmesine öncelik verilmekteydi: 1) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, 2) geleneksel veya doğal ürünlere dayalı ilaçlar ve alternatif tedavi yöntemleri, 3) çalışmalarda merkezden sahaya doğru yayılmanın sağlanması, 4) halkın katılımı ve 5) epidemiyolojik takip. Bu önlemler geçmişte maliyetleri düşürmek amacıyla devreye sokulmuş olmasa da, elde edilen sonuçlar arasında bu da vardı. Sağlığın geliştirilmesine ve hastalıkların önlenmesine yapılan vurgu, onlarca yıldır sistemin öncelikli faaliyet alanlarından biriydi ve reform nedenleri arasında daima yer almıştı. Doğal ürünlere dayalı ilaçların ve akupunktur, ozon terapisi gibi alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı da 1970'lerde yaygınlaşmaya başlamıştı. Ancak bu tedavilerin standartlaştırılmasına, güvenilir hale getirilmesine ve klasik [*alopatik*] tedavilerin yerine geçirilmesine özel önem verilecekti artık.

Faaliyetlerin sahaya yayılmasına da çok önceleri başlanmış ve yerel yönetim seviyesindeki sağlık tesisleri, idari bakımdan Halk İktidarı Belediye Meclisleri'ne bağlanmıştı. Her zaman başarılamasa da, bu meclislerin sektör genelinde faaliyetlere eşgüdüm kazandırması ve halkın katılımını sağlaması amaçlanmaktaydı. Yeni yerelleştirme stratejisi, uluslararası "Sağlıklı Kentler"[9] yaklaşımını benimsiyordu. 1998 itibarıyla, Küba belediyelerinin neredeyse yarısı, okullarda, işyerlerinde, pazarlarda, cezaevlerinde ve kooperatif merkezlerinde sağlıklı yaşam etkinliklerine destek veren Ulusal Sağlıklı Kentler Ağı'na

8 "La Reforma Del Sector de la Salud", http://www.dne.sld.cu adresinde mevcuttur.

9 DSÖ ve AB tarafından geliştirilen, sağlığı olumlu etkileyecek politikaların yerel yönetimler düzeyinde geliştirilmesini amaçlayan halk sağlığı yaklaşımı – *çev.*

üyeydi. Bu yaklaşım, toplumun hem bireyler hem de gruplar temelinde, sağlığa dair sorumluluk üstlenme konusunda halkın daha etkin katılımını gerektirmekteydi. Epidemiyolojik takip alanında ise, 1993 yılında meydana gelen optik nöropati salgınının ardından, mevcut takip sistemini geliştirmek ve hastalıklar baş gösterdiğinde bir erken uyarı sistemi sağlamak üzere, epidemiyolojik eğilimleri çözümleme birimleri oluşturuldu.[10]

MINSAP, pek çok sağlık tesisinde yaşanan bozulmaya, bazı sağlık birimlerinde gözlenen idari yetersizliklere ve hastaların hizmetler karşısındaki memnuniyetsizliğine yanıt olarak, hastanelere canlılık kazandırma (ancak, yatak ihtiyacının düşmesi nedeniyle, aynı zamanda hastaneleri küçültme); aile hekimlerinin sorun çözme yetkilerini genişletme ve bu alanda kimi maddi iyileşmeler sağlama; ayrıca sağlık hizmetine erişim olanakları ile hizmet kalitesini artırma kararı aldı. Aynı zamanda, modern devlet araştırma enstitülerinde ve kliniklerinde yürütülen çalışmaları desteklemek amacıyla dış kaynak bulma arayışına da girilecekti. Değişim gerekliydi; ancak değişim de tek başına yeterli olamazdı. Verimli bir değişimdi asıl ihtiyaç duyulan.[11]

Küba devleti, tecrübe edilen ciddi ekonomik krize rağmen, halk sağlığı sisteminde iki temel ilkenin arkasında durmayı sürdürecekti: Sistemin kullanıcılarından ücret alınmayarak devlet finansmanı devam ettirilmeli ve sağlık hizmetleri, temel bir insan hakkı olarak herkese ücretsiz sunulmalıydı. Kişi başına düşen sağlık harcamaları aradan geçen yıllarda hatırı sayılır ölçüde yükselmiş, ancak ülkenin genel ekonomik durumunun kötüleşmesiyle bu eğilim daha da hızlanmıştı. İktidar buna karşın, hafif bir düşüşün yaşandığı 1991 yılını dışarıda tutarsak, diğer ülkelerdeki alışıldık davranış biçimini bir kenara iterek, bütçeden sağlığa ayrılan payı oransal olarak artırmayı tercih etti. 1994 ile 2000 arası dönemde devletin sağlık harcamaları yüzde 59 büyürken, bu artıştan en büyük payı da personel ücretleri alıyordu. Yerelleştirme hamlesinin giderek hız kazanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasıyla, yerel idareler eliyle yapılan harcamalar büyümekte, merkezi hükümetin harcadığı tutar ise düşmekteydi.[12] Ne var ki, sağlık hizmetlerinin finansmanına bütçeden ayrılan payın döviz cinsinden karşılığı, kriz nedeniyle büyük düşüşler sergiliyordu: 1990 ile 1996 arasında sağlık bütçesinin Amerikan doları cinsinden büyüklüğü, 1989'daki kriz öncesi dönemin üçte biri ila yarısı dolaylarında gezinecekti.[13] Sağlık turizmi

10 Amerika Kıtası Sağlık Örgütü (PAHO), *Health in the Americas 2007*, Washington: PAHO, 2007, http://www.paho.org adresinde mevcuttur.

11 Aynı eser.

12 Tablo 87, "Ejecución del presupuesto y gasto por habitante 1959, 1960, 1965, 1970 – 2006", Año anuario 2006, Fuente: Registros administrativos de la Dirección Nacional de Finanzas y Contabilidad.

13 República de Cuba, Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública, *Sistema*

alanında hizmet vererek döviz girdisi sağlayan unsurları bir yana bırakırsak, sistem altyapısı ve araç-gereç donanımı bu süreçte büyük yara aldı.

Yirmi birinci yüzyıl: sonuca odaklanma

Chavez'in Venezüela'sı ile yürütülen stratejik ortaklığın derinlik kazanmasından da büyük fayda gören ekonomik toparlanma süreci, bozulmuş sağlık altyapısının yeniden inşasına başlama olanağını verdi. On yıl süren yatırımsızlık döneminin ardından, ülke genelinde 400'den fazla poliklinik ile en az 50 adet üçüncü basamak sağlık kuruluşunun (hastaneler ve ihtisaslaşmış enstitüler) ıslah edilmesi ve buralardaki teknolojinin yenilenmesi için planlar hazırlandı. Aynı zamanda, Kübalı doktorların yaklaşık üçte biri, "petrol karşılığı hekim" takas anlaşması çerçevesinde Venezüela'ya gönderiliyordu. Ancak, hem yenilenmesi henüz tamamlanamamış tesisler, hem de ülkenin kimi bölgelerinde yaşanan hekim eksikliği, göz ardı edilemeyecek ölçüde hoşnutsuzluğa neden oluyordu (Küba'nın, kişi başına düşen hekim sayısında dünyanın en gelişmiş ülkesi olmakla övündüğünü ve 2005 verilerine göre ABD'yi üçe katladığını unutmayalım).[14]

Yeni yüzyılla birlikte önem kazanan konulardan biri de nüfustaki yaşlanma olacaktı. MINSAP planlamacıları, mevcut istatistiklere ve her bölge ile alt sektörde gözlenen sağlık tablosuna dair kapsamlı teşhislere dayanarak sistemi masaya yatırdıklarında, epidemiyolojik yapıdaki çeşitlilikler nedeniyle, bazı bölgelerde halkın farklı hizmetlere ihtiyaç duyduğunu gördüler. Merkezde belirlenen programlar bu ihtiyaçlara yanıt veremiyordu. Sonuç olarak, yerel ihtiyaçlar doğrultusunda hizmetlerin daha esnek hale getirilmesi kararlaştırıldı. Bu yaklaşımın etkinliğini test etmek üzere, Havana polikliniğinde bir pilot program başlatıldı. Bir yandan sağlık sonuçlarını iyileştirirken, diğer yanda da maliyetleri düşürmek amacıyla, Havana polikliniğine tahsis edilen işgücü ve malzeme kaynakları artırıldı. Poliklinikler, bir kez daha sağlık sisteminin temel taşı haline gelecek ve önemli bir tıp öğrenim alanı (policlínico universitario) olacaktı. Aile hekimliği programı ise, asıl olarak sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi faaliyetlerini yerine getirmek üzere gözden geçirilecekti.[15]

Küba devleti, kırsalla kent arasındaki eşitsizliği ve diğer adaletsizlikleri dengeleme çabalarını daha devrimin ilk günlerinde başlatarak bu yolda muazzam aşamalar kaydettiyse de, kimi dengesizlikler yerli yerinde kaldı. Sağlık alanında varlığını sürdüren eşitsizliklerin fark edilmesi, hizmet sunumunda,

Nacional de Salud Políticas, Estrategias y Programas. Havana, Küba, Aralık 1998. 'La Reforma Del Sector de la Salud'.

14 PAHO, *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2007*, s. 4.

15 Republica de Cuba, Ministerio de Salud Pública, *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*, Havana: Editorial Ciencias Médicas, Şubat 2006, s. 64.

elde edilen sonuçlarda ve sağlık üzerindeki etmenlerde eşitlik düzeyinin takip edilmesine yönelik bir sistemin tasarlanmasına önayak oldu.[16] Daima öncelik verilmiş olan sağlık verilerine (bebek ölüm oranları, ortalama ömür, hastalıktan uzak kalma vb.) yapılan vurgunun yoğunlaştırılmasının yanı sıra, odakların başka yerlere de çevrilmesi anlamına geliyordu bu (müdahale, hekim muayenesi ve aşılama gibi). Ancak, sağlık hizmeti sunumunda ne ölçüde iyileştirilme yapılırsa yapılsın, 1990'larda kötüye giden hijyen ve beslenme koşulları da sonuçlar üzerinde en az sağlık hizmetleri kadar etki yaratmıştı. İktidarın, sağlık üzerindeki etmenlerde daha adaletli bir yapının kurulması konusunu sonraki yıllarda tekrar ele alması gerekecek.

Sağlık üzerindeki etmenlerin iyileştirilmesi amacıyla 2006 ile 2015 arasındaki dönemi kapsayacak şekilde hazırlanan uzun vadeli devlet planını da bu çerçevede ele almalı. Riski temel alan bu planın geliştirilmesinde, 2004'te gerçekleştirilen İkinci Ulusal Risk Etmenleri ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Araştırması'nda toplanan verilerden, ayrıca başka rutin istatistiklerden faydalanıldı. Planın, pek çok başka şeyin yanında, düzensiz içme suyu ve kanalizasyon altyapısı gibi, sağlık sistemindeki iyileşmelere bağlı olmayan, ancak sağlıksızlığı artıran çevresel ve davranışsal etmenlerin önemini de saptadığı görülüyor. Sağlık, pek çok farklı alanı birden ilgilendiren bir konu olduğundan, bakanlığın denetimi dışında kalan koşulların sağlık üzerindeki etkilerini göstermek ve bunların iyileştirilmesi yolunda mücadele etmek de Halk Sağlığı Bakanlığı'nın görevlerinden sayılıyor. Plan, bir tarafta stratejik rotayı ve hedefleri, programları, örgütlenmeyi ve işlevleri belirlerken, diğer tarafta da sistemin her aşamasında, sonuçlar ve etkiler temelinde yürütülecek takip ve değerlendirme ihtiyaçlarını saptıyor.[17] Planın uygulanması sırasında elde edilecek veriler ışığında, gerekli düzeltme ve değişikliklerin yapılması bekleniyor.

TIP DİPLOMASİSİ

Ülkedeki hekimlerin neredeyse yarısı devrimin hemen ardından yurtdışına kaçtığı ve bu yüzden önemli güçlüklerle karşılaşıldığı halde, Küba 1960'tan bu yana başka ülkelere tıbbi yardımda bulunuyor. Yaşanan beyin göçü, iktidarın sağlıkta reform yapma, tıp eğitimini yeniden düzenleme ve hekim sayısını büyük ölçüde yükseltme kararını almasına önayak oldu. Bu yönde atılan adımlar, sağlık diplomasisinin herhangi bir sapmaya gerek kalmadan yürütülebilmesine izin verecek ve sağlık sistemi kurma, ölüm ve hastalık oranlarını düşürme, gerekli insan kaynağını eğitme konularında ulaşı-

16 Abelardo Ramírez Márquez ve Cándido López Pardo, "A Monitoring System for Health Equity in Cuba", *MEDICC Review*, 7(9), Kasım/Aralık 2005, http://ww.medicc.org adresinde mevcuttur.

17 Ministerio de Salud Pública, *Proyecciones*.

lan somut başarılar, Küba'nın yardım tekliflerini yabancı ülkelerin gözünde son derece cazip kılacaktı. 1980'lerin ortalarına gelindiğinde, Küba'nın enternasyonalist program doğrultusunda yetiştirdiği hekim sayısı, kendi ihtiyaçlarının çok ötesindeydi. Eldeki son veriler (2007), ülkede her 155 kişiye bir hekimin düştüğünü gösteriyor. Başka hiçbir ülkenin yakınından dahi geçemediği bir tablo bu.[18]

Bir tıbbi güç olarak Küba

Küba, yaşanacakları haber verircesine, 1970'ler ve 80'lerde bile, Sovyetler Birliği, Doğu Avrupa ülkeleri ve Çin gibi kendisinden daha kalkınmış ticaret ortaklarına göre çok daha büyük bir sivil yardım programı (özellikle de tıbbi yardım) yürüttü Afrika'da. Bu tavır, Küba açısından hatırı sayılır bir soyut sermayeye dönüşecek ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kendisine siyasi destek olarak geri dönecekti. Ayrıca, Angola ve Irak gibi sunulan hizmetler karşılığında ödeme yapabilen ülkelerden de maddi kazanç sağlanacaktı (kuşkusuz, uluslararası piyasanın çok altında ücretler alınmaktaydı).[19]

Küba'nın yürüttüğü sağlık diplomasisinin, yararlanan ülkelere sağladığı fayda konusunda tartışmaya yer yok. Aradan geçen 50 yılı aşkın sürede, bu diplomasiye ev sahipliği yapan az gelişmiş ülkelerde yoksul kesimlerin sağlık düzeyi yükselirken, ülkeler arasındaki ilişkiler de gelişti. Küba sağlık ekiplerinin 1970'lerde çalıştığı Guyana ve Nikaragua'da solcu iktidarlar işbaşındaydı. Ancak 2005'teki tabloya bakıldığında, Aile Hekimliği Programı'nın yürütüldüğü Latin Amerika ve Karayip ülkeleri arasında (Belize, Dominik Cumhuriyeti, Haiti, Honduras, Nikaragua ve Paraguay) sadece Brezilya ve Venezüela'nın solcu iktidarlarca yönetildiği görülür. 2000 yılında dang hastalığı salgınıyla baş etmek üzere El Salvador'da görevlendirilen Küba sağlık ekipleri, kendi eserleri olan "halkla kucaklaşan tıp" modelini uygulayacak ve hatta bu yolda Salvador ordusunun da desteğini alacaktı.[20] Bununla da kalmayıp, biri Dominik adasında, diğeri de Antigua ve Barbuda'da olmak üzere iki adet Kapsamlı Teşhis Merkezi kurdular. 2008'de, hem Jamaika hem de Surinam'ın sağlık sistemleri, Kübalı personelin varlığıyla güçlendirildi.[21] Bu sürede, Latin Amerika'nın dört bir yanından gelen hastalar, Küba hasta-

18 Republica de Cuba, Oficina Nacional de Estadísticas, *Anuario Estadístico de Cuba 2007 (Edición 2008),* Table 19.3, http://www.one.cu adresinde mevcuttur.

19 Feinsilver, *Healing the Masses*, Bölüm 6, "Cuban Medical Diplomacy" (eski Sovyet bloğu ve Çin ile yapılan karşılaştırmalar için bkz. s. 159-160).

20 Dönemin Salvador Sağlık Bakanlığı Danışmanı Carlos Lovo ile röportaj, Washington, 30 Nisan 2009.

21 Küba Sağlık Sektörü Devletler Arası İşbirliği Kuruluşu internet sitesi Cuban Cooperation, http://www.cubacoop.com (İspanyolca ve İngilizce dillerinde mevcuttur) ve "Cubans to help boost local health sector", *Jamaica Observer,* 10 Mayıs 2008.

nelerinde ücretsiz tıbbi yardım da alabildiler. Kısacası, yardımın hedefinde sadece Latin Amerika solu bulunmuyor.

1970'ler boyunca ve ayrıca 80'lerin başında, Küba'nın Angola'ya ve Afrika Boynuzu'na verilen askeri desteği tamamlayıcı bir rol üstlenmek üzere, Afrika'da çok büyük sivil yardım programlarına giriştiğine şahit olduk. 1980'ler ve sonrasında askerlerin ülkeye geri çağrılması ve yaşanan jeopolitik/ekonomik değişimler nedeniyle yardım programının çapı küçültülecek, ancak programdan tamamen vazgeçilmeyecekti.[22] Apartheid sonrası dönemde beyaz beyin göçünün sıkıntısını yaşayan Güney Afrika, 1996'da Küba'dan hekim getirmeye başladı. 1998'e gelindiğinde, ülkenin kasabalarında ve kırsal alanlarında 400 Kübalı hekim çalışmaktaydı. 2008'de bu sayı küçük bir artışla 435'e varacak, sonrasındaysa programın odak noktası değişecekti. Bugün (2009), Güney Afrika'nın dokuz vilayetinden sekizinde bulunan klinik ve hastanelerde, toplam 138 Kübalı uzman hekim görev yapıyor.[23] İki ülke arasındaki anlaşma kapsamında, kimi üçüncü ülkelerde çalışan Kübalı sağlık ekipleri de Güney Afrika tarafından finanse ediliyor. 2004'te, Küba tıbbi yardımının Afrika kıtasının kalanına da yayılması ve Mali'de 100'ün üzerinde Kübalı hekimin görevlendirilmesi yönünde anlaşmaya varıldı. Ruanda ile de benzer bir anlaşmanın planları yapıldı. Kübalı hekimlerin geçmişte ve bugün çalıştığı ve genellikle Aile Hekimliği Programı'nı uygulamaya soktuğu Afrika ülkelerinin sayısı otuzu aşıyor. Doğu Timor ve Solomon Adaları gibi dünyanın en ücra noktalarında yer alan, Küba'nın stratejik çıkar alanıyla uzaktan yakından ilgisi bulunmayan kimi yerlerde de Kübalı sağlık ekiplerinin izlerine rastlıyoruz.

Toplama bakıldığında, 1962 yılından bu yana Küba'nın 103 ülkeyle sağlık diplomasisi yürüttüğü ve yurtdışında 113.585 sağlık personeli görevlendirdiği hesaplanıyor.[24] 2008 yılı Nisan ayında, dünyanın çeşitli bölgelerindeki 74 ülkede halka yardım eden Kübalı tıp personelinin sayısı 30.000'in üzerindeydi.[25] Devlete ait verilere göre, yurtdışındaki Kübalı sağlık personeli bugüne dek 1,6 milyonun üzerinde kişinin hayatını kurtardı; 85 milyondan fazla hastayı tedavi etti (bunun 19,5 milyondan fazlası, hastaların evlerine, okullarına, işyerlerine vb. yapılan ziyaretlerde gerçekleşti); 2,2 milyondan fazla cerrahi operasyona imza attı; 768.858 doğumda hazır bulundu ve 9,2 milyondan fazla kişiye tam doz aşı uyguladı.[26] Küba tıbbi yardımı, az gelişmiş

22 Feinsilver, *Healing The Masses*, 6. Bölüm..

23 "Cuban medical cooperation in South Africa highlighted", *Cuba Direct*, 26 Mayıs 2009, http://emba.cubaminrex.cu adresinde mevcuttur.

24 http://www.cubacoop.com.

25 *Prensa Latina*, 11 Nisan 2008.

26 http://www.cubacoop.com.

ülkelerde her yıl milyonlarca insanın yaşamını değiştirmekte. Bunun yanında, söz konusu çabaya devamlılık kazandırma yolunda, az gelişmiş ülkelerden 50 milyonun üzerinde sağlık personeline, Küba'da ya da yurtdışındaki Kübalı uzmanlar eliyle yürütülen işbaşı ve okul eğitimlerinde ücretsiz öğrenim olanağı sunuldu. Bugün, az gelişmiş ülkelerden gelip Küba'da burslu olarak tıp eğitimini sürdüren öğrencilerin sayısı 25.000 civarında. Üstelik, toplumun yoksul kesimlerinden 110 Amerikalı öğrenci de var bunların arasında. Daha fazla sayıda öğrenci ise, Küba'nın Sanal Tıp Fakültesi üzerinden, kendi ülkelerinde uzaktan tıp eğitimi alıyor.

Küba, 1960'da ilk tıp ekibini yurtdışına gönderişinden bu yana, yardım alanların kalplerinde ve akıllarında yer edebilmek için sağlık diplomasisine başvuruyor. Sağlık diplomasisi, günü geldiğinde diplomatik destek, ticari ilişki ya da yardım olarak geri dönecek bir itibar ve iyi niyet kazanma yolunda kritik bir araç olageldi. Küba'nın, giderek kalkınan ve teknolojisini ileri götüren bir ülke olarak algılanmasını sağlamanın bir yolu oldu. Ülkenin ABD'ye karşı verdiği Davut-Golyat mücadelesi açısından büyük önem taşıyor bu algı. Küba'nın sağlık diplomasisinde kazandığı başarı, 103 tanesi yardımların doğrudan alıcısı olan sayısız yabancı ülkenin yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler bünyesindeki başka organlar tarafından da onaylanıyor. Kazanılan itibar, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda Küba'nın gördüğü desteğe ve ABD karşıtı hareketlere katkıda bulunuyor. Bundan önceki 17 yıllık dönemde, Kurul üyelerinin ezici çoğunluğu, Amerikan ambargosunun kaldırılması yönünde oy kullandı. Son yıllarda, ABD'nin tutumunu savunan kampta İsrail, Palau ve Marşal Adaları'nın yalnız kaldığı görülüyor.[27] Dahası, Latin Amerikalı ve Karayipli liderlerin, 2009 Nisan ayında düzenlenen Amerika kıtası zirvesinde Başkan Obama'yla görüştükleri önemli konulardan biri de Küba'nın sağlık diplomasisi oldu. Amerika Devletler Örgütü'nün üyesi olan aynı ülkelerin, Küba'nın örgüte yeniden dahil edilmesi için Temmuz 2009'da oy kullanmasının nedenlerinden biri de buydu.

1960'tan beri orta yerde duran bir gerçek var: Dünyanın çeşitli yerlerinde meydana gelen büyük felaketler karşısında, eğitimli yardım ekiplerini seferber etme konusunda Küba son derece hızlı davranıyor. Son dönemden aklımızda kalanlar arasında, 2007 Mayıs'ındaki Endonezya depremini, Aralık 2007'deki Peru depremini, 2008'de Bolivya'yı yıkan selleri ve Mayıs 2008'deki Çin depremini sayabiliriz.[28] Tsunami sonrasında Endonezya'da, 2005 depreminin ardından da Pakistan'da yürütülen koruyucu sağlık çalışmaları ve tedavi faaliyetlerinde Kübalı sağlık ekipleri yine yerlerini almışlardı. Pakistan'a gönderilen, son derece deneyimli yardım uzmanlarından olu-

27 AFP, "Massive UN vote in support of lifting US embargo on Cuba", 29 Ekim 2008.

28 http://www.cubacoop.com.

şan dev ekipte, tam 2.564 hekim (ekibin yüzde 57'si), hemşireler ve sağlık teknisyenleri bulunuyordu.[29] Ekip, çalışacağı hastaneleri inşa etmek, donatmak ve işletmek için gerekli her türlü malzemeyi da yanında getirmişti üstelik. Bu hastanelerden ikisinin maliyeti bir milyon dolar civarındaydı. Bununla da kalmayıp, 2006 Mayıs'ında Pakistan'a 54 elektrik jeneratörü gönderdiler.

Pek çok felakette, az gelişmiş ülkelerin yanında, durumu görece daha iyi olan ülkelere de yardım ekipleriyle ulaştılar. Küba'ya destek olan iki taraflı ve çok taraflı soyut sermayeyi kayda değer ölçüde büyüttü bu girişimler. Yardım alanlar arasında, Ermenistan, Belarus, Moldovya, İran, Türkiye, Rusya, Ukrayna ve Latin Amerika ülkelerinin büyük bölümü bir çırpıda sayılabilir. On dokuz yılda, Rusya, Ukrayna, Belarus, Moldavya ve Ermenistan'dan, büyük kısmı Çernobil sonrası radyasyonla bağlantılı rahatsızlıklara yakalanmış 20.000 çocuk, Küba'da ücretsiz olarak tedavi edildi.[30] Hatta, Katrina Kasırgası'nın ardından, ABD'ye de 1.000'in üzerinde hekim ve tıbbi malzeme gönderme teklifinde bulundular. Bush yönetimi tarafından geri çevrildiyse de, neredeyse yarım yüzyıldır Amerika'nın düşmanlığından zarar gören küçük bir ülkenin böyle bir teklifle ortaya çıkmasının büyük bir sembolik önemi vardı.[31]

Küba-Venezüela-Bolivya üçgeni

Küba'nın, 1959 yılında Venezüela devlet başkanı Rómulo Betancourt'tan mali destek ve petrol istediğinde reddedilmiş olması ne ilginç bir rastlantı. Aradan kırk yıl geçtikten ve birbiri ardınca sayısız ekonomik zorluk atlatıldıktan sonra, Küba ekonomisinin ölesiye ihtiyaç duyduğu ticari ilişkiler, kredi, yardım ve yatırımlar, başkan Hugo Chávez'in döneminde yine Venezüela tarafından temin edilecekti. Bu ortaklık, Latin Amerika'yı toplumsal adalet odaklı bir ticaret ve yardım bloğunda birleştirmek üzere Venezüela tarafından geliştirilen Amerika İçin Bolivarcı Alternatif (ALBA) programı kapsamında yürütülüyor. Bu arada Küba da, sağlık diplomasisinin sınırlarını önceden hayal dahi edilemeyecek noktalara taşıma, Fidel'in sağlıkta bir dünya gücü haline gelmeye yönelik otuz yıllık düşünü bile geride bırakma olanağını kazanıyor.[32]

---

29 Aynı eser.

30 Aleksei Aleksandrov, "Health care: The secrets of Cuban medicine", *Argumenty i Fakty* (yüksek tirajlı haftalık yayın), Moskova, 17 Eylül 2003, *World Press Review* içerisinde yeniden basılmıştır, 50(12) 2003; ve "Over 20,000 children from Chernobyl rehabilitated in Cuba", *Caribbean Net News*, 2 Nisan 2009, http://www.caribbeannetnews.com adresinde mevcuttur.

31 Feinsilver, "La diplomacia médica cubana: cuando la izquierda lo ha hecho bien [Küba'nın sağlık diplomasisi: Sol işini doğru yaptığında]", *Foreign Affairs en Español*, 6(4), 2006, s. 81-94. İngilizce metin http://www.coha.org adresinde mevcuttur.

32 Feinsilver, "Cuba as a world medical power: the politics of symbolism", *Latin American Research*

Küba'nın bugüne dek giriştiği en büyük tıbbi işbirliği programı, şimdilerde Venezüela ile yürütülüyor. Hekim karşılığında petrol yardımına dayanan ticaret anlaşmaları, Küba'nın Venezüela petrolüyle takas ettiği profesyonel sağlık hizmetlerine piyasanın üzerinde fiyat ödenmesine, her iki ülke açısından stratejik önem taşıyan sektörlerde ortak yatırımların yapılmasına ve kredi teminine izin veriyor. Bunun karşılığında, Küba da Venezüela'nın yeterli sağlık hizmetinden mahrum kesimlerine hizmet götürüyor. Anlaşma, 30.000 sağlık personelini, 600 aile hekimliği kliniğini, 600 rehabilitasyon ve fizik tedavi merkezini, 35 yüksek teknoloji teşhis merkezini, 100.000 göz cerrahisini kapsıyor. Bunun yanında, daha küçük ölçekte olmakla birlikte, masrafları Venezüela tarafından karşılanmak üzere Bolivya'ya da sağlık hizmetlerinin götürülmesini öngörüyor.[33]

Programların uzun vadede sürdürülebilirliğini güvence altına almak isteyen Küba, Venezüela'da 40.000 hekim ile 5.000 sağlık çalışanı yetiştirmeyi ve Küba'daki tıp fakültelerinde 10.000 Venezüelalı tıp ve hemşirelik öğrencisini tam burslu olarak okutmayı da taahhüt etti. Daha sonra yapılan bir ek anlaşmada ise, Latin Amerika ve Karayip göz cerrahisi programının (Mucize Operasyonu), on yıllık bir dönemde 600.000 operasyona izin verecek şekilde genişletilmesi kararlaştırıldı. Küba, talebin bir kısmını karşılayabilmek ve yurtiçi tesislerindeki yükü azaltabilmek amacıyla, Venezüela ile Bolivya'da göz cerrahisine yönelik elli adet küçük merkez açtı ve hem bu ülkelerdeki hastalara, hem de komşu ülkelerden gelenlere müdahale etmek için Ekvador, Guatemala ve Mali'de de klinikler kurdu.

Küba, en büyük ikinci tıbbi işbirliği programını ise Bolivya ile yürütüyor. Şubat 2008 itibarıyla, Bolivya'daki Küba sağlık ekibinde 1.323'ü hekim, geri kalanları da yardımcı hekim, teknisyen ve başka personel olmak üzere, toplam 1.921 görevli bulunuyordu.[34] Aynı yılın Temmuz ayında, Bolivya'daki 327 belediyenin 215'i Kübalı sağlık personelinin hizmetlerinden faydalanmakta ve yardımlar ücra köylere kadar ulaşmaktaydı. Bolivya ile yürütülen sağlık diplomasisinin iki yıllık döneminde, Kübalı hekimlerin 14.000 hayat kurtardığı, 15 milyonun üzerinde muayene yaptığı, Bolivya'dan ve komşu ülkeler Arjantin, Brezilya, Paraguay ve Peru'dan yaklaşık 266.000 kişiye göz cerrahisi uyguladığı belirtiliyor.[35]

Review, 24(2), 1989, s. 1; ve *Healing the Masses*.

33 Feinsilver, "Médicos por petroleo: la diplomacia médica cubana recibe apoyo de sus amigos [Petrol Karşılığı Doktor: Küba'nın sağlık diplomasisi, Venezüelalı arkadaşından küçük bir yadım alıyor]", *Nueva Sociedad*, 216(Temmuz-Ağustos), 2008, http://www.nuso.org adresinde İngilizce ve İspanyolca dillerinde mevcuttur; ve Feinsilver, "La diplomacia médica cubana".

34 Dr. Miriam Gran Álvarez, "Estructura de la BMC", 1 Şubat 2008, http://colaboracion.sld.cu adresinde mevcuttur.

35 "Report on Cuban healthcare professionals in Bolivia", *Periódico 26*, 16 Temmuz 2008, http://www.periodico26.cu adresinde mevcuttur.

Buna ek olarak, 1998'de Orta Amerika'da yaşanan kasırgaların ardından Havana'da kurulan Latin Amerika Tıp Fakültesi'nde (ELAM) tam bursla tıp, uzmanlık ve diğer sağlık dallarını okuyacak Bolivyalı öğrencilerin sayısı 5.000 adet artırıldı. ELAM, halkçı sağlık hizmetlerinde görev yapacak sağlık personeli yetiştirme ve böylece sağlık sistemlerini sürdürülebilir kılma konusunda diğer ülkelere yardımcı olmak amacıyla kurulmuştu. Ancak, fakültenin bir yandan da Küba'nın sağlık diplomasisine sürdürülebilirlik kazandırdığı ortada. 2006'da, ELAM'da öğrenim gören genç Bolivyalıların sayısı 500 civarındaydı (yabancı öğrenci burs mevcudunun yaklaşık yüzde 22'si). 2.000 Bolivyalı ise, fakültede tıp öğrenimine giriş eğitimi almaya başlamıştı. Altı yıllık tıp eğitimi, kendi ülkelerinin yeterince hizmet alamayan bölgelerinde çalışma taahhüdünde bulunan yoksul öğrencilere ücretsiz veriliyor. 2006-2007 akademik yılında, ELAM'a 24.621 yabancı tıp öğrencisi kaydedildi.[36] 2005 ile 2008 arasında ise, 56 farklı ülkeden, 6.254'ü hekim, toplam 6.575 sağlık personeli mezun oldu.[37]

2006'da, ikinci bir Latin Amerika Tıp Fakültesi, Küba'nın da ortaklığıyla Venezüela'da açıldı. Fakültenin, takip eden on yıllık dönemde, az gelişmiş ülkelerden gelecek en az 100.000 öğrenciye ücretsiz tıp eğitimi sunması hedeflenmekteydi. Okulda, 1980'lerde Küba'da uygulanmış olan halka dönük eğitim modeli tercih ediliyor, öğrencilerin profesörlere gitmesi yerine, ders vermek için profesörlerin öğrencileri sahada ziyaret etmesi tercih ediliyor. Küba'daki uygulamanın daha da ötesine geçilerek, öğrenciler ikinci yıldan itibaren, başlangıçta sadece gözlem yapıyorlarsa da, kliniklerle haşır neşir olmaya başlıyorlar (sabahları). Bu yapı, Kübalı uzmanlar tarafından verilen sınıf eğitimleriyle (öğleden sonraları), ayrıca saygın Kübalı profesörler eliyle özel olarak hazırlanıp DVD ve CD'lere kaydedilmiş dersler ve Sanal Tıp Fakültesi'nin (Universidad Virtual de Salud – UVS) internet sitesi gibi uzaktan eğitim malzemeleriyle destekleniyor. UVS, Küba'nın ücretsiz tıp eğitimi kapasitesinin, sahip olunan fiziksel imkânların ötesine taşınması yoluyla büyük sayılarda aile hekimi yetiştirmek üzere 2006 yılında kuruldu. Öğrencilerin, kendi bulundukları ortamda yaşamaya ve çalışmaya devam etmesine olanak tanıyarak, eğitim masraflarını çok büyük ölçüde düşürüyor. Aynı zamanda, yoksul bölgelere hizmet sunan Küba sağlık personeline öğrenciler tarafından verilen destek giderek artıyor ve böylece hizmetlerin kapsamı genişlerken, maliyetler de biraz daha aşağı iniyor. Sahada tıp eğitimine dayalı bu model, kendi memleketlerinde ve/veya başka yoksul topluluklarda çalışmaya kendini adamış hekimler yetiştiriyor. Bu eğitim tipi şimdi Venezüela'nın yanı sıra Bolivya, Gine Bisav, Ekvator Ginesi, Gambiya,

36 http://www.cubacoop.com.

37 *Prensa Latina*, 4 Ağustos 2008.

Honduras, Nikaragua gibi başka ülkelerde de tercih ediliyor ve Küba'da da klasik tıp eğitiminin yanı sıra yürütülüyor.[38]

Elbette, hekimlerin bu şekilde seri üretime tabi tutulması ve sunulan tıp eğitiminin kalitesi hakkında soru işaretleri de beliriyor. Latin Amerika'da ve İngilizce konuşan Karayip ülkelerinin çoğunda, tıp birliklerinin, UVS'den mezun olanların gerçekten hekimlik niteliklerini taşıyıp taşımadığı hakkında şüpheci bir tutum sergilediğini görüyoruz. Aynı zamanda, pek çok ülkede artık tanınmakta olan ELAM mezunlarının hekim olarak tescil edilmesine karşı da direniyorlar. Bu okullardaki tıp eğitimi birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanmış olduğundan, hastane görevleri için tıp kurullarının şart koştuğu derinlikli bilgiyi özel hazırlık yapmadan veya daha ileri düzey eğitim almadan geçmek kolay değil. Sınav başarı oranları, İngilizce konuşan Karayip ülkelerinde pek yüksek olmadı bugüne dek. Bu tabloda, mezunların sosyoekonomik durumlarının ve fakülte öncesi eğitim düzeylerinin, klasik fakülte mezunlarına kıyasla yetersiz kalmasının da payı bulunabilir. Yine de, ELAM'dan mezun olan bazı ABD'li öğrenciler, kendi ülkelerinde düzenlenen Yabancı Tıp Fakülteleri Mezuniyet Sınavı'nda başarılı olabiliyor.[39]

Hangi ülkeye giderseniz gidin, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların konusunu oluşturan sağlık sorunlarının yaklaşık yüzde 95'inin, buralardaki hekimlerce çözümlenebildiğini hatırlamakta fayda var. Dolayısıyla sorun, ELAM mezunlarının birinci basamak tedavi hizmetlerini yürütme yeterliğine sahip olup olmadığı değil. Diğer hekimleri, mesailerinin büyük kısmını ayırdıkları sağlık sorunları için gerekli olanın çok ötesinde bir eğitim almaya yönlendiren rekabet duvarının daha da güçlendirilmesi savunulmaktadır. Unvanlar ve diplomalar üzerindeki anlaşmazlık bir yana, programın sağladığı insani ve simgesel faydanın muazzam boyutlara ulaştığına hiç kuşku yok. Üstüne üstlük, Venezülla'nın da maddi desteğiyle Küba tarafından eğitilen öğrenciler kendi ülkelerinde sağlık çalışanı haline gelip kanaat önderlerine dönüştükçe, programın siyasi meyveleri de toplanacaktır. 1961'den bu yana Küba üniversitelerinde hekim ve hemşire olarak eğitilen 50.000 yabancıdan bazıları şimdiden yetkili makamlara geldiler.[40] 2015'e değin 100.000 kişiye

38 Hekim Félix Rigoli ve hekim Eduardo Guerrero ile röportaj, PAHO, Washington, 30 Nisan 2009; UVS internet sitesi http://www.uvirtual.sld.cu; Steve Brouwer, "Fidel's WMDs versus Bush's WMDs: World medical doctors are more powerful than weapons of mass destruction", 14 Kasım 2008 ve "WMDs – World Medical Doctors – now being produced in Venezuela", 13 Kasım 2008, her ikisi de *Venezuela Notes* blog sitesinde, http://www.venezuelanotes.blogspot.com adresinde mevcuttur; ve "Cuba: More Doctors for the World", *MEDICC Review,* 14 Nisan 2008, http://www.medicc.org adresinde mevcuttur.

39 Kızı, ABD'de düzenlenen yabancı Tıp Fakülteleri Mezuniyet Sınavı'ndan geçmeyi başaran Saul Landau ile yapılan kişisel görüşme, 8 Mayıs 2009.

40 *Prensa Latina*, 11 Nisan 2008.

daha hekimlik eğitimi verilmesinin planlandığı düşünüldüğünde, az gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri üzerinde ortaya çıkacak etkinin hızla büyüyeceğini varsaymak yanlış olmayacaktır.

Sağlık diplomasisinin getirdikleri ve riskler

Sağlık diplomasisinin Küba'ya sağladığı ekonomik fayda, Venezüela'da Hugo Chávez'in işbaşına gelişinden sonra çok önemli bir noktaya ulaştı. Venezüela'nın petrol karşılığı hekim anlaşması kapsamında sağladığı ticaret olanağı ve yardımlar, Küba'nın sağlık diplomasisini yürütme olanaklarını pekiştirdi ve ekonominin yüzmeye devam etmesini sağladı. Sağlık hizmetlerinden elde edilen kazanç (hekim ihracı da dahil olmak üzere), 2006'da ülkenin toplam ihracat gelirlerinin ve net sermaye ödemelerinin yüzde 28'ini (2,312 milyon dolar) meydana getirerek, hem nikel ve kobalt ihracatını, hem de turizmi geride bırakacaktı.[41] Yalnızca tıp hizmetlerinden oluşmamakla birlikte, profesyonel hizmetlerin ihracı, 2008 yılında Küba'nın hizmet ticaretinin yüzde 69'unu teşkil etti (8,2 milyar dolar) ve mal ticaretinde ortaya çıkan açığın (10,7 milyar dolar) kapatılmasına yardımcı oldu.[42]

Diplomasinin, yardım alan ülkelere çıkardığı maliyet ise, aylık 150 dolara kadar uçak bileti ve harcırah ödemeleri ile tam pansiyon barınma giderleri ev sahibi ülke ya da Venezüela tarafından karşılanırken, hekimlerin maaşları Küba devleti tarafından ödendiği için düşük kalıyor.[43] Karşılaşılan masraf, uluslararası piyasadan hekim temin edilmesi durumunda ortaya çıkacak maliyetin çok çok altında. Ancak, Haiti gibi nakit sıkıntısı çeken ülkeler yine de zorluk yaşayabiliyor. Bu noktada, parasal olmayan maliyetler ve göz ardı edilemeyecek düzeye ulaşan başka riskler daha önemli hale geliyor. Kübalı hekimler, hiçbir yerli hekimin çalışmayacağı yoksul bölgelere hizmet veriyor ve ev ziyaretleri de sağlık uygulamalarının önemli bir parçasını oluşturuyor. Günün yirmi dört saati ve haftanın yedi günü ücretsiz hizmet sunuyorlar. Bu tablo, ev sahibi ülkelerde hekim-hasta ilişkisinin o ana dek sahip olduğu yapıyı kaçınılmaz olarak dönüştürüyor. Sonuçta, toplumsal değerleri ve ev sahibi ülkenin sağlık sistemi ile sağlık çalışanlarının işlevlerini dikkate almak bir zorunluluğa dönüşüyor. Bolivya, Guatemala, Honduras ve Venezüela gibi kimi yerlerde, sağlık uygulamalarında yapılan

41 Hindistan'ın Havana Elçiliği, "Yıllık Ticari ve Ekonomik Raport -2006", No.Hav/Comm/2007, 13 Nisan 2007.

42 Carmelo Mesa-Lago, "The Cuban economy in 2008-2009: Internal and external challenges, state of the reforms and perspectives", Küba hakkında uluslararası seminer, Tulane Üniversitesi ve Centro de Investigación y Adiestramiento Político Administrativo, San Jose, Kosta Rika, 3-4 Şubat 2009 (Paolo Spadoni tarafından derlenen bir kitapta basılacaktır).

43 Hekim Félix Rigoli ile röportaj, PAHO, 30 Nisan 2009.

değişikliklerin grevlerle ve kendini tehdit altında hisseden, yabancı hekimleri rakip olarak gören tıp birliklerinin diğer protesto eylemleriyle yanıt bulduğuna şahit olduk.

Sağlık diplomasisinin Küba'ya maliyeti ise daha karmaşık boyutlara sahip. Devletin sağlık personeline yaptığı uzun vadeli yatırımlar bu karışıklığı biraz daha büyütüyor. Hekimlerin maaşları Küba tarafından ödeniyor olmakla birlikte, ücretler son derece düşük. Küba'da aylık 25 dolar dolayında bir kazanç elde eden hekimler, sağlık diplomasisi kapsamında yurtdışında çalıştıklarında, bazen on kata varan oranda daha yüksek maaş alabiliyor.[44] Küba'ya döndüklerinde ise çift maaş uygulamasına tabi tutulup yaklaşık 50 dolar kazanıyor ve normalde temin edilemeyen belli ürünlerle ödüllendiriliyorlar.[45] Bu arada, Venezüela'da ve diğer ülkelerde diplomasi kapsamında ortaya çıkan eğitim ve sağlık maliyetleri önceleri Küba tarafından tek başına karşılanmakta iken, Venezüela ile imzalanan anlaşmanın devreye girmesinden bu yana, yükün önemli bir bölümünü Venezüela üstleniyor.

Üçüncü ülkelerde yürütülen sağlık diplomasisi programlarında görevliyken iltica eden Kübalı personelin eğitimi ve gelişimi için devletin yapmış olduğu yatırımlar da ek maliyet yaratıyor. Küba'da hayat hiç kolay değil ve ücretler de yurtdışında kazanılan miktarın ancak küçük bir oranına ulaşabiliyor. Daha düşük bir eğitim düzeyine sahip olan Kübalı turizm işçileri, hekimlerden çok daha fazla kazanıyor ve bu da kimi hekimleri yarı zamanlı olarak turizm işlerinde çalışmaya itiyor.[46] Onca eğitime ve sosyalist ideolojiyi destekleyen değerlere karşın, yurtiçinde elli yıl boyunca devam eden ağır iş yükü ve sağlık diplomasisine ev sahipliği yapan ülkelerdeki güç koşullar nedeniyle, bazı Kübalı hekimler en uygun seçeneğin iltica olduğunu düşünebiliyor.[47] Son yıllarda Bush yönetiminin küçük bir teşviki ile iltica eden hekimlerin sayısının 1.000 civarında olduğu sanılıyor.[48] Amerikan hükümeti, Ağustos 2006'da hazırladığı Küba Sağlık Çalışanları Taahhüt Programı'na göre, Kübalı hekimlerin iltica işlemlerini hızla tamamlama sözünü veriyor ve iltica hakkını neredeyse garanti

44 Tal Abbady, "Hundreds of Cuban medical workers defecting to US while overseas", *South Florida Sun-Sentinel*, 10 Ekim 2007 (http://www.coha.org adresinde mevcuttur).

45 Elise Andaya, "The Gift of health: Socialist medical practice and shifting material and moral economies in post-Soviet Cuba", *Medical Anthropology Quarterly* (yakında çıkacak, 2009).

46 Aynı eser ve Pierre Sean Brotherton, "We have to think like capitalists but continue being socialists: Medicalized subjectivities, emergent capital, and socialist entrepreneurs in post-Soviet Cuba", *American Ethnologist*, 35(2), Mayıs 2008.

47 Abbady, "Hundreds of Cuban medical workers defecting".

48 İltica eyleminin doğası, doğru tahminlerde bulunmayı güçleştiriyor. ABD Yurtiçi Güvenlik Bakanlığı ve Dışişleri Bakanlığı'nın Küba Masası bu konuda bilgi temin etmiyor ve hatta ellerinde veri bulunmadığını ifade ediyor. Kongre üyesi Lincoln Diaz-Balart'ın Abbady'nin eserinde yer verilen açıklamasına göre, 2006'da uygulanan özel bir program kapsamında 1.000 Kübalı hekim ABD'ye girdi.

ediyor.[49] Belki bu programdan sonra iltica edenlerin sayısı arttı ve bazı Kübalı hekimler için yurtdışında çalışmak ilk tercih haline geldi; ancak iltica talebinde bulunanların pek çoğunun kendilerini Kolombiya'da veya başka yerlerdeki hapishanelerde, sözü verilen hızlı iltica işlemleriyle ilgisi olmayan bir ortamda, ceplerinde pek az parayla buluverdiğini söylemeliyiz.[50] İlticalar hakkında kesin rakamlara sahip değiliz. Ancak Kübalı yetkililer, iltica oranlarının yüzde 2 ile 3 arasında kalacağını varsayarak plan yapıyor ve bu da mevcut rakamlara göre 600 ila 900 hekime karşılık geliyor.

Obama iktidarında Küba ile ABD arasındaki ilişkilerde yaşanacak bir yumuşama, iltica oranını daha da aşağı çekebilir. Böylesi bir yumuşama, adadaki ekonomik koşulları ciddi biçimde değiştirebilir ve hatta Amerikan sigorta şirketlerinin, müşterilerini sağlık hizmetleri için daha ucuz olan Küba'ya yönlendirmesine bile önayak olabilir. İlişkilerin normalleşmesi, hiç kuşku yok ki iki ülke arasında tıp personeli değişimine ve/veya iltica gereksinimi olmaksızın yasal göçe de izin verecek, geride kalan ailelerle ilgili sorunu ortadan kaldıracaktır.

SON SÖZLER: OLANAKLAR VE KISITLAR

Sağlık koşullarında ve ihtiyaçlarında, tıbbi teknolojilerde, uluslararası uygulamalarda, yurtiçi ve yurtdışındaki iktisadi ya da siyasal zorunluluklarda gözlenen değişimlere ayak uydurma konusunda sergilenen esneklik ve hız, Küba sağlık sisteminin en önemli iki güçlü yanını oluşturuyor. Küba'nın, en azından temel göstergelerde ABD'yi geride bırakmasını sağlama yönündeki siyasi irade ve bakış, sisteme dayanak oluşturan temel faktör sayılmalı. Daha karmaşık yönetim biçimlerine ve ekonomilerine sahip başka ülkelerle karşılaştırıldığında, sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapma konusunda Küba'nın müthiş bir yetenek ve istek sergilediği son derece açık.

Yazının başında da belirttiğimiz gibi, Küba devleti, siyasi yapının ne kadar yetkin olduğunu belirleme yolunda, temel sağlık göstergelerini bir ölçüt olarak ele alıyor. Temel göstergeler (bebek ölüm oranı ve ortalama ömür), ilgili etmenlerin çokluğu ve çeşitliliği nedeniyle, sosyoekonomik kalkınmanın ölçütleri olarak değerlendiriliyor. Küba, yaşadığı ekonomik güçlüklere karşın, her iki temel göstergede de üst sıralarda yer almayı başarmış bir ülke.

Kübalılar, sağlık sistemlerinin sergilediği eksiklikleri kabullenmekten de geri durmuyorlar. Devlet istatistikleri, doğum anındaki bebek ölümleri ve beş yaş altı ölüm oranları başta gelmek üzere, en önemli sağlık göstergelerinde

49 ABD Yurtiçi Güvenlik Bakanlığı, ABD Gümrük ve Göçmenlik İdaresi, "Fact Sheet: Parole for Cuban Medical Personnel in Third Countries", 19 Eylül 2006.

50 Mike Ceasar, "Cuban doctors abroad helped to defect by new us visa policy", *World Politics Review*, 1 Ağustos 2007.

bile dalgalanmaların yaşandığını ortaya koyuyor. Bunun yanı sıra, beslenme ve hijyen koşullarının kötüye gitmesine neden olan ekonomik sıkıntılara veya salgınlara bağlı olarak, çeşitli hastalık ve ölüm oranlarının periyodik olarak kötüye gittiği gözleniyor. 1990'lardaki ekonomik kriz sonucunda, bebek ölüm oranlarının 1994'te hafif bir yükselme sergilediği, ardından düşüp tekrar yükseldiği ve nihayet 2006'da aşağı yönlü bir çizgiye oturduğu görüldü. 2006'ya bakıldığında, her 1000 canlı doğumda 5,3 olan ölüm oranı, çoğu gelişmiş ülkeyi kıskandıracak düzeyde. Beş yaş altı ölüm oranları da, bebek ölümlerine paralel bir seyir izliyor.[51]

Ailelerin eğitim düzeyi gibi, bebek ölüm oranlarını etkileyen faktörlerden pek çoğu, Halk Sağlığı Bakanlığı'nın müdahale alanı dışında kalıyor (bu arada, Küba'nın öne çıktığı alanlardan bir diğerinin de eğitim olduğunu belirtelim). Bu çerçevede, zaman zaman otoriter önlemlere de başvurulabiliyor: Bebek ölüm oranlarına verilen büyük önem nedeniyle, doğumların sağlık kuruluşlarında yapılması yönünde bakanlığın ciddi ısrarıyla karşılaşılıyor. Bunu mümkün kılmak için, gebelikte yüksek risk taşıyan veya evinin yakınlarında uygun bir sağlık kuruluşu bulunmayan kadınlar, doğumdan bir veya iki ay öncesinden itibaren doğum evlerin kalmaya yönlendiriliyorlar. Gerek Kübalı, gerekse yabancı sağlık uzmanları bunu olumlu bir adım olarak değerlendirse de, bazı Kübalı kadınlar, bu kadar uzun bir süre için evlerinden ve ailelerinden uzağa gönderilmeye razı değiller. Bunun yanında, ceninin yaşayabilmesinin kuşkulu olduğu durumlarda kürtaj uygulaması destekleniyor. Tüm bebek ölümleri bakanlık yetkilileri tarafından titizlikle soruşturulduğu için, bu tip durumlarda anneye pek az seçme şansı sunuluyor.

Sağlık hizmetlerinin herkesi kapsayacak şekilde ücretsiz sunumu da, Küba'nın ulaştığı dikkat çekici sağlık sonuçlarında kilit rol oynuyor. Bu, Küba devriminin en önemli başarılarından biri olarak görülmeli. Küba'nın herkesi imrendiren hekim mevcudu ve sağlık kuruluşları ağı, devlet politikaları ve programlarının hayata geçirilmesi yolunda ihtiyaç duyulan araçları fazlasıyla temin ediyor. 2008 yılında, tesislerin verimlilik düzeyinin yükseltilmesi ve önleyici tıbba verilen önemin daha da artırılması çerçevesinde, hastane sayısı 219'a düşürülürken, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı yükseltilerek, 499 poliklinik, 335 doğumevi ve 156 yaşlılar evi olarak düzenlendi.[52]

Ancak hekim ve sağlık kuruluşu sayılarından daha önemlisi, sistemin güçlü ve zayıf yanlarını masaya yatırıp, değişiklikler yapma konusunda sergilenen istektir. Mevcut sistem, başka ülkelerde birebir taklit edilmek için fazla maliyetli olabilir; ancak sistemin belli unsurlarını, her ülkenin kendi koşulları doğrultusunda uyarlanabilecek bir model olarak ele almak mümkün. Bu

51 Oficina Nacional de Estadisticas, *Anuario Estadistico 2007*, Tablo 19.21.

52 Oficina Nacional de Estadisticas, *Panorama 2008,* Tablo 19.4.

bağlamda, Dünya Sağlık Örgütü ve aynı zamanda Venezüela gibi Küba'dan sağlık yardımı alan yabancı ülkeler, Küba'nın Aile Hekimliği Programı'nı uygulamaktan çekinmiyor.

Sağlık göstergelerini iyileştirme konusunda, halkın katılımı da Küba'ya büyük katkı sağladı şimdiye kadar. Kitlesel aşı kampanyalarının, köylerde ve kentlerdeki hijyen hareketinin, kadınlarda kitlesel rahim ağzı kanseri taramalarının, gebeliğin erken tespitinin, doğum öncesi bakım hizmetleri sunumunun, kan ve organ bağışlarının ve dang hastalığına yönelik kampanyaların başarıya ulaşmasında halkın katılımı hep kritik rol oynadı. Bu sayede sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların azalması sağlandığı gibi, kampanyaların tabana yayılma olanakları da büyük ölçüde genişledi ve daha hızlı, daha düşük maliyetli sonuçlar alınabildi. Öte yandan, halkın kendine güveni ve toplumsal kaynaşma derinleşti. Halkın sağlık sistemine katılımı yoluyla sağlanan toplumsal kaynaşma kesinlikle hafife alınmamalı.

Bu yapının kısıtları ise, aslında sağlık sistemine özgü değil. Para sıkıntısı ve fiziksel malzemelere erişmede yaşanan güçlük gibi, ekonominin genelini ilgilendiren sorunlar bunlar. Malzeme sıkıntısında Amerikan ambargosunun payı çok büyük. Bu durum, Kübalıların az kaynakla çok iş çıkarma konusunda zaman içinde ustalaşmasını sağladıysa da, kaynak yetersizliğinin neden olduğu çok ciddi sınırlamaların varlığı yadsınamaz. Son dönemde altyapı ve ekipmanın yenilenmesine yönelik önemli adımlar atılmış olmakla birlikte, "özel dönem" boyunca harap olmuş altyapının büyük bölümü elden geçirilmeyi bekliyor. Sistemin ihtiyaç duyduğu ilaçlar ve diğer temel maddelerde temin sıkıntısının henüz aşılamamış olması, hekimleri ve hastaları karaborsaya yönelmek zorunda bırakıyor. Çok küçük bir ücret için çok fazla çalışması gereken hekimlere verilen hediye ve yardımlarsa hiç de alışılmadık şeyler değil.[53]

Temel telekomünikasyon olanaklarına erişimde yaşanan sınırlamaların ve yurtdışına serbestçe çıkamamanın yarattığı tecrit ortamı da ilerlemenin hızını düşürüyor. Bakanlık ise, gerek Küba'da, gerekse yurtdışında yayınlanan tıp dergileri ile tıbbi metinlerin, Pan Amerikan Sağlık Örgütü'nün Sanal Sağlık Kütüphanesi ve bakanlık kaynakları yoluyla ülkeye sunulması yolunda çaba harcıyor. Sınırlı kaynaklar, bilgisayar ve mobil telefona erişim olanaklarını kısıtlıyor. Sağlık sistemiyse, tüm bu güçlüklere karşın, en öncelikli alanlara yatırım yaparak, temel göstergelerde olumlu bir gidişat yaratmayı başarıyor. Kaynak tahsisinde hedefler ve öncelikler saptanarak, kadınlara,

53 Söylemle uygulamalar arasındaki uyumsuzluk ve Küba sağlık sisteminde hekim-hasta ilişkilerinin yapısı hakkında bir inceleme için bkz. Pierre Sean Brotherton, "Macroeconomic change and the biopolitics of health in Cuba's special period", *Journal of Latin American Anthropology*, 10(2), 2005; Brotherton, "We have to think like capitalists"; ve Elise Andaya, "The gift of health".

çocuklara, bebeklere ve son yıllarda da yaşlılara yönelik hayati hizmetler güvence altına alınıyor.[54] Bu arada halk da ihtiyaç duyduğu ilaçlara ulaşmanın çeşitli yollarını buluyor: yurtdışındaki aile fertleri, yabancı yardımlar, turistler için açılmış olan dövizle alışveriş merkezleri, diğer insanlarla takas ve karaborsa.

Küba modelinin bir başka ülkeye topyekûn ithali mümkün olmayabilir. Ancak, biraz önce değindiğimiz gibi, özellikle de sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün fazla gelişmemiş olduğu ülkelerin, Küba örneğinde çok değerli dersler bulması mümkün. Hem sağlık düzeyini yükseltmenin, hem de masrafları kısmanın bir yolu olarak hastalıkların önlenmesine ve sağlığın korunmasına verilen önem, bu derslerden sadece biri. Kimsenin aklına gelmeyecek adımlar değil bunlar şüphesiz; ancak bir halk sağlığı sisteminden yoksun ülkelerin, özel sektör açısından yeterince kârlı olmayan bu önlemler için gerekli çabayı harcayabilmesi pek olası görünmüyor. Sağlık düzeyini yükseltme önlemlerinde önceliği kadınlara ve çocuklara (özellikle de anne-bebek hizmetleri alanında), yaşlılara ve kronik hastalık riski taşıyanlara vermek daha da büyük bir maliyet düşüşü sağlıyor. Öncelikle, önleme ve hedef belirleme için etkin bir planlama gerekiyor. Kapsamlı bir planlama faaliyetinin yürütüldüğü Küba'da, farklı coğrafi bölgelerdeki sağlık durumuna dair, aile hekimleri eliyle elde edilen ayrıntılı tespitlerden yola çıkılarak bir ulusal veritabanı oluşturuluyor. Böylece, epidemiyolojik eğilimleri izlemek ve sağlık politikasıyla ilgili kararları veriler ışığında almak mümkün hale geliyor. Küba'nın tek elden ödemeye dayalı, bölgeselleştirilmiş, hiyerarşik olarak örgütlenmiş sağlık sistemi, bu ölçekte bir durum tespitine ve kesintisiz veri güncelleme çalışmalarına imkân tanıyor. Bu sayede hastalıkların önlenmesine ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine dönük adımlara öncelik tanınabiliyor ve belli bölge halkları hedef seçilebiliyor. Bu yolu izlemek güç ve sonuç elde edeceğiniz de kesin değil. Ancak başarmak kesinlikle mümkün.

"Halkla kucaklaşan tıp" stratejisini temel alan tıp eğitiminin örneklerine hem sanayileşmiş ülkelerde, hem de az gelişmiş ülkelerdeki bazı tıp fakültelerinde rastlanıyor olmakla birlikte, müfredat ve halka ulaşma konusunda ulaşılan derinlik konusunda farklılıklar var. Büyük sayılarda hekim yetiştirmek ve onları ülkenin en ücra noktalarında görevlendirmek, ayrıca aile hekimliği programı kapsamında her sokağa bir hekim atamak, çoğu ülke ve bu arada muhtemelen Venezüela açısından elverişli adımlar sayılmaz. Ancak, uzaktan eğitim yöntemlerinin de yardımıyla, öğretici ile yakın ilişki içinde eğitilen aile hekimleri, tıp eğitiminde ölçeğin çok daha ilerilere taşınmasını mümkün kılabilir. Denklik ve diploma konusunda yerel tıp örgütlerinin sorun çıkart-

54 María Isabel Domínguez, "Cuban social policy: principal spheres and targeted social groups", *Latin American Perspectives*, 36(2), Mart 2009.

ması durumunda, müzakere yoluyla, diğer hekimleri tehdit etmeyecek bir düzenlemenin sağlanması gerekebilir. Halkın katılımı ise, bu konuya istekli STÖ'ler üzerinden örgütlenebilir (elbette, siyasi yapılar ve devletle ilişkiler konusundaki farklılıklar nedeniyle, bu örgütlerin halka erişme güçleri ve çalışma yöntemleri, Küba'nın kitle örgütlerine kıyasla epey farklılık sergileyecektir).

Son olarak, sağlık personelinin yurtdışına gönderilmesi ve kimi tesisler ile programların personel (veya ilaç ve malzeme) sıkıntısı yaşamasıyla, Küba'nın kendi halkı arasındaki hoşnutsuzluğun da yükselmekte olduğunu eklemeliyiz. Hekim başına düşen nüfusta Küba çok etkileyici rakamlara sahip gerçi ama, her sokakta bir hekim bulmaya alışmış Küba halkı, şimdi bazı işlemlerde bekleme sürelerinin uzadığını görüyor ve hekimlere binen yükün artmasıyla, kimi noktalarda hizmet kalitesi geriliyor. Bu sorunun farkında olan Raúl Castro, 2008 yılı Nisan ayında, verimliliği yükseltmek amacıyla Aile Hekimliği Programı'nın yeniden düzenleneceğini duyurdu. Aile hekimliği muayenehanelerinin sayı ve dağılım bakımından tekrar örgütlenmesi ve Havana dışındaki muayenehanelerin çalışma saatlerinin uzatılması anlamına geliyor bu. Yeterli sayıda sağlık personeli mevcut olduğunda, çalışma saatlerinin başkentte de uzatılacağı belirtiliyor.[55] Kimi iyileşmelere karşın, ülke içi sağlık sistemine gerekli ilgi gösterilmezse, rejimin meşruiyetini olumsuz etkileyecek sonuçlar çıkabilir ortaya. Her şeye rağmen, hem hekimlerin hem de halkın sergilediği yaratıcılık ve uyum yeteneği sayesinde, Küba sağlık sisteminin önüne çıkan kısıtların geçmişte sayısız kez aşılabildiğini unutmayalım.

55 Feinsilver, "Médicos por petroleo [Petrol Karşılığı Doktor]'.

Çin Sağlık Hizmetlerinde İkili Hareket

Shaoguang Wang

"İkili hareket" kavramını, Karl Polanyi'nin 1944 tarihli ufuk açıcı kitabı *Büyük Dönüşüm*'den ödünç alıyoruz. "Kendi kendini düzenleyen piyasa düşüncesi, ütopyadan başka bir şey değildi. Böyle bir sistem, toplumun insani ve doğal özünün mahvına neden olmadan uzun süre varlığını sürdüremezdi. Böyle bir yapı, insanı yok eder, çevresini de çöle çevirirdi." diyordu Polanyi.[1] Ona göre, "kendi kendini düzenleyen piyasa", "bu şeytani değirmenin yarattığı yıkıma" karşı toplumu korumayı amaçlayan bir karşı hareketin ortaya çıkışına yol açmaya mahkumdu.[2] Polanyi'nin savları, Çin'in geride kalan altmış yıllık dönemde sağlık hizmetleri alanında yarattığı büyük dönüşümleri kavramamızda bize yardımcı olabilir.

MAO YÖNETİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Halk Cumhuriyeti'nin 1949'daki kuruluşundan önce sağlık hizmetleri, Çinlilerin büyük bölümü için ulaşılmaz bir şeydi. Halkın ezici çoğunluğu, ancak kıt kanaat geçinmeye ve hayatta kalmaya yetecek kadar kazanabildiğinden, yetersiz beslenme ağır bir tehdit olarak sağlığın üzerine çökmekte ve yöresel hastalıklara sıklıkla rastlanmaktaydı. Ülkede bebek ölüm oranının her bin canlı doğumda 250 seviyesine yükseldiği[3], ortalama ömrün de 35 yıl dolaylarında olduğu bir dönemden söz etmekteyiz. Birleşik Devletler'in 1780'lerdeki durumuna eşdeğer bir tabloydu bu kabaca.[4]

1 Karl Polanyi, *The Great Transformation: The Political and Economic Origins of Our Time,* Boston: Beacon Press, 2001, s. 3 [*Büyük Dönüşüm: Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri*, çev. Ayşe Buğra, 2010 (9. baskı), İletişim Yayınları].

2 Aynı eser, s. 77.

3 Ka-Che Yip, "Health and nationalist reconstruction: rural health in nationalist China, 1928-1937", *Modern Asian Studies*, Sayı 26, No. 2, 1992, s. 396.

4 Harry E. Seifert, "Life tables for Chinese farmers", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Sayı 13, No. 3, 1935, s. 223-36.

Halk Cumhuriyeti kurulduktan kısa süre sonra, iktidar tarafından Birinci Ulusal Sağlık İşleri Konferansı düzenlenecek, "işçi, köylü ve asker" odaklı sağlık hizmetleri kılavuzu kaleme alınacaktı. Dönemin sağlık hizmetleri anlayışının birinci ve en önemli hedefi, "hekimsiz ve ilaçsız" bir ülkeyi, "hekime ve ilaca sahip" bir ülkeye dönüştürmekti.[5] Kore Savaşı'nın devam ettiği günlerde bile, kırsalda sağlık örgütlerinin kurulması yolunda çok hızlı bir gelişme kaydedecekti yeni iktidar. İlçe düzeyinde hizmet veren sağlık kuruluşlarının sayısı 1949'da 1.400 iken, 1952 sonunda 2.123'e ulaşacak ve coğrafi bölgelerin yüzde 90'dan fazlasını şemsiyesi altına alacaktı.[6] Mao dönemi boyunca, Çin'in eşitlikçi ilkelere büyük önem verdiği görülecekti. Mao dönemi, tüm yurttaşların, makul ücretler karşılığında temel sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlayacak bir sağlık sistemi kurma yolunda müthiş bir çabaya sahne oldu.

Sağlık sisteminin finansmanı, kentlerde iki ana ayaktan oluşmaktaydı: (1) emekliler dahil tüm devlet çalışanlarına, sakat kalmış gazilere, lise öğretmenleri ve öğrencilerine, kâr amacı gütmeyen kuruluşların çalışanlarına yönelik Devlet Sigortası (DS) ve (2) emekliler de içinde bulunmak kaydıyla, tüm kamu iktisadi teşekküllerinin (KİT) ve bazı kolektif şirketlerin çalışanlarına yönelik İşçi Sigortası (İS). DS programının üyeleri, güçlendirici ilaçlar ve plastik cerrahi gibi az sayıdaki birkaç ve işlem kayıt ücreti haricinde, ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinden büyük ölçüde ücretsiz faydalanıyordu. Bunun yanı sıra, üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler de belli koşullar altında kapsama dahil edilebilmekteydi. İS ise, üyelerine DS'dekine benzer imkânlar sunmakta, ayrıca üyelerin birinci dereceden yakınları için de sağlık harcamalarının yarısını karşılamaktaydı.[7]

DS, çeşitli seviyelerde yerel idareler tarafından finanse edilip yönetilirken, İS ise kuruluşların sosyal yardımlaşma sandıkları yoluyla finanse edilmekte ve her bir kuruluş bünyesinde ayrı olarak yönetilmekteydi.[8] Dolayısıyla, adlarında her ne kadar "sigorta" terimi geçiyor olsa da, hem DS hem de İS, riski ortak havuzda birleştirmeyen birer "dahili sigorta" sistemiydi gerçekte. Diğer bir deyişle, DS üyelerinin alacağı sağlık hizmetleri, kendi idari bölgelerinde elde edilecek vergi gelirlerine bağlıyken, İS sistemi de, her bir kuruluşun kendi kârlılık rakamlarına bağlı bir hizmet sunmaktaydı. Bu, kuramsal olarak,

5 Xu Jie, "Dui woguo weisheng jingji zhengce de lishi huigu he sikao" (Sağlıkta Çin'in ekonomi politiğine tarihsel bir bakış ve değerlendirme), *Zhongguo weisheng jingji* (Çin'in Sağlık Ekonomisi), No. 10, 1997, s. 7-8.

6 Yao Li, "Nongcun hezuo yiliao jinyan yu fansi" (Kırsal DSS: deneyimler ve gözlemler), http://iccs.cass.cn/detail_cg.aspx?sid=267 adresinde mevcuttur.

7 Gail Henderson, Jin Shuigao, John Akin, Li Zhiming, Wang Jianmin, Ma Haijiang, He Yunan, Zhang Xiping, Chang Ying ve Ge Keyou, "Distribution of medical insurance in China", *Social Science and Medicine*, Sayı. 41, No. 8, 1995, s. 1119–30.

8 Project Team of DRC, "An evaluation and recommendations on the reforms of the health system in China", *China Development Review (Ek)*, Sayı. 7, No. 1, 2005, s. 109-12.

sağlık hizmetlerinin bölgeler ve kuruluşlar arasında büyük farklılıklar sergilemesi anlamına geliyordu. Bununla birlikte, planlı ekonomi kapsamında uygulanan "yumuşak bütçe kısıtlamaları" sayesinde, ekonomik reform başlayana kadar fiili uygulamada bu tür farklılıklar ortaya çıkmayacaktı. Zira, bütçelerin üzerine çıkan tüm sağlık giderleri merkezi hükümet tarafından ödenmekte ve tüm sistem, ulusal bir havuza tabiymiş gibi işlemekteydi.

İşin hizmet sunumu tarafında ise, Çin kentlerinde onlarca yıl boyunca üç aşamalı bir sistem yürütüldü. Orta ölçekli kuruluşlar normalde kendi kliniklerini işleterek, çalışanlarına ücretsiz ayakta tedavi hizmeti sunarken, 1.000'den fazla çalışanı olan kuruluşlar için de kendi hastanelerini işletme yükümlülüğü bulunmaktaydı. Orta ölçekli kuruluşlarda çalışanlara yönelik yatarak tedavi hizmetleri, ayrıca küçük ölçekli işletme çalışanları ile sigortasız kişilere yönelik tüm tedavi hizmetleri ise şehir hastaneleri tarafından karşılanmaktaydı. Şehir hastanelerindeki rutin giderlerin (sağlık personelinin maaşları, araç-gereç giderleri vb.) çok büyük kısmı hükümet bütçelerinden doğrudan veya dolaylı olarak karşılanmakta, ihtiyaç duyulan kaynakların geri kalanı ise ücret karşılığı verilen hizmetlerden sağlanmaktaydı. Devlet, hizmet ve ilaçlar için daima maliyetin altında fiyat belirleyerek, yoksulların ve sigortasızların da sisteme dahil olabilmesine olanak tanımaktaydı. Bütçe açığı veren sağlık kuruluşları, devletten ek ödenek talep edebiliyordu. Bunlar bir tarafa, sağlık kuruluşlarının sermaye yatırımları da devletin sorumluluğu altındaydı.

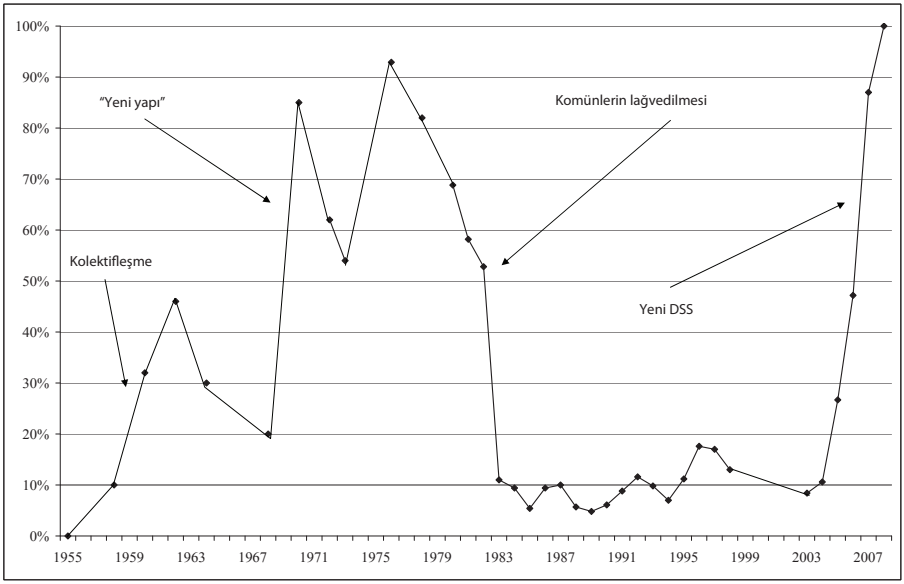
Kırsalda ise, iki kilit bileşenden oluşan, oldukça özgün bir sağlık sistemi inşa edilmişti. Sağlığın finansmanı Dayanışmacı Sağlık Sistemi (DSS) üzerinden, hizmet sunumu da "önlüksüz hekimler" tarafından yürütülüyordu. DSS, üç kanaldan kaynak temin ediyordu: köylülerin ödediği "sağlık hizmeti ücretleri" (yıllık 0,5 ila 2 yuan); köyün kolektif sosyal yardımlaşma sandığı ve tıbbi gelirler (aslolarak ilaç ücretleri).[9] Köy sakinleri, DSS'ye üye olmakla, köy kliniğinde ücretsiz muayene olma, ilaçları ücretsiz ya da katkı payı karşılığında alma, ayrıca katkı payı karşılığında hastanede muayene olma veya yatarak tedavi görme haklarını elde ediyordu.[10] Mao döneminin sonuna gelindiğinde, ülkedeki kırsal nüfusun yüzde 85'ini kapsayacak şekilde, üretim birliklerinin (diğer bir deyişle köylerin) yüzde 92,8'inde DSS uygulamasına geçilmiş durumdaydı (Şekil 1).[11]

9 Yuanli Liu, "Development of the rural health insurance system in China", *Health Policy and Planning*, Sayı 19, No. 3, 2004, s. 159-65.

10 Liu Xingzhu and Cao Huaijie, "China's cooperative medical system: its historical transformations and the trend of development", *Journal of Public Health Policy*, Sayı 13, No. 4, 1992, s. 501-11

11 DSS'nin kapsamına girmeyen başlıca alanlar, sınır bölgeleri, azınlık gruplarının yaşadığı yerler, dağlık kesimler, devrime taban oluşturan alanlar, balıkçılık ve hayvancılık bölgeleri şeklinde sıralanmaktadır.

Şekil 1: DSS uygulamasına geçen köylerin toplamdaki oranı (1955-2008) [12]



"Önlüksüz hekimler", birkaç aydan başlayıp, bir yılı aşabilen sürelere kadar temel tıp ve yardımcı hekimlik eğitimi aldıktan sonra, hijyen koşullarını, önleyici sağlık hizmetlerini ve aile planlamasını geliştirmek, ayrıca sık karşılaşılan hastalıkları tedavi etmek üzere köylerde çalışan çiftçilere verilen addı. Ciddi hastalığı bulunan kişiler de yine önlüksüz hekimler tarafından kasaba ve ilçe hastanelerine sevk edilmekteydi. Üç nedenle, hizmet fiyatlarını makul bir düzeyde tutabiliyordu bu yapı. Birincisi, önlüksüz hekimlerin eğitimi ve zaruri araç-gereçleri için ihtiyaç duyulan para, devlet tarafından ödenmekteydi. İkinci olarak, bu görevliler bir yandan da çiftçilik yapıp zamanlarının yarısını tarlalarda harcıyorlardı ve gelir düzeyleri de diğer köylülerden ancak pek az yüksekti. Üçüncüsü, Çin'e özgü bitkisel ilaçlarla ilgili toplama, yetiştirme, hasat ve imalat faaliyetlerini yürütüyorlar, akupunktur uygulaması yapıyorlardı (bitkisel ilaçlar ve akupunktur ücretsiz olarak sunulmaktaydı).

Hem DSS hem de önlüksüz hekimler, eşitlikçi, tabana yayılan, merkeziyetçilikten uzak, profesyonel olmayan, düşük teknolojiyle yetinen, ekonomik bakımdan makul, kültürel açıdansa elverişli bir yaklaşımın varlığını yansıtmaktaydı. Bu iki ayağın bir araya gelişiyle ortaya, halkın sağlık alanındaki temel ihtiyaçlarını karşılamaya muktedir bir sistem çıkıyordu.

12 Aksi belirtilmediği sürece, bu çalışmada sunulan tüm veriler yazarın kişisel veri bankasından alınmıştır.

Dolayısıyla, ekonomik reformun arifesinde, sağlık hizmetlerinde kalite düzeyi çok yükseğe ulaşmamakla birlikte, kentli yurttaşların tamamının, köylerde ise nüfusun büyük çoğunluğunun, ucuz ve eşit erişim olanağı sunan sağlık hizmeti almakta olduğunu söyleyebiliriz.[13] 1970'lerin ortalarında varlıklı bir ülkeden söz edemediğimiz halde, sistemin tüm halkı şemsiyesi altına alması sayesinde, halk sağlığı alanında önemli bir iyileşme sağlanabiliyordu. Bağımsızlık öncesinde yalnızca 35 sene olan ortalama ömür, 1980'e gelininceye dek 68'e tırmanacaktı. Yine aynı süre zarfında, bebek ölüm oranında ise her bin canlı doğumda 250'den 34 seviyesine inilecekti.[14] Tüm dünyada adil yapısı ve erişilebilirliği ile anılan Çin sağlık sistemi, artık, az gelişmiş ülkelerce bir model olarak kabul ediliyordu.[15] Nobel ödüllü ekonomi uzmanı Amartya Sen, Mao'yu körü körüne savunan bir kişi olmamasına karşın, halkın sağlık durumu bakımından Çin'in kendi ülkesi Hindistan karşısında "belirgin ve kesin bir üstünlüğe sahip olduğunu" söylüyordu.[16]

PİYASACI ANLAYIŞA GEÇİŞ

1979, Çin'in piyasacı reformlara giriştiği yıl olarak tarihe geçti. O günden bu yana halkın yaşam standardının dikkat çekecek ölçüde yükseldiği ülkede, yıllık ortalama yüzde 9,9'luk bir ekonomik büyüme hızı yakalanmış durumda. Hızlı ekonomik büyümenin, tüm yurttaşlara daha iyi sağlık hizmeti sunulmasına imkân verecek yeni kaynaklar yarattığına şüphe yok. Gelgelelim, Çin'in sağlık alanındaki performansını incelediğimizde, GSMH'deki ve hatta sağlık harcamalarındaki gibi nefes kesici bir tablo çıkmıyor karşımıza. Ortalama ömür uzamaya devam ettiği ve çocuk ölüm oranlarındaki düşüş sürdüğü halde, ilerleme hızının önemli ölçüde azalmış olması dikkatten kaçmıyor. Bu durum karşısında, ortalama ömrün yetmiş yıla dayandığını ve yavaşlamanın bu nedenle kaçınılmaz olduğunu söyleyenler çıkabilir. Oysa

13 Dünya Bankası, *Financing Health Care: Issues and Options for China*, Washington DC: Dünya Bankası, 1997.

14 David Blumenthal ve William Hsiao, "Privatization and its discontents: the evolving Chinese health care system", *The New England Journal of Medicine*, Sayı 353, No. 11, 15 Eylül 2005, s. 1165-70.

15 Kenneth W. Newell, *Health By The People*, Geneva: Dünya Sağlık Örgütü, 1975; Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, *Meeting Basic Health Needs in Developing Countries: Alternative Approaches,* Geneva: Dünya Sağlık Örgütü, 1975; Dünya Sağlık Örgütü, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care,* Geneva: Dünya Sağlık Örgütü, 1978; Matthias Stiefel ve W.F. Wertheim, *Production, Equity and Participation in Rural China*, Londra: Zed Press (Birleşmiş Milletler Toplumsal Kalkınma Araştırmaları Enstitüsü için), 1983; Dean T. Jamison ve diğerleri, *China, the Health Sector,* Washington, D.C.: Dünya Bankası, 1984; Dünya Bankası, *World Development Report 1993: Investing in Health,* Washington, DC: Dünya Bankası, 1993, s. 111; BMJ Yayın Kurulu, "Primary health care led NHS: learning from developing countries," *BMJ (British Medical Journal)*, 311, 1995, http://bmj.bmjjournals.com adresinde mevcuttur; Therese Hesketh ve Wei Xing Zhu, "Health in China: From Mao to Market Reform", *BMJ*, 314, 1997.

16 Jean Dreze ve Amartya Sen, *Hunger and Public Action*, Oxford: Clarendon Press, 1987, s. 205.

Asya-Pasifik'in diğer yerlerindeki gidişat tersini gösteriyor. Örnek vereceksek, 1980 ile 1998 arası dönemde Çin'de ortalama ömür sadece iki yıl uzarken, karşılaştırmaya daha yüksek seviyeden girdikleri halde, Avustralya, Hong Kong, Japonya, Yeni Zelanda ve Singapur'da dört ila altı yıllık bir yükseliş gözlemliyoruz. 1980'de Çin ile aşağı yukarı aynı seviyede bulunan Sri Lanka, söz konusu dönemde halkının ortalama ömrünü beş yıl uzatmayı başardı. Bebek ölüm oranlarında da benzer farkların mevcut olduğunu ekleyelim.[17] Çin'de hükümet işlevini yerine getiren Devlet Meclisi'ne doğrudan bağlı bulunan önemli düşünce kuruluşu Kalkınma Araştırmaları Merkezi bile, yeni yüzyılın başlangıcına kadar geçen sürede sağlık reformunun "başarısız olduğunu", hatta düpedüz "fiyasko" sayılması gerektiğini kabul ediyor.[18]

Peki ama, reform dönemi boyunca kişi başına safi gelirde sağlanan artışa, beslenme koşullarındaki iyileşmeye, ulusal gelirden sağlığa ve sağlık hizmetlerine ayrılan paydaki büyümeye rağmen, ülkenin sağlık alanındaki performansı neden bu denli büyük bir hayal kırıklığına dönüştü? Sonuçlar üzerindeki toplumsal, kültürel, ekonomik ve diğer etmenler hiç kuşku yok ki çok geniş bir yelpazeye dağılıyor. Ancak sosyoekonomik adaletsizlik, sanık sandalyesine oturtulabilecek muhtemel şüpheliler arasında mutlaka sayılmalı. Son 25 yılda hem çeşitli ülkelerde hem de sanayileşmiş uluslar arasında yapılan bir dizi deneysel çalışma, sosyoekonomik adaletsizlikle ölüm oranı, hastalık oranları ve ortalama ömür arasında bir bağlantı bulunduğunu gösterdi. Ulaşılan sonuç son derece tutarlı: Bir ülkede adaletsizlikler ne kadar fazlaysa, sağlık verileri de o kadar olumsuzdur.[19] Buradan çıkan temel mesaj, sözü hiç dolandırmıyor: Ortalama yaşam standardı hangi düzeyde olursa olsun, adaletsizlik bir ülkenin sağlığını olumsuz etkiler.

Gelir adaletsizliğinde dünya ortalamalarından daha iyi bir konumda bulunan Çin, geçmişte eşitlikçi bir toplumsal yapı sergiliyordu. Ne var ki, 1980'ler boyunca uygulamaya koyulan reformlar, bölgeler, sınıfsal kesimler ve köyle kent arasındaki eşitsizlikleri sert bir şekilde büyüttü. Birbiriyle iç içe

17 Wang Shaoguang, "China's health system: from crisis to opportunity", *Yale-China Health Journal*, Sayı 3, Güz 2004, s. 5-49.

18 DRC Proje Ekibi, "An evaluation and recommendations", s. 39 ve 195.

19 G.B. Rodgers, "Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-sectional analysis", *Population Studies*, Sayı 33, No. 2, 1979, s. 343-51; R.G. Wilkinson, "Income and mortality", R.G. Wilkinson (der.) *Class and Health: Research and Longitudinal Data* içerisinde, Londra: Tavistock, 1986; J. LeGrand, "Inequalities in health: some international comparisons", *European Economic Review*, 31, 1987, s. 182-91; R.G. Wilkinson, "Income distribution and life expectancy", *BMJ*, 304, 1992, s. 165-68; R.G Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Londra: Routledge, 1996; B.P. Kennedy, I. Kawachi ve D. Prothrow-Stith, "Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States", *BMJ*, 312, 1996, s. 1004-7; Johan P Mackenbach, Adriënne EJM Cavelaars ve Anton E Kunst, "Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe", *Lancet*, 349, 1997, s.1655-9; A. Wagstaff ve E. van Doorslaer, "Income inequality and health: what does the literature tell us?", *Annual Review of Public Health*, 21, 2000, s. 543–67.

giren ve kısmen örtüşen eşitsizlikler bunlar. Yeni yüzyılın başında, bölgeler, kişiler ve köy-kent arasındaki gelir farklılıkları, ülkenin genel gelir dağılımını, Halk Cumhuriyeti'nin tarihinde görülmemiş düzeye yükseltti. Bu sonucu ortaya çıkartan mekanizmalar hangileri olursa olsun (görece yoksunluğun yarattığı psikolojik etkiler, toplumsal kaynaşmanın parçalanması vb.), eşitsizliklerde bu denli kısa sürede gözlenen böylesi büyük bir artış, ülkenin sağlığı üzerine bir kara bulut gibi çökmüş görünüyor.

Sağlıktaki ilerlemenin yavaşlamasının daha doğrudan bir faktörünün devletin sağlık harcaması yapmaktan kaçınması ya da buna olanak bulamaması olduğunu söyleyebiliriz. Reform öncesi sağlık sisteminin karşılanabilir ücretler sunabilmesi ve eşitlikçi olmasının temel nedeni, eşitliği gözeten toplumsal kurallar üzerine inşa edilmiş olmasıydı. Öte tarafta reformlar ise ideolojideki bir paradigma kaymasına işaret etmekteydi. Çin'in politikalarına yön verenlerin önceliği eşitlik ve sosyal güvence değil, yüksek bir ekonomik büyüme ortalamasını yakalayabilmekti artık. Mümkün olan en yüksek GSMH büyüme hızına ulaşma çabası, yönetenleri, eşitsizliği belli ölçülerde görmezden gelmeye ve temel insani ihtiyaçlardan bazılarını, örneğin sağlık hizmetlerini feda etmeye hazır hale getiriyordu. 1980'ler ve 90'larda yapılan tüm sağlık reformlarının arkasında, dillendirilmeyen bir düşüncenin var olduğu anlaşılıyor: Piyasa, sağlığa ayrılan kaynakları devlete göre daha verimli kullanacaktı. Piyasa mekanizmalarına duyulan güven, sağlık hizmetlerinin finansörü ve sağlayıcısı olma rolünden geri çekilme yolunda ihtiyaç duyduğu mazereti sunuyordu devlete. Gerçekten de, sözünü ettiğimiz yirmi yıllık dönemde, devlet, sağlık hizmetlerini finanse etme ve sunma sorumluluğundan kurtulmak ve yükü toplumsal aktörlerin sırtına atmak için epey çaba harcayacaktı.[20] Çin önderliği, neoliberal ekonomi uzmanlarının şampiyonluğunu yaptığı, ekonomik büyümenin eninde sonunda her alana sızarak fayda sağlayacağını ileri süren *trickling-down* kuramını bilerek veya bilmeyerek benimsemiş görünüyordu: Ekonomik büyüme devam ettiği sürece, yoksul veya zengin tüm yurttaşlar, nihayetinde sağlık hizmetlerini kendi ceplerinden karşılayabilecek güce sahip olacaklardı.

Yaşanan ideolojik kaymanın yol açtığı ilk zayiatlardan biri, kırsal kesimde sağlık sisteminin çöküşü oldu. Daha 1978'in ikinci yarısında, DSS'de çatlaklar belirmeye başlamıştı zaten. O yılın 23 Haziran'ında Çin Komünist Partisi Merkez Komitesi tarafından hazırlanan *Belge 37*, komünleri ve üretim birliklerini, "üretimle ilgili olmayan inşaat işlerinde kullanmak üzere işgücü, para ve malzeme tahsisinden ya da sevkinden" men ediyor, "üretimle ilgili olma-

20 Guan Xinping, "China's social policy in the context of globalization", uluslararası "Repositioning the State: Challenges and Experiences" konferansında sunulan çalışma, Hong Kong Polytechnic University, Nisan 25-26, 2000; Linda Wong, "Individualization of social rights in China", Sally Sargeson (der.), *Collective Goods, Collective Futures in Asia* içerisinde, Londra: Routledge, 2002, s. 162-78.

yan harcamalarda kesintiye gidilmesini" istiyordu.[21] Hemen ardından, dayanışmacı sağlık hizmetlerine, "yoksulların zenginleri sömürdüğü", "çiftçilerin sırtındaki yükleri artıran" bir sistem gibi muamele etmeye başlayacaklardı bazı yerlerde. Sonuçta, "dayanışmacı sağlık hizmetleri, kimi kuzeydoğu eyaletlerinde ciddi bir gerilemeye maruz kaldı ve sağlam bir ekonomik temele sahip olan pek çok üretim birliğinde bile, yaratılan fırtına sağlık hizmetlerini tarumar etti . . . Dayanışmacı sağlık hizmetlerine kepenk vurulduğunda, önlüksüz hekimler artık üretken olmayan personel yaftasını yiyip işten çıkartılıyor ya da birliklere ait klinikler, kâr ve zarar sorumluluğunu tümüyle üstlenmeleri koşuluyla önlüksüz hekimlere ihale ediliyordu. Pek çok birlikte, hekime muayene olmak köylüler için fazlasıyla güç ve pahalı hale geldi."[22] Başka eyaletlerden de benzer sorunlara dair haberler gelecekti.[23] Örneğin 1980'de, Henan eyaletinde "pek çok üretim birliğinde dayanışmacı sağlık hizmetleri durduruldu veya sekteye uğratıldı." Öyle ki, bazı insanlar DSS'yi kurtarmak için acilen hareket geçme yolunda büyük bir zorunluluk hissedeceklerdi.[24] Ülke genelinde, DSS'nin kapsamına giren üretim birliklerinin 1976'da yüzde 92,8 olan oranı, 1982'ye gelindiğinde yüzde 52,8'e inmişti. Sadece altı yılda, yüzde 40'lık müthiş bir düşüş kaydedilmiş oluyordu böylelikle.

Halk Komünleri'nin 1983'te resmi olarak lağvedilmesiyle, DSS'deki düşüş bir çığa dönüşecek ve kapsamı da sert bir çakılmayla yüzde 11'e inecekti (Şekil 1). 1985'te, DSS'de ısrar eden köylerin oranı sadece yüzde 5'ti artık. 1980'lerin ortaları ile sonlarında, kolektif ekonominin gücünü yitirmediği Şanghay banliyölerinin kimi bölgelerinde ve güney Jiangsu'da dayanışmacı sağlık hizmetleri hâlâ uygulanmaktaydı.[25] Başka bölgelerde ise, bu ısrarı sürdüren Hubei'nin Macheng ilçesi ve Shandong'un Zhaoyuan ilçesi gibi sadece bir kaç yer kalmıştı.[26] DSS'deki çözülme devam ettikçe, köy kliniklerinin çoğu özel sermayeye geçiyor ve kullanıcının ücret ödemesine dayalı sağlık sistemi bir kez daha egemen oluyordu.

---

21 Wu Lixing ve Zhang Yanwu "Nongmin jianfu jixianfeng' (Çiftçi sırtındaki yükün hafifletilmesine öncülük etmek), *Nongmin ribao* (Çiftçi Gazetesi), 27 Mayıs 2006.

22 Zhang Zikuan, "Nongcun hezuo yiliao yinggai kending yinggai tichang yinggai fazhan" (Kırsal DSS onaylanmalı, desteklenmeli ve geliştirilmelidir), *Zhongguo nongcun weisheng shiye guanl*i (Çin Köy Sağlık İdaresi), No. 2, 1982, s. 31-33.

23 Fujian Sağlık İdaresi, "Jianding buyi di banhao nongcun hezuo yiliao" (Kırsal DSS'yi daima destekleyin). *Fujian yiyao zhazhi* (Fujian Tıp Dergisi), No. 6, 1979, s. 1-2.

24 Fang Jian, "Wei nongcun hezuo yiliao dashengjihu" (Kırsal DSS'ye yönelik güçlü istek). *Zhongyuan yikan* (Orta Çin Tıp Dergisi), No. 2, 1980, s. 2.

25 Bu yargıya varılırken, *Health Economics*, *Journal of Shanghai Medical University* ve *China Rural Health Care Management* gibi Çin yayınlarında basılan makaleler esas alınmıştır.

26 Çin Sağlık Ekonomisi Birliği Köy Ekonomisi Ekibi, "Nongcun de yiliao baojian xuqiu yu duice disanchi quanguo nongcun weisheng jingji xueshu taolunhui zhongshu" (Köylerde sağlık hizmeti talebi ve stratejisi: Üçüncü Ulusal Köy Sağlık Ekonomisi Semineri'nin bir özeti), *Zhongguo weisheng jingji* (Çin Sağlık Ekonomisi), No. 1, 1986, s. 31-5.

Bir zamanlar dünya çapında ün kazanan DSS, reform sonrasında nasıl olmuştu da bu denli sert bir düşüşe maruz kalmıştı? Başta gelen neden, DSS'nin altyapısını oluşturan ekonomik temelde gözlenen değişiklikti. Dayanışmacı sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynaklar, ancak kolektif bir ekonominin sağladığı kurumsal ortamda ekonomiden doğrudan çekilip alınabilir ve düzgün bir para akışı sağlanabilirdi. Bireysel sorumluluk sisteminin devreye sokulmasıyla, kolektif kasaba ve köy işletmelerinin (KKİ) serpilme imkânı bulduğu birkaç bölge hariç tutulursa, kolektif ekonomi çoğu köyde zayıflayacak, hatta yok olmanın eşiğine gelecekti. Dolayısıyla, çoğu yerde, kolektif halk yardımlaşma sandıklarına para toplayarak dayanışmacı sağlık hizmetlerini destekleme imkânı ortadan kalkacaktı. Halk Komünleri sisteminin lağvedildiği 1983 yılında DSS şemsiyesinin yüzde 40 daralmış olduğu düşünüldüğünde, kolektif ekonominin önemi rahatlıkla anlaşılabilir. 1980'lerde, dayanışmacı sağlık hizmetleri ulusal ölçekte gerilerken, güney Jiangsu kırsalında oran yüzde 85'in üzerinde kalmaya devam edecek, ancak kolektif mülkiyete dayalı KKİ'lerin "özelleştirme" yoluyla yeniden yapılandırılmasıyla, 1990'larda durum değişecekti. Güney Jiangsu'da yaşananlar, klasik KKS'nin belkemiğini kolektif ekonominin oluşturduğunu açıkça ortaya koymuştur.

Kolektif ekonominin çöküşü sonucunda, çoğu köy önlüksüz hekimlere makul ücretler ödeme gücünden de yoksun kalacaktı. Köy kliniklerini, kâr güdüsüyle hareket eden özel sermaye sahibi hekimlere satmaktan ya da kiralamaktan başka seçenekleri yoktu. Bu arada, toprağın kolektif olmaktan çıkartılıp haneler arasında paylaştırılmasıyla, geleneksel Çin bitkisel ilaçlarını kolektif anlayışla yetiştirme, toplama ve üretme olanakları da elden gitmişti. Nihayet 1985'in başlarında, "önlüksüz hekim" unvanının resmi olarak lağvedildiği de Sağlık Bakanı Chen Minzhang tarafından açıklandı.[27]

DSS'nin uğradığı yıkımın bir diğer nedeni de, 1980'lerde Çin'de iktidarın zirvesinde bulunanların çoğunluğunun, DSS'leri kendi haline bırakma kararını vermiş olmasıdır. Hatta, kimi yetkililer, DSS'yi dağıtmaktan ve köy kliniklerini önlüksüz hekimlere ihale etmekten bahsediyordu. İddialarına göre, kalkınmanın alacağı "kaçınılmaz yön" buydu.[28] DSS çöktüğünde, "bu büyük bir ilerleme" diyerek durumun tadını çıkartacaklardı. "Kullanıcıdan ücret alınan sağlık sisteminin, hatırı sayılır bir süre için Çin'de varlığını sürdüreceğine" inanıyorlardı.[29]

27 Chen Fei, Zhang Zikuan ve Chang Hongen, "Chijiao yisheng lailongqumai" (Önlüksüz hekimlerin kökeni), *Jiankangbao* (Sağlıktan Haberler), 9 Kasım 2007.

28 Li Decheng, "Zhongguo nongcun chuantong hezuo yiliao zhidu yanjiu zhongshu" (Çin'de kıral DSS'ye genel bakış), *Huadong ligong daxue xuebao* (Doğu Çin Bili ve Teknoloji Üniversitesi Dergisi), No. 1, 2007, s. 19-24.

29 Zhang Zikuan, "Zai hezuo yiliao wenti shang ying chengqing sixiang tongyi renshi" (DSS ile ilgili düşünceleri netleştirmek ve bütünlüklü bir anlayış sağlamak), *Zhongguo nongcun weisheng shiye guanli* (Çin Köy Sağlık İdaresi), No. 6, 1992, s. 8-10.

Kentlerde ise, sağlık sisteminin dönüm noktasına, 1980'lerin ortalarında piyasacı reformların hız kazanmasıyla varılacaktı. Reform derinleştikçe, piyasa ideolojisi kent sağlık sisteminin derinliklerine doğru ağır ağır sızacak, sağlık reformunun kılavuzu haline gelecekti. Sağlık reformuna dair resmi belgeler, "özel girişim", "piyasanın teşviki", "rekabet", "tercih" ve "bireysel sorumluluk" gibi moda sözcüklerle tıka basa doluydu. Dönemin eğilimlerini yansıtan tüm bu moda deyimlerin ardında, dillendirilmeyen aynı düşüncenin var olduğu anlaşılıyor: Piyasa, sağlık alanı da dahil, kaynakları devlete göre daha verimli kullanabilirdi.

Ekonomik reform, DS-İS finansman sisteminin temelini de durmaksızın çürütüyordu. Daha önce açıkladığımız gibi, bölge ve kuruluş temelinde birer dahili sigorta programı olan DS ve İS, ancak "yumuşak bütçe kısıtlaması" ortamında işlev görebilirdi. Merkeziyetçiliğin terkine ve piyasalaştırmaya eşlik edecek şekilde daha fazla özerklik tanınan yerel idareler ve kamu iktisadi teşekkülleri, amansız bir mali disipline maruz kalıyorlardı aslında. "Yumuşak bütçe kısıtlamaları"ndan "sert bütçe kısıtlamalarına" geçiş, fiilen ülke geneline yayılmış olan risk havuzunu yıkıyor ve KİT'ler ile yerel idareler açısından, çalışanlara yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanını zorlaştırıyordu.

1990'ların başlarından itibaren, çalışanların aldığı sağlık yardımları, sigortalarından sorumlu kuruluşların kârlılık düzeyine giderek artan ölçüde bağlı kılındı. Ekonomik reformun dayattığı rekabet baskısıyla yüz yüze gelen kârsız KİT'ler, sağlık sigortası sandıklarını doldurmak için gerekli ödemeleri çoğu zaman yapamayacak, böylece çalışanların sağlık hizmetlerine erişim imkânları tehlikeye girecekti. Yetmezmiş gibi, KİT'lerin küçülmesi ve iflası nedeniyle milyonlarca işçi de işinden olacaktı. Sonuçta, sağlık sigortası şemsiyesinde ciddi bir daralmaydı yaşanan. Kârlı firmalar bile, rekabet güçlerini korumak amacıyla, üzerlerindeki sosyal sigorta yükünü aşağı çekmeye hevesliydi. Özel sektörün sergilediği hızlı büyüme, sorunu daha da derinleştirmekteydi. Çalışanlarına sağlık yardımı sunma zorunluluğu bulunmayan özel şirketler ve yabancı yatırımların yaygınlaşması, işçiler ve ailelerinin sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının tehdit altına girmesi anlamına geliyordu.

Ekonomik reform, DS finansman sisteminin temelini de gitgide çökertiyordu. Mali yapıda merkeziyetçiliğin terki ile, yerel idarelere kaydırılan sosyal harcamaların oranı yükselmekte; yerel idarelerse, söz konusu maliyetleri yerel gelirlerden karşılama baskısının altında ezilmekteydi. Daha önceleri gelirlerini merkezi hükümete göndermek zorunda kalan görece gelişmiş bölgeler ve doğu sahilinde, mali özerkliğin yerel idarelere avantaj sağladığı görülüyordu. Dolayısıyla, merkezi hükümetin kaynakları bölüştürme yetki ve olanaklarının zayıflaması, asıl olarak az gelişmiş bölgeleri vurmaktaydı. İç kesimlerde kıt doğal kaynaklar ve zayıf vergi yapısıyla boğuşmak zorunda

kalan idareler, çalışanları için yeterli sağlık hizmeti sunmayı genellikle başaramıyordu. Giderek büyüyen bölgesel ekonomik eşitsizliklerin[30] ve mali kaynakların yerel idareler arasında adaletsiz bölüşümünün de işe dahil olmasıyla, sağlık hizmetleri sunumunda derin uçurumlar kaçınılmazdı artık. DS, ülke genelinde devlet güvencesinde olduğu halde, 1990'ların başlarından itibaren, farklı idari bölgelerin sunduğu sağlık olanakları arasında büyük sapmalar gözlenmeye başlanacaktı.

Sağlık sigortasının kapsamını özel sektöre de taşıyabilmek ve büyük sağlık risklerini firmaların ve yerel birimlerin omuzlarından alıp bir havuz içinde eritebilmek için, devlet, 1990'larda bir dizi yeni sigorta planını denemeye girişti. Sonunda, 1999'a varıldığında, iki eski sistemin yerini almak üzere, Kentli Çalışanlara Yönelik Temel Sağlık Sigorta Sistemi ortaya çıktı.

Salt işverenler (KİT'ler veya devlet) tarafından finanse edilen DS ve İS'nin aksine, yeni sistemin finansmanı, çalışanlarla işverenlerin birlikte katkı yapması esasına dayanıyordu. Yeni sistemin iki boyutu vardı. Birincisi, emekliler dahil, işverenleri kim olursa olsun (devlet daireleri, KİT'ler, kolektif şirketler, özel şirketler vb.) tüm çalışanlara katılım zorunluluğu getirilmekteydi. İkincisi, artık her bir çalışma birimi için ayrı risk havuzları söz konusu olmayacaktı. Bunun yerine, bir idari bölgedeki tüm birimleri kapsayacak şekilde, yüksek maliyetli ağır hastalıklar için kent genelinde sağlık sigortası inşa ediliyordu. Geniş kapsam ve kent geneline yayılan risk ile, yalnızca yüksek sağlık riskine sahip kişilerin sisteme dahil olma tehlikesinin önüne geçilmesi, ayrıca bölgedeki zarar eden firma çalışanlarına ve emeklilere ait sağlık risklerinin bölüştürülmesini sağlayacak güvenilir bir mekanizmanın oluşturulması isteniyordu.

Fakat çalışanların bakmakla yükümlü olduğu kişiler artık sigorta kapsamına alınmıyordu. Serbest çalışanlar, gayriresmi sektör çalışanları ve göçmen işçiler[31] de yine kapsam dışında kalıyorlardı. Reformlar başlamadan önce sağlık sigortası neredeyse tüm kentli nüfusu kapsamına almaktayken, 2003'ün sonuna gelindiğinde kentli yurttaşların ancak yarısı sigortalıydı. Göçmenler hesaba katıldığında sigortalıların oranı daha da düşmekteydi üstelik.

İdeolojik kaymayı bir yana bırakırsak, devlet, ekonomik reformla birlikte, sosyal yardım gücünü ciddi ölçüde yitirmiş durumdaydı. Merkeziyetçiliğin terki, Deng Xiaoping'nin uyguladığı reform programının çekirdeğini oluşturmaktaydı. 1978 ile 1993 arasında muazzam ölçekte uygulanan mali yerelleşme stratejisi, yüksek ekonomik büyümenin sağlanmasında elverişli bir

30 Shaoguang Wang ve Hu Angang, *The Political Economy of Uneven Development: The Case of China*, Armonk, NY: M.E. Sharpe, 1999.

31 Kayıtlı bulunduğu idari birimin dışında çalışan Çin vatandaşları – *çev.*

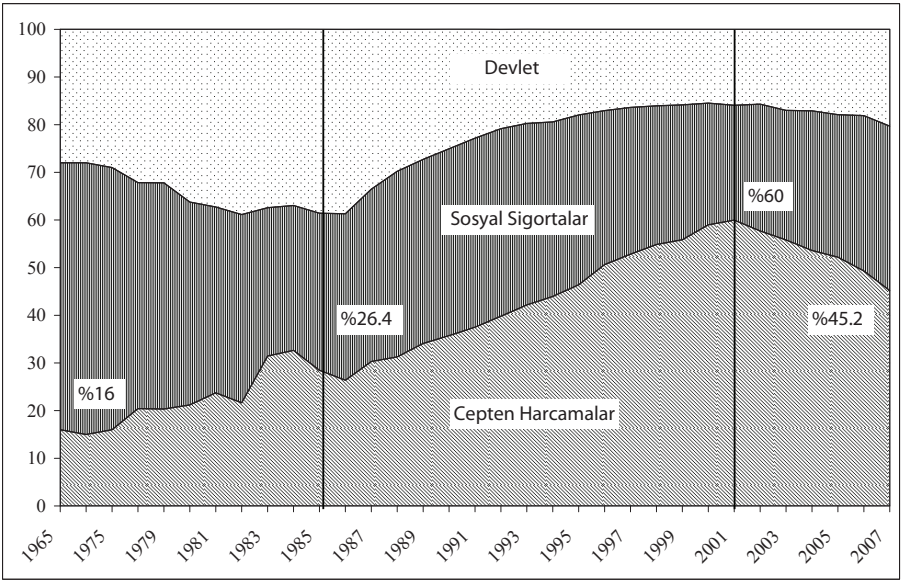
araç olarak kendini gösterdiyse de, öte yanda devletin gelir olanakları büyük darbe almıştı. 1978'den 1995'e kadarki 18 yıllık dönemde, devletin toplam gelirlerinin GSYH'ye oranı yüzde 31,2'den yüzde 10,7'ye geriledi (Şekil 4). Dahası, merkezi hükümetin genel devlet gelirleri içindeki payı da düşmekteydi. Çin devletinin ve özellikle de merkezi hükümetin genel gelir kapasitesi, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerle karşılaştırıldığında bile oldukça düşük kalmaktaydı.[32] Yetki ve olanakları bu denli daraltılmış olan merkezi hükümet, sağlık hizmetlerinde açıkları kapatacak güce artık sahip değildi.

Temel sağlık hizmetlerini herkese ayrım gözetmeden sunma konusunda devletin sergilediği isteksizlik ve ayrıca devletin bunu yapma olanaklarından yoksun bırakılışı, Şekil 2'de açıkça görünüyor. Ekonomik reform öncesinde, ülkedeki toplam sağlık harcamalarının yüzde 80'inden fazlası devletin ayırdığı kaynaklar ve sosyal sigortalar üzerinden yapılmaktaydı. Ekonomik reform döneminde ise hem ayrılan kaynaklar, hem de sosyal harcamalarda sert bir düşüş gözlenecek, yeni yüzyılın başında da en dip noktaya inilecekti. 2001'e varıldığında, bütün sağlık harcamaları içinde devletçe tahsis edilen kaynakların payı sadece yüzde 15,93 iken, sosyal sigortaların payı yüzde 24,1'de kalıyordu (ikisinin toplamı kabaca yüzde 40). Devlet ödeneklerinin ve sosyal sigortaların erimesi, insanların cepten yaptığı sağlık harcamalarında patlama yaşanmasına neden oldu. 1975'te Çin halkının cepten yaptığı harcamalar toplamda yalnızca yüzde 16'lık paya sahipken, 2000-2001'de neredeyse yüzde 60 düzeyine ulaşılmıştı. Bir başka ifadeyle, Çin sağlık hizmetleri sistemi, temelde özel kaynaklar tarafından finanse edilen, kamu kaynaklarının ise orada burada boşlukları doldurma rolünün ötesine geçmediği bir yapıya dönüşmüştü. Bunun anlamı, sağlık hizmetlerinde sorumluluğun devletten alınıp topluma ve bireylere yüklenmesiydi. Yeni yüzyılın başında, sistemi cepten harcamalara bağımlı kılma konusunda diğer ülkelerin çoğundan daha öteye geçmiş durumdaydı Çin. Az gelişmiş ülkeler arasındaki karşılaştırmada bile göze batan bir farklılık sergiliyordu. Dünyanın en fazla ticarileşmiş sağlık sistemlerinden birine sahip olmakla övünebilirlerdi şimdi.[33]

32 Shaoguang Wang ve Hu Angang, *The Chinese Economy in Crisis: State Capacity and Tax Reform*, Armonk, NY: M.E. Sharpe, 2001.

33 Wang Shaoguang, "China's health system: from crisis to opportunity", *Yale-China Health Journal*, Sayı 3, Güz 2004, s. 14-15.

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Harcama Yapısı



Sağlık harcamalarının kamu yerine bireyler tarafından karşılanması ile ortaya çıkan fark, paranın sol cep yerine sağ cepten çıkmasıyla tarif edilemez. Sağlık giderleri temelde kamu kaynakları kullanılarak ödendiğinde yoksul insanlar için bile asgari düzeyde sağlık hizmeti almak mümkün olabilirken, bireyler yükün ağır kısmını çeker hale getirildiğinde, hizmetlere kimin erişebileceğini büyük ölçüde gelir ve refahın ülke içindeki dağılımı belirler. Piyasa, sadece faturaları ödeme gücüne sahip olanlara hizmet verecektir çünkü. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve temininde serbest piyasaya bel bağlamak, kaçınılmaz olarak yoksulların ve yeterli güce sahip olmayanların sistemden faydalanma olanaklarını kısıtlayacaktır. Çin'de yaşanan da tam olarak buydu. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasından en büyük zararı yine yoksullar gördü. Zenginler, dünya standartlarında, birinci sınıf hizmet alma olanaklarına sahipken, yoksulların payına düşen hafif sağlık sorunlarına katlanmak, önemli sayılanlarının tedavisini ise mümkün olduğunca ertelemek oluyordu.

Çin Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 ile 2008 arasında yürütülen dört ulusal sağlık hizmetleri araştırmasının sağladığı veriler ışığında hazırlanan Tablo 1'de, insanların ayakta ve yatarak tedavilerden maliyet nedeniyle ne ölçüde uzak durmayı tercih ettiği görülüyor. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının, sayısız insan açısından tedaviye engel oluşturduğu açıkça anlaşılıyor.

Tablo 1: 1993 ile 2008 Arasında İnsanların Maliyet Kaygısıyla Uzak Durduğu Tıbbi Tedavilerin Oranı

	Maliyet Nedeniyle Uzak Durulan Ayakta Tedaviler			Maliyet Nedeniyle Uzak Durulan Yatarak Tedaviler		
	Toplam	**Kent**	**Kırsal**	**Toplam**	**Kent**	**Kırsal**
1993	5,2	1,8	6,7	20,1	10,7	24,6
1998	13,8	16,1	12	21	17,7	25,1
2003	18,7	20,7	17,7	20,7	15,6	22,8
2008	5,69			14,7		

Ekonomik nedenlerle tedaviden uzak duran insanların oranında, dikkatten kaçmayacak denli ciddi bir yükseliş gözlendi. Anket öncesindeki iki haftalık dönemde kendini hasta hissettiği halde ekonomik kaygılarla ayakta tedavi hizmetlerine başvurmayan kentlilerin oranı 1993'te çok küçük bir seviyedeyken (yüzde 1,8), oran 1998'e gelindiğinde yüzde 16,1'e, 2003'te ise yüzde 20,7'ye çıkmıştı.[34] Karşılaşacağı maliyetten çekindiği için, hasta olmasına karşın ayakta tedavi hizmetlerine başvurmayan köylülerin oranı da durmaksızın yükselmiş ve 1993'te yüzde 6,7 iken, 2003'te yüzde 17,7'yi bulmuştu.

Anket öncesindeki bir yıllık dönemde, hekim tavsiyesine rağmen hastaneye yatmayı reddeden kentli ve köylü yurttaşların oranlarında da 1993 ile 1998 arası dönemde artış gözlendi. Yatarak tedaviyi reddetmenin en önemli nedeni yine hastane ücretlerinin altından kalkamama korkusuydu. 1993'te kentli hastaların yüzde 10,7'si hastane tedavisinden uzak dururken, oran 1998'de yüzde 17,7'yi bulacak, 2003'te ise yüzde 15,6 düzeyine düşecekti. Kırsalda sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına 1980'lerde başlandığını, ancak saldırının kentlere 1990'ların ortalarında ulaşabildiğini belirtelim. Dolayısıyla, daha 1993'te bile, yatarak tedaviden kaçınan köylü nüfusun yaklaşık dörtte biri için temel neden masraflardı. Oran, sonrasında da aşağı yukarı aynı seviyede kalacaktı.

Tablo 2, piyasacı sağlık reformu nedeniyle büyüyen maddi külfet nedeniyle, nüfusun büyük bölümünün sağlık hizmetlerine erişiminin önüne nasıl set çekildiğini gözler önüne seriyor. Bunun yanında, 1993, 1998 ve 2003 araştırmaları arasında yapılan karşılaştırmalar, kimlerin sağlık hizmetlerinden faydalanacağını ve kimlerin dışarıda kalacağını belirleme konusunda gelir düzeyinin ne denli hızla belirleyici faktöre dönüştüğünü gösteriyor. 1993'te, ayakta tedaviye başvurma kararının alınmasında gelir düzeyi belirleyici bir

34 Wang Shaoguang, "State extractive capacity, policy orientation, and inequity in the financing and delivery of health care in Urban China", *Social Sciences in China*, Sayı 29, No. 1, 2008, s. 66-87.

rol oynarmış gibi görünmüyor. Gerçekten de, hasta olduğunu düşündüğü halde sağlık hizmeti arayışına girmeyen kentlilerin oranının, orta gelir gruplarında, en düşük beşte birlik dilime göre daha yüksek olduğu fark ediliyor. Bunun yanında, 1993 yılında en yoksul ve en zengin dilimler arasındaki fark ihmal edilebilir düzeyde. Ancak 1998'de, düşük gelir, kentli nüfusun sağlık hizmetine başvurma tercihlerini ciddi biçimde sınırlandıran bir etmen. 2003'te en alt dilimin neredeyse üçte ikisi ayakta tedavi olmaktan kaçınırken, en yüksek gelir diliminde oran yüzde 45,2'ye gerilemektedir. Yatarak tedavide ise, gelir dilimine bağlı farklılıklar daha 1993'te bile ayan beyan ortadadır. 2003'te uçurumun daha da derinleştiği görülüyor (Tablo 2). Köylü halk için de gelir düzeyi 1993 yılında bile belirleyici bir etmenken, sağlık hizmetine başvurmaktan kaçınma konusunda gelir durumuna bağlı adaletsizlik, 1998 ile 2003 arası dönemde daha ciddi bir yükseliş eğilimi sergileyecektir.[35]

Tablo 2: Gelir Gruplarına Göre, Tedaviden Kaçınan Kentli Hastaların Oranı

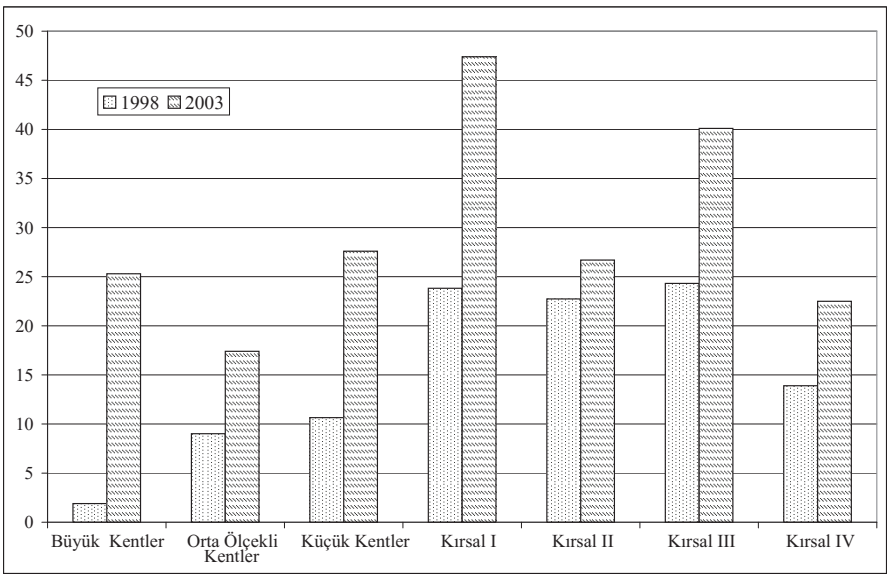
Gelir Grubu		En Düşük	II	III	IV	En Yüksek
Yıl		Son iki haftada ayakta tedavi hizmeti almaktan kaçınanların yüzdesi				
	1993	37,50	42,70	40,20	39,40	35,90
	1998	49,10	46,10	44,10	45,50	39,90
	2003	60,20	57,70	54,20	51,20	45,20
Yıl		Bir önceki yıl yatarak tedavi hizmeti almaktan kaçınanların yüzdesi				
	1993	31,67	23,84	22,42	21,04	16,87
	1998	46,80	42,60	33,00	29,00	27,40
	2003	41,58	32,30	22,73	28,23	17,18

Yoksulluk nedeniyle ihmal edilen küçük sağlık sorunları zamanla önemli sorunlara dönüşebilirken, tedavisi ertelenen büyük sorunlar da kişiyi çalışamaz duruma getirebiliyor. "Yoksulluktan kaynaklanan sağlıksızlık" ve "sağlıksızlıktan kaynaklanan yoksulluk" şeklinde devam edip duran kısır döngü, geçtiğimiz yüzyılın sonlarında, Çin'in köylerinde öne çıkan bir toplumsal sorun haline gelmişti. Şişkin tedavi faturaları veya çalışamaz duruma gelmek, sayısız insanın yaşam standardını yoksulluk sınırının altına çekmekteydi. Sağlık Bakanlığı 1998 yılında "İkinci Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırması"nı yürüttüğünde, hastalık ve yaralanmalar büyük şehirlerde

35 Yuanli Liu, Keqin Rao, Jing Wu ve Emmanuela Gakidou, "China's health system performance", *The Lancet*, Sayı 372, No. 9653, 2008, s. 1920-21.

önemli bir yoksulluk nedenine dönüşmüş değildi henüz: Yoksulluk sınırının altında yaşayıp da kadersizliklerini "hastalık veya sakatlık" ile ilişkilendiren insanların oranı yüzde 2'nin altındaydı. Ancak orta ölçekli ve küçük kentlere bakıldığında, yoksul insanların yaklaşık yüzde 10'unun hastalıklar veya sakatlıklar nedeniyle bu duruma düştüğü görülüyordu. Hastalık kaynaklı yoksulluğun kent yoksulları içindeki oranı, 2003'te yüzde 25'e varacaktı (Şekil 3). O yıllarda, bir kişinin ciddi bir hastalığa yakalanması, bir zamanlar durumu hiç de kötü olmayan ailesini birdenbire darboğaza sokabiliyor ve yoksulların safına sürükleyebiliyordu.

Şekil 3: Yoksulluk Nedenleri İçinde Hastalık ve Sakatlıkların Payı (yüzde)[36]



Yine aynı araştırmada, yoksulluğu derinleştirmekte hastalıkların oynadığı rol, ülkenin kırsal kesimlerinde daha fazla öne çıkıyordu. 1998 tarihli "İkinci Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırması", kırsal yoksulluğun önemli nedenleri arasında hastalık ve sakatlıkların da bulunduğu sonucunu ortaya koyuyor. Bu arada, 2003 yılında gerçekleştirilen üçüncü araştırmada, yoksul köylü ailelerinin yaklaşık üçte birinde (yüzde 33,4), fertlerden en az birinin kronik hastalığa veya sakatlığa sahip olduğu görüldü. Kırsaldaki yoksulluk nedenleri arasında en fazla öne çıkan şey hastalıklardı.[37] Köylülerin, yürek

36 Çin devleti, istatistiksel amaçlarla, kırsal kesimleri dört sınıfa ayırıyor. En zengin kesimler Kırsal I, en yoksullar ise Kırsal IV sınıfına dahil ediliyor. Kırsal I'e dahil olan köylerin doğu sahilinde yoğunlaştığı, Kırsal IV köylerinin ise batıdaki dağlık alanlarda kümelendiği gözleniyor.

37 Sağlık Bakanlığı İstatistiksel Bilgi Merkezi, *Disanci guojia weisheng fuwu diaocha fenxibaogao* (3'üncü Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırması İnceleme Raporu), Pekin: Union Medical College Press, 2004, s. 15.

burkacak şekilde "yoksul olmaktan değil, hastalanmaktan korkuyoruz" deyişleri, gerçeği tüm çıplaklığıyla açık etmekteydi: Hastalık, yoksul insanları sağlığından etmekle kalmıyor, geçim olanaklarını da ellerinden alıyordu.

Yukarıda paylaştığımız veriler, Çin'in makro düzeyde sahip olduğu ekonomik refahın arka planına göz atıldığında, sağlık hizmetlerinden faydalanamayan geniş bir yoksul nüfusla karşılaşıldığını gösteriyor. Ağır maddi yüklerin altına girme korkusuyla, hastalandıklarında bir hekime görünmeye cesaret edemiyorlardı bu insanlar; ağır hasta olduklarında hastaneye adım atmaktan kaçınıyorlar, hastaneye yatırıldıklarında ise daha iyileşmeden kaçmanın yoluna bakıyorlardı.

KARŞI HAREKET

Tamamen kendi haline bırakılmış piyasanın vahşi bir güce dönüşeceğini söylerken sonuna kadar haklıydı Polanyi. Çünkü, kendi kendini düzenleyen bir piyasa ekonomisi yaratmanız için, insanı ve doğayı salt meta haline getirmeniz gerekir. Bu ise hem toplumun, hem de doğanın kesin olarak yıkımı anlamına gelecektir. Çin, 1980'ler ve 90'larda dünya üzerinde eşine rastlanmayan bir ekonomik büyüme yakaladığı halde, sadece büyümeye odaklanmak bir dizi ciddi sorunu da beraberinde getirdi. Reformun ilk günlerinde pek o kadar göze batmayan kimi sorunlar, zaman geçtikçe derinleşecek, 1990'ların sonlarında da hayati önem kazanacaktı. Halkın geçim olanakları, neredeyse tamamen piyasaya bağımlı hale gelmişti artık. Piyasa yalnızca ödeme gücüne sahip kişilere hizmet götürdüğünden, sıradan işçi ve köylü için çok daha güvensiz bir ortamdı bu. Halk, piyasa mekanizmalarınca sırtına bindirilen yükün taşıyamayacağı kadar ağır olduğu kanısındaydı.

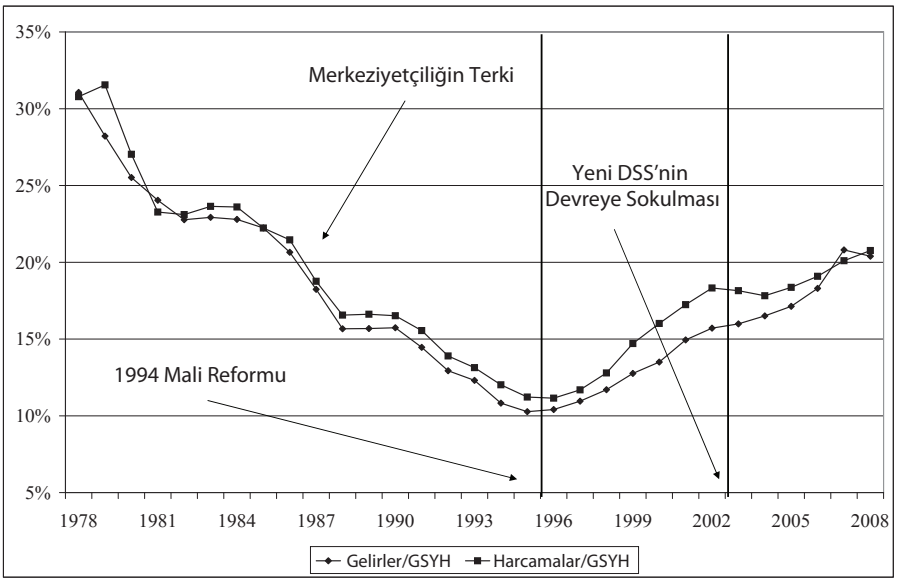
Böylece, piyasacı reformun sancağı parçalanmakta ve sancağın altında oluşturulan birlik dağılmaktaydı. Çıkarları zedelenen gruplar veya reformun bir önceki raundunda yeterince zenginleşememiş olanlar, yeni piyasacı reform girişimlerini şartsız desteklemiyor, tam aksine, bir kez daha darbe yeme korkusuyla, "piyasa" ve "reform" sözcüklerinin geçtiği her türlü harekete olumsuz yaklaşıyordu. Çin'de reformun doğru yoldan çıktığını, ekonomik ve toplumsal kalkınmanın eşgüdüm içinde yürütülmesine vurgu yapma zamanının geldiğini düşünüyorlardı. Bu homurtular, insanların "piyasaya bel bağlamadan geçim olanağına" kavuşmasını amaçlayan, korumaya dönük bir karşı hareket başlatacaktı.[38] İktidar, "Washington Mutabakatı" temelinde yürütülen reform stratejisini yavaş yavaş terk etmeye ve Stiglitz'in "ikinci nesil reform" olarak andığı hareketi devreye sokmaya başladı. Ekonomik büyüme

38 Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1990, s. 21–2.

kadar, insanlara sunulacak sosyal güvenceler ve bölüşüm adaleti ile de ilgilenmekteydi bu yeni dalga.[39] 2002'den bu yana, özellikle de sağlık hizmetleri alanında, iktidarın bir güvence ağı örmek için her geçen gün daha fazla para harcadığına şahit olduk (Şekil 2). Ülkedeki toplam sağlık harcamaları içinde, bireylerin kendi ceplerinden yaptığı ödemelerin payı 2001'de yüzde 60 iken, 2007'de yüzde 45'e kadar düşecekti. Oranın, birkaç yıl içinde yüzde 30'lar dolayına inmesinin beklendiğini de belirtelim.

Sağlık hizmetleri alanındaki karşı hareket ilk olarak 2002 yılında, ülkenin kırsal kesimlerinde yüzünü gösterdi. Çin devleti, kırsal bölgelerde temel sağlık hizmetlerini 2000 yılına dek tamamen iyileştireceği sözünü Dünya Sağlık Örgütü'ne daha 1980'lerin sonunda vermişti.[40] Devlet, köylerde DSS'nin "canlandırılması ve yeniden inşası" görevini biçti kendine. Ancak o sıralar çok sert bir mali krizle boğuşmakta olduğundan, 1990'lar boyunca sistemin finansman sorumluluğunu üstlenmekten kaçınacaktı. Devletin mali gelirleri, GSYH'nin yüzde 10'unu ancak geçebiliyor ve merkezi hükümetin mali gelirlerinin oranı da sadece yüzde 5'te kalıyordu (Şekil 4). Dolayısıyla, devlet köylülerin sağlık sigortalarını yüklenme sorumluluğundan kaçmasaydı bile, dayanışmacı sağlık sistemini finanse etme olanaklarına sahip değildi.

Şekil 4: Devletin Mali Gelirleri ve Harcamalarının GSYH'ye Oranı



39 Joseph E. Stiglitz, "Second-generation strategies for reform for China", Pekin Üniversitesi'ndeki konuşma, Pekin, Çin, 20 Temmuz 1998.

40 Sağlık Bakanlığı, "Guyu woguo nongcun shixian 2000 nian renren xiangyou weisheng baojian de guihua mubiao" (2000'de tüm köylüleri sağlık sigortasının kapsamına alma hedefi), 15 Mart 1990, http://www.chinaeh.com adresinde mevcuttur.

Bu bakımdan, 90'lar boyunca, devlet DSS'nin "gerekli kaynakları asıl olarak bireylerin yapacağı ödemelerden sağlaması ve bunların kolektif olarak toplanan primlerle ve devlet politikalarıyla desteklenmesi" gerektiğinde ısrar edecekti. Sonuç olarak, on yıllık çabalara karşın, kırsalda DSS umulduğu gibi canlandırılamayacak ve kapsamı da yüzde 10'un altında kalacaktı. Daha da kötüsü, bu zayıf yapı bile, "başlangıç-geri çekilme-çökme-başlangıç" kısır döngüsüne mahkum olma, "baharda başlayıp, sonbaharda iflas etme" riskiyle karşı karşıyaydı.[41]

1994 yılında başlatılan vergi paylaşımı reformu, devletin gelir elde etme olanaklarında gözlenen tehlikeli düşüş eğilimini hızla tersine çevirdi. Şekil 4'te görüldüğü gibi, devletin mali gelirlerinin GSYH'ye oranı yüzde 16'ya, merkezi hükümetin mali gelirlerinin oranı da yüzde 9'a yükselecekti. Devlet, kırsalda dayanışmacı sağlık sistemini finanse etme imkânına da ancak o zaman kavuştu. Dolayısıyla, devletin bu dönemde kırsal sağlık politikasında sert bir sapmaya gidişi rastlantı değildi.

DSS'ye yönelik yeni yaklaşım, 2002 yılı Ekim ayında devletçe uygulanmaya başlandı. Çin Komünist Partisi Merkez Komitesi ve Devlet Meclisi, *Kırsal Sağlık Çalışmalarını Daha Fazla Destekleme Kararı*'nı duyurdu ve ülkenin aşamalar halinde bir "Yeni Dayanışmacı Sağlık Sistemi" (YDSS) inşa edeceğini, 2010'da kapsamın tüm kırsal nüfusu kapsayacak şekilde genişletileceğini açıkladı.[42] YDSS ile DSS arasındaki temel fark, kamunun finansmandaki rolüydü: Sisteme katılan köylülerin ödeyeceği yıllık primlere (2003'te kişi başı 10 yuan, 2008'de kişi başı 20 yuan) ek olarak, merkezi ve yerel hazine de her bir YDSS üyesi için belli miktarda yıllık destek ödemesi yapacaktı (2003'te kişi başı 20 yuan, 2005'te kişi başı 40 yuan 2008'de kişi başı 80 yuan).[43] Bundan başka, ödeme yapamayan yoksul köylüler için de sağlık yardımı sözü veriliyordu.[44]

Kamu kaynaklarının sistemin damarlarına şırınga edilmesiyle, geçmiş deneyimlerle taban tabana zıtlık teşkil edecek şekilde, YDSS'nin hızlı bir atılım sergilemesi sağlanacaktı bu kez (1955 ile 2008 arası dönem için Şekil 1'de verilen eğriler incelenebilir). 2003'te Sağlık Bakanlığı tarafından Üçüncü

41 Zhang Wenkang, Zhai zhuangxin zhanlue luntan shang di jiangyan (Stratejik yenilenme forumunda yapılan konuşma), Çin Bilim Akademisi, 31 Ocak 2002, http://www.cas.ac.cn adresinde mevcuttur.

42 ÇKP Merkez Komitesi ve Devlet Meclisi, "Guanyu jinyibu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jueding" (Köy sağlık sistemini güçlendirme kararı), 19 Ekim 2002, http://www1.china.com.cn adresinde mevcuttur.

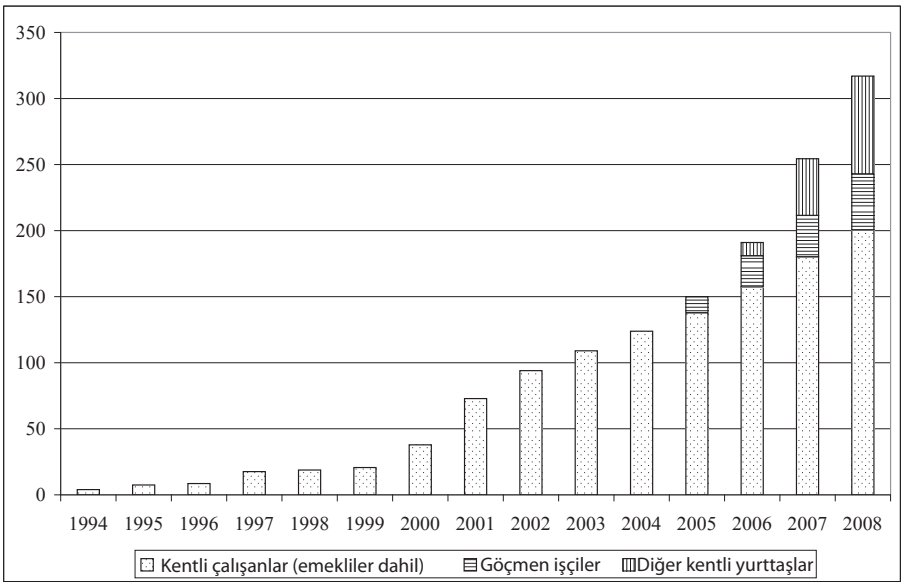
43 Ocak 2009'da Çin devleti, her bir YDSS katılımcısı için ayrılacak devlet ödeneğinin 2011'de 120 yuana yükseltileceğini ilan etti. Xinhua Net, 21 Ocak 2009, http://news.xinhuanet.com adresinde mevcuttur.

44 ÇKP Merkez Komitesi ve Devlet Meclisi, 2002. 2008'in sonu itibarıyla, sağlık destek programlarının kapsamına giren köylü nüfus 27.8 milyona, kentli nüfus da 5.13 milyona ulaştı.

Ulusal Sağlık Hizmetleri Araştırması düzenlendiğinde, DSS'nin köylü nüfusu ancak yüzde 9,5 oranında şemsiyesi altına aldığı anlaşılıyordu. Aradan beş yıl geçtikten sonra, 2008'de ise, ülkenin tamamında, idari birim olarak örgütlenmiş köylerin neredeyse tümü, 815 milyon üyeyle birlikte YDSS'nin kapsamı altındaydı. Bu topluluk, Çin'deki köylü nüfusun yüzde 91,5'ini oluşturuyordu.[45] Pek çok dönemece ve sapmaya sahne olan yaklaşık altmış yıllık serüvenin ardından, dayanışmacı sağlık sistemi hiç olmadığı kadar yüksek bir düzeye erişmişti.

2002 sonrasında, kentlerde de çeşitli sağlık sigorta programları hızla boy verdi (Şekil 5). Örneğin, Kentli Çalışanlara Yönelik Temel Sağlık Sigorta Sistemi'ne katılan çalışanların sayısı 1998'de 18,78 milyon iken, 2008'de 200,48 milyonu buldu. Temel sağlık sigorta programında emeklilerin, diğer bir deyişle, sağlık durumu en kırılgan olan kesimin de kapsama dahil edildiğini hemen hatırlatalım. Yine aynı dönemde, kapsama alınan emeklilerin sayısı 3,69 milyondan 50 milyona yükseldi ve toplam emekli nüfusun yüzde 80'ine erişti. Bu, genç çalışanlar arasında ulaşılan üyelik oranından çok daha yüksekti.

Şekil 5: Kentli Yurttaşlara Yönelik Temel Sağlık Sigorta Programı'nın Üye Sayısı (Milyon Kişi)



45 Xinhua New Agency, "Xinnonghe, nongmin jiankang de baohushan" (Yeni dayanışmacı sağlık sistemi: çiftçilerin sağlığı için bir güvenlik ağı), 17 Mart 2009, http://news.xinhuanet.com adresinde mevcuttur.

2005 civarında başlayarak, bazı kentlerde, çalışmayan nüfusa da sağlık hizmeti verilmeye başlandı. 2006'nın sonuna dek, yaklaşık 10 milyon kişi daha bu tip sağlık sigorta programlarına katılacaktı. Sonunda, tüm kentli nüfus için ayrımsız sigorta temin etmek üzere, Nisan 2007'deki Devlet Meclisi toplantısında, 88 kenti kapsayacak bir Kentli Halka Yönelik Temel Sağlık Sigortası pilot uygulamasının başlatılması kararlaştırıldı. Sistem, çocuklar, öğrenciler, yaşlılar ve çalışmayan diğer kentliler gibi, Kentli Çalışanlara Yönelik Temel Sağlık Sigorta Sistemi'ne giremeyen herkesi kapsamına almayı hedeflemekteydi. Biraz daha zaman geçince, Şubat 2008'de, merkezi hükümet uygulamayı Çin kentlerinin yarısına taşımaya karar verecekti. Böylece, programa dahil olan kentli nüfusa, 2008 sonunda 74,01 milyon kişi daha eklendi. Programın, 2010 içinde tüm Çin kentlerinde tamamen hayata geçmiş olması bekleniyor.[46]

Göçmen işçilere yönelik sağlık sigortası ise daha karmaşık bir konu: Yaşları genç olduğu ve büyük ölçüde bir yere bağlı yaşamadıkları için sigorta sistemine katılmaya çok istekli değiller; üstelik işverenleri de sigorta primi ödemeye pek yanaşmıyor. 2002 sonu ve 2003 başlarında, Şanghay ve Chengdu'da göçmen işçilere kapsamlı sağlık sigortası temin etmek amacıyla tasarlanan bir sistemin pilot uygulamasına başlandı. 2003 ve 2004'te duruma el koyan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, yerel idarelere işverenleriyle sabit iş ilişkisi içindeki tüm göçmen işçileri sigorta kapsamına alma zorunluluğunu getirdi.

2006'nın Mart ayı da, Devlet Meclisi tarafından *Göçmen İşçilerin Sorunlarına Çözüm Konusunda Düşünceler* çalışmasının kaleme alınmasıyla önemli bir dönüm noktası olacaktı. Çalışmada, "göçmen işçilerin ciddi hastalıklarla ilgili tıbbi sorunlarına çözüm getirmenin çok büyük aciliyet taşıdığı" vurgulanmakta ve göçmen işçi sağlık sigortası gündemin üst sıralarına koyulmaktaydı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, "sağlık sigortasına katılan göçmen işçilerin sayısını 2006 sonuna dek 20 milyona yükseltme yolunda mücadele etmek ... 2008 sonuna kadar, işverenleriyle uzun süreli iş ilişkisi kurmuş tüm göçmen işçilerin sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlamak" şeklinde hedef belirleyecekti kendine daha sonra. Bu, göçmen işçilere dönük sağlık hizmetlerinde yeni bir "kitle" aşamasına geçişin işaretiydi. Her bir yerel idari birim, bu girişime göçmen işçilerin sağlık hizmeti sorununa çözüm getirmek amacıyla, "düşünceler," "yönetmelikler" ve "önlemler" üze-

46 Meng Xiang, "Disanzhangwang: quanguo chengzhen jumin yibao shidian jijiang qitong" (Üçüncü ağ: kentli yurttaşlar için ülke genelinde sağlık sigortası denemesi başlatılacak), *Ershiyi shiji jingji baodao* (21. yüzyıl ekonomik raporu), 1 Temmuz 2007, http://finance.sina.com.cn adresinde mevcuttur.

rinden hızla yanıt verdi.[47] Sağlık sigortasına katılan göçmen işçilerin sayısı, 2006 yılı sonunda 23,67 milyonu bulacak, 2008 sonuna kadar da 42,49 milyona yükselecekti (Şekil 5).[48]

Çin, nihayet 6 Nisan 2009'da, üç yıl süren hazırlık döneminin ve aylar alan kamuoyu tartışmalarının ardından, sağlık sistemine getirmeyi planladığı kapsamlı reformun genel hatlarını açıkladı. Reform, temel sağlık sigortasının kapsamını 2011 sonuna dek yüzde 90'a çıkartmayı ve 2020'de de ayrım gözetmeksizin her yurttaşa "güvenilir, etkin, elverişli ve uygun fiyatlı" sağlık hizmeti sunmayı vaat ediyor. Şimdiden yürürlüğe girmiş olan beş sağlık programı (Kentli Çalışanlara Yönelik Temel Sağlık Sigortası, Kentli Yurttaşlara Yönelik Temel Sağlık Sigortası, Yeni Dayanışmacı Sağlık Sistemi, Köylü ve Kentli Yurttaşlara Yönelik Tıbbi Yardım) ile, 2008 sonu itibarıyla, 1,32 milyarlık nüfusun 1,17 milyarının sigorta kapsamına alan Çin, bu hedeflere ulaşma yolunda çok da zorlanmayacak gibi görünüyor.

İnsanın mutluluğunda temel şart olan sağlık, insani işlevlerin yerine getirilmesinde de önemli bir etmen.[49] Öte yanda sağlıksızlık ise, tercihte bulunma, toplumun sunduğu fırsatları değerlendirme ve gelecek planları yapma haklarından yoksun bırakabiliyor insanları. Dahası, ülkeler arasında yapılan karşılaştırmalar, sağlıklı bir toplumun yoksulluğu azaltabildiğini, toplumsal adaletsizlikleri hafifletebildiğini ve ekonomik büyümeyi güçlendirebildiğini ortaya koyuyor.[50] Tüm yurttaşların sağlıklı olmasını sağlamak, hem ahlaki hem de pratik nedenlerle, her ülkede siyasetçilerin başlıca hedeflerinden biri olmalı. Sosyalist eşitlik ilkesinin bayrağını taşıma iddiasını hâlâ terk etmemiş olan Çin gibi bir ülkede bu gereklilik daha da büyük önem kazanıyor. Halka sunulan sağlık sistemi, Mao döneminde ülkenin en fazla gurur duyduğu şeyler arasındayken, 1980'ler ve 90'larda yürütülen piyasacı reformlar, ülkenin sosyal güvenlik şemsiyesini aşama aşama parçalayıp, tedavi masraflarının altından kalkmayı gerek köylü gerekse kentli nüfus için güçleştirdi. Son yıllardaysa, buna tepki olarak filizlenen, korumaya yönelik bir karşı hareketin boy verişini izliyoruz. Aralarında devlet adamlarının da bulunduğu, sayısı giderek artan insanlar, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve temininde serbest piyasaya bel bağlamanın, sisteme erişim olanaklarını kaçınılmaz olarak sı-

47 Bai Tianliang, "Chengzhen jumin yibao shidian jiang quanmian qitong, feicongye jumin ke canjia" (Köylü yurttaşlara yönelik sağlık sigortası deneyimi ülkenin geneline yayılacak ve çalışmayan yurttaşlar da kapsama alınacak), *Xinhua Net*, 27 Nisan 2007, http://news.xinhuanet.com adresinde mevcuttur.

48 Aynı eser.

49 Amartya Sen, *Development as Freedom*, New York: Alfred A. Knope, 1999.

50 J. Drèze ve Amartya Sen, *India, Development and Participation*, Delhi: Oxford University Press, 2002; A. Deaton, "Health, inequality and economic development", *Journal of Economic Literature*, XLI, 2003, s. 113-58 ve "Health in an age of globalization", *National Bureau of Economic Research Working Paper*, 10669, Ağustos 2004.

nırlandıracağını fark etmekle kalmadılar; istisnasız herkesin mutluluğunda büyük önem taşıyan sağlığın, asla piyasanın insafına terk edilemeyeceğini de gördüler. Çin devleti, halkın belini bükmeyecek eşitlikçi bir sağlık sistemini yeniden inşa etmeye kararlı görünüyor şimdi. Çin, devletin bu yönde hem siyasi iradeye hem de mali olanaklara sahip olduğu bir ortamda, tüm yurttaşların temel sağlık hizmetlerinden faydalanacağı bir yapıyı yeniden oluşturma başarısını sergileyebilmelidir.

"Herkes İçin Sağlık" ve Neoliberal Küreselleşme: Bir Hint İllüzyonu

Mohan Rao

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından, sömürgeciliğin boyunduruğundan kurtulmak üzere kaderle randevularına koşan ülkeler, az gelişmişliklerinin altında yatan tarihsel eşitsizliklere bir son vermek istiyorlardı. Bunu, sınırlı olarak başarabileceklerdi. Kendi kendine yetmeye yönelik ithal ikameci büyüme, belli ölçüde toprak reformu ve sanayileşme girişimleri gibi politikalar sonucunda, Üçüncü Dünya ülkelerinden Birinci Dünya'ya doğru gerçekleşen kaynak akışında bir daralma baş gösterecekti. Kısaca söylemek gerekirse, askeri yöntemlerle dayatılan küreselleşmenin yüzlerce yıldır yaratmakta olduğu hasardan kendini korumak ve yıkıntıları tamir etmek isteyen Üçüncü Dünya üzerindeki sömürü yükü hafiflemişti. Ne var ki bu kurtuluş çoğu yerde ancak kısmen gerçekleşebilecek ve tam bir başarıya ulaşamayacaktı. Sürecin yarım kalmasıyla, gıda temini, katma değerli üretim, kişi başına gelir ve diğer alanlarda eğilimler uzun vadede tersine dönecekti. Bu arada, sağlıkta, beslenmede ve eğitimde de bir nebze olsun ilerleme sağlamaya dönük çabalarla karşılaşılmaktaydı. Tüm bu değişimleri yansıtacak şekilde, Üçüncü Dünya'da sağlık göstergeleri iyileşmekte, ortalama ömür uzamakta, ölüm ve hastalık oranları düşmekte, doğum oranları yükselmekteydi.

Gelgelelim, refahın ve kaynakların adaletsiz dağıtımıyla ortaya çıkan toplumsal sorun karşısında bilime ve teknolojiye kutsal bir değer biçilmesi, sağlık alanındaki ilerlemeye damgasını vuran şey olacaktı. Sağlığı etkileyen faktörler göz ardı edilerek, kentlerde hastane hizmetlerinin geliştirilmesine çaba harcanmaktaydı. Hindistan gibi ülkeler, bu yapılanmanın bir sonucu olarak, pazarlarını tıbbi teknolojilere ve ürünlere açıyordu. Bu yaklaşıma, en çarpıcı örneğini sıtma ve aile planlamasında vermek üzere, teknoloji odaklı, sadece belli bir hastalığı ya da grubu hedef alan "nokta" programlar eşlik

ediyordu. Örneğin, DSÖ'nün sıtmayla savaş için 1960'ta ayırdığı bütçe, örgüt bütçesinin geri kalanından daha büyüktü.[1] Hindistan'da, aile planlaması programı, bilinçlendirme eğitimlerinden vazektomi ameliyatlarına, rahim içi araç kullanımından erkek ve kadınların zorunlu kısırlaştırılmasına kadar farklı yöntemler arasında yalpalıyor, giderek daha fazla kaynak tüketiyor ve böylece sağlık alanındaki genel gelişmeyi etkiliyordu.[2] Gerek sıtma, gerekse aile planlamasında, karmaşık epidemiyolojik sorunları teknolojik çözümlerle bertaraf edecek "sihirli formül"lere bel bağlanmaktaydı.

Uluslararası kuruluşların ajandalarından doğan bu nokta programlar, belli ayırt edici özellikleriyle öne çıkıyordu. Çoğu zaman, programların planlanmasında, epidemiyolojik değerlendirmelerin kılavuzluğuna başvurulmuyordu. Daha hastalığın yapısı, dağılımı, temel nedenleri, gidişatı ve hatta ölçeği tam olarak anlaşılmadan, programların uygulamaya koyulmasına sıkça rastlanıyordu. Üstelik, kaynakların bu programlar üzerinde yoğunlaşması, halka yönelik genel sağlık hizmetlerinin geliştirilememesi anlamına da gelmekteydi. 1970'lere gelindiğinde, sağlık alanında bu gelişim modelinin çıkmaz sokağa girdiği her geçen gün daha açıkça görülüyordu. Hem sıtmayla savaş, hem de aile planlaması programının başarısızlıkla sonuçlandığı kabul edilmekteydi.[3] Tüm halkı şemsiyesi altına alan genel sağlık hizmetleri inşa edilmediği ve ekonomik kalkınma ile sağlık arasındaki bağlantı kurulmadığı sürece, sağlıkta ilerleme kaydetmenin hayal olarak kalacağı ortadaydı.

Nokta programlar üzerindeki illüzyon perdesinin dünya genelinde kalkmaya başlaması, köylü nüfusa yeterli sağlık hizmeti götürme gereksiniminin açıkça anlaşılması ve önleyici sağlık hizmetleri ile sağlığı geliştirme programları arasındaki bütünleşmenin sendelemesi, 1978 tarihli Alma Ata'da bildirgesinde, "Herkes İçin Sağlık" sloganında hayat bulacak bir DSÖ-UNICEF girişiminin başlatılmasına önayak oldu. Bu noktada, hem gelişmiş, hem de az gelişmiş ülkelerde, "sağlık hizmetlerinin temininde kapsamlı ve kökleşmiş bir hatanın mevcudiyeti" nedeniyle, "ilerleme konusunda ciddi bir kriz" ile karşı karşıya olduğumuz tespitini yapıyordu DSÖ.[4] Yoksulluk sorununun çözümünde aile planlaması yaklaşımının fiyaskoyla sonuçlandığını uluslararası kuruluşların fark etmesi de bu döneme rastlayacaktı. Demografik hedeflere ulaşılabilmesi için, bütünlüklü programların yürütülmesine ve halkın asgari gereksinimleri-

1 Sung Lee, "WHO and the developing world: the contest for ideology", Andrew Cunningham ve Bridie Andrews (der.), *Western Medicine as Contested Knowledge* içerisinde, Manchester: Manchester University Press, 1997, s. 29.

2 Mohan Rao, *From Population Control to Reproductive Health: Malthusian Arithmetic*, Yeni Delhi: Sage, 2004.

3 K.W. Newell, "Selective primary health care: the counter revolution", *Social Science and Medicine*, Sayı 26, No. 3, 1978. s. 903-906.

4 Aynı eser.

nin karşılanmasına ihtiyaç duyulduğunu artık kabul ediyorlardı. Gerek Dünya Bankası, gerekse Nüfus Konseyi, bu "kalkınmacı" bakış açısını destekliyordu.[5] "Herkes İçin Sağlık" sloganıyla bir araya gelenlerin taşıdığı umut ve iyimserlik, 1974 yılındaki BM Genel Kurulu'nda benimsenen "yeni uluslararası ekonomik düzen" talebinin güçlü sesiyle yakından bağlantılıydı.

Tüm bunlar ışığında söyleyebiliriz ki, 1970'ler sağlık alanındaki gelişmeler bakımından heyecan verici bir dönemdi. "Pinpon diplomasisi" sayesinde Çin'in 1973 yılında DSÖ'ye üye olmasıyla, örgütün sağlık hizmetlerinde farklı seçenekleri göz ardı etme olanağı kalmamıştı.[6] Çin, 1950'lerin sonları ile 1970'lerin başları arasındaki dönemde, ortalama ömürde iki kattan fazla artış sağlamayı başarmıştı. Açlıktan ölüm vakalarına karşın, ortalama ömür yaklaşık 22 yıldan 46 yıla çıkmış, Batı dünyasının yüz yıldan daha uzun sürede kat edebildiği mesafe, müthiş bir ustalıkla aşılmıştı. DSÖ veya herhangi bir yabancı kuruluştan zerre kadar destek almayan, üstüne üstlük dünya nüfusunun beşte birine ev sahipliği yapan bir "az gelişmiş" ülke, muazzam kırsal nüfusu için olağanüstü bir temel sağlık hizmetleri sistemi inşa etmişti. Açlık ve bulaşıcı hastalıklarla, yani yoksullukla ilgili sorunlar ne sihirli değnekle, ne de Batıda eğitim gören hekimler aracılığıyla çözülmüştü. Çözüm, insanların gıdaya ve işe kavuşmasıydı.[7]

Yerkürenin dört bir yanında yeni rüzgârlar esmeye başlamış gibi görünüyordu. Batı dünyası öğrencilerin demokratikleşme mücadeleleriyle sarsılırken, ABD'de insan hakları hareketi kabarmış ve ikinci dalga feminizm, sağlıkla ilgili sorunlarda "ben de varım" demişti. 70'ler, Afrika'daki Portekiz sömürgesine karşı girişilen özgürlük savaşlarının kazandığı başarılarla başlayacak ve İran Devrimi ile son bulacaktı. ABD'nin Vietnam'da yaşadığı yenilgi, Soğuk Savaş siyasetinde sert bir dönemeç yaratacak, Sovyetler Birliği ise, DSÖ'nün Alma Ata konferansını düzenlemeye zorlanması gibi örneklerle, yeni bir liderlik rolü üstlenmeye çalışacaktı. Sıtma programı başta gelmek üzere, nokta programları uzun süredir eleştirmekte olan SSCB, bu girişimlerin sağlık alanındaki gelişmelere sekte vurduğu görüşündeydi.[8] DSÖ'deki Sovyet delegesi, "Sovyetler Birliği, son 50 yıldır olup bitenleri katılımcılara göstermeye hazır" diyecekti.[9] "Herkes İçin Sağlık" hedefine ancak yaygın ve eşitlikçi bir kalkınma ile ulaşılabileceği çok açık olduğundan, Üçüncü Dünya açısından devrimci bir

5 D. Hodgson, "Orthodoxy and revisionism in American demography", *Population and Development Review*, Sayı XIV, No. 1, 1988. s. 541-569.

6 Marcos Cueto, "The origins of primary health care and selective primary health care", *American Journal of Public Health,* Sayı 94, No.11, 2004. s. 1864-1874.

7 Jean Dreze ve Amartya Sen, *Hunger and Public Action*, Yeni Delhi: Oxford University Press, 2004.

8 Socrates Litsios, "The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection", *International Journal of Health Services*, Sayı 32, No.4, 2002, s. 709-732.

9 Sung Lee, "WHO and the developing world", s. 42.

sağlık yaklaşımına işaret eden Alma Ata bildirgesinin karmaşık bir siyasal mirasa sahip olduğu rahatlıkla söylenebilirdi.

Ancak bu iyimserlik döneminin son derece kısa ömürlü olduğu çok geçmeden anlaşılacaktı. Nedeni ise, yeni küreselleşme dalgasıydı hiç kuşkusuz. 1980'lerde, Keynesçi dünya neoliberalizmin günden güne şiddetlenen saldırılarına maruz kalacak ve 90'lara varıldığında da "reel sosyalizm" devrilecekti. Bu koşullar altında, Alma Ata'da saptanan hedeflere ulaşmak olanaklı değildi. "Herkes İçin Sağlık" sözü, kısa süre sonra yerini tam karşıtı olan "Seçmeli Temel Sağlık Hizmetleri" anlayışına bırakacak, hem UNICEF hem de DSÖ Alma Ata cephesini terk edecekti.[10] İkinci bir nedense, temel sağlık hizmetlerinin yalnızca yoksul ülkeleri ilgilendiren bir şey olduğu ve sadece en zaruri hizmetlerin sunumunu içerdiği yönündeki yanlış algıydı. Her şeyden önce, tıbbi müdahalenin sağlığa dair sonuçlar üzerinde ancak kısmi bir rol oynayabileceği unutulmaktaydı. Öte yandan, neoliberal küreselleşme akınıyla birlikte, bu tıbbi müdahaleler bile piyasacı ilkelere giderek daha bağlı hale geliyordu. Herkes için sağlık hedefine dair beklentiler geri püskürtüldükçe, sağlık politikalarında sihirli formül yaklaşımı yeniden hortluyor, Renaud'un sert ama yerinde bir tanımlamayla "sağlıkta toplumu yok sayma" dediği tutumla kol kola giriyordu.[11]

Alma Ata'da ilan edilen fikirleri kesinlikle reddeden Dünya Bankası'nın tutumu, tüm bu gidişatı örnekler nitelikteydi. Büyük etki uyandıran 1987 tarihli, *Az Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Reform İçin Kılavuz* başlıklı çalışmasında, "Az gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerini bir vatandaşlık hakkı olarak görmekte ve herkesin hizmetlerden ücretsiz faydalanması yolunda çaba harcamaktaydı. Bu yaklaşım işe yaramadı." diyordu Dünya Bankası.[12] Öyleyse, devletin rolü sadece piyasanın düzenlenmesine indirgenmeli, özel sektör ise, aile planlamasının da dahil olduğu bir asgari klinik paketinin dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini devralması yolunda, devlet teşviki de dahil çeşitli biçimlerde desteklenmeliydi. Dünya Bankası'nın sağlık sektöründeki rolü inanılmaz ölçekte artarken, DSÖ'nün sesi duyulmaz oluyordu: Dünya Bankası'nın sadece sıtma programı için sağladığı kredi tutarı, DSÖ'nün tüm bütçesinin üzerindeydi.[13] Yüzyılın sonuna gelindiğinde, Dünya Bankası,

10 David Sanders, David Werner, Jason Weston, Steve Babb ve Bill Rodriguez, *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*, Palo Alto: Healthwrights, 1997.

11 M. Renaud, "On the structural constraints to state intervention in health", *International Journal of Health Services*, Sayı 5, No. 4, 1975, s. 625-42.

12 John Gershman ve Alec Irwin, "Getting a grip on the global economy", Jim Yong Kim, Joyce V. Millen, Alec Irwin ve John German (der.), *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor* içinde, Maine: Common Courage Press, 2000, s. 30.

13 M. Rao ve R. Lowenson, "The political economy of the assault on health", Halk Sağlığı Meclisi Hazırlık Grubu tarafından hazırlanmış inceleme belgeleri, Savar, Bangladeş, Gonoshasthaya Kendra, 2000.

"az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin en büyük tekil finansman kaynağı olarak, politikalar üzerinde benzersiz bir belirleyici güce sahip" olacaktı.[14] Piyasanın yeni aktörleri haline gelen uluslararası STÖ'ler, önceleri nüfus kontrolü konusunda ne yapılmışsa, şimdi aynısını halk sağlığı alanında hayata geçirmekle meşguldü: sorunu belirleyici etmenlerinden soyutlamak ve yeni teknolojiler için pazar yaratmak. Aynı zamanda, az gelişmiş ülkelerde, yüksek teknolojilerden sigortaya ve hatta aşılama gibi sıradan teknolojilere kadar çok çeşitli alanlarda sermaye akınına açılan sağlık sektörü, çokuluslu şirketler için başlıca kâr alanlarından birine dönüşüyordu.

KÜRESELLEŞMENİN GETİRDİĞİ

Neoliberal küreselleşme, piyasa mekanizmalarının dizginlerinden boşanmış şekilde uygulanmasını öngören bir ideolojik kararlığa dönük ekonomi politikalarının ürünüdür. İkinci Dünya Savaşı sonrasında kaydedilen ekonomik büyümeden alınan önemli derslerden biri, talepteki düşüşler nedeniyle belli aralıklarla patlak veren krizlerin, kapitalist devlet tarafından önlenebileceği ve bunun yapılmasının şart olduğuydu. Örneğin, devletin sağlık hizmetleri alanında varlık sergilemesi, sağlıklı olmayı herkesin hak ettiği düşünüldüğü için gerekli değildi sadece; bu tür hizmetlerin devlet eliyle sunulması ekonomiye istikrar kazandırma ve üretkenliği yükseltme stratejisinin çekirdeğini de oluşturuyordu. 1980'lerle birlikte kendini hissettiren yeni atmosferde, bu Keynesçi politikalar üzerindeki azgın saldırılar giderek şiddetlenecekti. Yeni neoliberal ortaklık, az gelişmiş ülkeler başta gelmek üzere devlete tepeden bakıp burun kıvırırken, kendi ülkelerinde zenginlerin devlet eliyle daha fazla desteklenmesi yönünde adımlar atan Reagan ve Thatcher hükümetlerinin tercihleri ile neoliberal serbest piyasa söylemi arasında keskin bir tezat ortaya çıkıyordu. Onlar bu anlamda hiç de devletin rolünü küçültür gibi görünmüyorlardı.[15] Gerçekten de, refahın ve kaynakların tabandan tepeye doğru aktarılmasına, üst sınıfların sahip olduğu ayrıcalıkların 20. yüzyılın başındaki düzeye çıkarılmasına dönük bir küresel proje şeklinde açıklanıyordu neoliberal küreselleşme.[16] Toplumsal ve hatta uzun vadeli ekonomik maliyetleri bir kenara iterek, devletin rolünü küçültüp piyasanınkini büyütmek, bu kapitalist tedavi modelinin kalbini oluşturuyordu.

80'lerde ekonomilere uygulanan deflasyon, serbestleştirme (liberalleştirme) ve özelleştirme süreçlerinin Latin Amerika ve Afrika'da geniş ölçekte

14 Kim ve diğerleri, *Dying for* Growth, s. 143.

15 Gershman ve Irwin, "Getting a grip".

16 David Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*, New York: Oxford University Press, 2005.

hayata geçirildiğine şahit olduk. Patnaik, bunu emperyalist küreselleşme olarak tanımlıyordu.[17] Hâlâ dünya nüfusunun büyük bölümünün istihdam yükünü çekmekte olan tarım sektöründe, gıda maddeleri üretiminin düşmesi pahasına, ihracata dönük mahsullerin teşvik edilmesi ve böylece sömürgeci tarımsal üretim biçimlerinin pekiştirilmesi anlamına geliyordu bu. En büyük sorun ise, bu üretim biçimine geçildiği sırada, temel emtia fiyatlarının tarihte görülmemiş düzeylere inmiş olmasıydı. Tarım ürünleri için 1989 yılında uygulanan fiyatlar, 1970'deki seviyenin ancak yüzde 60'ı kadardı. Dolayısıyla, Üçüncü Dünya ülkeleri birbirleriyle rekabet ederek ihraç mallarının miktarını artırdıkça, beklenenin tam tersi gerçekleşiyor ve ithalatı finanse edecek döviz girdileri azalıyordu. Pek çok ülkenin, zamanda yolculuk yaparak, işlenmemiş hammadde ihracatçısı ve imalat malları ithalatçısı oldukları döneme geri dönmesi ve genel olarak ticarette, özellikle de tarımdaki gelişmelerin az gelişmiş ülkeler aleyhine cereyan edişiyle, köylü sınıfının krize sürüklenmesi hiç şaşırtıcı değildi.[18]

Bu politikalar, Üçüncü Dünya ülkelerinin borç yükünü büyüttü; kazancın kaynağını üretimden spekülasyona kaydırdı; ücretli işçilerin sömürüsünü dünya genelinde şiddetlendirdi; gündelik, düşük ücretli ve sosyal güvenlikten mahrum istihdam biçimlerinin yaygınlaşmasına yol açtı. Eğitim ve sağlığa ayrılan kaynaklarda yapılan kesintiler, zaten zayıf ve yeterli kaynaktan yoksun olan eğitim, sağlık ve gıda güvencesi sistemlerinin çökmesinden başka şey ifade etmeyecekti. Bu süreçte, yoksul ülkelerde belli bir kesim zenginleşirken, halkın yaşadığı yoksulluğun daha da derinleşmiş olmasına şaşmamak lazım. Daha önceleri yalnızca varlıklı ülkelerde mevcut olan tüketim mallarına ulaşma olanağını yakalayan bu zengin kesimler, görsel medyanın çığırtkanlığı eşliğinde, daha fazla küreselleşme talebinde bulunuyorlardı. Hindistan'da, sözünü ettiğimiz orta ve üst sınıfların halktan koptuğu belirtiliyor, büyük ölçüde üst kasta mensup olan kimi kesimler de, örtülü-faşist ideolojiye sahip sağcı parti BJP'nin [Hindistan Halk Partisi] büyümesine destek veriyordu.[19] Geçmişte devlet müdahalesinden beslenmiş olan bu insanlar, şimdi Hindistan'ın antiemperyalist geçmişini unutmuş görünüyorlar, demokrasi ve laiklik fikirlerini arkalarında bırakıyorlar, ABD'nin küçük ortağı sıfatıyla bile olsa, küresel ekonominin bir parçası haline gelmek için can atıyorlardı. Onları dolarlarla ve gülünç bir entelektüel altyapı ile destekleyen, büyük bölümü ABD'de yaşayan, son de-

17 Prabhat Patnaik, "The political economy of structural adjustment: a note", Rao Mohan (der.), *Disinvesting in Health: The World Bank's Prescriptions for Health* içinde, Yeni Delhi: Sage, 1999.

18 Utsa Patnaik, *The Republic of Hunger and Other Essays,* Gurgaon: Three Essays Collective, 2007.

19 Anurag Pandey, "Communalism and separatism in India: an analysis", *Journal of Asian and African Studies*, Sayı 42, No. 6, 2007, s. 533-49.

rece başarılı Hindistan diasporası ise "bizler Hindu'yuz" diye kibirle haykırıyordu.[20]

Ekonomik küreselleşmenin ana sonuçlarından birini, "yoksulluğun kadın kılığına girmesi" şeklinde tanımlamak mümkün. Zira, ekonomik güvencesizliğin giderek büyümesi karşısında, kadınlar da ailelerini bir arada tutmak için her geçen gün daha fazla didinmek zorunda kalıyorlar. Bir çok ülkede, işgücüne katılan kadın sayısının arttığını, ancak daha düşük ücretlere ve erkeklere kıyasla daha olumsuz çalışma koşullarına talim ettiklerini; diğerlerinde ise işsizlik oranlarının dikkat çekecek ölçüde yükselmesiyle, kadınların işinden olduğunu gördük. Hindistan'da, temel ürün ve hizmetlerin kamu eliyle sunumunda gerileme yaşanmasıyla, ağırlıklı olarak kadınlar tarafından yapılan ev işlerinin bindirdiği yük de arttı. Kızlar başta gelmek üzere, düşük ücretlerin ödendiği kayıt dışı işgücü piyasasına katılmalarını ya da ev işlerine yardım etmelerini sağlamak üzere küçük çocukların okuldan alındığına sıkça rastlanır oldu. Yükselen gıda fiyatları, yoksullara yapılan destek ödemelerindeki kesintilerle de birleşince, düzenli bir gelire sahip olmayan ve sayıları da giderek artan pek çok aile, yoksulluk sınırının altına itildi. Kadınlar ve kız çocukları ise, bu darbenin ağırlığını en fazla hissedenler oldu. Seks endüstrisinin batağına çekilen genç kadınların sayısının artışı da bu sürecin sonuçlarından biri olacaktı.

Bu koşullar altında açlığın ve hastalık oranlarının yükselmesi kimseye tuhaf gelmez. Üstelik, yapısal "reform"ların hastalara sağlık hizmetleri karşılığında ödeme yapma zorunluluğunu dayatmasıyla, yoksulların sağlık kuruluşlarından faydalanma olanakları giderek zayıflıyordu. Yetersiz beslenmenin günden güne yaygınlaşmasıyla, daha önceleri uzun bir süre düşme eğilimi sergileyen bebek ve çocuk ölüm oranları ya Hindistan'daki gibi sabit kalacak ya da başka bazı ülkelerdeki gibi yükselecekti. Dolayısıyla, oldukça açık ve halkın sağlık düzeyi bakımından zararlı, aynı zamanda alabildiğine belgelenmiş değişimlerdi bunlar. Hatta bir UNICEF metninde, yapısal düzenleme programlarına "insani bir görünüm" kazandırılması çağrısında bile bulunuluyordu.[21] Gelir düzeyi ve sağlık alanındaki adaletsizlikler, benzer ekonomik yörüngeler izleyen başka ülkelerde de derinleşecekti. Bir dizi gelişmiş sanayi ülkesinde, sosyoekonomik dağılım dengesizleştikçe, ölüm oranlarında da ülke içi uçurumlar keskin bir şekilde belirmeye başladı.[22]

---

20 1992 yılında tarihi Babri camisini yıkarak ulusu bir cadı kazanına sürükleyen, ama ne yazık ki seçimlerde bu tutumlarının semeresini gören "Hindu" faşistlerinin savaş sloganı, '*Garv se kaho hum Hindu hai*' (Hindu olduğumuzu gururla söyleyelim) şeklindeydi.

21 G.A. Cornia, R. Jolly ve F. Stewart (der.), *Adjustment with a Human Face: Country Case Studies*, Oxford: Clarendon Press, 1988.

22 G. Davey-Smith ve M.M. Egger, "Socio-economic differentials in wealth and health", *British Medical Journal*, 307, 30 Ekim 1993, s. 1085-86.

NEOLİBERALİZM DÖNEMİNDE HİNDİSTAN'IN SAĞLIK POLİTİKASI

Hindistan hükümeti, Alma Ata konferansından kısa süre sonra, 2000 yılına dek sağlık hizmetleri kapsamının, her yurttaşı içine alacak şekilde genişletileceği sözünü verdi.[23] Bu amaç doğrultusunda, 1980'ler boyunca kırsaldaki altyapının güçlendirilmesi için çaba harcanacak ve devlet de nokta programların uğradığı başarısızlığı ve bütünlüklü sağlık hizmetleri sunmanın gerekliliğini en üst düzeyde dile getirecekti.[24] Bu çerçevede, 80'lerde ülkenin kırsal altyapısına bir miktar yatırım yapıldı ve beslenme programları gibi sosyal destek programları yürütüldü. Kırsalda, kamu tarafından finanse edilen sağlık ocakları, birinci basamak sağlık kuruluşları ve ilçe hastanelerinden oluşan bir ulusal ağ kuruldu. Ödeme gücü olanlar, büyük ölçüde aile planlaması için kullanılan bu tesislere pek yaklaşmıyordu. Ancak, alışılageldiği gibi yine kıt olan kaynakların çoğunluğu, kentlerdeki kuruluşlara, tıp fakültelerine ve yeni nokta programlara aktarılmaktaydı. Aynı dönemde, özel sektöre ve sağlık alanında faaliyet gösteren STÖ'lere yönelik ilgi de büyüdü. Sonuçta, Hindistan sağlık hizmetlerinin zaten iki parçalı olan yapısı biraz daha pekişecekti: bir tarafta, yoksullar için çalışan, personel, kaynak ve altyapı sıkıntısı çeken, enkaza dönmüş bir kamu sistemi; diğer yandaysa, bedelini ödeyebilecekler için özel sektör. Kamu sisteminin giderek zayıflaması karşısında, muazzam bir istismara sahne olan özel sistemi tercih eden insanların sayısı artmaktaydı.

İki sistem arasındaki mesafe, 1990'larda iyice büyüdü. 1991'in başında yaşanan sermaye çıkışı kriziyle, Hindistan'ın döviz rezervi sadece iki haftalık ithalatı karşılayabilecek düzeye kadar indi. Ülke, ticari borçlarını ödeyememe sınırına çok yaklaşmıştı. IMF alelacele devreye girerek 1,8 milyar dolar kredi sağlayacak ve ayak sesleri duyulan ödeme aczi olasılığını bertaraf edecekti. Aynı yıl sağlanan 2,3 milyar dolarlık ek kredi, Hindistan'ın IMF ile 5 milyar dolar değerinde bir yapısal düzenleme kredisi için müzakere etmek zorunda kalması anlamına gelecekti.[25] IMF'nin kredi şartlarından biri, sağlık ve eğitim dahil, kamu harcamalarının sert bir şekilde kısılması ve hatta kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranının 2002'ye kadar yüzde 0,9'a çekilmesiydi (80'lerin ortalarında yüzde 1,4). Halka gıda dağıtımında da ciddi bir kısıntıya gidilecekti. Sulama, altyapı ve tarımsal kredi harcamalarının düşürülmesi gibi tarım sektörünü etkileyen politikalar, ülkede kişi başına düşen gıda miktarını alarm düzeyine indirecekti. Patnaik'in de dikkat çektiği gibi, Hindistan hayvan yemi olarak kullanılmak üzere Batı'ya tahıl ihraç

23 Hindistan Hükümeti, *2000'de Herkes İçin Sağlık*, Yeni Delhi: Sağlık ve aile Bakanlığı, 1980.

24 Hindistan Hükümeti, *Altıncı Beş Yıllık Plan*, Yeni Delhi: Planlama Komisyonu, 1980.

25 Achin Vanaik (der.), *Globalisation and South Asia: Multidimensional Perspectives*, Yeni Delhi: Manohar Publications, 2004.

ederken, 1991 yılında kişi başına 178 kg olan tahıl tüketimi, 2004'te 154 kg'a kadar inecekti. Genel kabuller doğrultusunda, ihtiyaç duyulan günlük enerji miktarının 2.400 kalori olduğunu düşünürsek, 1999-2000 döneminde köylü nüfusun yüzde 75'inin yoksul sayılması gerektiğini görürüz (oysa Planlama Komisyonu, günlük ihtiyacı keyfi biçimde 1.900 kalori olarak belirleyerek, bu oranı yüzde 27 dolaylarında gösteriyor).[26]

Bu politikaların, önlenebilir ve bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkilerini görmek için henüz erken. 1990'larda, ortalama ömür uzamış, bebek ve çocuk ölüm oranları düşmüş olmakla birlikte, ancak mütevazı bir iyileşme gözlenebildi ve ülkede her yıl ölen bebeklerle çocukların sayısı hâlâ 2,2 milyon gibi iç karartıcı bir düzeyde. Bebek ölüm oranının, ülkenin her eyaletinde, 1000 canlı doğumda 60 seviyesine düşürülmesini öngören, 1983 tarihli Ulusal Sağlık Politikası hedefine karşın, 80'lerin başında yüzde 27 olan düşüş hızı, 90'larda yüzde 10'a kadar indi. Beş yaş altı çocuk ölüm oranında yakalanan düşüş hızı için de aynı durum geçerliydi (80'lerde yüzde 35 iken, 90'larda yüzde 15).[27] Bugün, Hindistan'ın bebeklerde ve beş yaş altı çocuklarda Milenyum Kalkınma Hedefleri'nin koyduğu ölüm oranı hedeflerine ulaşamayacağı açıkça ortaya çıkmış durumda. Yine 1983 tarihli Ulusal Sağlık Politikası'na göre, anne ölüm oranının 2000'e dek her 100.000 canlı doğumda 200'e düşürülmesi amaçlanmaktaydı. Ne var ki, 2000 yılında doğum nedeniyle hayatını kaybeden kadınların sayısının 115.000 ile 170.000 arasında bir yerlerde olduğu tahmin ediliyor: O yıl, dünya üzerinde gerçekleşen tüm anne ölümlerinin yaklaşık dörtte birinden Hindistan sorumluydu.[28] 1990'larda, anne ölüm oranında ve doğum öncesi ölüm oranında iyileşme sağlanması bir yana, tablo daha da kötüye gitti veya en iyi olasılıkla düz bir seyir izledi.[29] Üstelik, vicdana sığmayacak denli yüksek seviyeye ulaşan anne ölüm oranları, ülkede kadınları inleten hastalık ve ölüm yükünün sadece bir boyutu. Bulaşıcı hastalıklar çok daha ağır bir bedel ödetiyor kadınlara.[30]

Devlet, 1980'lerin başlarında verdiği sözleri tutarak halk sağlığına yönelik çabalarını artırmadığı gibi, Hindistan'ın yapısal düzenlemelere girişmesini izleyen yirmi yıllık dönemde, zaten kötü olan rakamların daha da olumsuz

26 Utsa Patnaik, *The Republic of Hunger and Other Essays,* Gurgaon: Three Essays Collective, 2007.

27 Rajiv Misra, Rachel Chatterjee ve Sujatha Rao, *India Health Report*, Yeni Delhi: Oxford University Press, 2003.

28 L. Freedman, M. Wirth, R. Waldman, M. Chowdhury ve A. Rosenfield., *Interim Report of Millennium Project Taskforce 4 on Child Health and Maternal Health*, New York: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, 2004.

29 R.R. Ved ve A.S. Dua, "Review of women and children's health in India: focus on safe motherhood", S. Rao (der.), *Burden of Disease in India: National Commission on Macroeconomics and Health Background Papers* içinde, Delhi: Sağlık ve Aile Bakanlığı, 2005, s. 103-69.

30 Imrana Qadeer, "Reproductive health: a public health perspective", *Economic and Political Weekly*, Sayı 33, No.41, 1998, s. 2671-85.

bir noktaya geldiğini gördük. 2002 Ulusal Sağlık Politikası'nda, kamunun sağlığa ayırdığı kaynağın GSYH içindeki payı konusunda Hindistan'ın dünya sıralamasında sondan beşinci olduğu itiraf edildi.[31] 2006'da, genel devlet harcamalarının tüm sağlık harcamalarındaki payı yüzde 20'nin altında kaldı.[32] Devletin sağlığa yatırdığı paranın miktarında gözlenen düşüşe, özel sağlık sektörüne sunulan destek ödemelerindeki artış da eşlik ediyordu.[33] Özel sağlık sektörünün büyüklüğü konusunda birinciliği hiçbir ülkeye kaptırmayan Hindistan, sektöre son derece gevşek bir mevzuat sunmasıyla da öne çıkıyor. Ülkenin dört bir yanından gelen kanıtlar, sözünü ettiğimiz dönemde sağlık hizmetlerinden faydalanma olanaklarında sert bir gerilemenin yaşandığını ortaya koyuyor. Kullanıcılardan hizmetler karşılığında ücret alma politikası, kamu sağlık kuruluşlarına erişimin önüne engel çıkartırken, bu durumdan özellikle yoksullar ve dışlanmış topluluklar, genel olarak da kadınlar zarar görüyor.[34] 2002 Ulusal Sağlık Politikası'nda da kabul edildiği gibi, sağlık harcamaları, yurttaşların kişisel borçlanma nedenleri arasında ilk sıralarda yer alıyor. Aynı derecede önem taşıyan başka değişikliklerden de söz etmeliyiz. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda kendini hissettiren bölgeler arası, kent-köy arası, cinsiyetler arası ve sınıflar arası dengesizlikler, 1990'lardan önce bile hakkında bolca kanıt sunulabilen bir olguydu. Ancak, serbestleştirme politikalarının başlangıcından bu yana, bu dengesizliklerin de ciddi miktarda derinleştiği gözlemleniyor.[35]

Özel sağlık hizmetlerine verilen devlet desteği, çeşitli biçimler alan kamu-özel sektör ortaklıklarının başlatılması yoluyla daha da büyüdü.[36] Büyük bir enerjiyle çalışan yeni uluslararası STÖ'lerin, yorgun, mali açıdan kötürüm olmuş ve görüş yeteneğinden yoksun haldeki DSÖ ile kurduğu ittifak, özellikle de HIV/AIDS, verem ve sıtma konularında bu yapıya dünya genelinde meşruiyet kazandırdı.[37] Nokta programlar böylece yeni bir ivme kazanırken, bir alanda geçmişten farklı bir yol izlenecekti: özel fonlar da kamu-

31 Hindistan Hükümeti, *Ulusal Sağlık Politikası*, Yeni Delhi: Sağlık ve Aile Bakanlığı, 2002.

32 DSÖ İstatistiksel Bilgi Sistemi (WHOSIS), 2009, http://www.who.int/whosis/en.

33 Rama Baru, *Private Health in India: Social Characteristics and Trends*, Yeni Delhi: Sage, 1998.

34 Hindistan Hükümeti, *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Yeni Delhi: Sağlık ve Aile Bakanlığı, 2005.

35 Rama Baru, K. Nagaraj, Acharya Arnab ve Sanghamitra Acharya, "Inequalities in utilisation of health services", *Lancet*, (yakında çıkacak).

36 Kamu-özel sektör ortaklıkları konusunda başı çeken iki eyalet Andra Pradeş ve Gucarat, sağlık sektöründe bu sistemi uygulamaya Satyam marka bilgisayarlar ile başladılar ve devlet hazinesi üzerine önemli bir yükün binmesine neden oldular. Satyam projesinin, Hindistan'ın gelmiş geçmiş en büyük şirket yolsuzluğu olduğu ortaya çıkartıldı sonradan. Ne var ki kamu-özel sektör ortaklıkları hız kesmeden devam ediyor.

37 Eduardo von Missoni, "A long way back towards Alma Ata", *Bulletin von Medicus Mundi Scheiwz,* No.111, Şubat 2009, s. 10-20.

özel sektör ortaklıkları üzerinden yapıya dahildiler artık. Örneğin, Aşı ve Bağışıklama İçin Küresel İşbirliği (GAVI) kuruluşu ile DSÖ'nün himayesi altında, Hindistan Sağlık ve Aile Bakanlığı bünyesinde, epidemiyolojik açıdan gereksiz ve pahalı bir dizi aşının kullanıma sokulması yönünde planlar yapılıyor.[38] GAVI'nın destek için öne sürdüğü şartlar arasında, "makul fiyat" güvencesinin, sürdürülebilir bir aşı pazarının oluşturulmasına yönelik devlet desteğinin ve aşıların ülkede üretilmesine yol açabilecek izinlerin engellenmesinin de bulunması dikkat çekici. Hindistan, seçilen pilot bölgelerde hepatit B aşısının uygulanması için GAVI'den destek almayı kabul etti bile. Yani bir yanda yeni pazarlar yaratılırken, bir yanda da hastalıklar üzerindeki belirleyici etmenler görmezden geliniyordu.[39] Bu yaklaşım, halk sağlığının altını son derece ciddi biçimde oyuyor: sonuçta, pek çok eyalette rutin aşılama oranlarının düştüğü görülüyor.

Özel sağlık sektörüne sunulan bir dizi teşviki de anmalı bunların yanında. Yok pahasına arsa tahsisi, ileri tıp teknolojilerinin ithalinde gümrük vergisi muafiyeti ve finans kuruluşlarından düşük faizli kredi olanakları... Dolayısıyla, söz konusu dönemde sağlık sektöründe bir şirketleşme eğilimi baş gösterecek ve politika belirleme süreçlerinde de bu yapı etkinliğini giderek artıracaktı. Sürece dahil olan kimi kuruluşlar, düzenlenen sözleşmelerde yer alan koşullara aykırı davranıyor ve ödeme gücü olmayanlara ücretsiz hizmet temin etmiyordu.[40] Delhi eyalet hükümeti tarafından oluşturulan bir komisyon, bu kapsamda düzenlenen tüm sözleşmelerle ilgili önemli ihlallere rastlayacaktı.[41] Elbette, komisyonun raporu da raflarda tozlanmaya terk edilecekti.

Özel sağlık endüstrisine sunulan teşvikler, kentlerde yüksek teknolojiye sahip teşhis merkezlerinin, büyük bir atıl kapasiteye yol açacak şekilde pıtrak gibi çoğalmasına da önayak oluyor.[42] Devlet çalışanlarının bu kuruluşlarda yaptığı harcamaların karşılanması yoluyla, yüksek maliyetli hizmetlere yönelik muazzam bir talep yaratılıyor. Söz konusu Hindistan özel sağlık sektörüyse, talebin oluşması için arzın varlığı yeterli olabiliyor. Yine aynı dönem-

38 Indira Chakravarthy, "Role of the World Health Organisation", *Economic and Political Weekly*, Sayı 43, No. 47, 2008, s. 41-46.

39 J.M Puliyel ve Y. Madhavi, "Vaccines: policy for public good or private profit?", *Indian Journal of Medical Research*, Ocak 2008, s. 1-3.

40 R. Bhat, "Private health care sector in India: issues arising out of its growth and the role of the state in strengthening public-private interaction", Yayınlanmamış Çalışma, Ahmedabad, Indian Institute of Management, 1998.

41 Delhi Hükümeti, "High Level Committee for Hospitals in Delhi: Enquiry Report", Yargıç A.S. Qureshi Komisyonu, Yeni Delhi, 2001.

42 S. Nandraj, V.R. Muraleedharan, Rama V. Baru, I. Qadeer ve R. Priya, *Private Health Sector in India: Review and Annotated Bibliography*, Mumbai: Cehat, 2001. Ayrıca bkz. A. Jesani ve S. Anantharam, *Private Sector and Privatisation in Health Care Services*, Mumbai: FRCH, 1993.

de, fahiş fiyatlarla öğrenci kaydeden özel tıp fakültelerinin orada burada boy vermiş olması da dikkatten kaçmıyor.[43] Hekim nüfusunun kentlerde yoğunlaştığı düşünüldüğünde, gayri ahlaki tıbbi uygulamalara yol açan ciddi bir rekabetin varlığını kanıtlamak için çok kapsamlı araştırmalara girişmeye gerek yok.[44] Özel sektör, daha yüksek maaşlar ödeyerek, yetkin personeli kamu sağlık sisteminden çekip alma konusunda da hayli başarılı. Sektöre sunulan teşvikler, bir yandan da Hindistan'ın sağlık turizmi ve üreme sağlığı hizmetleri bakımından öne çıkan yerlerden biri olarak kendini göstermesi sonucunu doğuruyor.[45] Dolayısıyla, Hindistan kendi kamu sağlık sistemindeki ihtiyacın ötesine geçen sayıda hekim yetiştiriyor olmasına rağmen, kamu kuruluşlarında yeterli işgücünü temin etmede krizle karşılaşıyor.[46]

Hindistan, sağlık personeli piyasasında, başlıca ihracatçılardan biri olarak boy gösteriyor.[47] Eğitimli işgücünün yurtdışına göçü, göç edenler ve aileleri açısından belli faydalar ve devlet için de döviz akışı sağlıyor olmakla birlikte, öte tarafta son derece yüksek bir fatura çıkartıyor. 1990'lar boyunca her yıl, kamu kaynakları kullanılarak yetiştirilen 4.000 ila 5.000 hekimin yurtdışına göç ettiği hesaplanıyor. Bu beyin göçünün ülke hazinesine yıllık maliyeti ise 160 milyon dolar.[48] Sağlık alanında ülkenin en önde gelen devlet kuruluşu olan, Yeni Delhi'deki Hindistan Tıp Bilimleri Enstitüsü'nde (AIIMS) yürütülen yeni bir çalışmaya göre, 1989 ile 2000 arasında Hindistan'da yetiştirilen hekimlerin yüzde 50'si ya yurtdışında ya da özel sektörde çalışmayı tercih etti ve ayrıcalıklı üst kasttan gelenler, tercihlerini ağırlıklı olarak yurtdışından yana kullandı.[49] Bu tablo, tıp fakültelerinde alt kastlara mensup öğren-

43 Özel tıp fakültelerindeki kontenjanların "mezatla satıldığı" iddiaları, 8 Haziran 2009 tarihinde parlamentoda karışıklığa yol açacaktı. Yüksek lisans kontenjanlarının 10-20 milyon rupi karşılığında satıldığı söyleniyordu. Bkz. "Govt under fire over capitation fee scam in both houses", *Times of India*, 9 Haziran 2009.

44 S. Nandraj, "Beyond the law and the lord: quality of private health care", *Economic and Political Weekly*, Sayı 29, No.27, 1994, s. 1680-85.

45 Gitgide gelişen bir organ karaborsasını bünyesinde barındırıyor Hindistan özel sağlık sektörü. Üreme sistemine ait organlar da bu çerçevede alınıp satılıyor ve böbrek skandallarına gazetelerde sıklıkla rastlanıyor. Ticari amaçlı taşıyıcı annelik de dahil olmak üzere, yardımcı üreme yöntemleri sektörünün günden güne serpildiği gözleniyor.

46 Mohan Rao, A.K. Shiva Kumar, Mirai Chatterjee, K. Sundararaman ve Krishna D. Rao, "India's health resource crises: too many and yet too few", *Lancet,* (yakında çıkacak).

47 Hindistan'da hekimlerin yaşadığı işsizlik konusunda, sistematik olmamakla birlikte, anlatılara dayanan bolca kanıt var. Kentlerde yoğunlaşan şiddetli iş rekabeti, hekimleri tıbbi kurallara ve bilimsel reçete uygulamalarına pek önem vermeden çalışmaya itiyor. Bu tabloyu yansıtacak şekilde, Hindistan İdari Hizmetler memurluk sınavına giren en büyük ikinci grubun hekimler olduğu görülüyor. Ancak, elimizde sağlam veriler yok. Öte yandan, devlete ait verilere güvenilir sayılmazken, özel sektör akademik araştırmalara bile isteksiz bakıyor.

48 Voluntary Health Association of India, *Report of the Independent Commission on Health in India*, Yeni Delhi, 1997.

49 Manas Kaushik, Abhishek Jaiswal, Naseem Shah ve Ajay Mahal, "High-end physician migration from India", *Bulletin of the World Health Organization*, Sayı 86, No 1, 2008, s. 40-45.

ciler için kontenjan ayrılmasını, pozitif ayrımcılığın yanı sıra halk sağlığı bakımından da son derece önemli hale getiriyor.[50]

Bunların yanında, Hindistan, ilaç politikalarında da kapsamlı değişimler yaşadı. Geçmişte ilaç ve ecza ürünlerinde görece düşük fiyatlarıyla ve önemli ölçeğe ulaşan yerli üretimiyle tanınan ülke, DSÖ'ye üye olmasının ardından, çokuluslu şirketlerin sektörde oynadığı rolü büyütecek, ithal ilaç oranını artıracak ve ilaç fiyatlarında da ciddi bir yükselişle karşılaşacaktı.[51] Sağlık hizmeti maliyetlerindeki sert yükselişte bu durumun da pay sahibi olduğunu belirtmeliyiz.

Tüm bu politikaların bir araya gelmesiyle, sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda dikkatten kaçmayacak önemli kaymaların yaşanması da kaçınılmazdı. Daha 1990'ların ortalarında bile, ülkenin en yoksul eyaletleri dahil, ayakta tedavi hizmeti almak isteyenlerin yüzde 80'inden fazlası özel sektörün kapısını çalmaktaydı.[52] Tahmin edilebileceği gibi, tablo yatarak tedavi hizmetlerinde de farklı değildi: 1995-96 yıllarında, kırsal kesimde hastaların yüzde 55'i, kentli hastalarınsa yüzde 57'si özel hastanelerde şifa arıyordu. Bu oranın, 1986-87'de hem kırsalda hem de kentlerde yüzde 40 olduğunu hatırlatalım. 2004'e gelindiğinde, manzara daha da iç karartıcı bir hal almıştı: Özel sektöre yönelen hastaların oranına kırsalda yüzde 4, kentlerde yüzde 5 daha eklenecekti. Kısacası, izlenen kamu politikaları sonucunda çökmekte olan kamu sisteminden kaçanların sayısı günbegün artmaktaydı. Bu arada, özel sektördeki bu şifa arayışı için borçlanan veya elinde avucundakini satan hastaların oranı da büyümekteydi.[53]

Sağlık kuruluşlarından faydalanmada sınıflar arası eşitsizlik de derinleşti. Kırsalda, yatarak tedavilerde 1980'lerde önemsiz bir düzeyde kalan sınıf farklılıkları, 1990'ların ortalarına varıldığında istatistiksel açıdan önemli hale gelmişti. Kentlerde, kamu kuruluşlarından faydalanma alanındaki eşitsizlik ciddi derecede büyümediyse de, aynı şeyi özel sektör için söylemek

50 Alt kastlara yönelik pozitif ayrımcılık, Hindistan'da büyük siyasi ayrışmalara yol açan bir konu. Batı'daki ırkçı fikirlerden aşina olduğumuz bir söylemin, Hindistan'a özgü farklılıkları da koluna takarak ortaya çıktığına şahit oluyoruz. Büyük bölümü üst kasta mensup olan hekimler ve medyanın hakim kanadı, liyakat, standartlara uygunluk ve benzeri gerekçelerle kontenjan ayrılmasına karşı çıkıyorlar. Aslında, üstü örtülü olarak, zekâ, liyakat ve yeterlik gibi özelliklerin genetik bir temele sahip olduğunu öne sürüyorlar. Düzenledikleri protesto gösterilerinde, tıp öğrencileri sokakları süpürme ve ayakkabı boyama mizansenleri yaratarak, alt kastların yaptığı işlere göndermede bulunuyor. Bkz. Abhay Mishra, "Anti-quota protests: complaints against students", *Indian Express*, 8 Mayıs 2006.

51 Amit Sengupta, "Economic reforms, health and pharmaceuticals", *Economic and Political Weekly*, Sayı 31, No 48, 1996, s. 3155-59.

52 Gita Sen, Aditi Iyer ve Asha George, "Class, gender and health equity: lessons from liberalising India", Gita Sen, Asha George ve Piroska Ostlin (der.), *Engendering International Health* içerisinde, Massachusetts: MIT Press, 2002.

53 Baru ve diğerleri, "Inequalities in utilisation of health services".

mümkün değildi. Kırsal kesimde hastane yatış oranlarının sergilediği sert düşüş ve hastanelerin giderek varlıklı kesimin kullanımına yönelik yerler haline gelmesi, yoksulların şimdilerde sistemden kapı dışarı edilmekte olduğunun göstergesi. Bunda, kullanıcılardan alınan ücretlerin de büyük payı var. Diğer bir deyişle, Dünya Bankasının, 1993 tarihli *Dünya Kalkınma Raporu* ile bir adım ileri taşıdığı piyasacı sağlık politikaları, "kamu hizmetlerinin zenginler tarafından kullanımını azaltarak yoksullara yer açmak" şeklinde ifade edilen görünüşteki varlık nedeninin tam aksini yapma konusunda son derece başarılı oldu.[54]

Gerek kırsalda gerekse kentlerde, insanların ayakta ve yatarak tedavi için ödemesi gereken tutarlar, 1980'lerin ortalarından itibaren ciddi oranda yükseldi. Kırsalda, özel kuruluşların ayakta tedavi hizmetleri yüzde 142 oranında zamlanırken, kamuda bu oran yüzde 77 olarak gerçekleşti. Kentlerde ise, özel sektördeki yüzde 150'lik artışa karşılık, kamuda da yüzde 124 daha fazla ödeme yapmak zorunda insanlar bugün. Ancak asıl çarpıcı rakamlar yatarak tedavide çıkıyor karşımıza: Ortalama fiyatlar kırsalda yüzde 436, kentlerde ise yüzde 320 arttı.[55] Kamu finansmanın zayıf kalması sonucunda, Hindistan, sağlık harcamalarında yurttaşların en fazla doğrudan rol oynadığı ülkelerden biri. Ülkedeki toplam sağlık harcamalarının yüzde 83'ü, bireylerin ceplerinden yaptığı ödemelerle karşılanıyor. Aynı zamanda, maddi nedenlerle *hiçbir* sağlık hizmeti almayan insanların oranı, 1986-87 döneminde kentlerde yüzde 10, kırsalda ise yüzde 15 iken, 1995-96'da kentlerde yüzde 21'i, kırsalda da yüzde 24'ü buldu.[56] 1996'dan sonraki süreçte ise, sağlık harcamalarının altından kalkmak, orta sınıflar için bile güçleşmeye başlayacaktı.[57]

Ekonomik eşitsizlikler derinleşirken,[58] sağlık alandaki adaletsizliklerde de bunun yansımaları gözleniyor. Farklı eyaletler arasında, köy ile kent arasında, değişik toplumsal gruplar arasında bu adaletsizliklerin izlerini bulmak için fazlaca aramaya gerek yok.[59] Ülkenin ekonomik büyüme rakamları ile sağlık alanındaki olumsuz gidiş arasındaki bariz uyumsuzluk, sağlık altyapısını geliştirmek üzere bir dizi adım atmaya zorladı devleti. 2005'te,

54 Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu 1993: Sağlığa Yatırım Yapmak*, Washington: Dünya Bankası, 1993.

55 Sen ve diğerleri, "Class, gender and health equity".

56 Hindistan Hükümeti, İstatistik ve Program Yürütme Bakanlığı, 'Note on morbidity and treatment of ailments: NSS 52nd Round (Temmuz 1995-Haziran 1996)', *Sarvekshana*, Sayı 23, No.3, Ocak-Mart, 2002.

57 Baru ve diğerleri, "Inequalities in utilisation of health services".

58 Abhijit Sen ve Himanshu, "Poverty and inequality in India I" ve "Poverty and inequality in India II", *Economic and Political Weekly*, Sayı 39, No.38, 2004 ve Sayı 39, No. 39, 2004 içinde.

59 Joe Williams, U.S. Mishra ve K. Navaneetham, "Health inequality in India: evidence from NFHS 3", *Economic and Political Weekly*, Sayı 43, No. 25, 2008, s. 41-49.

iktidardaki sol siyasi partilerin de etkisiyle başlatılan Ulusal Kırsal Sağlık Çalışması'nın ulaştığı sonuçlar hâlâ açıklanmayı bekliyor.

Sağlık reformuna eşlik eden dönüşümlerden biri de, sistemin *STÖleştirilmesi* oldu.[60] Kimi STÖ'ler gerçekten de sağlık ve aile planlaması alanlarında mükemmel iş çıkartıyor ve bazıları model oluşturacak seviyede varlık sergiliyor. Pek çok STÖ, devletten veya yabancı bağışçılardan herhangi bir destek almadan temel sağlık hizmetleri alanında çalışma yürütüyor. Yine de, STÖ'ler söz konusu olduğunda devreye sokulan romantizmi, ayrıca sağlık ve aile planlaması programlarının, masrafları kamu tarafından karşılanmak üzere STÖ'ler eliyle yürütülmesini sorgulamak önemli. İdeolojileri, etkinlikleri ve mali kaynakları bakımından son derece geniş ve yeknesaklıktan uzak bir yelpazeye yayılan STÖ'ler için herhangi bir genelleme yapmak, aptalca değilse bile yersiz olacaktır. Ancak bu hizmetlerin, kamu eliyle finanse edilen kuruluşlara göre daha verimli veya etkin biçimde sunulduğunu söylemek her zaman mümkün değil. STÖ'leri kamu sisteminin yerini alacak yapı olarak düşünmek, bir dizi nedenle uygun olmayacaktır. Birincisi, STÖ faaliyetleri tanım itibarıyla isteğe bağlı olup, zorunluluk taşımaz: Kamu kuruluşlarının aksine, halkın tümüne hizmet vermek gibi bir yükümlülükleri yoktur. Bu bakımdan, tüm toplumu kucaklamamaları olasıdır. *STÖleştirilme* sürecinin dalitlere[61] verebileceği zararlarla ilgili kaygı, dalit eylemcileri ve uzmanları tarafından sıklıkla dile getiriliyor.[62] İkincisi, STÖ'lerin hesap verme sorumluluğu bulunmayabilmektedir. Bir siyasetçinin, nadiren de olsa usulsüzlük veya yolsuzluk nedeniyle seçmenleri tarafından alaşağı edilmesi mümkünken, STÖ'ler için böyle bir olasılık yoktur. Üçüncüsü, özel sektör ile STÖ'leri takip etme ve gerekli mevzuatla düzenleme işi çokça tartışılmakta olan bir konudur. Sıtma ilacı sterilizasyonu skandalını ve bu skandalın altında büyük ölçüde STÖ'lerin imzasının bulunduğunu hatırlamamız yeterli olacaktır.[63]

60 Hartman, 1990'larda önemli bir öngörüyle şunları yazıyordu: "Hindistan'da, hükümetin IMF'ye teslim oluşuna ve bunun sonucunda nüfus kontrolü çalışmalarının yoğunlaşmasına, aktivistlerin, USAID (Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Kuruluşu) tarafından STÖ'lerin 'toptan kapatılması' olarak tanımladığı bir süreç de eşlik ediyor. USAID, yalnızca Uttar Pradeş eyaletinde, yüzden fazla STÖ'ün katılımıyla, nüfus artışını sınırlama projesi kapsamında 325 milyon dolar harcamayı planlıyor." Betsy Hartmann, "Old maps and new terrain: the politics of women, population and the environment in the 1990s", Uluslararası Üreme Hakları Konferansında sunulan çalışma, WGNRR, Madras, 1993, s. 18.

61 Dalitler: Hindistan'da kasaplık, hayvan bakımı, çöpçülük, dericilik gibi insanı kirlettiği varsayılan işleri yapan, toplumun en alt tabakası olarak kabul edilen kitle – *çev.*

62 Sukhdeo Thorat, "Strategy of disincentives and targeting for population control: implications for Dalits and Tribals", ;Ulusal Nüfus Politikaları Semineri'nde sunulan çalışma, Center of Social Medicine and Community Health and the Singamma Sreenivasan Foundation, Yeni Delhi, 2001.

63 Mohan Rao, "The rhetoric of reproductive rights: Quinacrine sterilisation in India", Imrana Qadeer, Kasturi Sen ve K.R. Nayar (der.), *Public Health and the Poverty of Reforms* içinde, Yeni Delhi: Sage, 2001.

Delhi'de yürütülen bir araştırmada şu dikkat çekici sonuca ulaşılıyordu: "İnsanların, sorunlarının aşılması yolunda sivil toplumdan beklentileri çok küçük bir düzeyde. Çalışma kapsamındaki ankete katılanların yüzde 94'ü, halka sağlık hizmeti sunumundan devleti sorumlu tutarken, bunun STÖ'lerin işi olduğunu düşünenlerin oranı ihmal edilebilecek düzeyde (yüzde 1) kalıyor."[64] Yine de, STÖ'lerin halkı siyasi kurumlara göre daha iyi temsil ettiği efsanesi, neoliberalizm çağında o kadar ısrarla söylenip durdu ki, orta yerdeki bu temel gerçek pek çok zaman göz ardı ediliyor. Bu sorunlu bakış sonucunda, politikaların belirlenmesinde "sivil toplum"a ayrılan alanda STÖ'ler kesinlikle yer bulabilirken, sendikalar gibi, halkı gerçekte çok daha fazla temsil etmekte olan örgütler dışarıda kalıyor.

SONUÇ

Tüm bunlar ışığında, Hindistan'da sağlık alanında yaşanan gelişmelerin, Alma Ata'da saptanmış hedeflere yönelmediğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinde ve halk sağlığında, biri zenginlere, diğeri ise yoksullara dönük iki cepheli bir yapıyı daima sürdürdü Hindistan. Son dönemlerde hissedilen dalga ise, bu ayrımın derinleşmesi anlamına geliyordu. Devletin, ayrımcı bir yaklaşıma; temel sağlık hizmetleri başta gelmek üzere kamu yatırımlarını azaltmaya; gerek ayakta, gerekse yatarak tedavide özel kuruluşların kullanımını yaygınlaştırmaya; kamu sektöründe verimliliği ve etkinliği düşürmeye; hatta kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinden yoksulları daha da dışlamaya dönük politikaları güç kazandı bu süreçte. Aynı zamanda, devletin etkin desteğini arkasına alan özel sektör de büyüme olanağına kavuştu.

Hindistan ile sınırlı kalmamak üzere, Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar tarafından teşvik edilen sağlık yaklaşımının ayırt edici özelliği, hastalık ve sağlığın sadece bireysel düzeyde ele alınması, toplumun tek tek bireylerden oluşan bir yapı olarak görülmesi, hastalıkların toplumsal ve ekonomik içeriğinin hiçe sayılmasıdır.[65] Bu yaklaşımın çekirdeğinde ise, önceleri dokunulmaz kabul edilen kamusal alanlara piyasacı ilkelerin sızmasının sağlanması

64 Neera Chandhoke, "'Seeing' the state in India", *Economic and Political Weekly*, Sayı 40, No. 11, 2005, s. 1035.

65 Bu konu etrafında oldukça zengin ve ateşli tartışmalar yürütülüyor. Bkz. Neil Pearce, "Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health", *The American Journal of Public Health*, Sayı 86, No. 5, 1996, s. 678-83; Ann V. Diez Roux, "Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis", *American Journal of Public Health*, Sayı 88, No. 2, 1998, s. 1027-32; M. Susser, "Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(10), 1998, s. 418-26; N. Kieger, "Questioning epidemiology: objectivity, advocacy and socially responsible science", *American Journal of Epidemiology*, Sayı 89, No. 8, 1999, s. 1151-53.

ve sağlık hizmetlerinin, piyasa tarafından yönlendirilen, kâr peşinde koşan bir işletmeye dönüştürülmesi ideolojisi yatıyor. Bunun başarılması için, halk sağlığı alanında yöntemli bir bireyciliğin felsefi bakımdan yerleştirilmesi şarttı. Küresel ölçekte başarıya ulaşma yolunda, DSÖ ile ona bağlı Makroekonomi ve Sağlık Komisyonları da eşlik edecekti Dünya Bankası'na. Toplumsal faktörler yerine hastalığın direkt nedenine odaklanıyor olmaları, sağlığın bireyselleştirilmesi ve psikolojikleştirilmesi biçiminde tanımlanan durumun ortaya çıkmasına yol açıyor.[66] Bu tablo, ABD'deki önemli halk sağlığı ekollerinin başlıca özelliği olan davranışsal yaklaşımın halk sağlığı alanında kurduğu egemenliği yansıtıyor. Oysa, ABD'nin kendi sağlık sisteminin işlevsizliği göz önünde bulundurulduğunda, hem kibirli hem de kuşkulu bir yaklaşım sayılmalı bu.

Bugün Hindistan mali politikalarının başındaki en önemli üç kişinin Dünya Bankası kökenli olduğunu görüyoruz: Başbakan Dr. Manmohan Singh, Merkez Bankası Başkanı ve Planlana Komisyonu Başkanı. Hindistan'da siyasete egemen olan sınıf, artık Batı'dan ve Batı'nın kurumlarından onay almaya ihtiyaç bile duymuyor: dünya sahnesinde yeni bir Hindistan yarattıklarından eminler. Küresel Amerikan projesinin bir parçası olabilme isteği, küresel ölçekte kabul gören bir nükleer güç haline gelme arzusu, Hindistan'ı dönüştürecek sihirli sözcüğün peşinden koşulmasına yol açıyor. Öyle ya; Slumdog Millionaire filmi bunu yapabiliyorsa, kamu politikaları neden yapamasın?

Alma Ata hedeflerinin sabote edilmesi ne bir rastlantıydı ne de saflık. Gerek yerkürenin genelinde, gerekse Hindistan'da yürütülen yeni bir ekonomi politiğin içinden doğdu bu yapı. Sağlık alanında yarattığı sonuçlar ise son derece derin oldu.

NOTLAR

Yorumları için Achin Vanaik, Betsy Hartmann, Githa Hariharan, Matt Anderson ve Ramila Bisht'e teşekkür borçluyum. Oommen C. Kurain, her zamanki gibi yine pek çok bakımdan olağanüstü yardımlarda bulundu. Hepsine çokça *salaam* ederim.

66 V.K. Yadavendu, "Changing perspectives in public health: from population to an individual", *Economic and Political Weekly*, Sayı 36, No. 49, 2003, s. 5180-88.

Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi

Meri Koivusalo

> *En yüksek sağlık standartlarına erişmek, her insanın temel haklarından biridir.... Devletler, vatandaşlarının sağlık düzeyi konusunda sorumluluk taşımakta olup, bu sorumluluğu ancak ve ancak yeterli tıbbi ve toplumsal olanakları sunarak yerine getirebilirler.*
>
> DSÖ anayasası, 1948

Dünya Sağlık Örgütü'nün Birleşmiş Milletler bünyesinde oynadığı rol, örgüt anayasasının 2. maddesinde açıkça belirtilmiş durumda: "Sağlık alanındaki uluslararası çalışmalarda, yönlendirici ve eşgüdüm sağlayıcı yetkili kurum işlevini yerine getirmek." Hal böyleyken, zengin kaynaklara sahip yeni kurumlar, şebekeler ve uygulayıcıların, küresel (tüm dünyayı ilgilendiren) sağlık politikaları alanında giderek daha etkin hale geldiğini ve bunu yaparken, DSÖ gibi klasik Birleşmiş Milletler organlarını günden güne arka plana ittiğini görüyoruz. Sağlıkta küresel ve ulusal standartları belirlemeye çalışan uluslararası ticari çıkarlar ve gerek dünya, gerekse ülkeler ölçeğinde sağlık politikalarının mevcut konumlanışı, bu tablonun bileşenlerinden birisini oluşturuyor. Bu süreçte, küresel örgütlerin kurumsal arka planını ve meşruiyetini sorgulamak; sağlık dışındaki sektörlere ait ticari önceliklerin ve genel ticarileşme eğiliminin, dünya genelinde sağlığın gündemini ve aktörlerini nasıl etkilediğini gözden geçirmek de önem kazanıyor. Sözünü ettiğimiz gidişat, küresel sağlık politikasının kural koyucusu konumundaki DSÖ'nün etki alanını da zayıflatıyor.

Küresel sağlık politikalarında rol oynayan kuruluşların, bu alandaki faaliyetlerini üç farklı yol üzerinden yürüttüğünü söyleyebiliriz. Birincisi, dünya genelinde düzenleyici adımlar atmak ve standartlar getirmek; ikinci olarak, tüm dünyanın ortak adımlar atmasına olanak tanımak üzere kapsamlı küresel politika gündemleri oluşturmak ("herkes için sağlık" düs-

turu, HIV/AIDS vb.); üçüncü olarak da, ulusal sağlık uygulamalarının, küresel politikalar yoluyla nasıl destekleneceğini ya da sınırlandırılacağını belirlemek ve sağlık kaynaklarının bölüşümünü sağlamak. DSÖ başta olmak üzere, küresel sağlık politikalarının saptanması sürecinde yer alan kurumların, sağlık alanındaki bilgi birikimi ve dilden doğan ortak bir anlayış çerçevesine ve söyleme sahip olduğu, aynı öncelikleri paylaştığı görülüyor. Politikaların toplumsal yaklaşımdan uzaklaşıp "tıbbileşmesi" bir sorun olarak kendini gösterebiliyorsa da, halihazırdaki ortak söylem, somut tahlillerin yapılabilmesine ve her ülkenin birbirinden farklı sorunlarının değerlendirilebilmesine olanak tanıyor. Öte yanda ise, küresel politikaları saptamaya dönük çabalarda ticaret ve ekonomi politikaları açıkça öne çıkmaya başlandığı anda, Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve OECD gibi ilgili kurumlar başlıca referans noktası konumuna erişerek, söylemde, önceliklerde ve görüşlerde bir sapma yaratıyor.

SAĞLIKTA STANDARTLARI BELİRLEMEK

DSÖ, küresel standartların belirlenmesinde can alıcı rol oynuyor. Ancak, standartları belirleme sürecinin ucu ne zaman önemli ticari çıkarlara dokunsa, örgüte karşı üç alanda hummalı bir mücadelenin yürütüldüğüne şahit oluyoruz: DSÖ'nün düzenleyici faaliyetlerinin sınırlandırılması; örgütün sorumluluklarının başka devletler arası kuruluşlara veya ittifaklara kaydırılması; standart belirleme sürecinin ve sonuçlarının doğrudan etki altına alınması. Tütün Denetimi Çerçeve Sözleşmesi, bu konuda çok şey anlatan örneklerden. Tütün kullanımının sağlık üzerindeki etkilerine dair tartışmasız kanıtların varlığına karşın, DSÖ'yü tütün çerçeve sözleşmesini devreye sokmaktan ve müzakere etmekten caydırma yolunda tüm gücünü ortaya koyan bir şirketler lobisiyle karşılaştık. DSÖ'nün ve diğer Birleşmiş Milletler organlarının düzenleyici faaliyetlerini sınırlama çabasına girenler, küresel bir düzenleyici önderliğe ihtiyaç duyulmadığından veya bu örgütlerin, ilgilerini uygun olmayan alanlara kaydırdığından dem vuruyorlar genellikle. Zeltner örnekliyor:

> Tütün şirketlerinin kendi belgeleri, uluslararası bir halk sağlığı kuruluşu olan DSÖ'yü en azılı düşmanları olarak gördüklerini ortaya koyuyor. DSÖ'nün görev yapma olanaklarına ket vurma ve kurumun itibarını zedeleme doğrultusunda, tütün şirketleri tarafından küresel stratejiler geliştirildiğini de yine bu belgelerde görebiliyoruz. Şirketlerin DSÖ'ye karşı yürüttüğü kampanyalarda, tütün kullanımının halk sağlığı üzerindeki etkilerinden son derece nadiren söz ediliyordu elbette. Bunun yerine, halk sağlığını ilgilendiren konuları gözden uzak tutmayı, DSÖ'nün bilim ve politika faaliyetlerine ayrılan bütçelerin daraltılmasını sağlamayı, tütün denetim programının gelişmiş ülkeler tarafından dayatıldığı konu-

> sunda az gelişmiş ülkeleri kışkırtmayı, önemli bilimsel çalışmaların sonuçlarını tahrif etmeyi ve DSÖ'nün kurumsal itibarına saldırmayı tercih ettiler.[1]

İlaç, gıda, alkol, bebek maması ve benzeri konularda çıkarlarını korumak amacıyla, DSÖ'nün işlevlerini sınırlandırma, etki altına alma veya baltalama yolunda hatırı sayılır bir çaba harcıyor şirketler. İlgi alanlarına giren sorunların hangi kurum tarafından ele alınacağını belirleme çabaları, küresel sağlık politikalarında kapsamın sınırlandırılmasının önemli yollarından biri olageldi. İlaçlar ve araştırmalarla ilgili düzenleme faaliyetlerinde sorumluluğun DSÖ'den alınıp Uluslararası Uyum Konferansı'na verilmesi, bu stratejinin göze batan örneklerinden biri olacaktı (kuruluş çalışma ofisinin Cenevre'de, Uluslararası İlaç Üreticileri ve Birlikleri Federasyonu'nun merkez binasında bulunduğunu hatırlatalım).[2] ABD, Japonya ve Avrupa Birliği'nin, DSÖ'yü bir karar alma mekanizması olmaktan çıkartıp, şirketlerin güdümündeki bir tartışma platformuna dönüştürme girişimlerinin özeti gibiydi bu karar. Sermaye ile dolaysız bağlar kuran Uluslararası Standardizasyon Teşkilatı'nın (ISO) faaliyet kapsamının genişletilmesiyle, sorunların sadece şirketlerin işine gelen organlar tarafından görüşülmesi çabalarına bir kez daha şahitlik edecektik. Şunu da belirtmeli ki, düzenleyici faaliyetlerin ve politika önceliklerinin etki altına alınmasında, güçlü şirketler kadar devletler ve hatta devletler arası ittifaklar da rol oynayabiliyor. Küresel düzenleme faaliyetlerinin hemen her türüne yakın ilgi duyan Bush yönetimi, son dönemde pek çok örnek verdi bu konuda. Şeker endüstrisinin çıkarları doğrultusunda, DSÖ'nün küresel beslenme stratejisi taslağına nasıl karşı koydukları hatırımızda.[3]

Standartların fazlasıyla katı olduğunu ve korumacı önlemlere yönelik adımların atıldığını ileri sürmek de rağbet gören stratejiler arasındaki yerini alıyor. "Çok sıkı" sağlık standartları, yeri geldiğinde belli şirket ve sektör çıkarlarının korunmasında kullanılabiliyor. Asbestle ilgili düzenlemeler ve hayvan yetiştiriciliğinde hormon kullanımı konusunda, gelişmiş kapitalist ülkeler arasında baş gösteren anlaşmazlıklara dair hüküm verilen önemli DTÖ vakalarında da bu stratejiye başvurulduğunu görüyoruz. Ticari çıkarlar ve kaygılar, sağlık alanındaki haklı düzenleme çabalarının altının oyulması için yeterli sebep sayılabiliyor. DTÖ'nün hizmetler alanındaki hareket tarzı

1 T. Zeltner, D.A. Kessler, A. Martiny ve F. Randera, "Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organisation", Tütün Endüstrisi Uzmanlar Kurulu Raporu, Temmuz 2000, s. iii.

2 J. Braithwaite ve P. Drahos, *Global Business Regulation*, Cambridge: Cambridge University Press, 2000, s. 39-87.

3 G. Cannon, "Why the Bush administration and the global sugar industry are determined to demolish the 2004 WHO global strategy on diet, physical activity and health", *Public Health and Nutrition*, 7(3), 2004, s. 369-380; S. Boseley, "WHO 'infiltrated by food industry'", *Guardian*, 9 Ocak 2003; M. Koivusalo ve E. Ollila, "Global health policy", N. Yeates (der.), *Understanding Global Social Policy* içerisinde, Bristol: Policy Press, 2008.

ve Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) yoluyla liberalleşmenin desteklenmesi önemli bir problem olarak öne çıkıyor. Temelde ticari bir düzenleme olan bu anlaşma, sağlık hizmetleri alanında da liberalleşmeyi dayatıyor ve ulusal düzenleyici politikaların kapsamını sınırlandırıyor. Hükümetler bu konuda taahhütte bulunmak zorunda olmasa veya başka taahhütlerde bulunarak değişiklik yapma olanağını elinde bulundursa da, asıl tehlike şu ki, hükümetlerin kasıtlı olarak veya müzakerelerde gerekli dikkati göstermeyerek, kapsamı çok derinlere ulaşan sözler verebildiği ve piyasacı sağlık hizmetlerini dizginleme konusunda gelecek iktidarların da elini bağlayabildiği görülüyor.[4]

Standartların belirlenmesiyle ilgili bir başka önemli boyut da, ulusal sağlık sistemlerinin ticarileştirilmesi ve böylece DTÖ hükümlerinin sağlık hizmetleri üzerindeki bağlayıcılığının artırılmasıdır. Kamu tarafından finanse edilen, ancak özel sektör eliyle sunulan sağlık hizmetleri, ticari düzenlemelerin konusu haline gelebilmektedir.[5] Şunu söyleyelim ki, DTÖ'nün sağlık hizmetleri ticaretine gösterdiği yoğun ilgi, en çok daha zengin sağlık piyasalarına sahip olan varlıklı ülkeleri ilgilendiriyor. Bir çokuluslu şirketin, sağlık hizmetlerine kamu tarafından yeterli kaynağın akıtılmadığı yoksul bir ülkede, devletin sağlık alanındaki sorumluluklarını devralmak için DTÖ mekanizmalarını devreye sokması pek akıllıca olmaz. Dolayısıyla, DTÖ'den faydalanma konusunda şirketlerce gösterilen ilginin, yüksek kazançlar vaat eden ülkelere odaklanması daha olası. Öte yandan, az gelişmiş ülkeler ise, sağlık turizmindeki büyümeyi sürdürmek ve sağlık çalışanlarının istihdam biçimlerini esnekleştirmek üzere, ticari liberalleşme adımlarını atmaya daha istekli davranarak avantaj sağlıyor özel sermayeye. Ancak, elde edilen sonuçların ulusal sağlık sistemleri açısından hiç de hayırlı olmadığını söylemek zorundayız.

Fikri mülkiyet hakları ve ilgili önlemler de küresel ticaret politikalarının giderek önem kazanan bir parçası oluyor. Bilimsel araştırmaların büyük önem taşıdığı ilaç endüstrisinin çıkarları söz konusu olduğunda, bu durum daha da netlik kazanıyor. DTÖ'nün 2001 Doha Bildirgesi, küresel

4 D. Luff, "Regulation of health services and international trade law", A. Mattoo ve P. Sauve (der.), *Domestic Regulation and Service Trade Liberalisation* içerisinde, New York: Oxford University Press, 2003; M. Koivusalo, T. Schrecker ve R. Labonte, "Globalisation and policy space for health and social determinants for health", Institute of Population Health, Globalization And Health Knowledge Network: Araştırma Çalışmaları, Globalization and Health Equity, University of Ottawa, 2009; Koivusalo ve diğerleri, "Globalisation and policy space"; N. Skala, "The potential impact of the World Trade Organisation's general agreement on trade in services on health system reform and regulation in the United States", *International Journal of Health Services*, 39(2), 2009.

5 M. Krajewski, "Public services and trade liberalisation. Mapping the legal framework", *Journal of International Economic Law*, 6(2), 2003, s. 341-367; D. Fidler, "Legal review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective", Küreselleşme, Ticaret ve Sağlık Çalışmaları, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 2003.

ticaret politikalarında sağlığa dair kaygılara da yer verilmesinin başarılı bir örneği gibi sunulsa da, ticaret politikalarının sınırları içinde kalarak sağlık alanında gerçekten olumlu bir eğilim sağlama olanakları sınırlıydı. Zaten bunun yerine, ilaca ve AR-GE'ye erişimin desteklenmesi çabaları sonucunda, küresel sağlık politikalarını belirleme süreci, sayısız ittifakın, girişimin ve önlemin bir arada varlık sergilediği, eşgüdümden yoksun bir alan şeklinde yeniden yapılandırılacak, küresel veya ulusal sağlık gereksinimleriyle bu unsurlar arasındaki ilişki konusunda net bir bakış açısı gelişmeyecekti. Patentsiz ilaçlarla ilgili rekabetin hangi ölçekte sürdürüleceği, dolayısıyla fiyatların ne kadar aşağı ineceği soruları söz konusu olduğunda, farklı unsurlar arasındaki gerilimler daha da sertleşiyor. Küresel fikri mülkiyet haklarına dair standartlar, küresel şirketlerin ekmeğine yağ sürecek şekilde yükselirken,[6] şirketlerin pek de işine gelmeyen emek, sağlık ve güvenlik standartlarında aynı çabaya rastlanmıyor.

SAĞLIĞIN KÜRESEL YÖNETİMİ

DSÖ, sağlık alanında düzenlemeler getirme ve gelişme sağlamaya dönük faaliyetlerinde, her zaman Uluslararası Çalışma Örgütü, Tarım ve Gıda Örgütü gibi diğer Birleşmiş Milletler organları ve UNICEF, Nüfus Fonu benzeri BM fonlarıyla işbirliği içinde çalışmıştır. Ancak 1980'lerden bu yana, neoliberal politikalar ve tercihlerle sıkı bir bağ kuran sağlık ve kamu reformu girişimlerinde OECD ve Dünya Bankası'nın da rol oynadığını gözlemliyoruz. OECD ve Dünya Bankası bünyesindeki politika tartışmalarının kurumsal temeli ve içeriği, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, işin ekonomik, finansal ve örgütlenme boyutuna odaklanma eğiliminde. 1980'ler ve 90'lar, küresel sağlık politikaları konusunda birbiriyle çatışan amaçlara sahip grupların, kendileri için uygun kurumları öne çıkarma mücadelesine sahne oldu. OECD ve Dünya Bankası bünyesindeki araştırma birimleri üzerinden teşvik edilen sağlık reformlarını da bunun yansıması olarak kabul edebiliriz.[7]

1978 Alma Ata bildirgesi, UNICEF ile DSÖ'nün ortak girişimiyle oluşturulan temelde yükseldiyse de, bu iki kuruluşun sağlığa yaklaşımları arasındaki farklılık, 1980'lerde neoliberalizm karşısında alacakları tutumu da

6 S. Sell, "The global IP upward ratchet, anti-counterfeiting and piracy enforcement efforts: the state of play", 2008, http://www.twnside.org.sg adresinde mevcuttur; S. Sell, "From Forum-shifters to Shape-shifters: Rulemaking and Enforcement in Intellectual Property", International Studies Association Convention [Uluslararası Çalışmalar Birliği Kongresi] için hazırlanmış çalışma, New York, 15-19 Şubat 2009.

7 K. Lee ve H. Goodman, "Global Policy Networks: The propagation of health care financing reform since the 1980's", K. Lee, K. Buse ve S. Fustukian (der.), *Health Policy in a Globalising World* içerisinde, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

belirleyecekti.[8] UNICEF, sağlık hizmetlerinde daha seçici ve belli sorunlara odaklanan bir yapıyı desteklerken, DSÖ hizmetlerin daha geniş tabana yayılmasını isteyecekti. Ancak, her iki anlayış da, sağlık finansmanında yaşanan gerilemeler, yapısal düzenleme programları ve Dünya Bankası'nın gittikçe güçlenen varlığı tarafından etkin bir şekilde baltalanacaktı. Neoliberal ekonomi politikaları ve sağlık reformu açısından bakıldığında, UNICEF'in seçici sağlık hizmetleri anlayışı daha elverişli görünüyorduysa da, yapısal düzenleme politikalarına ve bunların sağlık üzerindeki etkilerine daha yüksek sesle karşı çıkan DSÖ değil UNICEF olacaktı.[9]

DSÖ'nün sağlık sistemleri ile ilgili araştırma yapma, çözümlemelerde bulunma ve eyleme geçme olanakları oldukça sınırlanmış durumda. Örgüt, bir yandan da belli hastalık veya müdahalelere odaklanan "nokta programlar"ın hâkimiyeti ile mücadele etmekte.[10] OECD, 1980'lerde sağlık ve kamu reformu üzerinde çalışmaya, sağlık sistemleri hakkında veri toplamaya başladığında, hissedilen bir boşluğu doldurmaktaydı aslında. DSÖ'nün veri toplama ve dünya genelinde sağlığın yönetimini üstlenmede zayıf kalması, OECD ve Dünya Bankası'nın bu alana girişi için gerekli zemini oluşturmaktaydı. Dünya Bankası, daha önceleri "seçici sağlık hizmetleri" yaklaşımının kurulmasına katkıda bulunmuş ve OCED ile birlikte, kalkınma destek kuruluşlarının hedefleri ile öncelikleri üzerindeki denetimini artırmıştı.[11] Bu bakımdan, DSÖ bünyesinde sağlık sistemlerinin geliştirilmesine ve "herkes için sağlık" politikasına verilen desteğin azalması, bu ideallerinin kuruluş içinde yeteri kadar destek bulamamasıyla açıklanamaz sadece. Dünyanın önemli ülkelerinde, kalkınma yöntemleri ve finansmanına dair siyasette yaşanan değişimler de bir o kadar önemliydi. 1980'lerde yapısal düzenleme programları sonucunda sağlığa ayrılan kaynakların kısılması önemli bir sorun olarak ortaya çıkarken, kredi kullanımında dayatılan koşullar da etkisini hissettirmekte; sağlık hizmetleri için kaynak temin etmek üzere hastalardan ücret alınması istenmekteydi. 1990'larda Dünya Bankası'nın küresel sağlık politikalarındaki rolünün daha da büyümesi, ulusal kalkınma ajanslarının üzerinden aktarılan kalkınma fonlarının kullanılış yöntemlerini de etkileyecekti. Öte yan-

8 J.A. Walsh ve K.S. Warren, "Selective primary health care. An interim strategy for diseases control in developing countries", *New England Journal of Medicine*, 301(18), 1979; J-P. Unger ve J.R. Killingsworth, "Selective primary health care: a critical review of methods and results", *Social Science and Medicine*, 22(10), 1986.

9 G.A. Cornia, R. Jolly ve F. Stewart, *Adjustment With a Human Face: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth. A Study by UNICEF*, Oxford University Press: Oxford, 1987.

10 M. Koivusalo ve E. Ollila, *Making a Healthy World. Agencies, Actors and Policies in International Health*, Londra: Zed Books, 1997.

11 T. Brown, M. Cueto ve E. Fee, "The World Health Organisation and the transition from International to Global Public health", *American Journal of Public Health*, 96(1), 2006; Koivusalo ve Ollila, *Making a Healthy World*.

dan DSÖ asıl olarak sağlık bakanlıkları ekseninde yürütülen çalışmalarda yer alıyordu. Kağıt üzerinde küresel bir düzenleyici kurum olan DSÖ'nün rolü, farklı önceliklere sahip başka uluslararası kuruluşlar üzerinden teknik destek sunmaya indirgenmişti.

Dünya Bankası'nın sağlık reformlarını odak noktası olarak seçmesi önemli bir gelişmeydi. Ancak, bu reformlar kapsamında hazırlanan reçeteler yaygın bir eleştiri dalgasıyla karşılaşıyor.[12] Banka'nın sağlık reformlarıyla ilgilenmesi, gerek politika konularına küresel ölçekte kılavuzluk edecek olması, gerekse dünya genelinde sağlık finansmanın bölüşümündeki belirleyici rolü nedeniyle, reformların ötesine geçen etkiler yaratıyordu. Banka'nın sağlık reformuna dair düşüncelerinin büyük bölümü, OECD ile bir arada yürütülen çalışmalara dayanıyordu. Buna karşın, Dünya Bankası'nın kamu ve sağlık reformlarında oynadığı rol, hem işin içine giren finansmanın büyüklüğü, hem de 1993 tarihli, *Sağlığa Yatırım Yapmak* başlıklı Dünya Kalkınma Raporu'nda yeniden düzenlenen sağlık politikaları nedeniyle büyük dikkat çekti.[13] OECD ve Dünya Bankası gibi, kağıt üzerinde herhangi bir düzenleme yetkisine sahip olmayan küresel aktörler, kendilerine biçilen kılavuzluk etme ve değerlendirmede bulunma rollerini kullanarak, pratikte düzenleyici kurumlara dönüşmeyi başardılar. Dünya Bankası'nın kamu politikalarına yönelik çeşitli kılavuzlarında oynadığı role ve Dünya Bankası Enstitüsü'nde sunulan öğretiye baktığımızda da, üstlenilen bu yeni işlevin daha küçük boyutlu, ama bir o kadar etkin başka bir parçasını görüyoruz.

1990'lar boyunca, küresel sağlık politikası işte bu şekilde Dünya Bankası'nın öncelikleri doğrultusunda yönlendirildi. 1980'ler, uluslararası kuruluşlarda sağlığa dair kaygıların yok oluşunun ve yapısal düzenlemelerin dönemiyse, 90'lar da sağlık sektörü *içerisinde* daha liberal ve piyasacı politikaların uygulanmasına olanak tanımak üzere, küresel politika gündeminin genişletildiği ve yeniden yapılandırıldığı bir dönem olacaktı. DSÖ, 90'ların sonlarında etkinliğini artırmaya yönelik kimi çabalara giriştiyse de (örneğin, özel amaçlı Yönetim Kurulu çalışma grubuyla), sağlık sistemi araştırmalarındaki zayıf konumunu genel itibarıyla sürdürecek ve sağlık reformları çerçevesinde ortaya çıkan sorunları etkin bir şekilde ele alma yeterliğini sergileyemeyecekti. DSÖ'nün yetersizliklerine, "herkes için sağlık" stratejisinden genel bir kaçışın yaşanması da eşlik etmekteydi. Kuruluşun oldukça tartışma yaratan 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu, büyük ölçüde Dünya Bankası'nın fikirleri doğrultusunda kaleme alınacaktı. DSÖ Genel Direktörü Gro Harlem

12 Koivusalo ve Ollila, *Making a Healthy World*; J. Lister, *Health Policy Reform: Driving the Wrong Way. A Critical Guide to the Health Reform Industry*, Enfield: Middlesex University Press, 2005.

13 Dünya Bankası, *Dünya Kalkınma Raporu: Sağlığa Yatırım yapmak*, Washington: Dünya Bankası, 1993.

Brundtland, resmiyette "herkes için sağlık" politikalarına ait değerlerin arkasında durur görünmekle birlikte, hazırlanan raporun kuruluşla bu değerler arasına önemli bir mesafe koyduğu ortadaydı. Rapor, açık bir dille, DSÖ'nün ideolojiyi değil kanıtları esas alarak fikir beyan etmesi gerektiğini vurguluyordu.[14]

Fakat 2000'lerin başları, örgüt içinde temel sağlık hizmetlerine bakışın yeniden yön değiştireceği yıllar oldu. DSÖ'ye üye ülkelerin büyük bölümü, daha sonraları da bu tutuma destek vermeyi sürdürdü. Temel sağlık hizmetleri hakkında kaleme alınan en son Dünya Sağlık Raporu'nda, "herkes için sağlık" yaklaşımını destekleme konusunda daha fazla görev biçiliyor DSÖ'ye. Örgüt bünyesindeki Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu'nun, eşitlik sorununu ele alan ve farklı alanlar arasındaki ilişkilere odaklanarak kapsamlı bir bakış getiren raporu da bu tutumu pekiştirir nitelikte.[15] Yaşanan bu olumlu kaymanın yansımaları, DSÖ'ye konuyla daha yakından ilgilenme çağrısında bulunan Dünya Sağlık Kurulu kararlarında da karşımıza çıkıyor.[16]

Ancak, küresel sağlık politikaları, Birleşmiş Milletler'in Milenyum Kalkınma Hedefleri (MKH) gibi küresel politika önceliklerinin etkisi altında hâlâ. MKH, Dünya Bankası ve IMF tarafından da benimsenen yedi farklı OECD kalkınma hedefinin hayata geçirilmesi kapsamında ortaya çıktı.[17] DSÖ'nün de dahil olduğu Birleşmiş Milletler kurumlarının yürüttüğü çalışmaların büyük kısmı artık bu hedefler üzerinden tanımlanıyor. MKH kapsamında yer alan kimi genel amaçlar vurguyu gerçekten hak ediyor olsa da, bu hedeflerin küresel sağlık politikaları için bir kılavuz olarak değerlendirilmesi sorunlara yol açıyor ve DSÖ'nün faaliyetlerine genel bir çerçeve oluşturma konusunda yetersiz kalıyor.

Diğer taraftan, sağlığı bir insan hakkı olarak değerlendiren yaklaşım ve herkesin, mümkün olan en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyine erişme hakkının bulunduğunu dile getiren görüş, politika öncelikleri arasında bir kez daha ağır ağır yukarılara tırmanıyor. Fikri mülkiyet hakları nedeniyle yaşanan anlaşmazlıklar etrafında olup bitenler de bu tırmanışın boyutlarından birini oluşturmakta. Örneğin, BM sağlık hakkı özel raportörü Anand Grover'ın, BM Genel Kurulu'nda yaptığı konuşmada, fikri mül-

14 DSÖ, *Dünya Sağlık Raporu. Sağlık Sistemleri: Performansın Yükseltilmesi*, Cenevre: DSÖ, 2000.

15 Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Komisyonun sağlıkta toplumsal etmenler nihai raporu*, Cenevre: DSÖ, 2008.

16 Dünya Sağlık Kurulu, "Reducing health inequities through action on the social determinants of health" (Dünya Sağlık Kurulu 62.14) ve "Primary Health care, including health system strengthening" (Dünya Sağlık Kurulu 62.12) Dünya Sağlık Kurulu, 22 Mayıs 2009, Cenevre, DSÖ, 2009.

17 S. Gupta, B. Hammond ve E. Swanson, "Setting the seven development goals", *OECD Observer*, 23, 2000, http://www.oecdobserver.org adresinde mevcuttur.

kiyet hakkı yasalarının ilaca erişim olanaklarına etkisi konusunda sergilediği sert tavrı örnek gösterebiliriz: "Az gelişmiş ülkeler, TRIPS [*Ticaretle Bağlantılı Fikrî Mülkiyet Hakları Anlaşması*] standartlarını ulusal yasalarına dahil etmemelidir. Gelişmiş ülkelerse, az gelişmiş ülkeleri TRIPS kapsamında serbest ticaret anlaşmaları düzenlemeye teşvik etmemeli, sağlık hakkının ihlali anlamına gelebilecek eylemler konusunda dikkatli adımlar atmalıdır."[18]

KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKASININ ODAK NOKTASI: SİNEKLE Mİ MÜCADELE ETMELİ, BATAKLIKLA MI?

Sadece bir veya birkaç hastalıkta başarı kazanma hedefindeki "nokta" sağlık projeleriyle, sağlık sistemlerine bütünsel bakan "kapsamlı" programlar arasındaki ikilem, küresel sağlık politikalarının çekirdeğinde önemli bir yere sahip. DSÖ'nün, kurum olarak nokta programlara fazlasıyla odaklandığı ve toplumsal yaklaşımı bir kenara bırakıp tıbbi anlayışın egemenliği altına girdiği yönündeki değerlendirmelere hâlâ sıklıkla rastlıyoruz. Bu tutum, örgütün kuruluş aşamasında belirlenen ve son dönemde tekrar filizlenmeye başlayan amaçlardan sapıldığını gösteriyor. HIV/AIDS salgını, sıtmaya ilişkin kaygıların giderek büyümesi ve daha dirençli verem türlerinin ortaya çıktığının görülmesi nedeniyle dikkatler zaten bu üç hastalık üzerinde yoğunlaşmışken, DSÖ Makroekonomi Komisyonu'nun yalnızca bulaşıcı hastalıklara odaklanan tutumu, nokta program yaklaşımını daha da pekiştirdi.[19] HIV/AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu'nun kurulmasından sonra, DSÖ'nün rolü ve odak noktası daha da karmaşıklaştı. Sağlıkta kaynaklar artırılırken nokta programlara öncelik verilmesi, sağlık sisteminin finansmanına ait daha önemli sorunların çözümünde fayda sağlamıyor. Dahası, bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında harekete geçilmesini savunanlar da benzer bir finansman mekanizması talep ediyorlar. Anne ve çocuk sağlığı alanında bu yönde bir öneride bulunulduğunu hatırlıyoruz.[20]

Özellikle de HIV/AIDS için ayrılan kaynaklar büyür ve bu alandaki finansman ihtiyacı dünyanın daha fazla dikkatini çekerken, odak noktaları arasında kurulacak denge konusunda eleştiriler duyuluyor ve "yükselen

18 A. Grover, "Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health", Birleşmiş Milletler, Genel Kurul, A/HRC/11/12, 31 Mart 2009.

19 E. Ollila, "Global health priorities – priorities of the wealthy?", *Globalisation and Health*, 1(6), 2005, http://www.globalizationandhealth.com adresinde mevcuttur.

20 A. Costello ve D. Osrin, "The case for a new Global Fund for maternal, neonatal and child survival", *Lancet*, 366(9485), 13-19 Ağustos 2005; Önde Gelen STÖ'ler, "Leading NGOs call for international action to combat epidemic non-communicable diseases", Basın Duyurusu, 19 Mayıs 2009, http://www.world-heart-federation.org adresinde mevcuttur.

sulardan tüm gemilerin aynı miktarda nasiplenmediği" söyleniyor.[21] Kimi ülkelerde, HIV/AIDS için temin edilen finansman, halihazırda sağlığa ayrılan tüm diğer kaynakları aşmış durumda.[22] Sağlık politikalarında yeni bir denge aranıyor. Örneğin, sağlık hizmetlerinde nokta programlarla kapsamlı programların özelliklerini birleştirecek karma finansman biçimlerine geçilerek, belli hastalıklar için ayrılan kaynakların, daha kapsamlı sağlık hizmetlerinin finansmanını yükseltmekte kullanılabileceği düşünülüyor. HIV/AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu'nun rolünü, ülke geneline yayılan sağlık programları için finansman sağlayacak ve böylece "yetersizlikler bataklığında yeterlik adaları" yaratacak şekilde değiştirmek için teklifler sunuluyor.[23] Ancak, nokta programlarda bile yeterli bir temel sağlık hizmeti ve sağlık sistemi zemininin oluşturulması uzun vadeli başarıda can alıcı öneme sahipken, "karma finansman" programları hâlâ ağırlıklı olarak nokta programlar üzerine inşa ediliyor. Dünyanın bulaşıcı hastalıklara odaklanmış olması, salgınları bir güvenlik tehdidi olarak algılayan "güvenlik odaklı" neoliberal politikanın parçası olarak da görülebilir. Tütün, alkol ve gıdayla bağlantılı, bulaşıcı olmayan hastalıklardan ve bu hastalıkların tedavisi amacıyla satılan ilaçlardan dikkatlerin uzaklaşmasını isteyen şirketlerin de işine geliyor bu.

KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARINI KİM BELİRLEYECEK?

DSÖ gibi uluslararası kuruluşların finansmanı, ilkesel olarak, üyelerin yaptığı ödemeler yoluyla sağlanıyor. Ancak bu kaynakların yeterli olmamasıyla, başka fonların rolü de günbegün büyümekte. Bu durum, DSÖ'nün küresel düzenleyici politikaları hayata geçirme gücünü de etkiler gibi görünüyor. Örgütün giderek daha fazla bel bağlamaya başladığı "ek bütçe"lerin finansman sürecindeki önemi büyüyor. Belki politika öncelikleri Dünya Sağlık Kurulu tarafından belirleniyor ama bu kararların hayata geçirilmesi, kuruluşun yeterli kaynaklara ve güce sahip olmasına bağlı. Bu bağlamda, DSÖ çekirdek bütçesinin sürekli bir sıkıntıyla karşı karşıya oluşu, üye ülkelerin kuruluştan hesap sorma imkânını da daraltıyor.

Sivil toplum örgütleri ve yardım kuruluşlarının çalışmaları, çoğu ülkede kamu politikalarını bütünleyici işlev görüyor artık. STÖ'ler, bir yandan yardım dağıtımında ve kalkınma politikalarında daha büyük roller alırken, bir

21 L. Garret, "The challenge of global health", *Foreign Affairs*, Ocak/Şubat, 2007.

22 M. Lewis, "Addressing the challenge of HIV/AIDS: macroeconomic, fiscal and institutional issues", Çalışma raporu no. 58, Center for Global Development, 2005.

23 G. Ooms, V. van Damme, B. Baker, P. Zeitz ve T. Schrecker, "The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?", *Globalization and Health*, 4(6), 2008.

yandan da küresel yönetimde söz sahibi oluyor. Dünya sağlık politikalarına yön veren çevreler, sivil toplum kavramına Uluslararası İlaç Üreticileri ve Birlikleri Federasyonu gibi şirket çıkarlarını korumaya dönük kuruluşları da dahil etmişlerdir daima. Sivil toplumla ticaret arasındaki ayrım, hem kamu-özel sektör ortaklıklarının tüm dünyada gördüğü rağbet çerçevesinde, hem de gerçek amacı ticari çıkarları korumak olan kuruluşların yürüttüğü sivil toplum kampanyaları yoluyla, giderek bulanıklaşıyor.[24]

1990'larda, küresel kalkınma çabalarında odak noktasının, toplumsal ve ekonomik kalkınmada sivil toplum örgütlerinin oynayacağı role doğru kaydırıldığını gördük. Bu kayma, tüm dünyada dikkatlerin yardım kuruluşlarına yönlendirilmesiyle pekiştirilecek, Bill ve Melinda Gates Vakfı (Gates Vakfı) gibi zengin kaynaklara sahip yeni aktörlerin ortaya çıkışıyla da tablo tamamlanacaktı. "Küresel ortaklıklar"a yapılan vurgu, bu değişimin boyutlarından birini oluşturuyor ve sağlık alanında özellikle önem kazanıyordu. Bu eğilimler, sanayi ve sivil toplum örgütlerine doğrudan temsil hakkı sunan ve kasıtlı olarak Birleşmiş Milletler'in resmi sorumluluk alanının dışında tutulan HIV/AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu'nun inşasına da yansıyacaktı.[25] Böylece, söz konusu küresel sağlık ortaklıklarının yönetiminde DSÖ gibi uluslararası kuruluşların yeterince temsil edilmediği, şirketlerinse katkılarını çok aşan oranda yer bulduğu bir ortam oluştu.[26] Oysa, yüksek beklentilere karşın, Küresel Fon'a yapılan mali katkılar içinde şirket fonları hâlâ sadece yüzde 3 civarında paya sahip.[27]

Gates Vakfı'nın küresel sağlık politikası ile ilgilenmesi, hem işin içine giren kaynakların büyüklüğü, hem de vakfın diğer kuruluşlar ve politikalar üzerinde nüfuz arayışına girmesi nedeniyle özel önem taşıyor.[28] Edwards, "hayır kapitalizmi"nin [philanthrocapitalism] üç ayırt edici özelliğini şöy-

24 M. Koivusalo ve M. Mackintosh, "Global public action in health and pharmaceutical policies: politics and policy priorities", IKD (Innovative Knowledge Development) Çalışma Raporu 45, 2009, http://www.open.ac.uk adresinde mevcuttur.

25 E. Ollila, "Health-related public-private partnerships and the United Nations", B. Deacon, E. Ollila, M. Koivusalo ve P. Stubbs (der.), *Global Social Governance. Themes and Prospects* içinde, Helsinki: Dış İşleri Bakanlığı, 2004; E. Ollila, "Restructuring global health policy-making: the role of global public-private partnerships", M. Mackintosh ve M. Koivusalo (der.), *Commercialisation of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses* içerisinde, Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2005.

26 A. Harmer ve K. Buse, "Seven habits of highly effective global public-private partnerships: practice and potential", *Social Science and Medicine*, 64(2), 2007; K. Buse ve A. Harmer, "Power to the partners? The politics of public-private partnerships", *Development*, 47(2), 2004.

27 T. Anderson, "Global Fund looks to boost private sector contributions", *Lancet*, 373(9675), 9 Mayıs 2009.

28 D. McCoy, G. Kembhavi, J. Patel ve A. Luintel, "The Bill and Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health", *Lancet*, 373(9675), 9 Mayıs 2009; A-E. Birn, "Gate's grandest challenge: transcending technology as public health ideology", *Lancet*, 366(9484), 6-12 Ağustos 2005.

le tanımlıyor:[29] 1) Bilgi teknolojileri ve finans sektörlerinde az sayıda kişi tarafından kazanılmış büyük miktarlarda kaynağın devreye sokulması; 2) ticaretten devşirilen yöntemlerin, toplumsal sorunlara çözüm getirme konusunda, kamu sektörü ile sivil toplum örgütleri tarafından uygulanan diğer yöntemlerden daha üstün olduğu inancı; 3) bu yöntemlerin, topluma faydalı ürün ve hizmetlere erişimi artırmakla kalmayıp, toplumun dönüştürülmesini de sağlayabileceği iddiası. "Hayır kapitalistlerinin" toplumsal ve finansal amaçları ile, DSÖ üyesi ülkelerin hedefleri arasında bir uzlaşma sağlamak kolay değil. Bu arada, toplumsal hareketlerde, siyasette ve devlette gözlenen bütünlüklü değişim de "hayır kapitalistleri" tarafından genellikle göz ardı ediliyor.[30] Farklı öncelikler arasında kendini hissettiren gerilimler, Gates Vakfı'nın yapısı ve sıtma araştırmalarının yönetimindeki baskın rolü hakkında üst düzey DSÖ yetkililerinden gelen eleştirilerde kendini gösteriyor.[31] Vakfın teknolojik çözümlere ve sadece belli hastalıklara odaklanmasının yanı sıra, Uluslararası Finans Kurumu'na (IFC) verdiği destek çerçevesinde özel sektöre vurgu yapması da soru işaretleri uyandırıyor.[32]

İlaca ulaşma ve araştırma-geliştirme çalışmalarını destekleme alanlarında çalışan ortaklıklarda ise, HIV/AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu'ndan, ilaç satın alımı konusunda yardım sağlama amacını taşıyan uluslararası UNITAID kuruluşuna ve GAVI'ye kadar başka yeni kurum ve mekanizmaların büyük egemenliği dikkat çekiyor. HIV/AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu, bir ülkenin borçlarının bir kısmının, sağlık programlarına destek söz vermesi karşılığında silinmesi esasına dayanan "sağlık borçlanması" yaklaşımını devreye soktu.[33] Bunu yanında, sunulan desteklerdeki payını artırmak üzere özel sektörle sıkı bağlar kuruyor ve küresel koruma fonu [*hedge fund*] sektörünün yarattığı zenginlikten faydalanmak üzere, Borsa Yatırım Fonları olarak adlandırılan ürünler oluşturmayı planlıyor.[34] Mevcut eğilimlere baktığımızda, şirket çıkarları ve ihtiyaçlarına oldukça uygun düşen ve dolayısıyla bu cepheden büyük destek gören "İleri Piyasa Taahhütleri"nin desteklenmekte olduğunu da görüyoruz. Dünya Bankası, İleri Piyasa Taahhütleri pilot projeleri hakkında daha fazla so-

29 M. Edwards, *Just Another Emperor? The Myths and Realities of Philanthrocapitalism*, New York: Demos and the Young Foundation, 2008.

30 M. Edwards, "Philanthrocapitalism: After the goldrush", 20 Mart 2008, s. 32, http://www.opendemocracy.com adresinde mevcuttur

31 D.G. McNeil, "Gates Foundation's influence criticized", *New York Times,* 16 Şubat 2008.

32 McCoy ve diğerleri, "The Bill and Melinda Gates Foundation's grant-making programme".

33 AusAID ve Küresel Fon, "Australia converts commercial debts to Indonesia into health programmes", Basın Duyurusu, 28 Mayıs 2009, http://www.theglobalfund.org adresinde mevcuttur.

34 T. Anderson, "Global Fund looks to boost private sector contributions", *Lancet*, 373(1594), 2009.

rumluluk üstlenmeye hazırlanıyor.[35] Pnömokok aşısı ile ilgili ilk pilot projenin 1,5 milyar dolara mal olması bekleniyor. Bu düzenlemeler, şirket araştırmalarına yardımcı olurken, diğer yanda kamu kaynaklarının verimsiz kullanımına yol açmakla eleştiriliyor.[36]

Saydığımız düzenlemelerin bazıları özel sektörden daha fazla kaynak çekilmesine önayak olabilirse de, araştırma-geliştirme faaliyetlerindeki ticarileşmenin daha ileri boyuta taşınmasına yol açtıkları da bir gerçek. Pek çok sağlık sisteminin kaynak sıkıntısıyla boğuştuğu ve ulusal düzeyde finansmanın mevcut olmadığı düşünüldüğünde, yeni girişimlerin küresel ticaret ve danışmanlık sektörü için sağlıktan daha da kârlı bir alana dönüşmesi tehlikesiyle karşı karşıyayız. AR-GE'ye yönelik bu yeni girişimlerin boy vermesi ve belli ürünlerin finanse edilmesi, AR-GE Anlaşmaları ve Ödülleri gibi alternatif yaklaşımlara yönelik tasarıların karşısına çıkarılmış rakipler olarak değerlendirilebilir.[37] Alternatifler, kamu finansmanına ve işbirliğine, kâr amacı gütmeyen araştırma vakıflarına, açık kaynak temelli lisans koşullarının güçlendirilmesine ve yeni ürünlerde yalnızca ilave klinik faydaların fiyatlandırılmasına dönük politikalara vurgu yapıyor.[38] Ancak bu alternatif mekanizmalar, kamu-özel sektör ortaklıklarına, fikri mülkiyet haklarına dair düzenlemelerin sıkılaştırılmasına, bilgi patent sürelerinin uzatılması yoluyla tekel oluşumuna ve AR-GE çalışmalarının devletçe desteklenmesine ortam yaratan bir yapının şekillendirilmesi konusunda ticari çıkarların halihazırda kurmuş olduğu egemenliği tehdit ediyor. Dolayısıyla, belli politika seçenekleri ve tercihlerinin, daha piyasacı tercihlere yönelik alanı genişletmek üzere yok sayılmaya, baltalanmaya devam edilip edilmeyeceğini sorgulamak önem taşıyor.

Küresel sağlık politikalarının belirlenmesinde özel vakıflar ile şirketlerin oynadığı rol ve G8'in (ya da G20) giderek artan etkisi nedeniyle, meşruiyet ve

35 Dünya Bankası, "Funding New Vaccines To Save Millions Of Lives. World Bank to Provide Financial Platform for Pilot Vaccine Program", Duyurusu No. 2009/296/CFP, 3 Nisan 2009.

36 D. Light, "Making practical markets for vaccines. Why I decided that the Center for Global Development Report, Making markets for vaccines, offers poor advice to government and foundation leaders", *PLoS Med*, 2(10), 2005; A.K. Farlow, D.W. Light, R.T. Mahoney ve R. Widdus, "Concerns regarding the Center for Global Development Report 'Making markets for vaccines'", Fikri Mülkiyet Hakları, Keşifler ve Halk Sağlığı Komisyonu'na yapılan sunumlar, DSÖ, 29 Nisan 2005; L. Gadot, "Advance market commitments: Are they worth the hype?", Mayıs 2008, http://www.accessmed-msf.org adresinde mevcuttur.

37 T. Hubbard ve J. Love,"A new trade framework for global healthcare R&D", *PLoS Biol*, 2(2), 2004; N. Dentico ve N. Ford, "The courage to change the rules: a proposal for an essential health R&D treaty", *PLoS Med*, 2(2), 2005; J. Love ve T. Hubbard, "The big idea: prizes to stimulate R&D for new medicines", *Chicago Kent Law Review*, 82(3), 2007.

38 D. Baker, "The benefits and savings of publicly-funded clinical trials of prescription drugs", Center for Economic Policy and Research, Mart, 2008; D. Baker, "A free market solution to prescription drug crises", *International Journal of Health Services*, 34(3), 2003; A. Jayadev ve J. Stiglitz, "Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices", *Health Affairs*, 28(1), 2009; S.M. Maurer, A. Rai ve A. Sali, "Finding cures for tropical diseases: is open source the answer?", *PLoS Med*, 1(3), 2004.

hesap sorma olanakları konusunda da kaygılar yükseliyor. Zirvelerde ortalığı birbirine katan küreselleşme karşıtı gösteriler sonucunda sağlık konularının G8 gündeminde üst sıralara yerleştirilmiş olması, yapısal düzenleme politikalarına getirilen eleştirilerin ardından Dünya Bankası'nın sağlığa sarılmasından çok da farklı olmayabilir. G8'in oldukça kapsamsız sağlık gündemi, bulaşıcı ve ihmal edilmiş hastalıklarla ilgili girişimlere yoğunlaşıyor. Bu arada, fikri mülkiyet haklarının korunmasına G8'in de açıkça ve güçlü bir vurgu yapması gözden kaçmıyor.[39]

Gates Vakfı'nın oynadığı rolü, dünya genelinde sağlığın finansmanına yaptığı katkının büyüklüğü üzerinden değerlendirmek zorundayız. Bu tutar, 1998 ile 2007 arası dönemde neredeyse 9 milyar dolara ulaştı.[40] DSÖ'ye sunulan bütçe harici finansman desteği de dikkat çekecek ölçüde yükseldi: 2010-2011 yıllarında, gönüllü yardımların DSÖ bütçesinde 4,5 milyar dolarlık bir paya sahip olacağı, öte yanda üye ülkelerin temin edeceği çekirdek bütçenin ise 1 milyar doların bile altında kalacağı tahmin ediliyor.[41] Diğer bir deyişle, DSÖ'nün finansmanında gönüllü veya bütçe harici kaynakların payı yüzde 80'in üzerine çıkıyor. Ne var ki, dünyanın her yerinde özel finansman sahiplerinin kendilerine has amaçları var. Gates Vakfı, yalnızca belli teknolojik çözümlere odaklanma ve araştırma finansmanını kuzey ülkelerinde yoğunlaştırma eleştirisiyle çok sık karşılaşıyor. [42] İlaca ve aşıya erişimi güçlendirme yolunda da yeni finansman girişimleri ağırlıklı olarak kullanılıyor: UNITAID kuruluşu, HIV/AIDS, sıtma ve verem hastalıklarında tedaviye erişim olanaklarının güçlendirilmesi için kullanılmak üzere havayolu vergisi toplarken[43], Uluslararası Bağışıklama Finans Kuruluşu da, GAVI'yi desteklemek amacıyla sermaye piyasalarında tahvil çıkartarak fon sağlıyor. Belli hastalıklara yönelik şirket araştırmalarına destek vermek üzere kamu kaynaklarının ve yeni teşviklerin devreye sokulması, sorunları da beraberinde getiren bir süreç. ABD'de ilaç tescil işlemlerinin hızlandırılması amacıyla yürürlüğe sokulan hızlı işlem uygulaması, az gelişmiş ülkelerdeki en yoksul kesimlere fayda sağlayacak büyük ve yenilikçi bir adım olarak cilalanıp sunulurken, kamu kaynaklarını küresel ilaç endüstrisine

39 G8, "Growth and responsibility in the world economy. Summit declaration", G8 Agenda for Global Growth and Stability, Heiligendamm, 7 Haziran 2007, http://www.g-8.de adresinde mevcuttur.

40 McCoy ve diğerleri, "The Bill and Melinda Gates Foundation's grant-making programme".

41 DSÖ, *Proposed Programme Budget 2010-2011*, Cenevre: DSÖ, 2009, http://www.who.int adresinde mevcuttur.

42 McCoy ve diğerleri, "The Bill and Melinda Gates Foundation's grant-making programme"; Birn, "Gate's grandest challenge".

43 UNITAID kuruluşuna üye 29 ülkeden 7'si (Şili, Fildişi Sahili, Fransa, Güney Kore, Madagaskar, Morityus ve Nijer), aktarma yolcuları hariç, havayolu bileti satın alan yolcuların tamamından veya bir kısmından, 1 dolardan başlayıp 40 dolara kadar çıkabilen miktarda vergi alıp kuruluşa aktarıyor. Bu vergiler, 2008 verilerine göre, kuruluşun finansmanında yüzde 72 paya sahip – *çev.*

aktarmakla eleştirilebiliyor.[44] James Love'ın "yetim ilaçlar"[45] hakkındaki eleştirel yorumu, bu anlaşmazlıkları açık bir dille yansıtır nitelikte:

> Yetim İlaç Kanunu, vergi gelirleriyle yapılmış keşifler veya süresi geçmiş patentler gibi, kamu malı sayılan şeylerin özel sermayeye mal edilmesi amacıyla kullanılıyor. Bir şirket olarak, fazla çaba harcamadan faydaya ulaşabilmeniz önemlidir. Şirketler, rakiplerinin klinik araştırmalara yatırım yapmasını veya piyasaya yeni ilaçlar sürmesini engellemek amacıyla kullanıyorlar Yetim İlaç Kanunu'nu. Belli bir fizyolojik soruna dönük geliştirilmiş ilaçları ele aldığımızda, yetim ilaçlar için sunulan ayrıcalıkların, patent korumasından daha geniş kapsama sahip olduğunu görüyoruz... Yetim ilaç mevzuatına dair lobi çalışmaları ilaç ve biyoteknoloji endüstrisi tarafından finanse edilirken, hasta örgütlerinden de önemli ve kimi zaman coşkulu bir destek görüyor. Normal olarak, sağlık masrafları vergi mükellefleri veya sigorta primi ödeyenlerce karşılanan hastaları temsil eden bu örgütlerin pek çoğu, endüstriden geniş mali yardım alıyor. Sonuçta, yalnızca ortada yeterli para bulunduğunda anlam ifade eden mevzuatlarla karşılaşıyoruz. İhtiyaç duyulan şey, gerekli tıp araştırmalarının yürütülmesini sağlayacak, kamuya hesap verme sorumluluğu bulunan, hedefe dönük girişimlerdir.[46]

KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARINI DÖNÜŞTÜRMEK

Uluslararası kuruluşlar, onların meşruiyeti ve hesap verme sorumlulukları, küresel sağlık politikaları bakımından kuşkusuz önem taşıyor. Ancak, sağlık alanında ne tür politikalar izlenmesi gerektiğini, bu politikaların hayata geçirilmesi yolunda, küresel ve ulusal düzeyde ne tür kuruluşların en elverişli çözümleri sunabileceğini sorgulamak durumundayız.

Birleşmiş Milletler'de uygulanan ve her ülkeye bir oy hakkı veren sistem çeşitli açılardan eleştirilebilirse de, halihazırda en geniş temsil olanağını sunan uluslararası politika örgütlenmesinin BM olduğunu belirtmeliyiz. Aynı zamanda, hem görevleri, hem de üyeliğe dayalı faaliyet biçimi bakımından, bu alandaki en meşru kurum olmayı sürdürüyor BM. Sağlığın dünya genelindeki yönetiminde başka ortaklık türlerine ve ittifaklara doğru bir kayma gerçekleşirken, bu ortaklık ve ittifakların nasıl işlediği, hesap verme konusundaki muğlak konumları yeterince irdelenmiş değil. Salt finansman kabiliyetleri ve dünya genelinde faaliyet yürütebilme güçleri sayesinde, izlenecek politikaların belirlenmesinde önemli bir nüfuz elde etti yeni aktörler.

---

44 T. Anderson, "Novartis under fire for accepting new reward for old drug", *Lancet*, 373(9673), 25 Nisan 2009; FDA, "Guidance for Industry Tropical Diseases Industry Priority Review Vouchers. Draft Guidance", Ekim 2008, http://www.fda.gov adresinde mevcuttur.

45 Yetim İlaç [*Orphan Drug*]: Kısıtlı bir hedef kitleye yönelik, nadir rastlanan tıbbi sorunlar için geliştirilmiş, bu yüzden, teşvik bulunmadığında pazarlama konusunda ilaç şirketlerinin fazla ilgilenmeyi tercih etmediği tipte ilaçlara verilen ad – *çev.*

46 J. Love, "Brief note on the abuse of Orphan Drug programs in creating monopolies", 5 Ocak 1999, http://www.cptech.org adresinde mevcuttur.

Şeffaflığın ve sivil toplumun oynadığı rolün önemini teslim ederken, sivil toplumu temsil etme iddiasında olanların politika hedefleri, öncelikleri ve arka planları hakkında da daha net bir manzaraya ihtiyacımız var.

Küresel sağlık politikalarında öncelikleri belirlemek asla kolay bir iş olmamıştır. Bu politikaların, az gelişmiş ülkelere yönelik bir finansman ve teknik destek sunumunun daha ötesine geçebilmesi gerekiyor. Sağlık alanında tüm dünyanın ortak hedefleri bulunduğu halde, bugün büyük ticari çıkarlar tarafından bu hedeflerin baltalandığını görmekteyiz. DSÖ'nün "herkes için sağlık" hedefine, temel sağlık hizmetlerine ve sağlıkta toplumsal etmenlere bir kez daha vurgu yapmaya başlaması kuşkusuz önem taşıyor; ancak, kaynak sıkıntısı çekmeye devam etmesi ve bu politika hedeflerini daha ileri taşıma gücünü sergileyememesi durumunda, DSÖ'nün daha kapsamlı bir politika faaliyeti içerisine girmesi pek olası görünmemektedir. Bunun yanında, dünya genelinde finans kaynaklarının nokta programlara, belli hastalıklara yönelik projelere ve DSÖ bünyesindeki ya da dışındaki mevcut kurumlara aktarılmaya devam etmesi halinde, ulusal düzeyde daha kapsamlı sağlık politikalarına geçiş yapılması da mümkün olmayacaktır. Dahası, sağlıkta şirketlerin hayırseverliğine biçilen rol büyüdükçe, karar alma süreçlerinde kamu ile özel sektör arasındaki sınırlar daha da bulanıklaşacak, meşruiyet ve hesap verme sorumluluğu alanlarında yeni sorunların doğması kaçınılmaz hale gelecektir.

Kapsamlı Bir Halk Sağlığı Hareketi İnşa Etmek: Hiv/Aids Örgütlenmesinden Alınacak Dersler

Sanjay Basu

Dünya liderleri, temel sağlık hizmetlerinin tüm dünyada taşıdığı önemi vurgulayan uluslararası bir bildirgeye imza koymak üzere, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata kentinde bir araya geldiler. Sonuç, halk sağlığı tarihinde kilometre taşı sayılacak bir belgeydi: Alma Ata Bildirgesi. DSÖ üyesi ülkeler, "herkes için sağlık" ilkesini 2000 yılına dek hayata geçirme yönünde anlaşmaya varmışlardı.

Pek çok kişi, geçtiğimiz yüzyılda düzenlenen en önemli halk sağlığı belgesi olarak gösteriyor Alma Ata Bildirgesi'ni. Bildirge, devletlerin sağlık hizmeti sunma yükümlülüğünü dile getirmekle kalmıyor; sağlığı "hasta veya sakat olmamanın ötesinde, fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan eksiksiz bir iyi halde olma durumu" şeklinde tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü'nün kapsamlı anlayışını esas alıyordu.[1] Tanım, sağlığın bir insan hakkı olduğunu onaylayıp, sosyoekonomik durumu da sağlığın bir parçası olarak değerlendirmekte ve tüm üye ülkelerin temel hedeflerinden birinin sağlık alanında eşitlik sağlamak olduğunu ifade etmekteydi. Yurttaşların sağlığını uluslararası toplumun da desteğiyle koruma sorumluluğu yükleniyordu devletlere.

Alma Ata Bildirgesi, "temel sağlık hizmetleri" için de kapsamlı bir tanım getirmekteydi. Bildirge'ye göre temel sağlık hizmetlerinin amacı, "toplum, biyomedikal ve sağlık hizmetleri alanlarında yürütülen araştırmaların sonuçlarını ve halk sağlığı deneyimlerini" temel alarak, "toplumdaki temel sağlık sorunlarına yanıt vermek, bu doğrultuda geliştirici, koruyucu, sağaltıcı ve rehabilite edici hizmetler sunmak" olmalıydı. "Yaygın sağlık sorunlarıyla ve

1 Dünya Sağlık Örgütü, *Alma-Ata Bildirgesi*, Alma Ata: Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, 1978.

bunların önüne geçilip, denetim altına alınmasıyla ilgili eğitimler; gıda temininin ve uygun beslenmenin desteklenmesi; yeterli miktarda güvenli suyun ve temel hijyenin temini; aile planlaması da dahil olmak üzere, anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin sunulması; belli başlı bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama; yerel salgın hastalıkların önlenmesi ve denetimi; sık rastlanan hastalık ve yaralanmalara yönelik uygun tedaviler ve önemli ilaçların tedariki" hep temel sağlık hizmetlerinin kapsamına sokulmaktaydı. Temel sağlık hizmetleri, "bütünlüklü bir yapı oluşturan, birbirini destekleyen, işlevsel sevk sistemleri tarafından sürdürülmeli ve yaygın hizmetlerin gitgide gelişmesini, en fazla ihtiyaç duyanlara öncelik verilmesini sağlamalı," deniyordu.[2]

Bu önemli belgede cesur bir gelecek portresi çizildiyse de, takip eden yıllar hayal kırıklıklarıyla geçecekti. Aralarında ABD'nin de bulunduğu beş zengin üye ülke temsilcilerinin konferans sırasında gizlice bir araya geldikleri ve Bildirge'de ana hatları saptanan ilerici amaçları benimsemek yerine, yaygın sağlık hizmetlerinden taviz verilerek anne ve çocuk sağlığının desteklenmesine dayalı bir "asıl" gündem belirledikleri ortaya çıkacaktı sonradan.[3] Bunun daha gerçekçi bir adım olacağını ve ihtiyaç sahibi ülkelere yönelik yardımların aşırıya kaçmasının da önüne geçeceğini düşünüyorlardı. Bu daraltılmış hedef doğrultusunda, Alma Ata Bildirgesi'nde benimsenen kapsamlı temel sağlık hizmetleri tanımı, birkaç yıl içerisinde, "zorunlu hizmetler ve ürünler"den oluşan bir "asgari paket"e evrilecekti.[4] Hangi ürün ve hizmetlerin zorunlu olacağı Dünya Sağlık Örgütü belgelerinde belirtilmekte, böylece hizmet, ilaç ve hasta destek sistemleri temininde yelpaze daraltılmaktaydı. Listeye dahil edilenler ise çok temel, ucuz, genellikle de standartları yakalayamayan tedaviler ve tedavi yöntemleriyle sınırlandırılmakta, sayısız yaygın hastalık, fizyolojik durum ve halk sağlığının önemli ihtiyaçları kapsam dışı bırakılmaktaydı.

Dolayısıyla, Alma Ata ile birlikte temel sağlık hizmetlerinde yeni bir altyapı oluşturma serüveni büyük ölçüde başarısızlıkla sonuçlanacaktı. Konferansın ardından hayata geçirilen girişimler kapsamında, yoksul ülkelerde "sağlık ocakları" pıtrak gibi çoğaldı. Bunlar, genellikle toplumun içinden gelen ve sağlık görevlisi olarak istihdam edilen eğitimsiz kişilerin personel olarak görevlendirildiği kulübelerden ibaretti. Yerel hastalıklara yönelik sınırlı olanaklar ve yetersiz ya da uygun olmayan tedaviler, ölüm ve hastalık oranlarında çok küçük bir mesafenin alınmasını sağlayabilmekteydi. Pek

2 Aynı eser.

3 Naomi Rogers, "A History of the World Health Organization", New Haven: Yale University Global Health Course, 2008.

4 Marcos Cueto, "The origins of primary health care and selective primary health care", *American Journal of Public Health*, 94(11), 2004, s. 1864–74.

çok ocak ancak kısa bir süre ayakta kalabilecek, eğitimsiz personelin ilaçları yanlış kullanması ve hatta kamu tesislerini özel kliniklere dönüştürmesi sonucunda sağlık verilerinin daha da bozulmasından sorumlu tutulacaktı. Bazı ülkelerse, yıllık genel ölüm oranlarında düşüş sağlayabilecek ve Alma Ata'dan sonraki yirmi ila otuz yıllık dönemde ortalama ömrü uzatmayı başaracaklardı. Ancak bu da temel sağlık hizmetleri sisteminin güçlendirilmesinden ziyade, yaşam koşulları ve gelir düzeyinde ortaya çıkan iyileşmelerle bağlantılıydı.[5]

Halkı dışarıda bırakan bir yapı

Alma Ata'yı izleyen yıllarda, bir yanda temel sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar sınırlı bir ölçeğe hapsedilirken, diğer yanda da halk sağlığı uzmanları çeşitli sakatlık ve hastalık kıstaslarını kendi içinde ayrı olarak değerlendirmek yerine, toplu ölçütler oluşturuyorlardı (sağlıksızlık nedeniyle yaşam süresi kaybı[6] ve kaliteli yaşam süresi[7]). Halk sağlığı programlarının etkinliğini ölçme amacını taşıyan bu veriler, çeşitli projelere yapılan yatırımların ekonomi ve sağlık verileri bakımından getirdiği sonuçların değerlendirilmesinde kullanılmaktaydı.[8] Ancak bu tip değerlendirmeler, çoğu zaman yaygın temel sağlık hizmetleri alanında yatırımların sınırlı kalmasına neden oldu. Maliyet çözümlemelerinde programların kısa vadeli giderlerine ve getirilerine odaklanılması, hastalıkların veya gerekli halk sağlığı yatırımlarının yapılmamasının sonraki yıllarda ortaya çıkartacağı sonuçların hesaba katılmaması anlamına gelmekteydi: Hastalıkların başkalarına da bulaşarak yayılması nedeniyle karşılaşılacak maliyetler, ayrıca sorunun toplumsal anlamda ciddiyet kazanmasına (ve muhtemelen daha yüksek maliyetli hale gelmesine) kadar hastalıkları tedavi etmekten kaçınma yaklaşımının yarattığı toplumsal ve ekonomik sonuçlar göz ardı ediliyordu bu değerlendirmelerde.[9]

5 Michael Marmot ve Richard Wilkinson, *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, 2005. Vicente Navarro, *The Political and Social Contexts of Health*, Amityville: Baywood Publishing, 2004.

6 *Disability adjusted life years*: Belli bir topluluktaki insanların, sağlıksızlık, sakatlık ve erken ölüm (toplumdaki ortalama ömrün altında kalma) nedeniyle sağlıklı bir şekilde geçirmekten mahrum kaldığı yaşam sürelerinin toplamı olup, ölüm, hastalık ve sakatlık verileri bu şekilde tek bir ölçüt altında birleştirilmektedir– *çev.*

7 *Quality adjusted life years*: Hastalık ve sağlık çerçevesine yaşam kalitesini belirlemek üzere, insan ömrünü her bir yılı için belli bir yaşam kalite değerinin belirlendiği istatistiksel yaklaşımdır. Tamamen sağlıklı geçen bir yılın değeri 1,0 olarak alınmakta, yıl içerisinde yaşanan sağlık sorunlarında ise bu değer belli kıstaslar doğrultusunda düşmektedir. İnsan yaşamı boyunca her bir yıl için belirlenmiş değerler toplanarak, kaliteli yaşam süresine ulaşılmaktadır. Farklı ölüm, hastalık ve sakatlık verileri bu şekilde tek bir ölçüt altında birleştirilmektedir – *çev.*

8 Christopher Murray ve Julio Frenk, "World Health Report 2000: A step towards evidence-based health policy", *Lancet*, 357(9269), 2001, s. 1698-700.

9 A. David Paltiel ve diğerleri, "Expanded screening for HIV in the United States – an analysis of cost-effectiveness", *The New England Journal of Medicine*, 352(6), 2005, s. 586-95.

Halk sağlığı alanında yeni maliyet değerlendirmelerine başvurulmasına yönelik eleştiriler, bu yaklaşımda sayısız varsayıma ve öznel yargıya yer verildiğini, farklı araştırmacıların hesaplamalar yoluyla aynı sonuçlara ulaşmasının çok zor olduğunu, istatistiksel geçerliliğin de genellikle zayıf kaldığını ortaya koymaktaydı.[10] Ne var ki bu "ölçütler" uluslararası kalkınma bankalarının, akademik grupların ve devlet kuruluşlarının oluşturduğu bir "kuram endüstrisi"nin temeli haline gelecek, böylece toplu ölçütler, halk sağlığına ve sağlık sistemi etkinliğine dair dolaysız ölçütler (gerekli tedavilerde bekleme süresi, kırsal kesimde yetkin hekim mevcudiyeti, temiz suya erişim olanağına sahip hane sayısı vb.) karşısında siyasi bakımdan ağırlık kazanacaktı.[11]

Toplu göstergeler kullanılarak yapılan değerlendirmeler ve maliyet önlemleri, sağlık sistemleriyle ilgili değerlendirmelerde halkın kendine yer bulamaması anlamına geliyordu. Sağlık sisteminin kalitesine yönelik değerlendirmeler, ağırlıklı olarak geçmişte özel sağlık sistemlerinin tasarımında çalışmış Amerikalı piyasa araştırmacıları tarafından oluşturulan, karmaşık, doğrulaması yapılmamış modeller yolluyla yapılıyordu.[12] Toplu göstergeler sık sık makul görünmeyen sonuçlar ortaya çıkartıyordu: DSÖ'nün kullandığı sıralama yöntemi, Çin sağlık sistemini Haiti'ninki ile aynı düzeyde gösteriyor; sağlık verilerine göre erişim olanaklarında ve hizmet kalitesinde çok gerilerde kalmış sistemlere yüksek puanlar veriyordu.[13]

Halk sağlığı ile ilgili temel tartışmalar, halkın kaygılarından ayrı bir mecrada akar hale gelmişti. Alma Ata'da kaleme alınan taleplerin hayata geçirilmesinde yaşanan fiyaskoyu konuşmak yerine, bağış fonlarının enflasyona yol açıp açmayacağı gibi konuları tartışıp durmaktaydı uzmanlar. Oysa, belirlenen enflasyon hedeflerini destekleyecek hiçbir ekonomik kanıt bulunmuyor, kamunun sağlık harcamaları artmak bir yana azalıyor, olmadı sabit kalıyordu.[14] İlgilenilen konuların büyük bölümü, zengin ülkelerden gelen bağışlar karşılığında, yoksul ülkelerden maden ya da işgücü teminini hızlandırarak "yüksek yatırım geri dönüşü" sağlamak hakkındaydı.[15]

10 Gerald Duru ve diğerleri, "Limitations of the methods used for calculating quality-adjusted life-year values", *Pharmacoeconomics*, 20(7) 2002, s. 463-73. Erik Nord, *Cost-Value Analysis in Health Care: Making Sense out of QALYs*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

11 Vicente Navarro, "World Health Report 2000: Responses to Murray and Frenk", *Lancet*, 357(9269), 2001, s. 1701-2.

12 Aynı eser.

13 Vicente Navarro, "Assessment of the World Health Report 2000", *Lancet*, 356(9241), 2000, s. 1598-601.

14 Eleonora Cavagnero ve diğerleri, "Development assistance for health: should policy-makers worry about its macroeconomic impact?", *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 2008, s. 864-70.

15 David Stuckler ve diğerleri, "International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-Communist countries", *PLoS Medicine*, 5(7), 2008, s. 143. Walden Bello ve diğerleri, *A Siamese Tragedy: Development and Disintegration in Modern Thailand*, Bangkok: Food First, 1999.

HIV sahneye çıkıyor

Halk sağlığı çevreleri bu tartışmalarla meşgul olurken, devletler de çağımızın en büyük sağlık felaketine dönüşmek üzere gün sayan AIDS salgınına ve dünyanın pek çok bölgesinde uykudan uyanıp eskisinden de tehlikeli duruma gelen vereme karşı acil bir müdahalede bulunmayı beceremeyecekti.[16] 1980'lerin başlarında, halk sağlığı alanında yeni bir sorunla karşı karşıya gelindiği ve bu sorunun odak noktasında da, toplumsal bakımdan en dışlanmış kesimlerin bulunduğu açıkça anlaşılmaktaydı. Eşcinsel erkeklerin, "Eşcinsellikle Bağlantılı Bağışıklık Yetmezliği" (GRID) hastalığına yakalandığı söylenecek, ancak daha sonraları bu hastalığın toplum tarafından korkulan ve dışlanan taşıyıcılarına Haitililerin ve şıringalı madde kullanıcılarının da eklenmesiyle, "Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu" (AIDS) tanımlamasına geçiş yapılacaktı.[17] Geçmişte yürütülen insan hakları mücadelesi kapsamında örgütlenen ve hastalıktan etkilenen diğer gruplara göre daha yüksek sosyal ve ekonomik sermayeye sahip olan eşcinsel erkekler, sağlık hizmeti alabilmek, toplumun damgalamasına karşı seslerini yükseltmek, kendilerini ucube gibi gösteren dile direnmek ve hastalığın tedavisine yönelik ilaçların geliştirilmesi sürecinde söz sahibi olabilmek için yeni eylemci örgütler yarattılar. Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi'nin komitelerine kabul edilene ve böylece ölüme yaklaşan hastalar üzerinde deneysel ilaç kullanımına yönelik bir mekanizma oluşturana kadar direndiler.[18] Öte yandan, Sahra Altı Afrika'daki pek çok bölgede göçmenlerin ve kadınların da hastalığın pençesine düştüğünün anlaşılmasıyla, ırkçılık karşıtı eylemcilerle güç birliğine gittiler.[19]

Holywood'da bazıları AIDS'i "herkesi vurabilecek" bir hastalık gibi tanımlamaya meraklı olsa da, gerçek oldukça farklı. AIDS'e yol açan insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV), en yoksulları ve toplumsal bakımdan en istikrarsız yaşam biçimlerine sahip olanları buluyor gerçekte. Hastalığın bu şekilde son derece asimetrik bir dağılım sergilemesine biyolojik açıklamalar getirmek için çaba harcayan akademisyenler, enfeksiyonun cinsel yolla bulaşmasından önceki dönemde yeterli bakımdan mahrum kalmış kişilerin yüksek risk altında bulunduğunu keşfettiler. HIV'den etkilenme riskinde gözlenen değişikliklerin, yaşanan bölge, beslenme, cinsiyet ve başka etmen-

Jim Yong Kim ve diğerleri, *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*, Monroe: Common Courage Press, 2002.

16 Barton Gelman, "A turning point that left millions behind", *The Washington Post*, 28 Aralık 2000.

17 Steven Epstein, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Berkeley: University of California Press, 1996.

18 Aynı eser.

19 Samantha Power, "The AIDS rebel", *The New Yorker*, Mayıs 2003.

lerle ilgili farklılıklara bağlı olduğunu ortaya koydular.[20] Ancak bir noktaya kadar ilerleyen bu çalışmalar, hastalığın dünya üzerindeki dağılımını tam anlamıyla açıklamaya yetmiyordu: "Davranış"a odaklanmak, hastalık üzerindeki ekonomik ve toplumsal etmenlerin ihmal edilmesine yol açmaktaydı.

Dünyanın neresine gidilirse gidilsin, HIV enfeksiyonuyla ilgili en önemli faktör yoksulluktu. Bu ise, eğitimi odak noktası kabul eden, yoksulluk içindeki insanların kendi yaşam koşullarını yönlendirerek virüsten kaçınma gücüne sahip olduğunu varsayan bir mücadele modelinin, enfeksiyona karşı en savunmasız durumda olan kesimlere ciddi bir fayda sunamayacağı anlamına geliyordu.[21] Sayısız araştırmada ulaşılan sonuçlara göre, en ciddi risk grubunda bulunanların çoğu virüsün nasıl bulaştığını zaten biliyordu ve hastalığın en yaygın olduğu bölgelerde, insanların cinsel ilişkiye girdiği kişi sayısı, ABD ve Birleşik Krallık'taki pek çok bölgeye göre daha düşüktü.[22] Cinsel ilişkinin kendisi, ilişkinin zeminini oluşturan koşullar kadar büyük önem taşımıyordu anlaşılan. Güney Afrika madencilik sektörü üzerinde çalışma yapan bir grup psikoloğa göre, ülke "kültür"ünün fahişelerle ilişki kurmayı da içeren "erkeklik" anlayışı, madenciler arasında HIV bulaşma riskini artırıyordu.[23] Ancak sorunun "kültür" olduğunu söylemek, madencilerin kendi kişisel bakışlarının göz ardı edilmesi anlamına gelecektir. Yaralanma oranının yüzde 42'ye vardığı bir işte çalışıyorsanız, sizi on yıl içerisinde öldürecek bir hastalığa yakalanma korkusu, yaşamınız üzerinde söz hakkına sahip olmadığınız bir işte çalışmaktan kaynaklanan baskı karşısında hafif kalabilir; veya düşen bir kayanın altında ezilmeden önce biraz alkol ve cinsellikle yaşamı eğlenceli kılmanın fena olmayacağını düşünebilirsiniz. Ancak, araştırmanın sahibi bilimcilere kalırsa, madenciler "gerçekleri inkâr ediyorlar" ve yüksek HIV enfeksiyonu riski taşımalarının ardında yatan neden de "öz saygılarının düşük olması". Genelevde çalışan kadınlar arasında yürütülen benzer bir araştırmada, eğitim ve iş fırsatlarına sahip olmadıkları ve zor kullanılarak yönlendirildikleri için bu işi yaptıklarını söyleyen kadınların da yine "yalancılıkla" (işlerinin doğasını "inkâr etmekle") yaftalandığını görüyoruz.[24]

20 Salim Karim ve Quarraisha Karim, *HIV/AIDS in South Africa*, Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

21 Tony Barnett ve Alan Whiteside, *AIDS in the 21st Century: Disease and Globalization*, Basingstoke: Palgrave, 2002.

22 Ibid. David Schmitt, "Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating", *Behavioral and Brain Sciences*, 28(1), 2005, s. 247-311.

23 Catherine Campbell, "Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines", *Social Science and Medicine*, 45(2), 1997, s. 273-81.

24 Janet Wojcicki ve Josephine Malala, "Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg", *Social Science and Medicine*, 53(1), 2001, s. 99-121.

Sorunun "kültürel" olduğunu düşünmenin hatalı bir yaklaşım olduğu, "eğitim odaklı" çözüm tasarılarının fiyaskoya dönüşmesi ile çok geçmeden anlaşılacaktı. *British Medical Journal (BMJ)* adlı tıp dergisinde yayınlanan bir sistematik kanıt değerlendirme çalışmasına göre, verilen mesajlar yerel kabullere uygun hale getirildiğinde dahi, "Sağlığa dair riskler hakkında bilgi sunmak, en iyi olasılıkla her dört insandan birinin davranışlarında değişim sağlıyor ve değişenlerin de genellikle daha varlıklı, daha iyi eğitim almış kişiler olduğu görülüyor."[25] Halk sağlığı uzmanlarınca kullanılan en gelişmiş modelleme yöntemlerinin verdiği sonuçlara bakılırsa, 2005 yılında tüm dünya nüfusu en yüksek performansı sağlayan eğitim programlarına tabi tutulsaydı bile, her yıl 1,5 milyon yeni vakayla karşılaşmaya devam edecektik.[26]

Halk sağlığı uzmanlarının gözden kaçırdığı şey, HIV'in yayılma hızında gözlenen artışın altında neoliberalizmin yatıyor oluşudur. Devlet denetiminden uzaklaştırılmış ticaret anlaşmaları yoluyla kısa vadede sağlanan mali kazançların, uzun vadeli yatırımlara ve insanların büyük bölümü için doğru düzgün bir geçim kaynağı sunma olanaklarına tercih edildiği bir ortamdı bu. Afrika'nın güneyi, Doğu Asya, Doğu Avrupa ve Latin Amerika'da HIV'in yakaladığı yüksek yayılma hızıyla, yerinden yurdundan göçmek zorunda bırakılan insanların sayısındaki artış arasındaki güçlü bağlantı dikkat çekmekteydi. Piyasaların liberalleştirilmesi ve buna bağlı olarak temel ürün fiyatlarının düşmesi sonucunda tarım sektörünün çökmesi ve çoğunluğu erkek olan işçilerin, ailelerini arkalarında bırakıp kentlerde iş aramak zorunda kalmasıydı göçün nedeni.[27] Afrika'nın güneyindeki kimi yerlerde, erkek madenciler aylarca hep bir arada barakalarda barınmak zorundalar. Haftanın altı günü çalışan bu adamlara, "mutlu kalmasını sağlamak" üzere (siz, isyanın önüne geçmek üzere de diyebilirsiniz) tatil günlerinde alkol dağıtılmasıyla, sarhoşluk ve depresyonun sonu fuhuşa kadar varıyor.[28] AIDS ile bağlantılı hastalıklara yakalananlar ise, ölümü beklemek üzere evlerine gönderiliyorlar. Orada paylarına düşen de, daha iyi bir gelire ve yaşam desteğine kavuşmak isteyen eşlerinin kendilerini terk ettiğini, fuhuş veya başka riskli işlere girdiğini görmek oluyor. Evde oturup beklemiş olan kadınlarsa, kocaları tarafından virüsle tanıştırılıyorlar. "Köylü kadınlar arasındaki HIV salgını" (evden uzakta çalışan kocalarından hastalık kapan köylü kadınları-

25 Catherine Campbell ve Yodwa Mzaidume, "How can HIV be prevented in South Africa? A social perspective", *BMJ*, 324(7331), 2002, s. 229-32.

26 John Stover, "Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?", *Lancet*, 360(9326), 2002, s. 73-7.

27 Bello, *Siamese Tragedy*.

28 Barnett ve Whiteside, *AIDS in the 21st Century*.

nın oluşturduğu alt salgın grubu) hiç şaşırtıcı değil. Şaşırtıcı olan, bu sade gerçeğe yıllarca bir muamma gözüyle bakılmasıdır.

Bugün, HIV hâlâ en zayıfları yakalayan bir hastalık. Hastalığın yoğunlaştığı yer olarak genellikle Afrika'ya işaret edilse de, ne tüm Afrikalıların risk altında olduğunu, ne de kara kıtada yaşamayanların paçayı sıyırdığını söyleyebiliriz. Washington D.C.'de, neredeyse her yirmi vatandaştan birinin HIV taşıdığını ve Afrika ülkeleri arasındaki HIV dağılımının, gelir düzeyi başlıca etmen olmak üzere, hayli dalgalı bir yapı sergilediğini bugün biliyoruz.[29] ABD ve Avrupa'da HIV kaynaklı ölümlerde kaydedilen ciddi düşüş, virüse karşı etkili ilaçların 1990'ların sonundan itibaren hızla yaygınlaşmasının ve hayli etkili olan bu ilaçların birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesinin eseridir. HIV kaynaklı ölümler başka yerlerde katlanarak artarken, ABD ve Avrupa'da yeni HIV vakası sayılarının sabit kaldığı, buna karşın ölüm oranlarının sözünü ettiğimiz dönemden bu yana müthiş bir düşüş sergilediği gözlemleniyor.[30]

Sivil toplum hareketleri

DSÖ ve diğer uluslararası kuruluşlar, ayrıca ABD ve diğer yerlerdeki yerel örgütler salgına yanıt verme konusunda ayak dirediyse de, Güney Afrika, Tayland, Brezilya, ABD ve Avrupa'nın sıradan insanları tepkilerini ortaya koymaktan geri durmadılar. Yarattıkları halkçı hareket, kamu sağlık finansmanında, sağlık sistemi altyapısında ve kamu sağlığıyla ilgili hesap sorma/denetim anlayışında köklü bir değişime önayak olacaktı. İnternet erişiminde ve ilgili iletişim kaynaklarında sağlanan gelişmenin de etkisiyle, dev bir "AIDS eylemcileri" hareketi inşa edildi. En başta savundukları şey, toplumda ve sağlık sistemi bünyesinde nasıl muamele görecekleri konusunda, herkesten önce AIDS hastalarının kendilerinin söz sahibi olması gerektiğiydi. Hareket, başlangıçta AIDS'e yönelik bir hizmet talebi şeklinde doğduysa da, HIV'den en büyük darbeyi yiyen toplum kesimleri, kimlikleri dolayısıyla sağlık sisteminin genelinden de öteden beri gerektiği gibi faydalanamamaktaydılar (uyuşturucu bağımlıları; eşcinsel erkekler; etnik azınlıklar; toplumsallaşma, eğitim ve iş olanaklarından mahrum kadınlar; yoksullar). Bu çerçevede, AIDS eylemcileri, sağlık hizmetlerinin kapsamının genel anlamda genişletilmesini ve en dışlanmış kesimlere odaklanma-

29 Michelle Martin, "D.C. HIV/AIDS rate higher than West Africa", *National Public Radio*, 18 Mart 2009. Dünya Sağlık Örgütü, *HIV/AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African Region*, Cenevre: WHO, 2009.

30 Faculty of Harvard University, *Consensus Statement on Antiretroviral Treatment for AIDS in Poor Countries*, Cambridge: Harvard University, 2001.

sını, hizmetlerden faydalanan kişilere özgü ihtiyaçlara yanıt verebilmesini sağlamak üzere büyük bir eylemlilik sürecine giriştiler. Ana fikir, HIV'in özel bir hastalık değil, bir ihmal ve eşitsizlik simgesi olduğuydu. Sağlık hizmetlerinden kimlerin faydalanacağına ve sağlık hakkının ne anlama geldiğine dair antidemokratik karar alma süreçlerinin en yeni ve en kötü tezahürüydü AIDS onlara göre.[31]

İnsan haklarını merkeze koyarak ve mitinglerde, uluslararası ekonomi konferanslarında, başkanlık seçim etkinliklerinde devlet yetkililerini durmaksızın sıkıştıran dev bir halk hareketi yaratarak,[32] sağlıkta kurumsal gündemin değişmesini sağladılar. "Asgari" sağlık hizmetleri paketi değil, hizmetlerin ölçeğinin genişletilmesini sağlayacak en elverişli halk sağlığı yaklaşımının nasıl inşa edileceği konuşulmaktaydı artık. 1980'lerin sonu ile yeni yüzyıl arasında geçen sürede HIV bağlantılı nedenlerle ölen kişi sayısının milyonları bulmasıyla ayan beyan ortaya çıkan muazzam sağlık hizmeti ihtiyacının nasıl karşılanacağı tartışılıyordu şimdi. Geride kalan 10 yılda bu kaymayı en iyi temsil eden örnek, virüse karşı etkili ilaçların yoksul ülkelerde de kullanıma girmesi hakkında yürütülen tartışmalar olmuştu. AIDS eylemcileri, yüzlerini, Alma Ata'dan miras kalan, yöresel ve salgın hastalıklarla ilgili sorumlulukların da temel sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen tanıma çevirdiler. HIV'in kimi topluluklarda ulaştığı yüksek yaygınlık derecesi nedeniyle (Güney Afrika'nın büyük bölümünde, yetişkinlerin beşte birinden daha fazla),[33] hiç şüphesiz AIDS tedavisi de bu tanımın içine girmekteydi. Gelgelelim, Alma Ata'yı izleyen dönemde "seçici temel sağlık hizmetleri" cephesinde saf tutan kesimler, AIDS tedavisinin yaygınlaştırılmasına yönelik çağrılar karşısından da yine aynı duruşu sergileyecekti.

Virüs ilaçlarının yalnızca zenginlerin kullanımına sunulmasının gerekliliği yönünde bir dizi sav dile getiriyorlardı. Birincisi, korunmaya dönük yaklaşımların tedaviden çok daha ucuz olacağını ve bu iki yaklaşımın birbirine karşıt olduğunu öne sürmekteydiler.[34] Halbuki, pek çok bölgede korunma önlemlerinin ancak sınırlı bir fayda sağlayabildiği, çünkü insanların hastalığı bir ölüm fermanı gibi algıladıkları, güvenli cinsel ilişki konusunda tepeden bakan mesajlar vermekten başka bir şey yapmayacağını düşündük-

31 Epstein, *Impure Science*. Gregg Gonsalves, *The HIV/AIDS Response and Health Systems: Building on success to achieve health care for all*, New Haven: International Treatment Preparedness Coalition, 2008.

32 Epstein, *Impure Science*.

33 DSÖ, *HIV/AIDS epidemiological surveillance report*.

34 Elliot Marselle ve diğerleri, "HIV prevention before HAART in Sub-Saharan Africa", *Lancet*, 369(9320), 2002, s. 1851-56.

leri sağlık merkezlerine başvurma konusunda pek istekli davranmadıkları çok geçmeden anlaşılacaktı.[35] Bunun yanında, cinsiyet, etnik köken ve sınıfsal eşitsizlikler, göçmen işçilik, seks işçiliği gibi, insanların kendi yaşamları üzerindeki denetim olanaklarını kısıtlayan karmaşık bir dizi etmeni dikkate almadan, "davranış değişikliğinin" basit bir eğitim sorunu olduğu yönündeki kabulle yola koyuluyordu müdahaleler.[36]

İkinci olarak, ilaç endüstrisinin ürün fiyatlarını düşüremeyeceğini, aksi takdirde araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin zarar göreceğini iddia etmekteydiler.[37] Oysa eylemci halk hareketi, ilaç fiyatlarının üretim maliyetinden kat kat yüksek olduğunu, araştırma giderlerinin büyük kısmınınsa halk tarafından ödenen vergilerden karşılandığını ortaya çıkarmıştı. Endüstri, kârının yüzde 27'sini pazarlama faaliyetlerine harcarken, araştırma ve geliştirmenin aldığı pay sadece yüzde 11'di. Üstelik, kârlılık açısından dünyanın en avantajlı işiydi ilaç satmak (Fortune 500 ortalamasının üç kat üzerinde bir kâr oranı söz konusuydu).[38]

Son olarak, yoksul ülkelerde altyapının veya yurttaşların entelektüel kapasitesinin, ilaçların uygun şekilde kullanımına izin vermeyecek ölçüde geri ve düşük olduğu söyleniyordu. 2001 yılında, Amerikan Uluslararası Kalkınma Kuruluşu direktörü Andrew Natsios, virüs ilaçlarının Afrika için elverişli olmadığı belirtiyor ve bu savını şöyle gerekçelendiriyordu: "Afrikalılar, Batı dünyasındaki saat kavramından habersizler... Pek çok Afrikalı, saatin ne olduğunu görmeden yaşamını tamamlıyor. Eğer onlara 'öğleden sonra saat birde' derseniz, ne hakkında konuştuğunuzu anlamayacaklardır bile."[39] Ağırlıklı olarak Sınır Tanımayan Doktorlar ve Partners in Health örgütlerinin önderliğinde yürütülen pilot programlar, paçalarından cahillik ve ırkçılık akan bu sözlerin yalandan ibaret olduğunu kısa süre sonra gün yüzüne çıkaracaktı. En yoksul yerlerde bile, HIV virüsüyle yaşayan insanların tedaviye uyumluluk konusunda Amerikalı ve Avrupalı hastaların büyük kısmından çok daha iyi düzeyde olduğu ve tedavide başarıya ulaşabildiği görülmekteydi. Tedavinin, halkın içinden gelen sağlık çalışanları eliyle sunulması ve benzeri halk sağlığı yaklaşımlarını uygulamak da mümkün olabiliyordu. Üstelik bu

35 Justin Parkhurst, "'What worked?': the evidence challenges in determining the causes of HIV prevalence decline", *AIDS Education and Prevention*, 20(3), 2008, s. 275-83. Paul Farmer ve diğerleri, *Women, Poverty and AIDS*. Boston: Common Courage Press, 1998.

36 Aynı eser.

37 Gellman, "A Turning Point".

38 Families USA, *Off The Charts: Pay, Profits, and Spending by Drug Companies*, Washington DC: FUSA, 2001.

39 Andrew Natsios, *USAID Administrator Natsios Press Remarks on HIV/AIDS in Africa*, Washington D.C.: U.S. Agency for International Development, 2001.

hizmetler sunulduğunda, temel sağlık hizmetleri alanında da gelişme kaydedilmiş oluyordu.[40]

AIDS eylemcileri hükümet toplantılarında, uluslararası kalkınma konferanslarında ve tıbbi araştırma kurullarında kendilerine yer edinmeyi başardıkları için, neyin akıllıca ve doğru olduğuna dair görüş de değişiyordu. Bu kaymanın somutlaşmış ifadesi olarak DSÖ bünyesinde başlatılan "*3-by-5*" projesi, 2005 yılına kadar, HIV'le yaşayan 3 milyon kişi için ilaç tedavisine başlanmasını hedefliyordu. Projenin en dikkat çekici yanı, "asgari paket" programların ötesine geçip, sağlık kuruluşlarının genişletilmesine ve Alma Ata'da tanımlanmış olana benzer temel sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının geliştirilmesine destek vermesiydi. *3-by-5* projesi, somut faaliyet kılavuzlarına, kaliteli yönetime, şeffaflığa, topluma hesap verme zorunluluğuna odaklanarak, AIDS sorununu salt tedavi protokolleri üzerinden ele almadığını, genel sağlık sistemiyle ilgili daha kapsamlı gelişmelere yöneldiğini gösterdi. Yoksul ülkelerde tıp fakültelerinin inşa edilmesi, yeni hastanelerin açılması, temel sağlık hizmeti personelinin yetiştirilmesi, ilaçların üretimi ve teslimatı için güçlü sistemlerin kurulması hep bu kapsamda atılacak adımlardı. Hareket, geçmişte feshedilmiş olan sağlık ocaklarının tekrar güvenilir şekilde hizmete girmesini sağladı.[41] AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu ve AIDS eylemcilerinin harekete geçmeye zorladığı başka benzer girişimler, HIV/AIDS yoluyla uyandırılan ilgiden yararlanarak, Alma Ata'da talep edilen türden temel sağlık hizmetlerinin genişletilmesini sağlamaya çalıştı.[42]

Bunların yanı sıra, projelerdeki ilerlemenin ve olası usulsüzlüklerin sivil toplum tarafından etkin biçimde izlenebilmesine olanak tanıyan bir sistem kuruldu. Büyük e-posta ağları yaratılarak, proje bölgelerine yakın yerlerde yaşayan eylemcilerin bölge halkı tarafından sorunlar hakkında haberdar edilmesi esasına dayanıyordu bu sistemler genellikle. Sağlık hizmeti sunumunda başarısız olunduğunda, ilgili kişiler sorunu derhal ele alma ve gerekli düzeltmelerin yapılıp insan haklarının korunması yolunda en yüksek idari makamların dikkatini konuya çekme olanağına sahiptiler. Örneğin, geçtiğimiz dönemde Afrika'daki köy kliniklerine ilaç tesliminde yaşanan sorunun ABD ve Birleşik Krallık'taki görevlilere e-posta yoluyla bildirilmesi sonucun-

40 David Walton ve diğerleri, "Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti", *Journal of Public Health Policy*, 25(2), 2004, s. 137-58. David Coetzee ve diğerleri, "Integrating tuberculosis and HIV care in the primary care setting in South Africa", *Tropical Medicine and International Health*, 9(6), 2004, s. A11-5.

41 Dünya Sağlık Örgütü, *The 3-by-5 Initiative*, Cenevre: DSÖ, 2003.

42 Gorik Ooms, "Shifting paradigms: how the fight for 'universal access to AIDS treatment and prevention' supports achieving 'comprehensive primary health care for all'", *Global Health,* 4(8), 2008, s. 411. Dongbau Yu, ve diğerleri, "Investment in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?", *Global Health*, 4(8), 2008, s. 48.

da, Washington'da bir gece içinde muazzam bir lobi faaliyeti başlatıldı. Bu sayede, ilaç dağıtım programı üzerinde yapılan iyileştirmeler yoluyla HIV ilaçlarındaki sorun düzeltilirken, yıllardır kötü yönetilmekte olan genel klinik ilaçların dağıtımına da çözüm getirildi.[43] Bugüne dek, halkın süreç üzerindeki denetiminden kaynaklanan, benzer ölçülerde bir şeffaflık ve hesap sorma anlayışına, halk sağlığı alanının başka hiçbir noktasında rastlanmadı.

Egemenlik mücadelesi – karşı hareket yaratılıyor

3-by-5 ve bağlantılı girişimlerin ateşleyici gücü, "asgari paket" yaklaşımına geri dönmeye can atan bir kesimin hoşuna gitmemişti şüphesiz. HIV/AIDS üzerine ve özellikle de HIV tedavisine odaklanmanın akıllıca ve sürdürülebilir olmadığını iddia ediyorlardı. Söylediklerine göre, HIV halk sağlındaki diğer önceliklerle "rekabete" giriyor ve başka sağlık sorunları için harcanması gereken kaynakları tüketiyordu. Benimsenen yaklaşımın, mevcut yatırımları HIV tedavisinin "dipsiz çukuruna" çektiğini, kaynakları HIV'in önlenmesine ayırmanın daha düşük maliyetli ve stratejik bir tercih olacağı ileri sürülmekteydi. HIV ile ilgili finansman sorumluluklarının, retrovirüs karşıtı tedavinin desteklenmesi gibi nedenlerle son yıllarda hızlı bir yükseliş sergilemesi ve geniş kapsama erişmesi de bu savların temelini oluşturmaktaydı.[44]

Oysa deneysel veriler çözümlendiğinde bambaşka bir tablo çıkıyor karşımıza. Öncelikle, HIV programının başka hastalıklara ayrılacak kaynakların yönünü değiştirmediği, yeni finansman kaynaklarından beslendiği görülüyor. HIV'in finansman ihtiyacında gözlenen artış, hastalıkla tam da olması gerektiği gibi orantılı bir seyir izliyor. Hatta tam aksine, HIV/AIDS kaynaklarının başka programlara aktarıldığını da görüyoruz (gerçekten de, sağlık sistemine ayrılan kaynaklar daha önceleri yatay bir seyir izlerken, HIV ile bağlantılı kaynak yaratma çalışmaları sayesinde üçe katlanacaktı). Son olarak, kapsamlı bir yaklaşımı esas alan HIV programları, pek çok zaman sağlık sistemlerinin genelinde de iyileşmelerin ortaya çıkmasını sağlıyor.[45]

AIDS programlarını ve finansmanı eleştirenlerin pek çoğu, yardım alan ülkelerde anlattığımız halk denetimi boy vermezden önce sağlığın içinde

43 Gonsalves, *HIV/AIDS Response and Health Systems*.

44 Roger England, "Are we spending too much on HIV?", *BMJ* 334(7589), 2007. Laurie Garrett, "The challenge of global health", *Foreign Affair*s, (Ocak/Şubat) 2007. Malcolm Potts ve diğerleri, "Reassessing HIV prevention", *Science*, 320(5877) 2008, s. 749-50. Helen Epstein, *The Invisible Cure: Africa, the West, and the Fight Against AIDS*, New York: Farrar, 2007. William Easterly, *The White Man's Burden*, New York: Penguin, 2006.

45 Ooms, "Shifting paradigms". Yu ve diğerleri, "Investment in HIV/AIDS". David Stuckler ve diğerleri, "WHO's budgetary allocations and burden of disease", *The Lancet* 372(9649) 2008, s. 1563-9. Gonsalves, *HIV/AIDS Response and Health Systems*.

bulunduğu korkunç durumu kabul etmekten kaçınıyor.[46] Hizmetlerin şeffaflıktan ne kadar uzak olduğunu, sıklıkla yetersiz kaldığını ve kimi zaman da düpedüz çürümüş durumda bulunduğunu dile getirmiyorlar (ortalamada, Afrika ülkeleri için bağışlanan her 1,00 doların yalnızca 0,37 dolarlık bölümü sağlık hizmeti sunumuna fiili olarak katkı sağlıyor).[47] AIDS programları da benzer yoksunlukların sıkıntısını yaşamakla birlikte, sivil toplumun denetim ve hesap sorma tavrını yükseltmesi, pek çok soruna daha ortaya çıkış aşamasında ışık tutulmasını sağlıyor. Gerek kaynak akışları ile ilgili yöntemli çalışmalar, gerekse Arjantin, Brezilya, Dominik Cumhuriyeti, Uganda, Zambiya ve Zimbabwe'de yürütülen örnek olay incelemeleri sonucunda hazırlanan güncel raporlar, HIV girişimlerinin sağlık malzemesi temin sistemlerini başarıyla genişlettiğini, genel halk sağlığına yönelik işgücü yetiştirdiğini, altyapı ve yönetim yeterliklerini de iyileştirdiğini ortaya koyuyor.[48] HIV programlarında sağlanan gelişmeler, dünyanın dört bir yanında, hastaların yaptığı cepten ödemelerin azalmasına ve genel sağlık hizmetlerine ayrılan kişi başına kaynak tutarlarının yükselmesine olanak sağladı. Amerikan Başkanı tarafından yürütülen Acil AIDS Yardım Planı'na yönelik finansmanda yüzde 1'lik büyüme kaydedildiğinde, yardım alan ülkelerde hastaların cepten harcamalarının düşüş hızı yüzde 10,1 artıyor (kişi başına gelirdeki değişikliğe göre düzeltme yapıldıktan sonra elde edilen oran). AIDS, Verem ve Sıtmayla Savaş Fonu'nun finansmanı yüzde 1 artırıldığında, cepten harcamaların düşüş hızı yüzde 7,9 yükseliyor ve kişi başına genel sağlık harcama tutarında da yüzde 16,5'lik büyüme kaydediliyor. Dolayısıyla, HIV fonlarının, genel sağlık sistemleri üzerinde katlamalı bir etki yarattığını söyleyebiliriz.[49]

Bu arada, sağlık ve kalkınmaya dair diğer alanların önemli bölümünde net planların, denetlenebilir yapıların ve ölçülebilir hedeflerin eksikliği hissedilir, yetersiz yönetim ve zayıf altyapı gelişimi öne çıkarken, bir dolu HIV programında, elde edilen sonuçların şeffaf, denetlenebilir ve ölçülebilir şekilde açıklandığını, ihtiyaçların değerlendirilmesinde ve kaynakların sunumunda halkçı yapıların devreye sokulduğunu belirtelim. AIDS ile ilgili finansmanın kendi içindeki dengelere baktığımızda, salgının başlangıcından bu yana HIV'den korunma programlarına çok daha fazla kaynak aktarıldığını görüyoruz. Dünya Bankası, korunma çalışmalarına, tedaviye ayırdığından neredeyse iki kat daha fazla kaynak tahsis etti.[50] Buna karşın, salgının en

46 Garrett, "The challenge of global health". England, "Are we spending too much?", s. 344.

47 USAID, *Health Systems 20/20: Data Analysis*, Washington D.C.: USAID, 2008.

48 Gonsalves, *HIV/AIDS Response and Health Systems*. Ooms, "Shifting paradigms".

49 USAID *Health Systems 20/20* veri kümesi üzerinde yapılan regresyon analizlerine göre, bulguların tamamının, $p<0.05$ güven düzeyinde istatistiksel bakımdan önemli olduğunu belirtelim.

50 Jon Cohen, "The great funding surge", *Science* 321(5888) 2008, s. 512-9.

sert darbeyi vurduğu ülkelerde, ölüm oranlarında daha fazla gelişme sağlayan korunmaya dönük çalışmalar değil, virüse karşı etkili ilaçlar olacaktı.[51] Ayrıca, güvenilir ve etkin bir aşı ya da virüs ilacının yokluğunda, AIDS tedavisinin kendisi de HIV'den korunma müdahalesi şeklinde tasarlanıyor. Bu şekilde virüsün baskılanması sağlanarak, yayılma olanakları etkin biçimde kısıtlanıyor[52] ve mevcut tartışmalara damgasını vuran hatalı tedavi-korunma ayrışması engelleniyor. AIDS tedavisinin yürütüldüğü yerlerde, kanındaki enfeksiyon durumunu ve kişisel korunma önlemlerini öğrenmek isteyen insanların sayısının da arttığını; geçmişte eğitimli sağlık personeli ve sağlık hizmetlerinden yoksun yaşayan bölgelerde ilk kez tıp fakültelerinin kurulması ve sağlık merkezlerinin inşa edilmesi yolunda, HIV finansmanının etkin biçimde kullanıldığını söylüyor veriler.[53]

Ancak, HIV'in gördüğü ilginin bir kıskançlığa neden olduğu ve sağlık programlarının giderek artan ölçüde HIV üzerinde odaklandığı veya odaklanacağına dair kaygıların doğduğu da anlaşılıyor. Bu kaygılar, "sektör geneline yayılan yaklaşımlar" (SWAP'lar) doğrultusunda bir talebin ortaya çıkmasına neden oldu. Kullanılan İngilizce kısaltmanın "karşılıklı fayda" anlamına geliyor oluşu, bağışçılar için en doğru adımın kendi önceliklerini yansıtan alanları değil, "halk sağlığı sisteminin tümünü" desteklemek olduğu fikrine atıfta bulunuyordu. Kuramsal olarak, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yolunda, Alma Ata anlayışı doğrultusunda daha kapsamlı bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu düşünülmekteydi. İnsanların karşısına daha olumlu ve ilerici bir gündemle çıkmaktaydı bu talep. Ancak kullanılan kavram, halk sağlığı programlarının altını oyan siyasi hedeflerin desteklenmesi, yardımların zamanla azaltılması ve halk sağlığını bir kenara iten ekonomik kalkınma kuramına dönüşün sağlanması yönünde kullanıldı. Gerçek şu ki, halkın ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirilen yaygın sağlık hizmetleri, dünyanın dört bir yanında sağlık alanında mücadele verenlerin hepsi için olduğu gibi, HIV/AIDS davasının savunucuları açısından da hep öncelikli bir konu olageldi. 1980'ler ve 90'larda ulusal sağlık sistemi doğrultusunda ABD'de yükselen ilk taleplerden, "herkes için sağlık" düsturunu dünya genelinde yeniden haykırmak isteyen günümüz eylemcilerine kadar bu eğilimin varlığını takip edebiliyoruz.[54] SWAP'lar ise tam tersine, uluslararası kalkınma bankaları tarafından tasarlanıp desteklenen, bağışçılardan gelen kaynakları doğrudan sağlık bakanlık-

51 Jose Zuniga ve diğerleri, *A Decade of HAART: The Development and Global Impact of Highly Active Antiretroviral Therapy*, Oxford: Oxford University Press, 2008.

52 Kevin DeCock ve diğerleri, "Can antiretroviral therapy eliminate HIV transmission?", *The Lancet* 373(9657) 2009, s. 7-9.

53 University of Pennsylvania, *Botswana UPenn Partnership*, Philadelphia: University of Pennsylvania, 2008.

54 Epstein, *Impure Science*.

larına aktaran programlar oldu. Bu yaklaşım, halkın ihtiyaçlarını daha fazla gözetir, yardımlardaki parçalı yapıyı ortadan kaldırmayı ister ve yardım alanlara daha fazla erk tanıyarak, bağışçıların önceliklerini arka plana iter gibi görünse de, gerçek hayatta böyle bir güç aktarımının yaşanmadığı görülüyor. Bunun yerine, ulusal planlar büyük ölçüde bağışçılar tarafından inşa ediliyor ve halkın yaşadığı sağlık sorunlarına değil, sağlık bakanlıklarının nasıl yönetileceğine odaklanılıyor.[55] Sağlık sistemlerinin özelleştirilmesine veya kısıtlanmasına yönelik girişimler de sık sık bu planların parçası olarak çıkıyor karşımıza. Yukarılarda bir yerde duran devlet bakanlarıyla yoksul halk arasındaki sınıf farklılıkları başlıca sorumlu olmak üzere, sağlık bakanlıklarının halktan her geçen gün biraz daha koptuğu fark ediliyor. SWAP'ların gerçek içeriği ve sonuçları, şeffaflıktan ve sivil toplumun katılımından son derece uzak.[56] Tüm bu etmenler, kaynakların hizmet sunumundan alınıp, belirsiz idari faaliyetlere doğru önemli ölçüde kaydırılması ve sağlık sistemi üzerinde ciddi sorunların ortaya çıkışı ile sonuçlanıyor.[57]

Bu arada, verileri incelediğimizde, "genel sağlık sistemini" veya "temel asgari paketlere" odaklanan "yaygın" projelerin de, "nokta" (sadece belli hastalıklara odaklanan) girişimler kadar verimsiz olabildiğini anlıyoruz. Ne yazık ki, SWAP'lar kapsamındaki çalışmaların gözlemciler tarafından takip edilip sorgulanmasına olanak verecek şekilde net ve şeffaf hedeflerin hâlâ tanımlanmadığı görülmekte ve projelerin verimliliğine dair herhangi bir veri de mevcut değil. Bunun yanında, uygulanmakta olan sağlık hizmeti programlarına ait kaynakları çekip alarak, sahadaki mevcut sağlık hizmetlerini nasıl bir riske maruz bıraktıklarına dair bilgiye de sahip değiliz.[58] "Sağlık sistemi" için kullanılacağı iddia edilen pek çok kaynak, verimsiz, etkinlikten uzak finansman kanallarına akıtılabiliyor ve sağlık çalışanlarına eğitim sağlamak, altyapıyı inşa etmek, ihtiyaç duyulan halkçı hizmetleri sunmak yerine, eğitim odaklı çürük girişimler, bürokratik organizasyonlar ve kalkınma danışmanlık programlarını yürüten kişilerin maaşlarını ödemek için çarçur edilebiliyor.[59]

55 Jesper Sundewalla ve Kerstin Sahlin-Andersson, "Translations of health sector SWAps – a comparative study of health sector development cooperation in Uganda, Zambia and Bangladesh", *Health Policy*, 76(3) 2006, s. 277-87.

56 Guy Hutton ve Marcel Tanner, "The sector-wide approach: a blessing for public health?", *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12) 2004, s. 891-970. Anders Jeppsson, "SWAp dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda", *Social Science and Medicine*, 55(11) 2002, s. 2053-60.

57 Marlein Bosman, "Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia", *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7) 2000, s. 606-14.

58 Aynı eser.

59 Firdu Zawide, *Victims of Ineptitude: An Insider's Account of Injustice within the World Health Organization*, Bloomington: AuthorHouse, 2007. John Farley, *Brock Chisholm, The World Health Organization, and the Cold War*, Vancouver: UBC Press, 2008. Dorothy Porter (der.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam: Rodopi, 1994.

HIV tipi programlardan vazgeçilmesini savunan ve sağlık sistemlerinin bütünsel olarak geliştirilmesi yönünde çağrıda bulunan kişilerin genellikle "sürdürülebilirlik" konusunda da kaygılarını dile getirdiği görülüyor. Sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliğine ilişkin savlar, bir gerçekle yüzleşmeyi göze alamıyor: Yoksul ülkelerdeki işgücü ve kaynaklar kullanılmasaydı, zengin ülkelerdeki yaşam standardı da "sürdürülemez" hale gelirdi.[60] Sağlık çalışanlarının eğitimine ve kesintisiz istihdamına, kapsamlı sağlık hizmetlerine ve güvenilir, makul fiyatlı malzeme ile ilaç teminine dair kritik konular ele alınmadıkça, hangi düzeyde olursa olsun, çürük sağlık sistemleri "sürdürülebilir" duruma gelemeyecektir.[61] Gerçekte, bir tercih zorunluluğu ile karşı karşıyayız: yaygın sağlık sistemlerini geliştirmeye devam etmek üzere HIV çabalarını büyütmek veya hizmetlerin yok derecesine indirilmesi yolunda "sürdürülebilirlik" fikrinin bahane edildiği bir yöne doğru geri çekilmek. Sonunda ucu bir toplumsal çöküşe ve kargaşaya kadar dayanma olasılığı bulunan önemli hastalıkları tedavi etmekten kaçınmaktır "sürdürülebilir "olmayan.

HIV/AIDS politikalarını, sağlık sistemlerindeki genel iyileşmelerle rekabet halinde gösteren kısır ayrım, tüm sağlık sistemlerinin hem belli noktalara odaklanmaya, hem de tabana yayılmaya ihtiyaç duyduğunu kavrama başarısını sergileyemiyor. Belli hastalıklara özgü tedavi ve hizmet standartları üzerine kesintisiz bir odaklanma temin edilmediği sürece, sağlığın yönetimi ve kaynak tahsisindeki düşük standartlar, eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yeterli önlemlerin mevcut olmayışı, sağlık sistemlerinin önemli darboğazları ile kusurlarını masaya yatıran ayrıntılı değerlendirmelerin bulunmayışı nedeniyle, toplumun en yoksul ve en dışlanmış kesimlerinden milyonlarca insan ölmeye devam edecek. Örnek vermek gerekirse, kaynakların verem programlarından alınıp SWAP'lara aktarılması ile geçtiğimiz dönemde Zambiya'da yaşanan ve halkı iç karartıcı sonuçlarla karşı karşıya bırakan şey buydu.[62] Yanlış tıbbi uygulamalar ve yüksek standartta sağlık hizmeti sunumuna olanak tanıyacak yeterlikte kaynak tahsis edilmemesi nedeniyle sayısız yoksul topluluk içerisinde baş gösteren, ilaca dirençli verem salgınları da bu tabloyu açıkça gün yüzüne çıkartıyor.[63] İhtiyaç duyulan şey, bir yanda nokta tedavi projeleri uygulanırken, diğer yanda da temel sağlık hizmetlerinin geniş ölçekte güçlendirilmesidir. Sermayenin ve sağlık hizmetlerinde

60 Gorik Ooms, "Health development versus medical relief: the illusion versus the irrelevance of sustainability", *PLoS Medicine*, 3(8), 2006, s. 345. Anup Shah, "Effects of over-consumption and increasing populations", *Global Issues*, 26 Eylül 2001.

61 Ooms, "Health development versus medical relief".

62 Bosman, "Health sector reform and tuberculosis control".

63 Sanjay Basu ve Alison Galvani, "Extensively drug-resistant tuberculosis in South Africa", *Lancet*, 369(9558), 2007, s. 272-3.

karar alma yetkisinin, hastalıklardan en fazla etkilenen kesimlere de pay sunulacak şekilde yeniden bölüşülmesi yolunda HIV'in bir toplumsal göstergeye dönüştüğünü fark edemezsek, dünyanın kimi en yoksul ülkelerinde işlevsel sağlık sistemleri inşa etmek için elimizde bulunan tarihî bir fırsatı kaçıracağız.

Gelecek planları

Halkın harekete geçmesi ve dikkatini sağlık alanında yoğunlaştırmaya başlaması durumunda kaynakların ciddi biçimde artırılabileceği ve daha uygun şekilde kullanılabileceği gerçeği, HIV/AIDS'den alınan önemli derslerden biridir. Kaynakların önemli bir bölümünün kalkınma danışmanları ve bakanlar tarafından alıkonulmasının ardından geride kalan dökümtüler için mücadele etmeye çalıştığımız bir çağı geride bırakıp, kaynakların ortaklaşa talep edilebildiği ve hastaların gerçek ihtiyaçlarının karşılanması yolunda kullanılabildiği bir çağa geçiş yapmamızı sağlayabilir bu. Tıbbi açıdan bakıldığında, sağlık çalışanlarına yeterli eğitimin verilebilmesi, performansın takip edilebilmesi, verimli bütçelerin ve tedarik zincirlerinin oluşturulabilmesi, sonuçların izlenebilmesi, gıda desteği, tıp eğitimi ve fiziksel altyapı gibi temel hizmetlerin geliştirilmesi için, sadece belli bir hastalığa eğilen nokta projelerin gerekli olduğu gerçeğiyle pek çok programda yüzleştik.[64] Ancak aynı zamanda, "asgari paket" yaklaşımının, çok sayıda hasta insanın dışlanıp yalnızlaşmasına neden olduğunu, dini ve ahlaki değerler çerçevesinde tedaviyi daha fazla hak ettiği ileri sürülen gruplara destek sağlamakla yetindiğini, öte yanda toplumsal olarak dışlanmış ve en yüksek sakatlık ya da ölüm riskiyle karşı karşıya bulunan kesimlere yönelik sağlık hizmeti olanaklarını ortadan kaldırdığını da gördük.[65] Bunların yanında, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasıyla ilgili yaygın anlayışın genellikle aceleci varsayımların üzerine inşa edildiğine şahit olduk. İnsanlar, yaşamları üzerindeki risk kaynaklarına müdahale etme konusunda çok kısıtlı olanaklara sahipken bile eğitimin tek başına yeterli olabileceğini düşünen[66], sağlık alanında tedavinin değil, korunmanın tasarruf sağlayacağını ileri süren bakış, bu anlayışın somut bir örneğini sunuyor. Hastalıkları önleyerek acıları azaltabilirsiniz, ancak bu yolla yaşamı uzatarak kaynak tasarrufu sağlayamazsınız. Hastalıklarla risklerin bir şekilde önlenmesi ile insanların daha uzun yaşayacağı, ancak bedenlerinin bir mucize sonucu hastalanmadan ve sağlık sistemi üzerinde masrafa

64 Gorik Ooms ve diğerleri, "The 'diagonal' approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems?", *Globalization and Health*, 4(1), 2008, s. 6.

65 Cueto, "The origins of primary care".

66 Sanjay Basu, "AIDS, empire and public health behaviorism", *International Journal of Health Services,* 34(1), 2004, s. 155-67.

neden olmadan ömrünü tamamlayacağı şeklinde yanlış bir kanı var. Gerçek epey farklı aslında: Çalışma çağındaki yetişkinlerin bulaşıcı hastalıklardan ya da kalp rahatsızlıklarından ölümünün engellenmesi durumunda, ilerleyen yaşlarda, kanser ya da nörolojik hastalıklar nedeniyle daha masraflı ölüm vakalarıyla karşılaşılmaktadır.

Bizim hedefimiz ne salt ölümü bertaraf etmekten, ne de salt para tasarrufu sağlamaktan ibaret olmalı. İnsanlığın acılarını bir bütün halinde hafifletmek olmalı amacımız. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerini de bu acıların azaltılmasına, acıya maruz kalma riskinin en aza indirilmesi ve insanların makul sürelerle iyi bir hayat sürmesini sağlamak üzere yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönlendirmeliyiz (bu arada örneğin, ileri yaşlarda kemoterapi acının şikayetlerin hafifletilmesine yönelik tedavilere odaklanılarak tasarruf da sağlanabilir). Böylesi bir hedef tayini, Alma Ata'nın getirdiği sağlık tanımına geri dönüş anlamına gelecektir aynı zamanda. Acıları azaltmayı başarmak ve bunu sağlama yolunda hastaların önceliklerinin neler olduğunu belirlemek; kaynakların, sayısız seçeneğe sahip zengin kesimlerden, acı içinde olanaksızlıklarla boğuşan insanlara doğru kaydırılmasını sağlamak için, acı çeken insanlara önceliklerinin ne olduğunu sormalıyız. Bu, HIV eylem hareketinin bize sunduğu en değerli derslerden biri: Hastalık riskini en fazla taşıyanlar, sağlık sistemleri yoluyla acılarının nasıl dindirileceğine karar verme sürecinin tam göbeğinde yer almalıdır.

AIDS fonlarının geri çekilmesine veya yeniden düzenlenmesine yönelik son dönemde duymaya başladığımız çağrılar, Alma Ata fikrini başarma fırsatını kovalamak yerine, süreci başarısızlığa götüren yolu bir kez daha izlememizi salık vererek, tarihte yapılmış hataların tekrarından başka bir anlam ifade etmiyor temelde. Finansmanı sınırlandırma ve başka alanlara kaydırma talebi, hükümetlere genel halk sağlığına yönelik taahhütlerinden cayma olanağını verecektir.[67] Yapılan son değerlendirmeler, mali bakımdan güç dönemlerde felaketle sonuçlanabilecek salgınların baş göstermesini engellemek için, belli başlı bulaşıcı hastalıklara yönelik halk sağlığı finansmanında küçülmeye gidilmemesi gerektiğini açığa çıkardı.[68] Bugün yaşamakta olduğumuz mali krizde, ortaya çıkartacağı etkiler konusunda soru işaretleri taşıyan başka girişimlerin devam ettirilmesini sağlamak üzere AIDS'e yönelik finansmanın devletler ve finansman kuruluşları eliyle yağmalanması tehdidi büyüyecektir. Bu durumda hedef, halkçı sağlık programlarının ve özellikle de halkçı karar alma süreçlerinin ayakta tutulması ve daha fazla kaynakla buluşturulması olmalıdır. AIDS fonları yağmalanmasa bile, bağışçılar zaten halk sağlığı programlarına yönelik kaynak aktarımını kısmakta-

67 Cohen, "The great funding surge".

68 Stuckler, "International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes".

lar. Ekonomik durgunluk dönemlerinde kısa vadeli tasarruf sağlamak için bütçelerde kesintiye gitmek yerine, bütçe açığı verilerek sağlık harcamalarına devam edildiğinde, toplumun daha etkin biçimde güvence altına alındığını ve ekonomik istikrarsızlığın azaldığını gösteren kanıtlar giderek güçleniyor.[69]

Dünya ekonomisinin sağlık düzeyinin, insanların sağlığına bağlı olduğu sıklıkla söylenen bir şeydir. Sağlıklı işçilerin bulunmadığı, yükselen üçüncü basamak hizmet maliyetlerinin arka plana itildiği bir ortamda güçlü bir ekonominin beklenemeyeceği de öyle (bu arada, üçüncü basamak maliyetlerinin yükselmesinin nedenlerini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin zayıf kalması, yatış gerektiren son safhalara ulaşıncaya kadar hastalıklara müdahale edilmemesi ve yaşlılara aşırı hizmet sunulması şeklinde sıralayabiliriz).[70] Bunlar doğru; ancak sormamız gereken bir soru daha var: Toplumumuzun nasıl bir şekle bürünmesini istiyoruz? Nihai amaç, sağlam bir ekonomiye sahip olmak mıdır, yoksa ekonomi, yaşamı güzelleştirmeye dönük asıl büyük çabanın bir parçası mıdır? Eğer ikinci seçeneğe evet diyorsak, sağlıklı olmak başlı başına bir amaç olarak değerlendirilmeli ve sağlığın finansmanında mali kazanç şartı aramak da anlamsız bir şey olarak görülmelidir.

Zaman, dünyanın sağlığı üzerinde "yeni düzen"i kurma zamanıdır. Yeni düzen ise, AIDS hareketinin, hastaların karar alma hakkını merkez alan kapsamlı temel sağlık hizmetlerini yeniden canlandırmakta gösterdiği başarı üzerine kurulacaktır. Sağlık hizmetlerinin bürüneceği çehreyle ilgili planlama süreçleri ve tartışmalara hasta topluluklarının da dahil olacağı, doğrudan demokrasi biçimini hayata geçirmemize olanak tanıyacak sivil toplum örgütlenmesi konusunda yeterli temele sahibiz. Sağlığı başlıca öncelik olarak tanımlayacak bir gündem etrafında yoğunlaşmak, yoksulları ve zayıfları açıkça yüzüstü bırakmış kalkınma kuramlarını değil, hastaları temel alan bir sağlık sisteminin kurulmasını sağlamak olmalıdır talebimiz.

Bu amaca ulaşma yolunda HIV programlarının nasıl başarı kaydettiğini gösteren somut örneklere baktığımızda, başarılı projelerin tasarımında ve yürütülmesinde kimi ortak eğilimlere rastlıyoruz. Birinci olarak, en başarılı HIV programlarının, karar alma süreçlerine halkın "katılımı" ile yetinmediğini, bu süreçlerde halkın kritik rol oynamasını da sağladığını, hastalığın etkisi altındaki kişileri, programın lojistiğinin inşasına dahil ettiğini görüyoruz.[71] Öte yandan, halkın sesini ve önceliklerini yeterince dikkate almayan programlarınsa etkinlik sergileyememiş olması dikkatten kaçmıyor.

69 David Stuckler ve diğerleri, "Bracing for the challenges of recession: how have previous economic recessions in Europe affected health?", *The Lancet* 2009, baskıda.

70 DSÖ Sağlıkta Toplumsal Etmenler Komisyonu, *Closing the Gap in a Generation. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2008.

71 Paul Farmer, *Pathologies of Power*, Berkeley: University of California Press, 2003.

Nepal'in batısında HIV'den muzdarip insanların toplum tarafından damgalanması sorununu azaltmaya dönük programlara destek sunmak üzere ortaya atılan Dünya Bankası finansman teklifini örnek gösterebiliriz. Halk gruplarının konuyla ilgili toplantılara katılması engellendiği halde, halk sağlığı çalışanları ve STÖ'lerin oluşturduğu bir ittifak toplanarak teklifi tartıştı. Ayrımcılığı azaltmaya dönük projelerin, yeni sağlık hizmeti programlarının merkezi unsuru haline gelmesine pek çok hastanın karşı çıktığını gözlemlendi. HIV'e bağlı ayrımcılığı azaltma programının, hem HIV hastalarına hem de başkalarına hizmet verecek bir hastaneyi onarmak yerine HIV hastalarına aşırı yoğunlaşarak, yerel kliniklerde yalnızca AIDS'lilerin tedavi göreceği yönünde yanlış bir algı yarattığını söylüyorlardı. Bunun yanı sıra, ayrımcılığa odaklanan programlar, reklam panolarında ve radyolarda HIV hakkında verilen ilanlar, yalnızca HIV'e yönelik çalışan test merkezlerine gitmeyi daha da utanılacak bir şey haline getiriyor ve HIV hastalarının tedavisini biraz daha güçleştiriyordu. Dünya Bankası bu bilgileri göz ardı eder ve kendi programını ısrarla sürdürürken, yerel sağlık hizmeti tedarikçilerinden ve bölge halkından oluşan bir grup ise yerel hastaneyi yenilemeye ve genel sağlık kliniklerindeki birinci basamak tedavi hizmetlerine HIV'i de dahil ederek, hastalığı "sıradanlaştırmaya" çalıştı.

Benzer şekilde, Haiti'de de sağlık çalışanlarını işin içine dahil eden, hizmet eğitimi verilen bölge halkını, merkezi kliniklerden ve hastanelerden uzakta yaşayan kişilerle ilgilenmek üzere görevlendiren programlar, önceliklerin belirlenmesi konusunda hastaların seslerini daha iyi duyurabilmesini sağladı. Orta Haiti'de yürütülen HIV programları, kadınların kendi işlerini kurmak üzere kredi temin edememesi ve bu yüzden gelir konusunda erkeklere bağımlı kalması, bazen de cinsel ilişki karşılığında bu geliri elde etmeye çalışması başta olmak üzere, hastalığın temel nedenlerini ele alan programlara dönüşme başarısını gösterdi. "Yoksullardan yana" bir yerel yardım sandığının kurulmasıyla, kredi bulma olanağına kavuşan kadınlar arasında HIV riskinin düşmesi sağlanacaktı. Beslenme projeleri, evlerde odunlu ocaklardan kaynaklanan hava kirliğinin ve buna bağlı solunum yolu rahatsızlıklarının azaltılması, göçün önüne geçmek üzere bölge sakinlerine iş temin edilmesi gibi programlar da halkçı HIV girişimleri sayesinde ortaya çıktı.[72]

Burada temel ilke, bakanlıklara ve gerçek sağlık sorunlarından uzak kalmış kurumlara gücü teslim edenlerin elinden erkin alınması ve gündelik yaşamlarındaki en önemli riskleri bizzat hastaların tanımlamasına, kendi sağlık sistemi yaklaşımlarını kafalarında oluşturmasına izin verilmesidir. Bunun için bazen kapsamlı HIV programlarının yürütülmesi gerekecek,

72 Aynı eser. Nyaya Health, *Annual Report 2008*, New Haven: NHN, 2009. Gonsalves, *HIV/AIDS Response and Health Systems*.

bazense buna ihtiyaç olmayacaktır. Kendi sorunlarının ne olduğuna karar verme, iyileştirme programlarını yürütmek için ihtiyaç duyulan teknik desteğe ulaşma ve en dışlanmış kesimleri koruyacak sistemleri yaratma hakkı tanınmalıdır halka.

Dışlanmış kesimleri koruma altına alan bir sivil toplumun inşa edilmesi, eğitime veya tek bir alana yoğunlaşan ("anne ve çocuk sağlığı" veya "bulaşıcı hastalıklar" gibi) programların kapsamını genişletmekle yetinen klasik halk sağlığı yöntemlerini merkeze almayan, aksine, evdeki gündelik riskleri ve sağlık hizmetlerine erişimin önüne engel çıkartan sorunları (kliniklere giden yolların durumundan tutun da, yoksulların karşısına çıkan tedavi masraflarına kadar) ele alan düşüncelerin filizlenmesine önayak olmaktadır. Üstelik, bu yaklaşımın hayata geçirilmesi, büyük mali kaynaklara ulaşılmasını da gerektirmiyor: halk toplantıları; hastalarla oluşturulan çalışma grupları; sağlık çalışanlarının, bölgede dolaşarak görev yapan halk sağlığı çalışanları şeklinde eğitilmesi; halk sağlığı programından en fazla etkilenenler arasında haberleşme ve bilgilendirme kanallarının geliştirilmesi, atılabilecek düşük maliyetli adımlardan bazıları.[73]

Ayrıca, başarılı HIV programlarının, halka sunulan faydanın takip edilmesine olanak tanıyan net hedefler koyduğu da görülüyor. Programın hangi insanlara ulaşacağı, nasıl ulaşacağı ve hangi zaman dilimlerinde hangi sonuçların beklendiği açıkça belirleniyor. Bu yaklaşım, ulaşılan insanların oranı, bekleme süreleri gibi dolaysız olarak ve kolayca toplanabilen verileri esas alıyor ve programı dışarıdan gözlemleyen uzmanlar eliyle, kaliteli yaşam süresi gibi, tahrif edilmeye son derece açık ekonomik modellere gerek kalmıyor. Aynı zamanda, programın zaaflarının halk tarafından tespit edilebilmesi de bu yolla mümkün kılınıyor.

Yüksek başarı düzeyi yakalayamayan HIV tedavi programlarının ortak zayıflığının ise, tedaviye bağlılığın güçlendirilmesine (yan etkiler, ailenin desteği gibi konularda halkın genel eğitimi ve yönlendirilmesi), beslenmeye (tedavi amaçlı gıdalara erişimin sağlanması ve yeterli beslenme programları), ulaşım desteğine (karayollarının iyileştirilmesinden ve toplu taşımadan sorumlu bakanlıklarla eşgüdüm içerisinde hareket) ve doğrudan yoksulluğu ele alan programlara (mesleki eğitim ve kredi temini) eğilmek yerine, yalnızca tedaviye odaklanan çok dar bir yaklaşıma sıkışmak olduğu anlaşılıyor.[74] Halk sağlığının geneline yönelik geliştirilen ve HIV programlarına alternatif gösterilen yaklaşımlar, kesin hedeflere sahip olmama sorununu yaşıyor. Hedefler, doğası gereği sayısal değerlendirmelere izin vermese bile (sağlık bakanlarının yönetim yeteneklerinin geliştirilmesi vb.), sağlık sistemindeki

73 Farmer, *Pathologies of Power*.

74 Partners in Health, *Global Health Delivery*, Boston: PIH, 2009.

iyileşme sürecinde, halkla birlikte öncelikler belirlenmeli ve sonuçlar halkla paylaşılmalı, böylece en tepedeki bakanla en yoksul kişi arasındaki sınıf farklılığı (bu arada cinsiyet ve etnik köken farklılıkları) dahi aşılabilmelidir. Latin Amerika'da, Doğu Asya'da ve başka yerlerde yürütülen HIV programları, halk sağlığı projeleri kapsamında ortaya çıkan harcamaların ve sonuçların takip edilebilmesine ve yayınlanabilmesine imkân tanıyan "açık kaynak" yaklaşımını benimsemeleriyle öne çıktı bugüne dek. Bunun yolu, gidişata ve lojistik işlere dair tüm bilgilerin, ayrıca epidemiyolojik istatistiklerin internet ortamında paylaşılması oldu. Halk sağlığı alanında böyle bir uygulamaya daha önce hiç rastlanmamıştı.[75]

"Küresel sağlık" teriminin kapsamını genişletirken bir şeyin farkına varmak durumundayız: Yarattığımız tartışmaları ve bunlar karşısında takındığımız tutumları belirleme olanaklarımız, gündeme nelerin dahil edileceğini ve nelerin dışarıda bırakılacağını, neyin uygun sayılacağını veya sayılmayacağını, neyin "sürdürülebilir" kabul edileceğini, çaba harcamaya değer şeylerin neler olduğunu belirleme gücümüze bağlıdır. HIV eylem hareketi, bize süreci demokratikleştirmeyi öğretti. Kararları kimin verdiği de kararların kendisi kadar önemlidir. Halk sağlığını, bizzat hastaların saptadığı halkçı programlar yerine, halktan uzak merkezlerde tasarlanan anlaşılmaz iktisat teorilerine (ne kadar duyarlı bir söylem ortaya koyarsa koyun) odaklanan bir faaliyete dönüştürmek, bu dersin verdiği gücü yok olma tehlikesiyle kaşı karşıya bırakmamız anlamına gelecektir. Seçkinler daima şu veya bu girişimin "imkânsız" olduğundan, işin ayrıntılarına fazla daldığından, yeterince temel ve sürdürülebilir olmadığından dem vuracaklardır. Oysa, bu, yeterli kaynaklardan mahrum bölgelerin tam da bu dilden dolayı sorun yaşadığını kavrayamadıklarını gösteriyor. Kimi yerlerin sonsuza dek yoksul kalacağı ve "temel" ihtiyaçlardan fazlasını hak etmediği düşüncesinin bir adım bile ötesine geçmeden, daha fazla kaynağa kavuşmalarını nasıl sağlayabiliriz ki? Daima en asgari düzeyde sağlık hizmetine, en temel ve en ucuz faaliyetlere odaklanmakla yetinirsek, yoksullar hep yoksul kalacaktır. Servetin yeniden bölüşümü için, mevcut eşitsizliklerin olduğu gibi muhafaza edilmesini sağlamak üzere geliştirilmiş olan bu dili bozmak, karar alma gücünün geleneksel yapılardan alınıp halka verilmesini sağlayacak dili ve sistemi yaratmak zorundayız.

75 Gonsalves, *HIV/AIDS Response and Health Systems*. Nyaya Health, *Annual Report 2008*.

Hasta Bir Toplumda Akıl Sağlığı: İnsan Ne İçin Yaşar?

Julian Tudor Hart

Her türlü zenginlik emekten doğar. Sanayileşmiş dünyada, ellerimizin yerini makinelerin veya az gelişmiş ülkelerdeki ucuz işgücü alırken, gelişmiş ülke insanlarının sunduğu emek de akıl sağlığına dayalı hale geliyor günden güne. Çalışma gücümüzü koşum hayvanlarının özellikleriyle tanımlayan ve insani yanlarımızı görmezden gelen illüzyon sonunda bertaraf edilebilir. Refah, sağlıklı bir işgücünün varlığını gerektirir ve burada akıl sağlığı tüm diğer değişkenlerden daha büyük önem taşır.

Saptanmış ortak kıstaslara göre, sanayileşmiş ülkelerde her yıl tüm yetişkinlerin kabaca üçte biri zihinsel hastalıklarla tanışıyor.[1] 1952 ile 1992 arasındaki kırk yıllık dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yaptığım Galler'de, nüfusun yaklaşık yüzde 75'i, Ulusal Sağlık İdaresi (NHS) bünyesindeki aile hekimlerine yılda en az bir kez başvuruyor. Başvuranların yüzde 44'ünün zihinsel bir sorun yaşadığı belirtiliyor ve bunların yüzde 25'i de hastanelerdeki psikiyatrlara sevk ediliyor.[2]

Akıl sağlığıyla ilgili bir sorunu olduğu düşünülen yetişkinlerle, geriye kalan üçte ikilik dilimi oluşturan yetişkinler arasındaki ayrım, mutlu insanlarla mutsuzlar arasındaki ayrım kadar keyfi sınırlarla çizilmiş durumda aslında. Mutlu bir insanla bedbahtlar arasındaki farkı herkes bilir şüphesiz. Ancak ayrım çizgisini nereye koyacağınız veya duygusal sağlığı nasıl tanımlayacağınız, hangi davranış ve eylemlerin insanları daha sağlıklı hale getirdiğine dair kanıtlarla belirlenebilir. Aynı koşul, sağlıklı olma halinden uzaklaşma anlamına gelen her türlü durum için geçerli.

Hayatı boyunca açıkça tanımlanmış bir psikotik rahatsızlığa (şizofreni, bipolar rahatsızlık ve nadir görülen pek çok başka beyin işlev bozukluğu)

1 T.B. Üstün ve N. Sartorius (der.), *Mental illness in general health care: an international study*, New York: John Wiley/WHO, 1995.

2 http://www.merthyr.gov.uk sitesindeki İhtiyaç Değerlendirmesi, Hasta Grupları, Zihinsel Sağlık sayfasında yer alan rakamlar.

yakalanan yetişkinlerin oranı yüzde 3'ten daha düşük.[3] Hayat karşısında, geri kalanlara göre çok daha farklı algı ve tepkilere sahip olan ve kolayca iletişim kuramadığımız bu insanlara "deli" diyoruz zaten. Dolayısıyla, şimdi veya geçmişte zihinsel hastalığa yakalandığını kabul eden Galli yetişkinlerin en fazla yüzde 10'unun psikotik bozukluklardan muzdarip olduğunu söyleyebiliriz.

Görevim boyunca, zihinsel sorunu olan hastalarıma ve özellikle de psikotik rahatsızlık yaşayan az sayıdaki kişiye yardımcı olmak için büyük gayret gösterdim. Bu hastaların, hâlâ aile hekimlerinin değil, hastanelerde görev yapan uzman hekimlerin ilgi alanına girdiği düşünülüyor. NHS, büyük kısmı aile hekimleri üzerinden yürütülmek üzere, halkın tamamı için psikiyatrik tedavi olanağı sunuyor.[4] Aile hekimleri, her türlü tıbbi soruna, en azından başlangıç aşamasında müdahale etmesi gereken en doğru grup gibi görünüyor bana. Her şeyden önce, krizleri ve acil durumları en doğru şekilde tahmin edebilecek ve pek çok zaman da önleyebilecek kişiler onlar. Deneyimlerim, her bir sorunu bütünlüğünden koparıp kendi başına ele almak yerine, hastalar hakkında yeterli bilgi edinme, tedavinin devamını bütünlük ilkesi etrafına düzenleme ve hastaların geçmiş öykülerini titizlikle inceleme zahmetine katlanmaları halinde, bunu kesinlikle başarabildiklerini gösterdi bana.

Ne var ki, birbiri ardı sıra gelen hükümetlerin, kâr amaçlı endüstriyel mal üretimine dayalı belli yönetim ve ücretlendirme modelleri çerçevesinde tüm sağlık hizmetlerini yeniden biçimlendirme arayışına girmesiyle, yukarıda saydıklarımı yapmak aile hekimleri için giderek güçleşiyor. Yönlendirilmiş sağlık hizmetleri başlığı altına toparlanan bu süreç, sağlık ekonomisi uzmanı Alain Enthoven'in öncülüğünde Amerika Birleşik Devletleri'nden ithal edildi.[5] Ancak, muhafazakâr, liberal ve sözde sosyalist partilerin merkez yönetimlerinin ortak bir şevkle sarıldığı bu keşif, son dönemde Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'nın seçilmiş bölgesel hükümetleri tarafından bütünüyle reddedildi. Her üç hükümetin de, kâr amacı gütmeyen kamu hizmeti geleneğine geri dönmek için şimdilerde elinden geleni yaptığı görülüyor. Yönlendirilmiş sağlık hizmeti yaklaşımının önemli etkilerinden biri, hizmetlerde parçalı bir

3 K.S. Kendler, T.J. Gallagher, J.M. Abelson ve R.C. Kessler, "Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry*, 1996: 53:1022-31; M.G. Carta ve J. Angst, "Epidemiology and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys", *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health,* 2005: 1:1-4.

4 M. Shepherd, "The prevalence and distribution of psychological illness in general practice". "The medical use of psychotropic drugs" içerisinde. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1973: 23 ek 2:16-9.

5 A. Enthoven, "Reflections on the management of the National Health Service: an American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK", Çalışma no. 5, Londra: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.

yapının ortaya çıkması ve görevlerin daha düşük maliyetli personele doğru kaydırılması oldu. Hastaların yaşam öyküleri hakkında bir şeyler bilmek hiç de gerekli bir işmiş gibi görülmüyor artık. Hastalar hakkında bilgi sahibi olmak, uzman hemşirelere, hemşirelere ve hatta hizmetlilere düşen bir görev haline geliyor olmakla birlikte, etkin bir tedavi hizmetinin önemli unsurları arasında var olmayı sürdürüyor.

1952'den 1992'ye kadar süren görevim boyunca, hastaları uzman hekimlere sevk etme sürecinde, katı bir şekilde belirlenmiş bölgesel sınırlara uymak zorundaydık ve her bölgeye bakan bir psikiyatr bulunmaktaydı. Ne yazık ki bizim bölgemizdeki psikiyatr alkol bağımlısıydı ve tercih şansımız yoktu. 19. yüzyıldan kalma görüşlere sıkı sıkıya sarılmış olan bu adamın gözünde sadece iki tür zihinsel hastalık vardı: delilik ve zayıflık. NHS'nin erken emekli olmasını istemesi için yedi yıl beklemek gerekecekti. O zamanlar, emekçiler arasında yaşayan ve hastalarıyla arkadaş olmaya çalışan bir aile hekimi için, psikotik hastalıkları yönetmenin, nevrozları yönetmekten çok daha kolay olduğunu öğrendim. Zaman zaman uzman yardımına ihtiyaç duydum elbette; ancak çoğu vakada ihtiyaç duyulan uzmanlık bilgisi klinikle değil, yaşanan bölge ve hastayla ilgiliydi. Aynı zamanda, ilaç şirketlerinden gelen hiçbir satış temsilcisini kapıdan içeri sokmadım ve tedavilerle ilgili gelişmeleri takip etmek konusunda tıp dergilerinden faydalandım.

Psikiyatrik rahatsızlıklarla ilgili iş yükümün yüzde doksanını nevrotik hastalıklar olarak adlandırılan sorunlar oluşturmaktaydı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en fazla zaman alan, nükseden, zor baş edilen ve çileden çıkartan kısmıydı bu. Tıpkı psikotik bozukluklar ve neredeyse tüm diğer hastalıklar gibi, nevrotik rahatsızlıklar da yoksunluklarla en fazla boğuşan topluluklarda yoğunlaşıyor.[6] Nevrozlar, aile hekimlerinin sırtındaki en ağır yük olmakla birlikte, sorumluluk alanının dışında kaldığı için başımızdan en kolay savabileceğimiz iş konumundadır. Ancak, kendi dünyalarına anlam yükleyemeyen hastalar, hekimlerden de herhangi bir fayda göremezlerse, sonunda yardım aramayı bırakırlar. Bu zihinsel hastalıkların önemli bölümü, fiziksel olarak açıklanamayan bir iş göremezlik durumuyla sonuçlanıyor. Tüm klinik sorunlar arasında, deneyimli bir hekimin tüm yetkinliklerinin devreye girmesini gerektiren, en karmaşık ve en güç durum da işte bu iş göremezlik durumudur. Bunu göz ardı edercesine, hastalığın tespiti görevini hekimlerden alıp, cesurca hareket edecek, bağımsız bir sağlık polisi birimine devredersek, sorunun kısa sürede çözüleceğini öne süren, kendinden emin iddialar tekrar tekrar kulağımıza çalınıyor.[7] Hollanda, yüz yıldan uzun bir

6 A.M. Stirling, P. Wilson ve A. McConnachie, "Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice", *British Journal of General Practice,* 2001: 51:456-60.

7 M.J. Stanger, "Incapacity, work and benefits", *BMJ* (*British Medical Journal*), 2008: 336:735.

süre önce denedi bunu.[8] Oysa 1990'a gelindiğinde, ülkede sağlık raporu nedeniyle çalışmayanların oranı yüzde 7,1'i bulacaktı (Almanya'da yüzde 5, Birleşik Krallık'ta sadece yüzde 2,6).[9] Sağlık raporu alarak işbaşı yapmayan kişilerin oranını düşürme konusunda, Galler Sağlık Enstitüsü'nde Mansel Aylward tarafından yürütülen derinlikli çalışmalar, polisiye önlemlerden çok daha etkili olabilir.[10] Hekimler, hastalarını eleştirel bir dille de olsa savunmayı bir kenara bıraktıkça, hastaların da hekimleri patronun gözü kara savunucuları olarak görme eğilimine girdiğini söylemekle yetinelim şimdilik.[11]

NHS bünyesindeki pratisyen hekimlerin, belli tıbbi müdahaleler için sabit tarifeler üzerinden ücret aldığı, ancak ölçülmesi ya da tanımlanması güç olan pek çok işin göz ardı edildiği günümüzde bile, Birleşik Krallık'taki aile hekimlerinin büyük kısmı psikiyatrinin sorumluluğunu yükleniyor. Biyopsikososyal hastalık modeli Birleşik Krallık'ta resmi olarak 1970'lerin başlarından bu yana benimsenmiş olsa da,[12] araştırmalara göre pratisyenler hâlâ akut fiziksel sorunlara yönelik sorumluluklarını, kronik fiziksel sorunlara göre iki kat, psikolojik sorunlara göreyse üç kat daha önemli görüyor.[13] Psikolojik sorun kaynaklı muayenelerin, fiziksel rahatsızlıklara göre çok daha fazla zamanlarını aldığının farkındalar elbette. Sınırlayıcı etmenin yetkinlik değil, zaman olduğu anlaşılıyor[14] ve zihinsel hastalıkların aciliyeti genellikle hafife alınıyor. İntihar eğilimli depresyonun başka her türlü hastalıktan daha fazla acı verebildiğini ve daha tehlikeli olduğunu, ancak kendisi de aynı şeyleri yaşamış hekimler kavrayabiliyor sanki.[15]

İnsanların neyi bilmek isteyeceğini ve *nasıl* düşüneceğini, *ne* düşündükleri belirler büyük ölçüde. Çoğu hekim ve hasta, hastalık olarak adlandırılmadığı, bir sigorta şirketi tarafından etiketlenmediği sürece hiçbir hastalığın gerçekten var olamayacağına inanmak ister gibi. Uygar bir toplumda, hasta insanlar hasta gibi davranmaya ve dolayısıyla, vergi gelirlerinden finanse edilen hizmetler arcılığıyla, diğer insanlardan destek almaya hak kazanırlar.

8 J.P. Van der Brugh, "The law of sickness insurance in Holland", *BMJ,* 1914: i:1130-4.

9 P. Beljaars ve R. Prins, "Combatting a Dutch disease: recent reforms in sickness and disability arrangements in the Netherlands", ABP World (Hollanda Kamu Sektörü Emekli Sandığı yayını), 1997.

10 C.J. Phillips, C.J. Main, R. Buck, L. Button, A. Farr, L. Havard ve G. Brown, *Profiling the Community in Merthyr Tydfil: Problems, Challenges and Opportunities.* Cardiff: Wellbeing in Work Final Report, Wales Centre for Health, 2006.

11 P. Buijs, R. van Amstel ve F. van Dijk, "Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve co-operation". *Occupational & Environmental Medicine,* 1999: 56:709-13.

12 Working Party, *The Future General Practitioner: learning and teaching*, Londra: Royal College of General Practitioners, 1972.

13 C. Dowrick, C. May, M. Richardson ve P. Bundred, "The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality?" *British Journal of General Practice,* 1996: 46:105-7.

14 A. Howe, "'I know what to do, but it's not possible to do it': general practitioners' perceptions of their ability to detect psychological distress", *Family Practice,* 1996: 13:1227-32.

15 J. Horder, Kişisel görüşme, 2000.

Uygar bir toplumda, her türden hastalığın, herkesin başına gelebilecek bir aksilik olduğunu biliriz. Bu yüzden, en verimli ve en etkin sigorta sisteminin riskleri bir havuzda toplamasını ve maliyeti topluma paylaştırmasını bekleriz: Hepimiz sağlık hizmeti için prim öderiz ve bunun karşılığını asla almayacağımızı umarız. Bunun için görünürde ödememiz gereken bedellerden biriyse, ismi koyulmuş bir hastalığın varlığıdır; kulağa ne kadar akıl dışı gelirse gelsin.

Görünürde kaçınılmaz olan, ancak aslında akıllıca sayılamayacak bu cisimleştirme, çok daha büyük, dünya genelinde egemenlik kurmuş bir eğilimin parçası yalnızca: düşündüğümüz, yaptığımız veya yarattığımız her şeyi, açıkça tanımlanmış sınıflara sokmak ve piyasanın envanterinde yerli yerine koymak. Ürün ve tedavilere yönelik promosyonlar da güçlü bir biçimde destekliyor bu eğilimi. İlaçların, psikotik rahatsızlıkları daha kolay idare edilebilir hale soktuğu kesin. Öyleyse, zihinsel hastalıkların geriye kalan yüzde 90'lık kısmı da, hafifletilmiş bile olsa bir şekilde psikoza benzetildiğinde, ilaç piyasasını on kat büyütmek mümkündür! Davranışlar ve düşüncelerde ortaya çıkan her türlü işlev bozukluğunun bir hastalık sınıfına sokulabileceğine, tamamen insan biyolojisinin ürünü olduğuna ve dolayısıyla, psikoz tedavisine benzer yollar izleyerek, beynin mutsuzluğa, korkuya dair kimyasıyla oynamanın doğru olduğuna inanabilir miyiz gerçekten de?

Kulağa ne kadar yersiz gelse de, hem hekimler hem de halk bu düşünceye hayli rağbet ediyor. Tüm zihinsel hastalıklar, karmaşık, baş etmesi güç ve pek çok zaman da aşılmaz sorunlar yaratır. Böyle bir tablo karşısında, birkaç yudum suyla bir hapı yutmak gibi basit bir çözüme kim olumlu bakmaz ki? Bir reçete yazmak, bir düşünce ya da davranış düzensizliğini keşfetmeye çalışmaktan çok daha az zaman alacaktır. Sayısız insanın bedbahtlaşmasının sorumlusu gibi görünen bir dünyayı değiştirmeye çalışmaktan söz etmiyorum bile. İlaç endüstrisi, toplumsal sorunlara yönelik kimyasal çözümleri teşvik etmek üzere, arkadaş canlısı, dalkavuk ve candan beyin yıkama görevlilerinden oluşan bir ordu barındırıyor bünyesinde. Avrupa Birliği bile, ABD'de olduğu gibi reçeteli ilaç reklamlarının doğrudan halka serbestçe yapılabilmesi yönünde bastırıyor. Böylece, ilaç şirketleri beyin yıkama çalışmalarına direnen ve sayıları günden güne artan hekimleri aradan çıkartıp, her türden zihinsel rahatsızlığa sahip hastalara doğrudan erişebilecek.[16]

Piyasaya çıkan her yeni yatıştırıcı veya antidepresan ilaç, musluğu açtığımızda akması gerekirmişçesine reçetelere giriyor. Her derde deva bu ilaçlar, sonunda etkinliğini yitiriyor ve tıpkı kendilerinden önceki ilaçlar gibi bağımlılığa ve yan etkiye (intihar dahil) yol açıyor. Yüzyıllar içinde, bu madde-

16 Başyazı, "The direct to consumer advertising genie", *Lancet,* 2007: 369:1.

lerin çeşitli türlerini denedik: alkol, afyon, kokain, bromür, barbiturat, benzodiazepin, serotonin geri alımı engelleyiciler vs. Hiçbiri, satanlar açısından muazzam kazançlar yaratmaktan ve iyileşmemizi sağlayacak en önemli araca, beynimize zarar vermekten öteye gidemedi.[17]

1990'larda, ABD'de çocukları da bu piyasaya doğru sürmeye başladılar. Çocukların hemen hemen yüzde 8'ine Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu etiketini yapıştırmaktan[18] ve pek çok başkasını da, yetişkinler açısından bile kuşku taşıyan tedavilere yönlendirmekten çekinmediler.[19] Amerikan piyasası nereye giderse, Birleşik Krallık da onu takip etmekle birlikte, bu yolda biraz daha şüpheci bir tavır sergiliyor.[20] George Dunea, 1991 yılında kaleme aldığı yazısında karmaşık sorunlar karşısında önümüze sürülen bu "mucize" çözümleri tek bir marka altında mükemmel bir şekilde dile getiriyordu: *Nonsenserine*.[21]

Peki ders almayı nasıl öğreneceğiz? İşin daha en başında, tamamen farklı bir yöne, ekonomik yapımızın bağrında gelişen temel nedenlere yüzümüzü çevirmeliyiz. Bunları anladığımızda, değiştirme gücüne de sahip olacağız. İşte bu yüzden, anlamak, akıl sağlığımızı yeniden kazanma yolunda ilk adımımız olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ciddi organik beyin sorunları yaşayan insanlardan elini çekmesi ve tüm bu sorunları kişisel ya da toplumsal deneyimlerin zararlı etkilerine dayandırmak anlamına gelmiyor bu. Psikotik rahatsızlık somut bir gerçektir ve tamamının değilse bile büyük kısmının başlangıcında, beyin kimyasında meydana gelen, biyokimyasal yollarla giderilebilecek bir bozulma yatar. Ancak nüfusun geneline baktığımızda, psikotik rahatsızlıkların küçük ve aşağı yukarı aynı düzeyde kalan bir sorun olduğunu, tüm ekonomilerde benzer şekilde var olduğunu görüyoruz.[22] Eğer her klinik, kendisine düşen ortalama bir düzine psikotik hastanın birinci basamak tedavisini üstlense[23] ve yalnızca pratisyenlerin

17 C. Medawar, *Power and Dependence: Social Audit on the Safety of Medicines*, Londra: Social Audit, 1992.

18 L. Eisenberg, "Commentary with a historical perspective by a child psychiatrist: when 'ADHD' was the 'Brain-Damaged Child'", *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology,* 2007: 17:279-83.

19 S. Timimi, "Antidepressants in childhood are neither effective nor safe", *BMJ,* 2007: 335:751.

20 D.C. Naylor, "Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine". *Lancet* 1995: 345:840-2; S. Rose, "Neurogenetic determinism and the new euphenics", *BMJ,* 1998: 317:1707-8.

21 [İngilizce'de saçma anlamına gelen *nonsense* sözcüğünden türetme – ç.n.] G. Dunea, "Nonsenserine", *BMJ,* 1991: 303:253.

22 J.J. Schwab ve M.E. Schwab, *Sociocultural Roots of Mental Illness – An Epidemiologic Survey*, New York: Springer, 1978.

23 M. King ve I. Nazareth, "Care of patients with schizophrenia: the role of the primary health care team", *British Journal of General Practice,* 1996: 46:231-7.

üstesinden gelemediği sorunları uzman psikiyatrlara sevk etse, ayrıca hastaneler yerine halkın arasında istihdam edilecek psikiyatri hemşirelerinden düzenli destek alsa, şimdi becerebildiğimizden çok daha fazla iş çıkartabiliriz. Elbette, böyle bir yapıda birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla personele ve hizmet içi eğitime ihtiyaç duyulacaktır. Irak ve Afganistan'da işgalin sürmesi nedeniyle Birleşik Krallık'ın karşısına çıkan yıllık 3,3 milyar poundluk maliyetle[24] veya Trident nükleer füzelerinin yenilenme maliyeti olan 15-20 milyar pound ile[25] kıyaslandığında, bu tip hizmetlerin yol açacağı masraflar devede kulak kalacaktır.

Ortalama gelir düzeyinde ve fiziksel sağlığa yönelik önlemlerde önemli bir iyileşme sağlandığında bile toplumun mutsuzluğunu ve işlerlikten uzak tutumunu azaltma konusunda sergilenen bariz başarısızlıkla bağlantılı olan psikoz, zihinsel hastalıkların yüzde 90'lık diğer bölümüne göre çok daha kolay idare edilebilecek bir sorun.[26] Biyokimyasal mekanizmalara bakmayı bir kenara bırakıp, toplumsal nedenlere eğilmeye, bu nedenleri ortadan kaldırmak veya etkisiz kılmak için neler yapabileceğimizi düşünmeye başlamalıyız artık.

Akla pek sığmayan işler yapan, belli bir hastalığı bulunmayan, ancak hasta olduğu konusunda da şüpheye yer bırakmayan bu mutsuz ve korku dolu insanların ortak özellikleri nelerdir? Bu dünyada güvenli veya doyurucu bir yer ya da inanç bulamıyorlar. Gerçi, ne görüşleri, ne de kendisi akıllıca sayılabilecek bir toplum karşısında sergiledikleri tavırlar pek o kadar akıl dışı sayılmaz. 1970'lerden bu yana, sanayileşmenin yarattığı, inşa edilmesi yaklaşık 200 yıl sürmüş sağlam işçi sınıfı kültürünü neredeyse yerle yeksan eden bir toplumsal depremle sarsılmaktayız. İmalat sektörünün 1980'lerde yaşadığı büyük yıkımın ve bir değerli kağıt ekonomisine geçişin sonucu olarak, örneğin 2005 yılında, Birleşik Krallık mal ticaretinde yıllık 67 milyar pound kayba uğradı. Birinci Dünya Savaşı öncesinde başlamış bir süreci hızlandıracaktı bu tablo. Başımızdakiler, ülke ne zaman bir barış dönemine girse, üretimi zayıflatıp mali hizmetleri desteklemeye yöneldiler. Üretim, araştırma ve teknoloji alanlarındaki büyük yatırımlar genel olarak savaşlar için veya savaşlara hazırlık amacıyla gerçekleştirildi. Ara dönemlerde ise, kendilerine en büyük kârları sunan alana, Londra'daki, Wall Steet'teki ve diğer finans kumarhanelerindeki kağıt işlemlerine yöneldi yatırımcılar.

Peki, bunların akıl sağlığımızla veya zihinsel refah düzeyimizle nasıl bir bağlantısı var? Endüstriyel bağımsızlığımızın temelini oluşturan imalat ma-

24 H. Siddique, "Cost of Afghanistan and Iraq operations soars", *Guardian*, 10 Mart 2008.

25 http://ww.quaker.org.uk

26 R. Layard, "Happiness: has social science a clue?", Lionel Robbins Anma Desleri, 2002/3, London School of Economics.

kineleri sektörünün 1980'lerde fiili olarak ortadan kaybolmasına hükümet tarafından izin verilmesinden sonra, üretim sektörünün serbest düşüşe geçtiğini görüyoruz.[27] Üç çocuğumun, Glyncorrwg adlı kasabadaki okul arkadaşları olan altı çocukla birlikte 1980 dolaylarında çekilmiş bir fotoğrafı var elimde. Takip eden 10 yıllık dönemin büyük bölümünü hepsi de işsiz geçirecek, bir tanesi kendi genç karısı tarafından öldürülecekti bu çocukların.

Birer madenci veya çelik işçisi olan babaları, patronlarına kâr getiren varlıklar olarak, toplumun faydalı bulduğu kişilerdi. Ancak oğulları iyi birer kâr kaynağı değildi artık ve dolayısıyla yararsız varlıklara dönüşmüşlerdi. Sonraki on yıllık görev süremde, 16-24 yaş grubundaki gençler arasında işsizlik oranı asla yüzde 60'ın altına düşmedi. Sürekli alçalıp yükselen bir uyuşturucu ve alkol bağımlılığı sorunuyla ve 1930'ların açlık yıllarında bile görülmemiş bir moral bozukluğuyla baş etmek zorundaydık. 1961 yılında Londra'dan Galler'e taşındığımda, Port Talbot'taki devlete ait çelik tesislerinde yaklaşık 15.000 işçi çalışmaktaydı. Bugün, üç kat daha düşük miktarda çelik üretimi yapan ve Hindistan merkezli Tata şirketinin mülkiyetinde bulunan bu tesislerde istihdam edilen işçi sayısı 3.000'in altında. Geçmişi 1904'e kadar uzanan Tata, aydınlık yönetim geçmişiyle dikkat çekiyor: Birleşik Krallık'ta çelik işçileri günde 12 saat çalışmak zorundayken, 1912 yılında Hintli işçiler için 8 saatlik işgününü getirdiler. Ne var ki, bir Hintli çelik işçisi, Birleşik Krallık'taki meslektaşlarına göre yüzde 88 daha az kazanıyor bugün. Fabrikanın sahipleri, çok daha düşük ücretle çalışacak daha az sayıdaki işçiyle daha fazla üretim yapılabileceğine karar verdiğinden beri, Port Talbot korku içinde yaşıyor. Çelik endüstrimizin ve ona bağlı yerel yan sanayinin bir enkaz gibi çürümeye terk edilmesi Tata'nın ilgilendiği bir sorun değil elbette.

Kamuoyu tartışmalarının gündemini belirleyen kitle iletişim araçları dahil, sahibi oldukları veya denetim altında tuttukları şeylerin rantıyla geçinen kişiler, ne kadar işe yaradıklarına göre değer biçerler insanlara. Topluma veya insanın kendisine sunulan faydadan değil, üzerinde yaşadığımız dünyanın büyük bölümünü mülkiyeti altında bulunduran bir avuç milyarderin işine yaramaktan söz ediyoruz burada. İnsanlar, kullanılmak için yaşar! İhtiyaç duyulduğunda her şeyi yaratabilecek, duyulmadığında ise boş boş oturup bekleyebilecek, gerektiğinde ıskartaya ayrılabilecek, esnek bir işgücü ordusudur onlar. İnsanlar, üreten bir varlık olmaktan kaynaklanan değerlerini ve yüceliklerini yitiriyorlar. Tüketim düzeylerine göre biçiliyor artık değerleri. Ne tür yeteneklere sahip olursanız olun, on yıl sonra size ihtiyaç duyup duymayacaklarını asla bilemezsiniz. Bir zamanlar her türlü olasılıkla

27 R. Lloyd-Jones ve M.J. Lewis, *Alfred Herbert Ltd and the British Machine Tool Industry, 1887-1983*, Londra: Ashgate, 2006.

baş edebilecek güce sahip olan bir insanın, bir kez değerini yitirmeye görsün, hiç aklından geçmemiş zayıflıkların kurbanı haline gelebileceğinden şüphe mi duyuyorsunuz yoksa?

Richard Inglehart, maddi refah ile mutluluk arasındaki bağlantıyı incelemek üzere, 1990'larda dünyanın dört bir yanından sosyologları ortak bir çalışmaya dahil etti.[28] Tahmin edilebileceği gibi, yıkılmış sosyalist toplumların enkazında, hem moralsiz, hem de beş parasız debelenenler, en mutsuz ülkeler arasında öne çıkıyordu: Moldova, Belarus, Ukrayna, Rusya. En mutlu ülkelerin çoğunluğunda ise kişi başına gelir düzeyi 15.000 doların üzerindeydi. Değişen miktarda devlet müdahalesinin gözlendiği kapitalist ekonomilere sahipti bu uluslar. Ancak 15.000 dolar eşiğinin üzerine çıkıldığında, refah düzeyi ile mutluluk arasında net bir ilişkiye rastlamak mümkün olmadığı gibi, kültürün bireyci veya kolektivist yapıda olması da belirgin bir fark yaratmamaktaydı. Çalışma, 1946 ile 1996 arasındaki dönemde ABD'de gerçekleşen refah artışının, 1956'dan itibaren mutluluğa katkı yapmamaya başladığını ortaya koyuyordu. O dönemden sonra mutluluk düzeyi yavaş yavaş gerilemiş, bu arada eşitsizliklerse derinleşmişti.

Birleşmiş Milletler İnsani Gelişim Raporu'na göre, dünyamız 1996 yılında 358 adet dolar milyarderi barındırmaktaydı. Bu kişilerin toplam serveti, dünya nüfusunun en yoksul yüzde 45'lik dilimini oluşturan 2,3 milyar kişinin yurdu olan ülkelerin toplam gelirlerinden fazlaydı.[29] Klasik iktisatçılar, Birleşik Krallık Çalışma Bakanlığı ve muhalefetteki Muhafazakâr Parti, bu tabloyu faydacı söylemlere başvurarak temize çıkarmaya çalışıyorlar. Onlara göre, hırsla beslenen bir ekonomi, mümkün olan en fazla sayıda insan için azami fayda sağlıyor ve refahın akıl dışı bir şekilde bölüştürülmesi de, dünya üzerinde şimdiye dek görülmüş en mutlu toplumları yaratıyor. Bunun ötesine geçmenin ne akıllıca ne de mümkün olduğu kanısındalar. Payımıza düşen mutsuzluğu kaçınılmaz sayıp kabullenmeli ve rekabetçi toplumumuzda tutunamayan insanlara daha fazla psikiyatrik yardım sunmaya çalışmalıymışız. İşçi Partisi'nden Lordlar Kamarası üyesi Profesör Richard Layard da, işte bunun yapılması için Birleşik Krallık'ta 250 yeni bilişsel psikoterapi merkezinin kurulması gerektiğini söylüyor.[30] Bilişsel psikoterapi her derde deva olmamakla birlikte, en az diğer ilaçlar kadar işe yarayabiliyor.[31]

---

28 R. Inglehart ve H-D Klingemann, "Genes, Culture, Democracy and Happiness", E. Diener ve E.M. Suh (der.), *Culture and Subjective Well-being* içerisinde, Cambridge Mass.: MIT Press, 2000.

29 Mahbub ul Haq ve Richard Jolly (der.), *Human Development Report 1996*, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, New York: Oxford University Press, 1996.

30 R. Layard, "Mental illness is now our biggest social problem", *Guardian*, 14 Eylül 2005.

31 J. Holmes, "All you need is cognitive behaviour therapy?" *BMJ,* 2002: 324:288-90; N. Tarrier, "Commentary: yes, cognitive behaviour therapy may well be all you need", *BMJ,* 2002: 324:291-2; N. Bolsover, "Commentary: the 'evidence' is weaker than claimed", *BMJ* 2002: 324:292-3.

Peki nedir bu bilişsel psikoterapi? Zihinsel rahatsızlıkları, insanların kendi yaşamlarını anlamasını ve yaşamlarıyla dünya arasındaki ilişkileri kavramasını, yani hastanın dünyayı anlamlandırmasını sağlayarak tedavi ediyor. Bir insan topluluğunun, nasıl olup da bir anda içinde yaşadığı toplumun işine yaramaz hale gelebildiğini anlamak da bu terapiye dahil olmalı kuşkusuz. 2,3 milyar insanın vatanı olan ülkelerin toplamı kadar servete sahip 358 milyarderin neden dizginleri elinde tuttuğu ve servetin nasıl kazanılacağı ya da harcanacağı konusunda nasıl olup da tüm hükümetlerden daha fazla söz söyleyebildiği de öyle. Atalarımızın bize miras bıraktığı siyasi kavrayışı yeniden keşfetmek zorundayız. Onlar bunun için savaştılar ve kazandılar; bizse savaşmayı bıraktık ve yitirdik. Birleşik Krallık'ın İşçi Partisi hükümeti Ticaret Bakanı John Hutton, 2008'de şöyle diyordu:

> Yüksek maaşların ahlaki açıdan doğru olup olmadığını sorgulamak yerine, bu ülkede insanların bu büyük başarılara ulaşabiliyor oluşunu kutlamalıyız. Bu başarıyı sınırlamak yerine, neden daha fazla insanın benzer koşullara sahip olmadığını sorgulamalıyız. Kimsenin geride bırakılmaması yolundaki kapsamlı hedefimiz, kimsenin ileri gitmesine izin verilmemesi şeklinde anlaşılmamalıdır.[32]

Eğer bir toplumun tamamen milyarderlerden oluşabileceğine inanırsak, işte o zaman gerçekten çıldıracağız. Mutluluk, huzur ve akıl sağlığı ya da her nasıl adlandırıyorsanız, yaratıcı çalışmaya ve iyi bir çevreye, başkalarından gördüğümüz saygıya ve yakınlığa bağlıdır. Üstelik bunları değiştirmek de elimizde. İnsanlar, toplumsal bakımdan ortak bir faydalı ve saygın amaca hizmet etmek isterler. Böylece başkaları için değerli hale gelirler ve yaşamlarının sonunda bir şeyler başardıkları hissini tadarlar. Tüm ahlaki sorumlulukları piyasanın kararlarına terk eden bir ekonomik sistem, yani kapitalizm, antik kültürlerde ve dinlerde hâlâ mevcut olan insani sorumluluk duygularının zayıf kalıntılarını bile tehdit ediyor ve normal bir beyne sahip insanları korkuya, kara karışıklığına, umutsuzluğa, yıkıcı davranışlara itiyor.

Başarının ön koşulu olarak gördüğümüz ekonomik ve toplumsal gelişmişlik düzeyinin bulunmadığı bir ortamda sosyalist bir toplumun inşası yolunda insanlığın beceriksizce verdiği ilk sınavın öyle ya da böyle, tümüyle başarısızlıkla sonuçlandığı doğru. Neden, sadece zengin ülkelerin bu başarısızlık için ellerinden geleni yapması değildi; yeni bir bölüşüm toplumuna doğru atılacak bir sonraki adım için gerekli süper-üretkenliğin henüz yaratılmadığı bir toplumsal gelişim düzeyinde doğal olarak var olan temel kusurlardı. Şimdi ise, sözünü ettiğimiz bu süper-üretkenlik potansiyeline sahibiz. Eğer bu potansiyelin sadece yeni silahların ve yeni milyarderlerin yaratılması

32 P. Wintour, "Celebrate huge salaries, minister tells Labour", *Guardian*, 10 Mart 2008.

yolunda kullanılmasına izin vermeyi sürdürürsek, kazanacağımız tek şey, gelecek kuşakların nefreti olacaktır.

Önceki ekonomik sistemler ve kültürlerde, daha fazla servet üretebilmek için mutlaka daha fazla insana ihtiyaç duyulmaktaydı. Kapitalizm, tarihte ilk kez, daha az sayıda insanla daha fazla üretim yapmayı kitlesel ölçekte mümkün kıldı. Şimdi, bu sürecin sonlarına yaklaşmaktayız. Tüm gelişmiş ekonomilerde, mal üretiminde kol gücüne dayalı emeğin büyük bölümü gerekli olmaktan çıkıyor. Bu kişilerin işlerinden geriye kalansa, tarımsal üretimden kopartılmış, daha büyük ve daha ucuz emek ordularına sahip olan az gelişmiş ekonomilere kaydırılıyor. Dünyada 6,7 milyardan fazlayız ve büyük çoğunluğumuz, er ya da geç bu amansız ihtiyaç fazlası haline gelme sürecine girecek.

Bu nihai aşamada insanlar hâlâ değer taşıyor; ancak sadece tüketiciler olarak. Üretim çağında, ülkemizi koruma yolunda görevimizin daha fazla çalışmak, daha az harcamak ve daha çok tasarruf yapmak olduğu söylenirdi. Üretimin bir kenara bırakılmasıyla, görevimiz de değişecekti: ülkeyi korumak için yine daha çok çalışmak zorundaydık, ancak bu kez, başka bir yerde bizim işimizi daha ucuza yapan birileri ortaya çıkıncaya kadar. O andan itibaren, görevimiz sadece harcamaktı. Uzaklardaki yoksul insanların ürettiği malları satın almalıydık. Peki, bu malların bedelini nasıl ödeyecektik? Borç alarak; tefecilerden ve Londra'daki spekülatörlerden oluşan, her nasılsa kâğıt üzerinde servet yaratmayı başaran, dizginlerinden salınmış bir endüstriyi destekleyerek. Sonuçta, hane başına düşen borç miktarı, Birleşik Krallıkta'da harcanabilir gelirin yüzde 40 üzerine çıkacaktı (ABD'de yüzde 20).[33] Şimdi bankalar çöktü; daha çoğu da çökecek. Wall Street ve Londra kumarhaneleri, sermayeye toplumsal denetimden uzak bir şekilde at koşturma izninin verildiği bir önceki sefere göre daha da derin bir krize gömülmüş durumda. 1929'da, insanlar gerek üretici, gerekse tüketici olarak taşıdıkları değerin bir anda sıfırlandığını görmüşlerdi. Sonrasında ise bir karabasan çöktü dünyanın üzerine.

Şimdi, normalde akla gelmeyecek bir soruyu gündeme taşıyor bu tablo: "İnsan ne için yaşar?" Mutsuzluğumuzun büyük kısmı, deliliğimizin ise bir bölümü, kapitalist toplumun bu soruya tutarlı ve sağlam bir yanıt verememeyişinden kaynaklanıyor. Zihinsel hastalıklarla ilgili genellemeler yapmak tehlikelidir, fakat şunu söyleyebilirim ki, bu hastaların, beyin işlevlerinde herhangi bir kimyasal bozukluk taşımayan yüzde 90'lık bölümünün ihtiyaç duyduğu şey biyokimyasal kurcalamalar değil, dünyamızı ve kendilerinin bu dünyayla ilişkilerini kavramaktır. Böylece, hepimiz için daha iyi bir gelecek

33 F. Lordon, "The market in worse futures", *Le Monde Diplomatique,* Mart 2008: 2-3.

kurma yolunda etkin bir yer edinmeye başlayabilecekler. Ana kaçış yolumuz, akıl dışı olan her şeye karşı yürütülen mücadeleye katılmak olmalıdır. Bu, bugünden yarına yeni bir toplum oluşturma mücadelesi değil, çocuklarımız ve torunlarımız için kurulacak yeni bir toplumun inşasına omuz vermek, şüpheci bir alçakgönüllükle yol alırken bir yandan da öğrenmeye çalışmaktır.

Yaklaşık otuz yıl süren siyasi kavrayış eksikliğinden başımızı kaldırma cesaretini göstermeli, daha önceleri mümkün olmayan bir derinlikte ve yaygınlıkta toplumsal ve nesnel temeller üzerinde yükselen gerçek katılımcı demokrasi fikrini bir kez daha keşfetmeliyiz. Bir yanda mutsuzluğun, öbür yanda da bu mutsuzluktan kurtulmayı sağlayabilecek maddi yeterliklerin uç noktalara ulaştığı böylesi bir dünyada, bu saçma durumu sona erdirme yolunda bir şeyler yapmazsak nasıl mutlu olabiliriz? Toplum olarak akıl sağlığımızı geri kazanmanın tek yolu budur. Sadece zihinsel hastalık etiketini taşıyanlar değil, hastalığının ve hastalık nedenlerinin henüz farkında olmayanlar için de gereklidir bu.

Her ne yaparsak yapalım, bilgiyi ve bilimsel kanıtı temel alan, akıl yoluyla dengeli bir bölüşüm sağlayan bir ekonomi kurabilme yolunda ileri doğru atacağımız ilk adım bu olmalıdır. Gerçek zenginlik arkasından gelecektir.

NOTLAR

Bu makale, 29 Nisan 2008 tarihinde, NHS Galler Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin Cardiff Belediyesi'nde düzenlediği Akıl Sağlığı Konferansı'nda yapılan açılış konuşması esas alınarak hazırlanmıştır.

YAZARLAR HAKKINDA

Robert Albritton, Toronto, York Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi'nde onursal profesör.

Kalman Applbaum, Milwaukee, Wisconsin Üniversitesi'nde tıbbi antropoloji dersleri vermektedir.

Hugh Armstrong, Ottawa, Carleton Üniversitesi Sosyal Hizmetler Okulu ve Kamu Politikaları ve Yönetimi Okulu'nda profesör.

Pat Armstrong, Toronto, York Üniversitesi Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Araştırmaları'nda CHSRF/CIHR (Kanada Sağlık Hizmetleri Araştırma Vakfı / Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsü) başkanı ve sosyoloji profesörü.

Sanjay Basu, San Francisco, Kaliforniya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve San Francisco Tam Teşekküllü Hastanesi'nde hekim.

David Coburn, Toronto Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu'nda profesör.

Hans-Ulrich Deppe, Frankfurt, J.W. Goethe Üniversitesi'nde tıp sosyolojisi ve sosyal tıp profesörü.

Julie Feinsilver, Washington, Latin Amerika Çalışmaları Merkezi'nde konuk araştırmacı ve bağımsız danışman.

Marie Gottschalk, Philadelphia, Pennsylvania Üniversitesi'nde siyaset bilimi profesörü.

Julian Tudor Hart, Galler, Swansea Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi ve emekli aile hekimi.

Lesley Henderson, Batı Londra, Brunel Üniversitesi Medya, Küreselleşme ve Risk Merkezi direktör yardımcısı, Sosyoloji ve İletişim öğretim görevlisi.

Christoph Hermann, Viyana, Çalışma Yaşamı Araştırma Merkezi'nde (FORBA) araştırmacı.

Meri Koivusalo, Helsinki, Finlandiya Ulusal Refah ve Sağlık Araştırmaları ve Kalkınma Merkezi (STAKES), Küreselleşme ve Sosyal Politikalar programı kıdemli araştırmacısı.

Rodney Loeppky, Toronto, York Üniversitesi'nde siyaset bilimi doçenti.

Maureen Mackintosh, Londra, Açık Üniversite'de iktisat profesörü.

Mohan Rao, Yeni Delhi, Jawaharlal Nehru Üniversitesi Sosyal Tıp ve Toplum Sağlığı Merkezi başkanı ve hekim.

Paula Tibandebage, Tanzanya, Darüsselam, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Vakfı'nda kıdemli araştırma görevlisi ve bağımsız araştırmacı.

Shaoguang Wang, Hong Kong Çin Üniversitesi, Devlet ve Kamu Yönetimi Fakültesi'nde kürsü profesörü.

Sağlığı bir kâr alanına dönüştürmek isteyen sermaye güçleri ile herkes için eşit sağlık hakkı için mücadele veren, bu alandaki kazanımları korumaya çalışan halk güçleri arasındaki kavganın şiddetlendiği bir süreçte, *Socialist Register*, kapitalist sistemde sağlığı şekillendiren tarihsel, ekonomik, toplumsal ve siyasi etmenlere eğiliyor. Bu kapsamda, ilaç tekellerinin siyaset ve sermaye birikimi stratejileri; küresel gıda endüstrisi eliyle bir yanda açlığın, öte yandaysa obezitenin üretilişi; kapitalizm ve zihinsel hastalıklar; ve televizyondaki tıp; bir pembe dizi olarak sağlık hizmetleri gibi konular ele alınıyor. Sorunun farklı ülkelerdeki görünümleri ele alınırken sağlık hizmetleri alanındaki Küba ve Çin gibi farklı deneyimler özel olarak masaya yatırılıyor. *Socialist Register 2010*, sağlığın piyasalaştırılması saldırısına karşı emekçilerin verdiği mücadelenin, önümüzdeki dönemde sağlık hizmetlerini şekillendirecek ana etmen olacağını ortaya koyuyor.

Yordam Kitap

22 TL. KDV DAHİL

ISBN 978-605-5541-22-4

SOCIALIST REGISTER 2010 • KAPİTALİZMDE SAĞLIK

socialist register 2010

hazırlayanlar: **Leo Panitch-Colin Leys**

İngilizceden çeviren: Umut Haskan

kapitalizmde sağlık

sağlıksızlık semptomları



2. basım

Yordam Kitap