GAVIN MOONEY • ULUSLARIN SAĞLIĞI

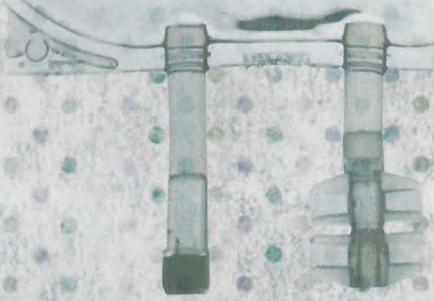
Gavin Mooney

ULUSLARIN SAĞLIĞI

Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru

Vicente Navarro'nun önsözüyle

İngilizceden çeviren: Cem Terzi



Yordam Kitap

Gavin Mooney

Kırk yıl boyunca sağlık ekonomisti olarak çalıştı; İskoçya, İskandinavya, Güney Afrika ve Avustralya'da akademik görevlerde bulundu. Dünya Sağlık Örgütü'ne ve OECD'ye danışmanlık yaptı. Son yıllarda, özellikle yoksulluğun ve eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkilerine, neoliberalizmin toplumdaki iktidar yapılanması ve sağlık sistemi üzerindeki etkilerine odaklanmıştı. Bu konulardaki düşüncelerini 2009'da yayımlanan *Challenging Health Economics* isimli kitabında toplamıştır. Yayınlanmış 20'den fazla kitabı mevcuttur. Son yıllarda yaşamını sürdürdüğü Avustralya'da Tazmanya adasında 12 Kasım 2012 tarihinde öldü.

Cem Terzi

Tıp doktoru ve aktivist. Prof. Dr. Terzi, halen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Kolorektal Cerrahi Bölümü'nde çalışmaktadır. Akademik özgürlüğü ve toplum sağlığını korumak için yola çıkan Onurumuzu Savunuyoruz Hareketi'nin kurucusu ve sözcüsüdür. *Tıp Eğitimi: Toplum Sağlığına Bir Köprü* (2001) adlı kitabın yazarı ve *Doğa, Toplum ve Bilim - Onur Hamzaoğlu Olayı* kitabının (Emel Yuvayapan ve Erkin Başer ile, 2013, Yordam Kitap) hazırlayanlarındandır.

Eserin orijinal adı:
The Health of Nations
Towards a New Political Economy
(2012, Zed Books, Londra)



Ulusların Sağlığı

Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru

Gavin Mooney

Vicente Navarro'nun Önsözüyle

İngilizceden Çeviren
Cem Terzi

Yordam Kitap: 206 • **Ulusların Sağlığı** • **Gavin Mooney**
ISBN-978-605-4836-55-0 • *Düzeltme*: Enes Kaya • *Kapak Tasarım*: Savaş Çekiç
Sayfa Düzeni: Gönül Göner • *Birinci Basım*: Şubat 2014
© Gavin Mooney, 2012; © Yordam Kitap, 2013

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

Ulusların Sağlığı

Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru



Del'e

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR 15
ÖNSÖZ 19

I. KISIM: GİRİŞ 23

Giriş: Neoliberalizm Öldürüyor 25

II. KISIM: DURUM NEDEN BU KADAR KÖTÜ? 37

1 Sağlık Hizmeti Politikaları Neden Kötü Gitti? 39
2 Sağlık Politikaları Neden Yetersiz? 52
3 Neoliberalizmin Sağlıkta, Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık Ekonomisinde Yarattığı Hastalık 66
4 Neoliberalizm, Küresel Kurumlar ve Sağlık 81

III. KISIM: ÖRNEK DURUM ÇALIŞMALARI 95

5 ABD: 'Sosyalleştirilmiş' Sağlık Sistemi Korkusu 97
6 Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi ve Piyasa 111
7 Güney Afrika, Neoliberalizm ve HIV/AIDS 120
8 Avustralya ve Kurbanı Suçlama 134
9 Yerel Toplum Karşısında Şirketler 144
10 İlaç Endüstrisi 155
11 Neoliberalizm ve Küresel Isınma 165

IV. KISIM: ÇÖZÜMLER 177

12 Teorik Çözümler: Komüniteryan Talepler 179
13 Sağlık Hizmetinde Çözümler 191
14 Daha Genel Olarak Toplumsal Çözümler 204

V. KISIM: DURUM NASIL DÜZELTİLEBİLİR? 215

15 Kerala: Toplum Katılımı 217

16 Küba Sağlık Sistemi ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: ABD İçin Fazla mı İyi? 228

17 Venezüella: Güç Toplumda 239

VI. KISIM: SONUÇ 249

Sonuç: Değiştirebilir miyiz? 251

KAYNAKLAR 258

EK 273

Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı 275

KAYNAKÇA 318

Ulusların Sağlığı için yazılanlardan

"Günümüzün yanlış ekonomi politiği yüzünden sağlık sistemlerimizde ortaya çıkan pek çok sorun üzerine acı ve derinlikli bir kitap. Zed Yayınları'nın geleneğine uygun olarak keskin biçimde kaleme alınmış ve bilgi dolu!"
Gita Sen

"Eşitsizlik; varlıkta ya da güçte eşitsizlik, toplumların daha iyi sağlık taleplerini desteklemek üzere gösterdiğimiz bütün çabaları boşa çıkarmaktadır. Mooney neoliberalizmin varsayımlarına karşı çıkmakta ve ayrıntılı olgusal örnekler üzerinden sağlık hizmeti karar süreçlerine gerçek toplum katılımı ile neler yapabileceğimizi, durumu nasıl iyileştirebileceğimizi göstermektedir."
Stephen Leeder

"Pek çok sosyal bilimci ve aktivist, uzun zamandır sağlık hizmetini piyasa –sözde şirketlerin gücünden etkilenmeyen piyasa!– ile ilişkilendiren paradigmadan bıkmış durumdadır. Mooney bu kitapta büyük şirketlerin ve onların müşterileri pozisyonundaki hükümetlerin kötülüklerini gözler önüne sermekle kalmıyor, aynı zamanda ilkeli ve akılcı bir komüniteryan yaklaşımla nelerin başarılabileceğini gösteriyor. Sağlık hizmeti konusunda sadece hastane yöneticilerinin veya sağlıkçıların değil hizmet edilen halkın endişelerinin dinlenmesinin önemini vurguluyor."
Amiya Bagchi

Teşekkür



Bu kitabı yazmak, yaşamımdaki en ilginç deneyim oldu. Başlamadan önce, ilgi alanımdaki konuların pek çoğu hakkında bir fikrim vardı kuşkusuz. Başka türlü olamazdı zaten. Buna rağmen, kitap için araştırma yaparken keşfettiğim bazı konular beni dehşete düşürdü. Başlangıçta dünyanın, sağlık sorunları ile nasıl baş edemediğine odaklanmıştım. Daha sonra bir ekonomi politik duruş tanımlamaya çalıştım ve bu sayede gerçeklerin çok daha çarpıcı ve açık biçimde farkına vardım. Dünyamız kaynaklar açısından çok zengin. Ancak aynı zamanda sarsıcı biçimde eşitsiz ve adaletsiz.

Bu gezegenin nasıl kullanıldığına dair ekonomik yapısal meseleler üzerine araştırma ve tartışmalar oldukça yetersizdir. Oysa, özellikle insanlığın büyük bir kısmının açıkça çok kötü yönetildiği düşünüldüğünde bu konu önemlidir. Gezegenin kötü kullanıldığının en açık örneği, küresel ısınmadır. Öte yandan ilaçları üretim ve dağıtım biçimimiz, demokratik olmayan 'küresel' kurumlarımızdaki entrikalar, hükümetlerin şirketleşmesi de yozlaşma ve düzenbazlığa verilecek örnekler arasındadır. Uzmanlık dalım olan sağlık ekonomisi alanında daha iyi bir dünya kurmak üzere pek bir şey yapılmamış olmasına da üzüldüm. Eğer meslektaşlarımı bazı eleştirilerimle üzeceksem

onlardan burada özür dilememe izin verin lütfen. Yapmaya çalıştığım, daha iyisi için hepimizi uyarmaktan ibaret.

Bazı yerlerde tıp mesleğini de ağır bir şekilde eleştirdim. Aslında bu mesleğe ve hastalarına yardım etmek için her gün binlerce sorunla mücadele eden hekimlere büyük saygım var. Benim sorun ettiğim konu ticari tıp ve tabip birliklerinin politikalarıdır.

Bu kitabı oluşturan fikir ve düşüncelerin pek çoğu çeşitli yerlerden, insanlardan toplanmıştır. Jon Ataguba, Amiya Bagchi, David Coburn, Dennis Eggington, Bob Evans, Karen Gerard, Lucy Gilson, Geoff Harcourt, Steve Jan, Uffe Juul Jensen, Ivar Sonbo Kristiansen, Steve Leeder, Miles Little, Maureen Mackintosh, Alan Maynard, Di McIntyre, Michael Moodie, Narayana, Vicente Navarro, Jan Abel Olsen, Tom Rice, Glenn Salkeld, Jes Sogaard, Ted Wilkes, Virginia Wiseman ve Alex Wodak kendilerinden çok şey öğrendiğim kişilerdir. Hepsine teşekkür ederim.

Teşekkürlerimi şimdi de başka bir düzeye taşımak istiyorum. Pek çok insan gibi ben de başkalarından ilham alırım. Bu kitabı yazarken daha iyi bir dünya kurmak için küçük yollar açan fikirlere kulak verdim. Daha iyi bir dünya için uğraşmakla kalmayıp bunu başaran dostlarımdan, çalışma arkadaşlarımdan ilham aldım. Bu nedenle Amiya Bagchi, Nkwame Cedile, Dennis Eggington, Bob Evans, Uffe Juul Jensen, Di McIntyre, Michael Moodie, Grant Mooney, Rachel Mooney, Narayana, Vicente Navarro, Tinashe Njanji ve Alex Wodak'a çok teşekkürler.

Zed Yayınevi'nden Ken Barlow harikaydı. Benim başlangıçtaki bazı fikirlerimin okunabilecek, faydalı bir kitaba dönüşebileceğine inanan odur. Beni örnek olgular üzerine düşünmeye itti. Yazar olarak bundan yararlandım. Umarım okuyucular için de faydalı olur. Harika bir editörlük yapmakla kalmadı, bazı

berbat cümlelerimi de düzeltti. Teşekkürler Ken. Düzeltmenim Mike Kirkwood kitabı sadece elden geçirmedi, kitabın ruhuna uygun harika bir çalışma gerçekleştirdi.

En çok borçlu olduğum kişi ise bu kitabı yazmam için bana gerçek bir ilham kaynağı olan eşim Del Weston'dur. Sürekli destekleyici ve cesaret verici olan Del, ben bu kitabı yazarken küresel ısınmanın ekonomi politiği üzerine doktorasını yapıyordu. Ondan küresel ısınma ve ekonomi politik konusunda çok şey öğrendim. Sanırım nasıl destek olunacağına ve inandığın bir konu için nasıl savaşılacağına dair pek çok şey de öğrendim. Del, sen korkusuz bir savaşçısın. Teşekkürler tatlım.

Önsöz



Vicente Navarro

Büyük uluslararası kuruluşların ve 'gelişmiş ülkeler' denen ülkelerdeki hükümetlerin izledikleri kamu politikalarının sonuçlarına tanıklık ettiğimiz günleri yaşıyoruz. Bu politikalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Başkan Ronald Reagan ve Birleşik Krallık'ta Başbakan Margaret Thatcher tarafından başlatıldı, ardından pek çok hükümet tarafından takip edildi ve nihayet Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB), Avrupa'da ise Avrupa Merkez Bankası, Avrupa Komisyonu ve Avrupa Konseyi tarafından yeniden üretildi. Bu politikaların temel özellikleri, finans, ticaret ve emek piyasalarının kuralsızlaştırılması, buna karşılık olarak ücretlerin düşürülmesi, sosyal koruyucu mekanizmaların zayıflatılması ve kamusal hizmetlerin özelleştirilmesidir. Başkan Ronald Reagan'ın belirttiği üzere "hükümet çözüm değil tam tersine sorundur"! Bu devlet karşıtı pozisyonun son derece seçici olduğunun ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra uygulanmaya başlanan, bütün dünyada milyonlarca insanın yaşam düzeyini yükselten kamusal ve sosyal programları yok etmeyi özellikle hedeflediğinin altının çizilmesinde yarar var. Buna karşılık, devlet, kendisini devam

ettirebilmek için savaşlara gereksinim duyan askerî endüstri ve yakın zamanda Kuzey Atlantik'in her iki tarafında hükümetlerin finans merkezlerinin büyük iflaslarına yol açtığına tanık olduğumuz spekülatif finans dünyası gibi parazit kurumlara büyük yardımlar sağlayan bir yapıya dönüştü. ABD ve Avrupa Birliği (AB), bugün içinde olduğumuz ve Büyük Depresyon'a dönüşebilecek durgunluktan (resesyondan) sorumlu çok sayıda finans kurumuna büyük miktarlarda para transfer ettiler.

Bu politikalar –genellikle neoliberalizm olarak anılır– gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde insanların refahı, yaşam kalitesi ve sağlığı üzerinde çok büyük olumsuz etkilerde bulundu. Eşitsizlik eşi görülmemiş bir düzeye ulaştı. Bugünküne benzer bir gelir ve varlık eşitsizliğini görmek için ancak Büyük Depresyon öncesi, yirminci yüzyılın başlangıç günlerine geri dönmek gerekir. Eşitsizliğin sadece ülkeler arasında değil her bir ülkenin kendi içinde de oluştuğunun altını çizmeliyim. Bu neoliberal politikaların yoksul sınıfların refahı, yaşam kalitesi ve sağlığı üzerindeki etkileri özellikle yıkıcı olmuştur. Aslında daha da şaşırtıcı olan, bütün bu olumsuz sonuçlara rağmen, hükümetlerin inatla bu politikaları uygulamayı sürdürmesi ve kemer sıkma politikalarını uygulamalarının temel ilkesi ve merkezi haline getirmesidir.

Bu gerçeğin farkına varılması, genellikle sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan alana yönelik ilgi artışını açıklamaktadır. Bu, gerçekten gerekli ancak yetersiz bir adımdır. Bilim insanlarının bunun bir adım ötesine geçerek neoliberalizmin politik içeriğine, sonuçlarına ve olası çözümlere bakmaları gerekir. Özellikle dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı bölgelerde konu aciliyet taşımaktadır. Aslında neoliberal politikalar altında çok uzun zamandır ezilen dünyanın bu bölgelerinde neoliberalizmden kurtulmaya yönelik yeni gelişmeler yaşanmakta ve değişim başlamaktadır. Bu deneyim-

ler hakkında bir an önce bilimsel çalışmaların yapılması, bu ülkelerdeki değişimin diğerleri ile ilgisinin anlaşılabilmesi için özellikle gereklidir.

Bu kitap, *Ulusların Sağlığı*, bu yeni ihtiyaca yapılmış olumlu bir katkıdır. Akademik jargondan uzak, açık ve özlü bir üslupla günümüz dünyasında neler olup bittiğini, bunların kaynağının neler olduğunu, sağlığı ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini büyük bir titizlikle açıklamaktadır. Ayrıca önemli ve tutarlı çözümler önermektedir.

Okuyucu kitabı ilk sayfasından son sayfasına kadar elinden düşürmeden okuyacaktır. Bu önemli kitap, günümüz dünyasındaki büyük baskı ve sömürüyü örtmeye çalışan devasa ideolojik yapıyı boşa çıkarabilmek için gerekli bilgileri içermektedir.

Prof. Gavin Mooney, bu kitabı yazabilecek en uygun isimdir. Dr. Mooney uluslararası alanda, bilimsel titizliği ve disiplinini, insanların sağlığı ve refahını iyileştirmeye adanmış inatçılığı ile birleştirmiş biri olarak tanınır. Bu kitap, sadece gündeme oturmakla kalmayacak, bir klasik haline gelecektir. Dünyamızı değiştirmek için onu tam olarak anlamayı amaçlayan mevcut yazın içinde, kuşkusuz önemli bir başvuru kaynağı olacaktır.

I. KISIM

GİRİŞ



Giriş

Neoliberalizm Öldürüyor

İnanılmayacak ölçüde zengin bir dünyada, hâlâ bu kadar çok sağlık sorunu ve erken ölümlerin olması, toplumlarda ve sağlık hizmeti sistemlerinde çok ciddi bir yanlışlık olduğunu göstermektedir. En azından yanlış olan, zengin ile yoksul arasında bu kadar büyük farklılıklar olmasıdır. Açlık çok yaygındır; şişmanlık da. Ancak, şişmanlık, sağlık hizmetleri kaynakları ve piyasa üzerinde hâkimiyet kurabilen zenginlerin hastalığı olarak açlıktan çok daha fazla dikkat çekmektedir. Açlıkla ilgili çok az haber manşet olur.

Bu durum çok çeşitli biçimlerde özetlenebilir. Filozof Thomas Pogge (2008) sorunu özel bir biçimde anlatmıştır:

> Soğuk Savaş'ın bitiminden bugüne kadar geçen 20 yıllık barış döneminde, 20. yüzyıl boyunca savaşlarda, iç savaşlarda ve hükümetlerin baskılarından dolayı can verenlerden daha fazla insan –360 milyon civarında– öldü.
>
> Yoksulluk olduğu gibi devam ediyor ve resmî raporların istatistikleri durumu doğrulamaktadır: 963 milyon insan kronik olarak beslenme yetersizliği içinde, 884 milyon insan temiz suya ulaşamıyor, 2.5 milyar insan temel çevre hijyeninden yoksun,

> 2 milyar insan temel ilaçlara ulaşamıyor, 924 milyon insanın yeterli barınma imkânı yok, 1.6 milyar insan elektriğe sahip değil, 774 milyon yetişkin okuma yazma bilmiyor, 218 milyon çocuk işçi olarak çalışıyor. Aşağı yukarı ölümlerin üçte biri, yılda 18 milyon, yoksullukla ilişkili nedenlerden kaynaklanmaktadır ve bu ölümler daha iyi beslenme, temiz içme suyu, ucuz rehidrasyon paketleri, aşılar, antibiyotikler ve diğer ilaçlar ile önlenebilir niteliktedir. Küresel yoksulların çoğunluğunu, siyahlar, kadınlar ve gençler oluşturmaktadır ve doğal olarak aşırı yoksulluğun yıkıcı etkilerine de en çok bu grup maruz kalmaktadır. Beş yaşından küçük çocuklar, yoksullukla ilişkili nedenlerden kaynaklanan ölümlerin yarısından fazlasını (yılda 9.2 milyon ölüm) oluşturmaktadırlar. Yoksullar içinde kadınların oranının çok daha yüksek olduğu net biçimde saptanmıştır.

Sağlık hizmetlerine özgü olarak çok garip bir durum söz konusudur; bir ülke ne kadar yoksulsa sağlık hizmeti kaynakları içinde kamu sektörünün payı o kadar küçük olmaktadır. Ayrıca, yoksul ülkelerin sağlık sitemlerinde, sağlık hizmeti almak için cepten ödeme yapılmak zorunda kalınması (daha çok özel sektöre yapılmaktadır) giderek artmaktadır. Yoksul ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan bu özelleştirme, zengin Batı ve Dünya Bankası gibi küresel kurumlar tarafından özendirilmektedir. Örneğin, Hindistan'da sağlık hizmeti harcamalarının yüzde yirmiden daha azı kamu sektörü tarafından karşılanır.

Yoksulluğun öldürdüğü gerçeği barizdir, iyi bilinir ve kolayca anlaşılır. Buna rağmen, bu konuda çok az şey yapılır. Eşitsizliğin öldürdüğü gerçeği de barizdir, daha az bilinir ve pek kolay anlaşılmaz. Bunun için ise hiçbir şey yapılmaz. Eşitsizlik ahlaki olarak utanç vericidir. Eşitsizliği göstermek mümkündür ve bu yapılmalıdır. Örneğin, Güney Afrika ırk ayrımı zincirlerinden ("apartheid" rejimi) 1994'de kurtulmuş olsa da, bugün o zamandan daha eşitsiz bir toplumdur ve dünyada eşitsizliğin en büyük olduğu ülkelerden biridir.

Gelir düzeyi şaşırtıcı biçimde yüksek olan Batı ülkeleri de dahil olmak üzere bütün ülkelerde eşitsizlik artmaktadır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yoksulların gelirleri çok düşüktür. Ancak zengin Batı ülkelerinde de sorun yoksullar açısından benzerdir.

Şaşırtıcı biçimde, Avustralya'da 2011 yılı bütçesinde zenginlerden yoksullara kaynak aktarımı sağlamak için vergi sisteminin küçük bir kısmının kullanılmak istenmesi (yıllarca hareketin tersi yönde olması ve zenginlerle yoksullar arasındaki farkın açılmasından sonra) "sınıf çatışması" ve "kıskançlık siyaseti" çığlıklarıyla karşılandı.

Eşitsizliği azaltmaya yönelik birtakım çabaların görünür kılınmasıyla insanlık yatıştırılmak isteniyor. Küresel düzeyde, Milenyum Gelişme Hedefleri, DSÖ'nün Makroekonomi ve Sağlık ile Sağlığın Sosyal Belirleyicileri komisyonları ve Dünya Ticaret Örgütü'nün dünya yoksulluğunu azaltmak için Doha Sözleşmesi gibi. Fakat başarı? Bir miktar hareket var, fakat çok küçük. Zengin dünya, kendi açgözlülüğü yüzünden gittikçe daha obez ve daha sağlıksız hale geliyor. 2001'de büyük bir tantana ile dünya yoksulluğunu azaltmak için başlatılan Doha Sözleşmesi, on yıldır görüşülmeye devam ediliyor. Eğer bir gün yasallaşacak olsa bile, en iyi tahminle yoksullardan çok zengin ülkelere fayda sağlayacak (Hertel ve Winters 2006).

Bu uluslararası küresel kurumlar, özünde dünya yapıları olmadıkları için dünya vatandaşlarını temsil etmezler. Bunları devletler, ve de aslında sadece birkaç zengin ulusun devleti kontrol eder. Daha sonra bu devletler, kamu yararını gözetmek gibi sahte bir önermeye dayanarak piyasa sistemi temelinde kendi kazançlarını maksimize etmeyi amaçlayan büyük şirketler tarafından etki altına alınırlar.

Berlin Duvarı'nın yıkılmasını takiben, piyasa –özellikle neoliberal piyasa– sunağına tapınılmasına pek ciddi karşı çıkışlar

olmadı. Eski Doğu Bloku'nun komünizmi gitti. Gidişi hoş karşılandı, ancak onun yerini dolduran neoliberalizmin hegemonyası birçok cephede büyük düş kırıklığına yol açtı. Ben burada neoliberalizmin sağlık üzerindeki büyüyen olumsuz etkilerine odaklanacağım.

Bu kitap, eleştirisini neoliberalizmin ekonomi politiğinin küresel ekonomik sistemleri ve makroekonomisi üzerine yoğunlaştırmaktadır. Kapitalizmin bu şekli 1970'lerin sonunda ABD'de Başkan Reagan ve Birleşik Krallık'ta Başbakan Thatcher öncülüğünde Washington Konsensüsü tarafından ilan edildi. Bu konu 3. bölümde ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu kitaptaki çoğu konu güncelle ilgili olduğu için kapitalizmin bu şekline (neoliberalizm) odaklanmak uygun oldu; oysa kapitalizm on sekizinci yüzyılda Sanayi Devrimi'nin şafağından bu yana vardır ve bugünkü –özellikle küresel ısınma ve de sömürgeciliğin süregelen etkileri gibi– bazı hastalıkların kökleri bu erken zamanlara dayanır.

Sağlık için dayanışma ve sosyal uyumun iyi, bireycilik ve eşitsizliğin kötü olduğunu biliyoruz. Buna rağmen, neoliberalizm bireyciliği ve eşitsizliği büyütmektedir. Karşı-gerçeklik ile karşılaştırma yapmak zor olduğu için, özellikle konu sağlık üzerindeki etkilerine gelince daha da zor olduğu için, neoliberalizmin ekonomik büyümeyi artırıp artırmadığına dair tartışmalar sürmektedir. Ekonomik büyümenin sağlık için iyi olup olmadığı konusu da tartışmalıdır. Yoksulluk kötüdür, öyleyse insanları yoksulluktan kurtarmak onların sağlıkları için iyi bir şeydir. Ancak, ekonomik büyümenin tüm faydaları hemen daima zenginlere yontulmuştur; 'tabana yayılma' bir efsane olmaktan öteye gidememiştir. Ayrıca, kaynakların miktarından daha ziyade toplumun bu kaynakları nasıl kullandığı ve organize ettiğinin sağlık üzerinde daha büyük etkisi olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Zenginler bolluk, yoksullar yokluk yüzün-

den hastalanmaktadırlar. Eşitsizlik ise bütün toplumun sağlığını bozmaktadır. Ancak, hem sağlık hem de aşağılanma bakımından gerçekten acı çekenler alttakilerdir. Onlar için belki de en küçük düşürücü olan, yoksulların durumuna zenginlerin gösterdiği kayıtsızlıktır.

Sağlık üzerindeki tartışmalar, sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılan yoksulluk, eşitsizlik, barınma, ulaşım, eğitim vb. gibi konulardan ziyade sağlık hizmeti üzerine yoğunlaşır. Bu saptama, sağlık bakanlıklarının sadece sağlık hizmeti bakanlıkları olduğu devlet düzeyi için özellikle doğrudur. Ayrıca, genellikle, en azından Batı'da, sağlık hizmetine bile değil daha çok hastalık bakımına odaklanılır, sağlık hizmetleri ağırlıkla hastaneler aracılığı ile verilir. Sir Michael Marmot başkanlığındaki DSÖ Komisyonu tarafından bir nebze desteklenmiş olmasına rağmen sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı, sağlık politikalarına nüfuz etmekte çok yavaş kalmıştır.

Neoliberalizm vergileri düşürür. Aynı zamanda para ve kaynakların ulusal sınırlardan serbest dolaşımını sağlar. Neoliberal dünyada devletlerin vergiler aracılığı ile zenginlerden yoksullara gelir aktarma imkânı ciddi ölçüde kısıtlanmıştır. Söz gelimi, Birleşik Krallık, şirket vergi oranlarını yukarı çekerse kazanç peşindeki endüstriyel yatırımcılar için diğer ülkelere göre daha az cazip hale gelir ve Birleşik Krallık, yatırımları ve böylece de iş yaratma imkânlarını kaybeder –tartışma böyle devam edip gider–. Benzer biçimde, vergi gelirlerini arttırmak ve özellikle kademeli hale getirmek (çok kazanandan çok almak) gibi çözüm arayışları, toplumdaki en iyi ve en parlak insanların korkutularak başka ülkelere göç etmelerine yol açmak olarak görülmektedir. Son yirmi yılın vergi oranlarında dibe doğru bir yarış mevcuttur ve şirket vergilerinde dikkat çekici bir düşüş gerçekleşmiştir. Böylece şu durumla karşı karşıyayız: Gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH) ağırlıklı hesaplamalarda, OECD ortala-

ma şirket vergi oranı 1985'teki yüzde 44'ten, 2004'te yüzde 31'e gerilemiştir (Kelly ve Graziani 2004:24).

Bu hep böyle değildi. Yıllar önce Birleşik Krallık'ta yaşadığım dönemde, şu an olduğumuzdan çok daha yoksul olduğumuz zamanlarda, Muhafazakâr Parti hükümetlerinin yoksul ve mağdurlar için gerçek kaygılar taşıdığını hatırlıyorum. Batı ve gezegenimizdeki geri kalan ülkeler arasında bugün büyük bir bariyer mevcuttur. Televizyonlar aracılığı ile yerkürenin dört bir yanından fırlayan (örneğin, Haiti'den veya çoğu Afrika ülkesinden ya da 2004 yılında Noel'in ilk günündeki tsunamiden yansıyan görüntüler) yoksulluğu görmemize hatta kokusunu duymamıza rağmen bu bariyer varlığını sürdürmektedir. Türk yazar Orhan Pamuk'un (2001) sözleri bu gerçeği yansıtmaktadır: "Dünyadaki insanların çok büyük bir kısmı kendilerini çok feci aşağılanmış hissetmektedir ve Batı dünyası bunun farkında bile değildir."

İşgücünün, özellikle nitelikli işgücünün, yoksul ülkelerden zengin ülkelere hareket serbestisi büyük bir sorundur. Zengin ülkeler, örneğin Sahra-altı Afrika ülkelerinden doktor ve hemşire çalmaya devam etmektedir. Pamuk'un dikkat çektiği duyarsızlığı onaylar biçimde, Batı'daki devletler ve hekimlerin meslek örgütleri, bu sürecin küresel bölünmeyi (özelikle de sağlık alanında) arttırması konusuna kayıtsız kalmaktadırlar.

Büyüme hikâyesi ya da Hamilton'ın (2003) adlandırdığı gibi büyüme fetişizmi, neoliberalizmin doğuşuna yol açan dürtüdür. Bu ekonomik düşüncenin daha hızlı ekonomik büyüme ile sonuçlanabildiğini varsaysak bile (buna dair bir kanıt olmamasına rağmen) toplum sağlığını düzeltebilmesi için aynı zamanda yoksulluk ve eşitsizliği azaltması gerekir. Neoliberalizmin her derde deva olarak sunduğu 'tabana yayılma' etkisi, 'yükselen dalganın bütün kayıkları yukarı kaldıracağı' öngörüsü aslında geçerliliği sınanmamış bir iddiadır.

İlaç endüstrisinin –'Big Pharma'– davranışı, hekimler ve devletler üzerindeki güç kullanım tarzı oldukça kaygı vericidir. Bu konular bir zamandır ifşa edilmiş olmasına rağmen, bu şirketlerin oyunu pazar kurallarına göre oynadığının farkına varılması çok önemlidir. İlaç endüstrisinin amacı, sağlığın değil kârın maksimizasyonudur.

Bu kitabın hiçbir şekilde hekimlere hekim oldukları için ya da bir disiplin olarak tıbba saldırıda bulunma niyeti yoktur. Ancak, tabip odaları ve tıp mesleği örgütleri politik oldukları zaman ciddi kaygı duyduğumu söylemeliyim. Tabip odaları hemen her ülkede tıptan daha fazla sağlık hizmeti meseleleri üzerindeki tartışmalarda baskın oluyorlar ve bu konularda otorite oluşturmaya çalışıyorlar. Hükümetler de tabip odalarını toplum sağlığı sözcüsü/savunucusu olarak ele alıyor. Aslında tabip odaları hekimlerin çıkarları için kurulmuş sendikal yapılardır.

Hekimlik mesleği mensupları ve özellikle de tabip odaları politik bir rol oynadıklarında durum sorunlu hale gelmektedir. Bu sorun ancak, hükümetlerin, tabip odalarının öncelikli ve başlıca ilgi alanının tıp mesleğinin iyiliği olduğunu görmesiyle aşılabilir. Hükümetler asıl, sağlığı söz konusu olan topluma hizmet etmeye hazırlıklı olmalıdır.

Sağlık kaynakları hakkında karar verme süreçleri iki düzeyde güç kullanımı ile ilişkilidir: sağlık hizmeti ve toplum. Sağlık hizmeti alanında iktidar, daha çok tıp mesleği mensupları ve ilaç endüstrisinin, çok az da vatandaşların elindedir. Bunun değişmesi gerekliliği bu kitabın ana konularından birisidir.

Tıp mesleği, inanılması güç bir boyutta büyük ilaç şirketlerinin cebindedir; endüstri, hekimleri kendi ilaçlarını reçete etmeye ikna etmek üzere çok büyük miktarda para harcamaktadır. Bu, herkesin olan biteni bildiği şekilde, bir anlamda açıkça yapılmaktadır, bir şekilde bu uygulamalar ve bu kültür kabul edilebilir hale gelmiştir. İlaç şirketlerinin dergiler için hayalet

yazarlara makaleler hazırlattığını ve üzerlerine isimlerini yazmaları için hekimlere para verdiğini de biliyoruz. Bu uygulama da ifşa olmuş olmasına rağmen sürüp gitmektedir. Endüstri tarafından finanse edilen ilaç araştırmalarının daha çok ürün lehine sonuçlandığını hepimiz biliyoruz. Buna rağmen ilaç endüstrisi, ilaçların etkinliğini araştırmak isteyen bilimciler için ana finansman kaynağı olmaya devam etmektedir. Çoğu akademisyen 'Big Pharma' (ilaç endüstrisi) tarafından satın alınmıştır.

Çoğu tabip odası bugün pazarın ve büyük şirketlerin hâkimiyeti altındadır ve bu eğilim devam etmektedir. Sözde demokrasilerde çok az güç insanların elindedir. Örneğin Avustralya yakın zaman önce, maden endüstrisinin devlet politikası üzerine uyguladığı güce tanık oldu. Hükümet sağlık hizmetlerini iyileştirmek amacıyla kullanılmak üzere maden sektörüne aşırı kazanç vergisi –yıllık 10 milyar dolarlık– getirmek istedi. Ancak maden endüstrisi 20 milyon dolarlık bir reklam kampanyası yürüterek hükümetin bu planını engelledi. Bir diğer örnek olarak endüstrinin çoğu ülkede küresel ısınma üzerine olan politikaların altını oyması verilebilir.

Bu iki konu; tıp mesleğinin ve ilaç endüstrisinin sağlık hizmeti üzerindeki hâkimiyeti ve bu kurumsal güçlerin toplum üzerindeki hâkimiyeti ile ortaya çıkan sorunlar, bu kitabın nüvesini oluşturuyor. Bu kitapta bu ilişkileri neden değiştirmemiz gerektiğini ve neyi değiştirmek zorunda olduğumuzu birlikte inceliyoruz.

Kitap aynı zamanda benim alt disiplinim olan kısıtlı kaynakların yanlış ve adaletsiz kullanımını analiz edebilecek olan sağlık ekonomisinin, bu işlevini yerine getirmede neden başarısız olduğu gerçeğini irdelemektedir. Neoliberalizmin projektörlerine yakalanmış tavşanlar gibiyiz, bir alternatif göremiyoruz. Mikro-klinik yolun sonuna kadar hekimlerin peşinden

gittik ve sağlık sistemlerini sonuçsalcı hem de dar biçimde sonuçsalcı yaklaşımla ele aldık. Neoklasik iktisada çok bağlı olduğumuz için vatandaşları vatandaş olarak değil sadece tüketici olarak gördük; vatandaşlara sağlık sisteminden ne istediklerini sormaz olduk. Sağlığın sosyal belirleyicilerini tamamen ihmal ettik.

Peki, değiştirebilir miyiz? Evet değiştirebiliriz ve bu kitap değişim için bazı öneriler sunmaktadır. Eğer okuyucuyu mevcut sağlık hizmeti organizasyon ve finansmanının (çoğu toplumların ekonomik temelleri gibi) toplum sağlığı için zararlı olduğuna ikna edebilirsem, ikinci adım olarak sağlık politikası tartışmalarının ana odağına değişimin nasıl getirileceğini koyabiliriz. Şu anda durum böyle değil. Bu kitabı yazarken ana hedefim sağlık alanındaki mevcut odağı değiştirmektir.

Kitabın haritası

Bu kitap altı kısımdır. Giriş (I. Kısım) ve sonuç (VI. Kısım) arasında iyi ve kötü örnekleri içeren olgu çalışmaları ve küresel sağlık sorunları için bazı çözüm önerileri yer almıştır. Küresel sağlık sorunları devasa boyuttadır. Bu kitapta bu sorunlara yer verilmedi. Pek çok okuyucunun bu sorunları zaten bildiğine inanıyorum, ancak konuyu bilmeyen bir okuyucu için bu sayfada durup küresel sağlık sorunları konusunu incelemelerini tavsiye ederim. Okuyucu gerçekten ne kadar büyük sorunlar yaşandığını fark etmeli ve bazı insanlar için mükemmel, bazı insanlar içinse korkunç sağlık koşulları sunmanın ne kadar adaletsiz olduğunu görmelidir.

II. Kısım, bu kötü durumun nedenlerine odaklanmıştır. Sağlık ve sağlık hizmeti politikaları üzerinde durulmuş ve bu politikaların neden başarısız oldukları irdelenmiştir. Sorunların tek bir nedeni olduğunu iddia etmek yanlış olur,

buna rağmen pek çok şeyi neoliberalizmle açıklamak mümkündür. Kapitalizmin bu şeklinin (en az otuz yıldır dünyaya hükmeden ve neredeyse tüm sorunların çözümü olarak piyasayı gören) sağlık üzerinde doğrudan etkileri olduğu gibi çok daha geniş sosyal etkileri mevcuttur. Neoliberalizm, eşitsizlik ve bireysellik üretmektedir; toplumun toplumsallık bilincini (ortaklık algısını) ve merhamet duygularını zayıflatmaktadır. Bu kitapta neoliberalizmin küresel kurumlarda nasıl hâkimiyet kurduğu da incelenmiştir.

III. Kısımda, II. Kısımda ele alınan pek çok konunun örneklerini göstermek üzere olgu çalışmalarına yer verilmiştir. Bazıları ülkelere özgüdür, diğerleri sorunlarla ya da kurumlarla ilgilidir. ABD'deki Obama reformunun doğurduğu sosyalizm korkusu irdelenmiştir. Birleşik Krallık'ta şu andaki koalisyon hükümetinin ve öncesindeki İşçi Parti hükümetinin Ulusal Sağlık Sistemi ("National Health Service, NHS")'ne piyasayı sokma çabaları ayrıntılarıyla incelenmiştir. Güney Afrika örneğinde, ülkenin içinde bulunduğu sağlık ve sağlık hizmeti durumunun perişanlığı anlatılmıştır. Bu ülkede ANC'nin neoliberalizmi kutsamasının genel sonucu olarak toplumda, sağlık hizmetinde ve sağlıkta "apartheid" rejimi sonrası eşitsizliğin sürdüğü gözler önüne serilmiştir. Avustralya'da sağlığı geliştirme programındaki 'kurbanı suçlama' politikaları, sağlığın şirketleştirilmesinin örneği olarak sunulmuştur. Bu şirketleşme konusuna 9. bölümde devam edildi; Davud'un dev Calud ile savaşına benzeyen bir savaş, dev Alcoa şirketine karşı Batı Avustralya'da ki küçük kasaba Yarloop'un savaşı anlatılmıştır. Bu olgu örneği, ekonomik büyüme uğruna hükümetlerin şirketleri nasıl desteklediklerini ve şirketlerin etki altına almak üzere akedemiaya nasıl sızdıklarını göstermiştir.

III. Kısımdaki son iki örnek, ilaç endüstrisi ve küresel ısınma ile ilgilidir. Okuyucuların çoğunun ilaç endüstrisinin he-

kimler ve hükümetler üzerinde ne kadar etkili olduğunu bildiklerine inanıyorum. O yüzden bu kısımda ilaç endüstrisinin kâr tutkusunda ne kadar ileri gittiğini örneklemeye çalıştım. Küresel ısınma bölümünde, kapitalizmin ve son yıllarda neoliberalizmin küresel ısınmadan büyük ölçüde sorumlu olduğunu ve bir çözüm sunmadıklarını gösterdim.

IV. Kısımda, küresel hastalık sorunlarının çözümlerine yer verilmiştir. Sağlık için yeni bir ekonomi politiğin gerektiği savunulmuştur. Yerel, ulusal ve küresel düzeylerde daha eşitlikçi ve daha duyarlı bir toplum imkânı için komüniteryan (toplulukçu) bir model sunulmuştur. Bu modelde sağlık hizmeti sistemleri, her şeyden önce gücün bilinçli halkta olduğu bir toplumsal kurum olarak görülmektedir. Vatandaşların sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda karar süreçlerine gerçekten katıldıkları çok daha güçlü bir demokrasi ihtiyacı savunulmuştur. Retoriği aşan bir şekilde vatandaşların gücünü artırmak için komüniteryan hak talepleri bir yol olarak ortaya konmuştur.

Bu ilkelerin başarıyla uygulandığı ülkeler mevcuttur. Bunlardan üç örneğe, Kerala, Küba ve Venezüella'ya V. Kısımda yer verilmiştir. Hepsi toplum odaklıdır. Hepsi vatandaş katılımını içerir. Hepsi neoliberalizmden uzak durmuştur. Hepsi toplumlarına iyi bir sağlık sunmakta başarılı olmuştur.

Kitap umutlu bir bölümle sonlanmaktadır. Özellikle küresel ısınmanın ortaya çıkmasıyla yeni bir ekonomi politiğin gerektiği giderek daha çok anlaşılmaktadır; neoliberal büyüme yolundan gidildiği takdirde gezegeni kurtarmak mümkün olamayacaktır. Bu kitapta muhtemel bir çözüm sunulmuştur. Diğer çözüm önerilerini tartışmaya ihtiyacımız var, ancak böylelikle daha sağlıklı küresel bir toplum olabiliriz.

II. KISIM

DURUM NEDEN BU KADAR KÖTÜ?



1

Sağlık Hizmeti Politikaları Neden Kötü Gitti?



Öncelikle, sağlık hizmeti politikaları hakkında sistemin içinden ve dışından kararları kimin verdiğini sorgulamak, tıp mesleği, ilaç endüstrisi, özel sağlık hizmeti ve özel sağlık sigortacıları da dahil olmak üzere çeşitli aktörlerin etkilerini gözler önüne sermek gerekiyor. Bu konular, sağlık hizmeti ekonomi politiğinin geniş şemsiyesi altındaki konulardır. Çok ender olarak tartışılırlar.

Ekonomi politiğin pek çok farklı tanımı olsa da, Munro tarafından önerilen tanımı (2004: 146-7) bizim buradaki amaçlarımız için en uygun olanıdır:

> Toplum ve toplumsal süreçler üzerine bir çalışmadır. İki düzeyde 'mal üretimi' üzerine odaklanır: (i) malların, hizmetlerin, gelir ve servetin, yaratılması, dağıtımı, değişimi ve tüketimi nasıl olmaktadır ve (ii) mal üretiminin organizasyonu ve zorunlulukları, toplumun politik, sivil veya kültürel hemen tüm kurumlarını nasıl etkiliyor.

Biraz daha açık olabilmek için ekonomi politiğin iktidar hakkında, özellikle de kaynak dağıtımını belirleyen politik güç hakkında olduğunu eklemek isterim. Burada mesele, sağlık

hizmetinin ekonomi politiğidir; sonraki bölüm sağlığın ekonomi politiği hakkındadır; ve kitabın tümü ise sağlık ve sağlık hizmetinin ekonomi politiği hakkındadır.

Sağlık hizmetinde kim karar verir; ne hakkında?

Sağlık hizmetinde "Kim karar verir?" sorusunu mutlaka "Ne hakkında?" takip etmelidir. Hasta bakımı ile ilgili klinik konular hekimler tarafından ele alınır. Bunun doğru olup olmadığı üzerinde küçük bir tartışma yapmak gerekebilir. Bu tarz klinik kararlar, hiçbir etkinin olmadığı bağımsız bir ortamda alınmaz. Bütçe sınırlamaları vardır; reçete yazmada çeşitli kısıtlamalar olabilir; bir hastanın tedavisi, o anda veya kısa bir süre sonrası için hekimlerin ve hemşirelerin karşılaştıkları diğer hastaların sayısından ve çeşidinden etkilenebilirler. Hekimlerin nasıl ücretlendirildiklerinden etkilendiklerini de biliyoruz. Bu nedenle, 'klinik özgürlüğün' anlamını, hiçbir kısıtlama olmadan, klinik karar vericinin o hasta için en iyisi olarak neyi düşünüyorsa onu yapması olarak anlamak konusunda ihtiyatlı olmalıyız ve ayrıca çok makul olarak, hekimlerin kendileri için neyin iyi olduğundan etkilendiklerini de kabul etmeliyiz. Gerçekte, karar vermenin 'sınırları' hakkında önemli tartışmalar ve fikir ayrılıkları söz konusudur.

Olayların daha ilginç bir hal aldıkları yer ise planlama ve sağlık hizmeti politikaları seviyesidir. Burada pek çok müdahil vardır: hükümetler ve politikacılar; meslekten ve meslekten olmayan yöneticiler; ilaç endüstrisi; özel sigorta sektörü; tabip odaları; hemşire ve diğer sağlık çalışanları dernekleri; hasta dernekleri; sendikalar; liste çok uzayabilir. Bu grupların bazıları sistem içinde rol alırlar; diğerleri, her ne kadar görüntüde sistem içindeler ise de dış etkilerdir.

Bu konuların tartışılmasındaki zorluklardan birisi de sağlığın ve sonuçta sağlık hizmetinin 'herkesin işi' olması durumudur. Sağlık neyse de konu sağlık hizmeti olunca tartışmaya çok fazla grup dahil olur. Bu yüzden dahil olan grupların hangi amaç ve motivasyonla orada olduklarına bakılması yararlı olur.

Şu görülecektir; pek azı sağlık –toplumsal veya bireysel– ile ilgilenmektedir. Orada olma nedenleri kendi çıkarlarıdır. Bunu söylememe rağmen, çoğu sağlık çalışanının sağlığa ve hastalarının iyiliğine öncelik verdiklerini inkâr etmeye niyetim yok. Bazı durumlarda onların düşüncelerini bu endişeleri yönlendirir (hatta şekillendirir), bunu da biliyorum. Buna rağmen, çok şaşırtıcı biçimde, halk sağlıkçılarını hariç tutarsak, sağlık çalışanlarının çok azı halk sağlığı konusunu önemser. Sağlıkçılar sağlığa odaklandıklarında genellikle bir hastanın sağlığı üzerine odaklanmışlardır. Bu tarz bir odaklanmanın halk sağlığını geliştireceğini veya sağlık ve sağlık hizmeti için kaynakların dağıtımında hakkaniyet sağlayacağını umabilir miyiz? Mümkün değil.

Bu listelenen grupların çoğunun en çok ilgilendikleri şey, ekonomi daha doğrusu finanstır; kazançları ve istihdamları. Onuncu bölümde açıklandığı üzere, ilaç endüstrisi açıkça kârlarını maksimize etmeye çalışmaktadır, sağlığın iyileştirilmesi umurlarında değildir. Bazı aktörler için ise statüleri önemlidir. Yöneticiler ve bürokratlar kendi değerleri için oradadırlar; daha fazlası ve daha iyisi için bastırırlar. Örneğin palyatif bakım (asıl hastalığın giderilemediği durumlarda belirtilerin azaltılmasına yönelik tedaviler) konusunda. Halkın değerlerine uygun olarak halkın çıkarlarına hizmet etmek üzere orada olduklarını unuturlar.

Sağlık hizmetinin kendisinde veya etrafında pek çok 'çıkar grubu' vardır. 'Çıkar grupları' tanımı önemlidir; Collins sözlüğüne göre, 'özel bir şekilde davranmak için çok güçlü nedenleri

olanlar' anlamına gelmektedir ve 'parasını, gücünü ve itibarını korumak için' harekete geçenler örneğini kullanır. Bu statükocu nosyona oldukça yakındır. Örnek verilen üç çıkar da yukarıda listelenen gruplar ile ilişkilidir, ancak özellikle hekim örgütleri (tabip odaları, tabip birlikleri) için karakteristiktir.

Sağlık hizmetinde kimin ve ne hakkında karar vereceği sorusu çok nadiren sorulur maalesef. Bunun nedeni, muhtemelen şu anda gücü elinde tutanların mevcut iktidar yapısının değişmesini istememeleridir. Dikkate alınmayan toplumun sesidir ve bu ses iki nedenle duyulmamaktadır: Birincisi, bu istenmemektedir. İkincisi, toplum genellikle klinik karar verme süreçleri ile diğer sağlık hizmetleri karar verme süreçleri arasında kafa karışıklığı yaşar. Klinik karar verme süreçlerinde tıp mesleğinin merkeze oturtulması, anlaşılır bir durumdur; fakat sağlık hizmeti karar süreçlerinin de merkezinde tıp mesleğinin olması, toplumun yerinin yanlış anlaşıldığını gösterir. Tıp meslek grubu çok sık olarak toplumun kafa karışıklığı üzerinden oynar, suyu bulandırır ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinde karar verme süreçleri için daha fazla güç elde eder.

Sağlık hizmetinin güncel ekonomi politiği

Yukarıdaki tartışma, sağlık hizmetinde mevcut ekonomi politik ile ilgili olarak neyin olumlu görülebileceğine ilişkindir. Bu nasıl yorumlanabilir? Toplumu konvansiyonel sağlık ekonomistlerinden daha iyi bilgilendirebilecek kim var? Zira, günümüz sağlık ekonomisi ile ilgili pek çok şey, Kenneth Arrow'un 1963'de sağlık hizmetini bir meta olarak ele aldığı klasik makalesinin (Arrow 1963) etkisi, yönlendirmesi altındadır. Sağlık ekonomistleri sağlık hizmetinde piyasanın başarılı olamadığını görmekteler, ancak bunun için ne yapılması gerektiğini bilmiyorlar. Aslında bu alt-disiplin çok yavaş ilerledi. Sağlık ekono-

misi mümkün olduğu kadar Arrow'un paradigmasına konsantre olurken, hekim-hasta ilişkisinin tıbbi modeline konvansiyonel mikroekonomiden köken alan "principal agent" problemi olarak da bilinen agency' teori[1], yani vekalet teorisi hâkim oldu.

Kanadalı sağlık ekonomisti Bob Evans, bunu görebilen az sayıdaki kişiden biridir. Evans, ilk olarak tedarikçinin kışkırttığı talep ("supplier-induced demand") analizinde, sonra da daha önemli olarak, tıbbi uygulamalardaki farklılıklarının arkasında yatan nedenleri araştırdığı çalışmasında 'agency' teoriyi/ vekalet teorisini kullanmıştır (Evans 1990). Tıp uygulamalarındaki farklılıkların medikal yorumlarına karşı çıktı. Bu yorumlar, belirsizliğe odaklanan Arrow-kaynaklı yorumlamalardı: Hekimler birey olarak kendilerinin ne kadar doğru bir iş yaptığını bilmezler, böylelikle her biri farklı uygulamalar yapar hale gelir. Evans, tam tersine sorunun belirsizlikten değil *kesinlikten* kaynaklandığını savundu: Her hekim kendi yaptığının doğruluğundan emindir! Evans'ın bu yaklaşımı öncekilerden temelde farklıdır ve bu, farklı politikalara yol açar. Belirsizlik temel alınırsa, hekimlerin daha iyi bilgilendirilmeleri ile belirsizlik azaltılmaya çalışılır. Kesinlik temel alınırsa, hekimleri en iyi olduğu gösterilmiş şeyi yapmaları için zorlamak gerekir.

1 İlk olarak temelleri Adam Smith (1776) tarafından ortaya atılan bu teori, amaçları ve çıkarları farklı iki kişinin (tarafın) birbiri ile yardımlaşma durumunda ortaya çıkan sorunları inceleyen bir yaklaşımdır. Vekil ("agency") kendi kişisel çıkarlarına göre motive olur, rasyonel davranır ve riskten kaçınır. Vekâlet veren ("principal"), çeşitli özendirmelerle vekili motive edebilir. Eğer vekâlet veren vekilin davranışlarını değerlendirip, yönlendiremiyorsa aralarında çatışma başlayacaktır. Vekâlet teorisi; bilgi asimetrisi ve riske karşı farklı tutumlar olmak üzere sözleşmeyle kurulan bu ilişkinin doğurduğu iki sorunun incelenmesi ve çözümlenmesiyle ilgilenmektedir. Bilgi asimetrisi; yöneticilerin (vekil/agency) firma faaliyetleri hakkında hissedarlara (vekalet veren/principal) oranla daha fazla bilgiye sahip olmasını ifade etmektedir. Vekâlet ilişkisinin getirdiği ikinci sorun ise, firma sahipleri ile yöneticilerin risk almaya karşı tutumlarının farklı olmasıdır. Genellikle hasta ile hekim arasındaki ilişkinin bir vekalet ilişkisi olduğu, hastanın kendisini tedavi etmesi için hekimi vekil tayin ettiği düşünülür. *-çev.*

Sağlık ekonomistleri, Evans'ın kesinlik hipotezini ciddiye almadılar ve Arrow'un belirsizlik mihrabı gerçek müminlerin ibadet yeri olarak neredeyse rakipsiz kaldı. Bundan dolayı, Arrow, sağlık hizmeti ekonomi politiğinin hâkim dili olmaya devam etmiştir.

Buradaki bir başka önemli kavram da yine medikal modelden alınmıştır: sağlık hizmetinde talebin yönlendirilmiş bir talep olduğu fikridir –kendi iyiliği için değil, sağlık için bir talep olduğu–. Bu oldukça mantıklıdır, ancak tarihsel olarak tartışmalar sonradan bir varsayıma (sağlık ekonomistleri marifetiyle!) kaymıştır: Talep *münhasıran* sağlıktan kaynaklanmaktadır. Böyle olunca, *bizatihi* sağlık hizmetine erişimin bir değer olarak tanımlanmasına izin verilmemiş olunur ya da benzer şekilde insan onuruna uygun biçimde tedaviye bir değer atfedilmez. Talep kaynağında sağlık tekel halini aldığında, sağlık hizmetinin ekonomi politiği medikal modelin içine sıkıca yerleştirilmiş olur. Tıbbın, sağlık ve gerçekten sadece sağlık hakkında olması –en azından çoğu klinik çalışmada, pek çok kanıta dayalı tıp ve klinik epidemiyoloji çalışmasında neyin ölçüldüğüne bakarsak– nedeniyle, tıp mensupları sağlık hizmetindeki iktidar koltuklarını pekiştirmiştir. Pek çok geleneksel sağlık ekonomisti, maliyet-yarar ("cost-benefit") analizlerini (diğer şeylerin yanı sıra, bütün faydaları kapsar) bırakmış, onların yerine maliyet-kullanım ("cost-utility") analizlerine (ki bu fayda olarak sadece sağlığı hedefler) geçmiştir.[2] Bunun sağlık

2 Maliyet-Yarar Analizi ("Cost-Benefit Analysis"): Bu analizde alternatiflerin tüm maliyetleri (girdiler) ve yararları (sonuçları) parasal terimlerle ölçülür. Çıktı, bir oran olarak (yarara karşı maliyet) ifade edilebileceği gibi, net maliyet veya yarar biçiminde de (yarar eksi maliyet) belirtilebilir. Maliyet-Kullanım Analizi ("Cost-Utility Analysis"): Bu analiz, etkinliğin yanı sıra hasta tercihlerini ve tatminini göz önüne almaktadır. Bu yöntem, maliyet-etkinlik analizinden farklı olarak, çıktıları ilgili parasal maliyetler cinsinden ölçmekle kalmaz, ayrıca hastanın rahatsızlığı ve fonksiyonlarında değişme olması veya tatmin olma düzeyine bağlı olarak ortaya çıkan ek maliyetleri de değerlendirmeye alır. *–çev.*

hizmeti iktidar yapılanmasında iki etkisi vardır. Birincisi, belirtildiği üzere, tek bir çıktıya sıkıca odaklanır ve bu çıktı, çok büyük oranda tıp mensuplarının kontrolü altındadır. İkincisi, bu yaklaşım, sağlık ekonomistlerini sağlık düzeyi ölçümlerine ("health status measurement") odaklanmaya (hem de takıntılı şekilde) itmiştir. Biz sağlık ekonomistleri, sağlığı ölçebilirsek, bir güç ve etki alanı elde edebileceğimize inandık. Bundan dolayı 'Yaşam Yılına Endekslenmiş Yaşam Kalitesi' ("Quality Adjusted Life Years, QALY")[3] ve QALY nitelik tablolarına takıntılı biçimde bağlanarak, sağlık ölçümleri muammasını çözebileceğimizi sandık. ("QALY", sağlık ekonomistlerinin, sağlığın iki ana çıktısını; yaşam niceliğini ve yaşam niteliğini, bir metrikte bir araya getirmek için oluşturdukları sağlık düzeyi ölçütleridir).

Bunun, bu hali ile bir sakıncası yoktur. Sorun pratikte ortaya çıkmaktadır; sağlık ekonomistleri bu takıntı nedeniyle diğer alanları ihmal etmektedir. Örneğin, karar verme süreci ile hiç ilgilenilmemektedirler. QALY'ler sadece, eğer biz QALY'leri maksimize etmekle ilgileniyorsak ve bunu, bir marjinal analiz (eşit ancak farklı klinik durumlarda ya da programlar için kaynakların nasıl yönlendirileceğine dair kararlar, marjinal fayda oranlarına –bu durumda QALY'ler ölçülür– marjinal maliyet oranlarına bakılarak verilir) olarak kullanıyorsak geçerlidir. Bunun pratikteki anlamı, X kadar paranın kalp hastalıklarından kanser tedavisine kaydırılmasının amaçladığımız faydaya daha uygun olduğunun gösterilebilmesidir. Aslında, bir öncelik

3 *Yaşam yılına endekslenmiş yaşam kalitesi ("QALY"):* 0 en kötü (ölüm), 1 en iyi (mükemmel sağlık). Örnekler: 1 yıl mükemmel sağlık = 1 QALY, 1 yıl bastona bağımlı yaşamak = 0.85 QALY, 1 yıl orta dereceli migren ile yaşamak = 0.75 QALY, 1 yıl felç sonrası yatağa bağımlı yaşamak = 0.35 QALY, 10 QALY = 1 kişinin mükemmel sağlık ile 10 yıl yaşaması = 5 kişinin mükemmel sağlık ile 2 yıl yaşaması = 4 kişinin 0.5 sağlık ile (örneğin, tekerlekli sandalyede) 5 yıl yaşaması. *-çev.*

belirleme meselesi olan bu konuyla ilgilenen sağlık ekonomisti sayısı çok fazla değildir. Kısa bir süre, QALY nitelik tabloları bir ilgi uyandırmışsa da, program bütçelendirmesi ve marjinal analizler ile pek az kişi uğraşmaktadır.

Bir başka deyişle, değerlendirmenin nasıl yapılacağı konusu maalesef çok ihmal edilmiştir ve bu ihmal, sağlık hizmetinin ekonomi politiğini etkilemiştir. Sağlık hizmetinin ekonomi politiğinin değiştirilmesi için hiçbir çaba gösterilmemiştir. Sonuç olarak, iki şey oluştu: tıp mensuplarının gücü ve etkinliği önceden olduğu gibi kaldı ve sağlık ekonomistlerinin gücü ve etkinliği önceden olduğu gibi kaldı. (Sağlık ekonomistlerinin karar verici pozisyona geçmeleri gerektiğini savunmuyorum, ancak karar verme süreçlerinde tekniklerimizin ve düşünce tarzlarımızın kaynak dağıtımı etrafında iyileştirebilir olduğunu düşünüyorum).

Sağlık ekonomistleri, sağlığı ölçebileceklerine ve dolayısıyla 'etkinlik' denen Kutsal Kase'yi ele geçirebileceklerine inandılar ancak eşitlik sorunlarını çözmeye dair inançları hiçbir zaman olmadı. Bu konu, Birleşik Krallık'tan sağlık ekonomisti Alan Williams tarafından 1993 yılında *Health Economics* dergisinde bir başyazı ile dile getirilmiştir. Williams, ekonomistleri o zamana değin başarısız oldukları eşitlik konusuna yönelmeleri için uyarmıştır. Sağlık ekonomistlerinin son 40-50 yılına yeniden bakılacak olursa, birkaç mükemmel eşitlik analizi görülecektir, ancak mahrumiyet bölgelerine ve yoksul insanlara pozitif ayrımcılık yapmak üzere sağlık hizmetinde kaynak kullanımının gerçek etkileri hemen hiç araştırılmamıştır. Peki neden? Spekülasyon olacak belki ama eğer sağlık hizmeti karar verme süreçlerindeki güç merkezi değişmezse, kaynakların sahip olanlardan sahip olmayanlara aktarılmasını nasıl bekleyebiliriz? Eğer biz sağlık hizmeti ekonomi politiğinin doğasını kavramaz ve değiştirmek için çaba göstermezsek, her şey olduğu gibi devam edecektir.

Sağlık hizmeti metalaşmıştır ve tamamen bir bireyin tedavisi kapsamına indirgenmiştir. Sağlık sisteminin bir toplumsal kurum olduğu büyük oranda ihmal edilmiştir. Bu anlamda, sağlık hizmeti piyasa yapılanması içinde tutulmaktadır. Piyasa, bir toplumsal kurum olarak sağlık hizmeti fikri ile uyumlu değer sistemlerine yer vermez; sadece sonuçlarla ilgilenir, süreçle değil.

Sağlık hizmeti ekonomi politiği üzerine sağlık ekonomisi literatüründe çok az yayın vardır. Mackintosh ve Koivusalo (2005:6), sağlık hizmetlerinin ekonomi politiği tartışmalarında konuyu şöyle dile getirmekteler: "Sağlık hizmeti, herkesin ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetine erişmesini, sunumunda ve finansmanda birlik olmasını amaçlamalıdır. Sağlık sistemleri bu amaçlara göre yapılanmalıdır. Buradaki birlik, ihtiyaçlar temelinde düzenli bir erişim için güçlü bir yeniden dağıtım ve çapraz-sübvansiyon anlamındadır." Yazarlar şöyle devam etmektedir: "Bu, sağlık sistemi performansının tamamen sağlık sonuçları ile belirlenmesinin doğru olmadığının altını çizmektedir." Bu tip düşüncelerle çok ender karşılaşıyoruz, ama görünce de çok mutlu oluyoruz.

Mevcut sağlık hizmeti ekonomileri üzerine gözlemler

Sağlık hizmeti içindeki iktidar yapılanmalarının daha fazla analiz edilmesi gereklidir; kitabın büyük kısmı da bu konu hakkındadır. Bundan, mevcut bir sağlık hizmeti ekonomi poltiği olmadığı anlamı çıkartılmamalıdır. Sağlık hizmetinin etkilerden uzak bir boşluk içinde işlev görmesi, basitçe mümkün değildir. Yapılması gereken mevcut ekonomi politiğin daha ayrıntılı analizidir; hangi değişikliklerin yapılacağının ve bu değişiklikleri yapmak için nasıl bir yolun izleneceğinin belirlenmesi gereklidir.

Pek çok ülkede kamusal sağlık sistemi vardır; üniversal (herkesin kapsam içinde olduğu) ve eşit erişim sağlar görünmektedir. Bu özelliklerin pratikte de olduğuna inanılır. Halbuki, bu konu, üniversal ve eşit erişim kelimelerinden ne anladığımıza göre değişiklik gösterir. Avustralya'yı ele alalım, "Medicare" diye isimlendirilen bir sosyal güvenlik sistemi vardır ve bu sistem genel erişimi sağladığı (herkesi kapsadığı) iddiasındadır. Medicare web sayfasında şunlar yazılıdır:

> Medicare'e hoş geldiniz –Avustralya'nın üniversal sağlık hizmeti sistemi. Medicare, tüm Avustralyalıların ücretsiz ya da düşük bedelli olarak tıbbi, optimetri ve hastane bakımı hakkına sahip olduğunu garanti eder. Bununla birlikte, Avustralyalılar özel sağlık hizmetlerini ve bazı özel durumlarda yardımcı sağlık sistemlerini seçmekte özgürdürler (www.medicareaustralia.gov.au/public/register/index.jsp).

Üniversal kavramı, sosyal hizmetin herkes için ulaşılabilir olduğu fikrini vermektedir. Ancak bu, televizyonların veya şişelerce biranın herkes için ulaşılabilir olduğu anlamında değildir. Üniversallik, ayrıca erişim kolaylığı fikrini vermekte ve bazen, belki de çoğu zaman, erişimde eşitlik ve hakkaniyet algısını yaratmaktadır. Hizmetlerin, tüketim noktasında düşük ücretlerle veya ücretsiz sunulmasının erişim kolaylığı hatta erişim eşitliği sağlayacağı düşünülür. Oysa, açıkça başka muhtemel engeller bulunabilir ve bu engeller toplum içindeki çeşitli gruplar arasında farklılık gösterebilir: mesafe, potansiyel kullanıcıların kültürel ve sosyoekonomik statüleri. Mesafe, bariz bir engeldir ve kültürel engeller, örneğin yerli halk için, problem olabilir. Sosyoekonomik statü, hizmetlerin bedava olduğu durumlarda bile bir etken olabilir, genellikle orta-sınıf sağlık çalışanların bulunduğu bu hizmetlerde, yoksul halkın dışlanma hissetmesi mümkündür.

Yukarıdan devam etmek gerekirse, ortam ve sosyoekonomik çevre belirleyici olabilir. Bu, özetle kaynak dağılımı üzerindeki iktidar yapılanması veya mülkiyet hakkı yani başka bir deyişle, sağlık hizmeti ekonomi politiği demektir. Burada özellikle alakalı olan ekonomi politiğin bir dalı olarak bilinen 'kurumsal iktisat'dır.

Kurumsal iktisatta, kurumsal denilerek belirtilmek istenen, normal anlamından çok daha farklı veya daha yoğun bir içeriktir. Kasper ve Streit (1998:2)'in bakış açısı faydalıdır: "İnsan ilişkileri, ekonomik hayattakiler dahil, güvene dayanır; bu durum, güvenilmez ve fırsatçı davranışları yasaklayan kurallar ile mümkündür ancak. Bu kuralları biz 'kurumlar' olarak isimlendirmekteyiz".

Açıkça, sağlık ekonomisi, mikro ve sıklıkla çok mikro ile takıntılı hale gelmiştir ve bu nedenle kurumsal ve makro meselelere dair görüsünü yitirmiştir. Hodgson (2008:251)'un savunduğu şekliyle: 'literatürdeki baskın (sağlık ekonomisi) ana görüşü ölçme ve kuantifikasyon konuları üzerine odaklanmıştır; bu da büyük soruların nispeten ihmal edilmesi anlamına gelir.'

Hodgson, sağlık ekonomistlerinin görüşlerinin neoklasik ekonomi (aslında serbest pazar anlamına gelmektedir) görüşleri olmasındaki tuhaflığa dikkat çekmektedir. Birleşik Krallık'tan iyi bilinen bir ekonomist Culyer'den (1991:ix) alıntı yapar: "Pratikte, sağlık ekonomistlerinin ezici çoğunluğu, neoklasik ekonominin bildik araçlarını kullanır. Buna karşın çoğu, genellikle ana akım neoklasik ekonomistlerin normatif konuları ele aldıklarında kullandıkları refahçı ("welfarist") yaklaşıma (özellikle Paretian)[4] bağlı değildir."

4 Refah ekonomisine bağlı ekonomistler, ideal işleyen bir serbest piyasa mekanizmasının kaynakların en etkin (optimum) bir şekilde dağılmasını sağladığını düşünürler. Serbest piyasa mekanizmasının sosyal refahı maksimize ettiğine inanırlar. Bu kuramda, toplumdaki başka kişilerin mutluluğunu azaltmadan eğer herhangi bir kimse daha mutlu hale getirilemiyorsa bu duruma pareto optimum (etkin) adı verilir. Serbest piyasa mekanizmasının pareto

Hodgson şöyle yanıtlar: "Şaşırtıcı olan, çoğu sağlık ekonomistinin neoklasik teorinin standart normatif aparatını benimsememişken, neden neoklasik önermelere bağlı kaldıklarıdır. Standart neoklasik paketin bazı ögeleri adapte edilirken, diğerlerinin edilmemesi biraz tuhaftır" (Hodgson 2008:237).

Hodgson'un, kasıtlı bir kibarlık gösterdiğini ve kendi merakına cevap vermek için ima yolunu seçtiğini düşünüyorum. Buradaki sorun, aslında şudur: Biz sağlık ekonomistleri, pazarın çöktüğü gerçeğini seziyor olmakla birlikte, çoğumuzun onunla yetiştiği, neredeyse mükemmel (ve aynı zamanda derli toplu) bütün neoklasik bavulu üzerimizden atmak konusunda henüz kendimizi ikna edemedik. Nereye gideceğimizi ya da nereye döneceğimizi bilmiyoruz. Bu kadar aldatıcı zarafette ve ölçülebilir potansiyeli olan başka bir şey bulamayız. Bu sayede, öylesine niceliklendirilmiş ve görünüşte 'titiz' bir disipline sahip oluyoruz ki, kaybetmek istemiyoruz. Sağlık ekonomistlerinin aklı çelinmiştir. Disiplinleri için yeni bir paradigma inşa etmeyi ihmal etmişlerdir. Sonuçta, mevcut sağlık hizmeti ekonomi politiğini itiraz edilemez hale getirmişlerdir.

Bunun bir başka yansıması ise, en az bunun kadar rahatsız edicidir: Sağlığın ekonomi politiği tıp mensuplarının eline bırakılmıştır. Birkaç istisna dışında tıp mensupları (çoğunluğu özel sağlık hizmeti yanlısıdır), su katılmamış/saf bir hekim-hasta ilişkisi anlayışını, sadece klinik bakım için değil aynı zamanda sağlık hizmeti planlaması için de köşe taşı haline getirmeye çalışırlar. Bu, bireyciliğin kutsanması, tıp etiğinin temel parçasını (görev etiği ve erdem etiği) oluşturmakla kalmaz (bunla kalsa gayet makul), hekimlerin ve mesleğin iktidarını da korur. Bu iktidar yapısının değiştirilmesini istemek, aynı za-

optimum sonuçlar doğuracağı idda edilir. Refah ekonomisinin birinci temel teoremi, ideal işleyen bir serbest piyasa mekanizmasının kaynakların en optimum (pareto optimum) bir şekilde dağılmasını sağladığı iddiasıdır. *-çev.*

manda bireycilikle temellendirilmiş tıp etiğine saldırmak gibi algılanmaktadır. Bu nedenle, iktidar yapısının eleştirisi ile tıp etiğinin bireye/bireyciliğe dayalı olmasına dair eleştirinin birbirinden ayrılması iyi bir sağlık hizmeti planlanması için çok önemlidir.

İyi planlama çok önemlidir, ancak bu aynı zamanda başka tür bir etik üzerine temellendirilmelidir: kamu yararı etiği. Bu sosyal etik, kaçınılmaz olarak tıp etiğinin görev ("duty") ve erdem ("virtue") etiği ile çatışacaktır. Bundan dolayı, fırsat maliyeti kavramı[5] –kaynak kullanımında çok daha iyi bir alternatif olması halinde faydadan feragat edilmesi– her düzeyde geçerli olurken, hekim hasta ilişkisi düzeyinde, hekim için hastalarına kendisindeki kaynakları kullanırken feragat edeceği fayda şeklinde sınırlı olmalıdır. Bendeki cilt problemlerini tedavi eden dermatolog ile Jeannie Smith'in kalça protezi tedavisinin Dr. Jones tarafından geciktirilmesi yüzünden feragat edilen faydaların ilintisi olmaması gerekir.

Sonuç

Bu bölümün ortaya koydukları şunlardır: Sağlık hizmeti ekonomisi, sağlığın bir meta gibi ele alınmasından mustariptir. Sağlık ekonomistlerinin ve sağlık politikası yapıcılarının, sağlık hizmetini klinik tıbbın bir alanı olarak görmeleri de önemli bir sorundur. Bunu söylerken hiçbir şekilde klinik karar vermenin ve karar vericilerin önemini yok saymıyorum. Ancak, klinik karar vericilerin klinik karar verme ile sınırlandırılmaları gerektiğini düşünüyorum.

Bu konular ekonomi politiğin oldukça ihmal edilmiş merceklerinden bakıldığında en iyi şekilde görülecektir. Bunlar

5 Fırsat maliyeti ("opportunity cost") bir malı/hizmeti elde etmek için başka bir maldan/hizmetten vazgeçme maliyetidir. *–çev.*

aynı zamanda etik konulardır: tıbbın bireyci etiği ile sağlık hizmeti politikalarının sosyal etiği ve sağlık ekonomisi etiği.

Bu bölümde ilaç endüstrinin gücü üzerinde durulmamış olması bazılarını şaşırtmış olabilir. Burada ortaya çıkan konular 10. bölümde yeniden ele alınacaktır. Endüstrinin hatırı sayılır bir güç kullandığını çok iyi biliyorum; ısırığın büyük kısmını tıp mesleği üzerinden yapmaktadır. Bu etki yolunu engelleseniz dahi, "Big Pharma" dişsiz kalmayacaktır, fakat ana kesicileri olan ön dişlerinden mahrum kalacağı kesindir.

2

Sağlık Politikaları Neden Yetersiz?



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun ("Commission on Social Determinants of Health, SDH") 2008 tarihli raporunun ardından birkaç istisna dışında hiçbir değişikliğin olmaması oldukça dikkat çekicidir (WHO 2008). Ancak, komisyonun önüne konulan engeller ve komisyonun daha çok yoksullar için çalıştığı gerçeği karşısında bu durum pek de şaşırtıcı değildir. Galiba yoksulluk devam edip gidecek. Zira yoksulların sesleri giderek daha az duyuluyor ve giderek daha çok sayıda toplum neoliberalizmin kucağına düşüyor.

Güç değişimi

Pek çok Batılı ulus, demokrasiye sahip olmakla övünür. Oysa, bu ülkelerin hemen hiçbirinde, politik ve ekonomik gücün, gerçekten ve eşitlikçi biçimde, tamamen halkın elinde olması anlamında bir demokrasiden söz edilemez. Bunu Güney Afrika örneğinde görüyoruz; bu ülke apartheid politikalarının barbarlığından kurtulduktan sonra, iktidarın bir daha azınlık-

ların eline geçmemesini garantiye alacak şekilde, oldukça özgürlükçü bir anayasa yaptı. Ancak çok üzücü ve kötü bir şekilde başarısızlığa uğradı. Neoliberalizm, Güney Afrika nüfusunun büyük bir kesimi için demokrasiyi kâbusa dönüştürdü; yoksulluk yaygınlığını sürdüyor ve eşitsizlik 1994'ten çok daha büyük boyutlarda.

Bir başka örnek, Avustralya'nın ülkedeki büyük maden şirketlerinin nüfuzunu kontrol etmeyi başaramamasıdır. Hükümet hastane sayısını ve sosyal yardımları artırmak için gerekli parayı vergi artışı ile sağlamak için bir proje geliştirdi, ancak maden endüstrisinin baskılarına boyun eğmek zorunda kaldı ve projeyi hiçbir zaman yaşama geçiremedi.

Birleşik Krallık, küresel finansal kriz sonrasında batan büyük bankaları kurtarmak üzere kamu harcamalarında çok büyük kesintiler yaptı. Bu kesintiler, yoksulluğun tırmanmasına, gelir eşitsizliğine ve çok açık bir şekilde güç dağılımında adaletsizliğe yol açtı. Bütün bunların aslında güç dağılımındaki adaletsizlik nedeniyle olduğunu söylemek mümkündür. Daha ötesi, bu durum, Ulusal Sağlık Sistemi ("National Health Services, NHS")'nin varlığını devam ettiremeyeceğine dair ciddi endişelere yol açmıştır.

Küresel olarak DSÖ'nün etkisi azalmıştır, sağlık ve sağlık hizmeti finansmanında IMF ve Dünya Bankası'nın sağlık politikaları giderek daha fazla kendilerini küresel olarak göstermeye başlamıştır. Irwin ve Scali (2005) SDH Komisyonu'nun bir raporunda durumu şu şekilde ortaya koymuştur:

> 1980'lerin sonu ve 1990'larin başında DSÖ'nün otoritesinin gerilediği ve küresel anlamda sağlıktaki liderliğin DSÖ'den Dünya Bankası'na kaydığı görülmüştür. Bunun bir nedeni, bankanın çok daha büyük finansal kaynaklara sahip olmasıdır. 1990'lara gelindiğinde bankanın sadece sağlık sektörüyle ilgili yaptığı borçlandırma (krediler), DSÖ'nün toplam bütçesinden çok daha

fazlaydı. Etkinliğin DSÖ'den Dünya Bankası'na geçmesinin bir nedeni de Dünya Bankası'nın tüm itirazlara rağmen kapsamlı bir sağlık politikası çerçevesini uluslararası tartışma platformuna kabul ettirmiş olmasıdır.

DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu

Pek çok hükümet ve küresel kurum, sağlığın sosyal belirleyicilerini anlamakta ve benimsemekte başarısızdır. Bu vahim durum karşısında, DSÖ ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, bir umut ışığı oldu (WHO 2008). Bu komisyon, sağlığın sosyal belirleyicilerinin politik alanda yer almasını sağlama konusunda, benim bildiğim diğer tüm çabalardan daha fazlasını başardı. Bu sayede pek çok merkez ve hükümet, sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını ilkesel olarak dikkate almaya başladılar. Bu durumun pratikte halk sağlığına olumlu etkiler yapacağına dair iyimser olmayı deneyebiliriz. Ancak, tıpkı önceki Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu raporu gibi bu çalışmanın da, neoliberalizmle yüzleşmekte başarısız kaldığını eklemek zorundayız.

Raporun yazarları, neoliberalizme sadece bir kez, o da tırnak içinde atıfta bulundular! Rapordaki neoliberalizmle ilgili kısa bölüm aşağıda görülebilir:

> Ticaretin serbestleştirilmesi ve piyasaların ülkelerarası entegrasyonu gibi küreselleşmenin temel özellikleri, ülkelerin ulusal üretim ve dağıtım politikalarında köklü değişikliklere yol açmıştır. "Yapısal Uyum Programı" 1970'ler ve sonrasında, temel küresel politik program olarak küresel kurumlarda çok etkili ortodoks bir anlayışın (bazen "neoliberal" olarak da adlandırılan) oluşmasında rol oynadı. Gelişmekte olan borç batağındaki ülkelerde enflasyonun düşürülmesi, kamusal alandaki harcamaların azaltılması ve büyümenin teşviki için tasarlandığı öne sürülen –aslında bunlar borçların geri ödenmesi için yönlendirici politikalardır– yapısal değişim politi-

> kaları, ticarette serbestliği, özelleştirmeyi ve kamu sektörünün rolünün azaltılmasını teşvik etmiştir. Bu değişimi yaşayan ülkelerin büyük bir kısmında, sağlık ve eğitimde, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çok kötü etkiler yaratmıştır. Buna rağmen pek çok ülke hiper-enflasyonun düşürülmesi ve finans yönetiminin iyileştirilmesi gibi konular yüzünden bu programın arkasında durdu. Ancak, yapısal değişim programının tehditleri ile uygulanan bu sert politikaların beklenen faydaları ürettiği çok şüpheli olmakla birlikte, sağlık ve sosyal alandaki olumsuz maliyetleri işin cabası olmuştur. (Jolly 1991)

İşte hepsi bu. Literatürde neoliberalizm ve neoliberalizmin sağlık üzerindeki etkileri hakkında pek çok çalışma olmasına rağmen Komisyon, tek bir referans ve BM'nin bir organizasyonunca (UNICEF) yazılmış eski bir makale ile konuyu geçiştirmiştir. Yukarıda yer verilen alıntı açıkça neoliberalizmi eleştirmekte ve neoliberalizmin, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki kötü etkilerini ortaya koymaktadır, ancak bu eleştiri, raporun öneriler bölümüne geldiğimizde uçup gitmektedir. Rapor, 'sağlıktaki eşitsizliğin yapısal örnekleri' olarak adlandırdığı bir liste sunmaktadır. Bunlar; "en zengin ülkelerdeki dünya nüfusunun tepedeki beşte biri, artan ihracata dayalı ticaretin yüzde 82'sini elinde tutmaktadır"; "Doğu Asya'daki finansal kriz, sermaye akışı (105 milyar dolar; bu bölgedeki toplam gayrisafi milli hasılanın –GSMH– yüzde 10'u değerinde) yönünün ters dönmesiyle başlamıştır"; "1990'dan bu yana çatışmalarda 3.6 milyon insan öldürülmüştür ve pek çok ülkenin askerî harcamaları sağlık harcamalarından çok daha fazladır"; "Avrupa'daki her bir inek, günde 2 dolardan daha fazla, yani dünya nüfusunun yarısının günlük gelirinden daha fazla teşvik almaktadır" vb. gibi örneklerdir.

Çok şaşırtıcı ve üzücü biçimde, bu problemlerin ortaya çıkmasında neoliberalizmin katkılarına raporda hiç yer verilmemiştir. Hiçbir yapısal analiz yapılmamıştır. Rapor âdeta böyle

bir yapısal analizden kaçınmak üzere özellikle elden geçirilmiş izlenimini vermektedir. Sorunlar mükemmel biçimde ortaya konmuş, ancak hiçbiri analiz edilmemiştir. Büyük bir fırsat kaçırılmıştır!

Devlet ve piyasa

İznizle, günümüz toplumunda devletin rolüne, devletin küreselleşme ve neoliberalizm tarafından her geçen gün artarak tehdit edilmesi konularına dönmek istiyorum. Piyasa fikri, piyasanın her bireye kendisi için iyinin ne olduğunu tanımlama hakkını verdiğini ve bu sayede her bireyin kendi için iyi olanı maksimize etmek üzere seçme hakkını kullandırdığını iddia eder. Bu, klasik liberal terminolojide özgürlük olarak tanımlanmaktadır. Ancak, neoliberaller bu tanımı, ortaya attıkları üç dayanakla bağlamlandırmaya çalışırlar. Bunlar; seçme hakkı, bu seçimi yapabilecek para veya gelirin olmasını da kapsar; bireylerin değerleri ve arzularının örtüşmesi gerekir ve son olarak, toplumsal olarak yarar denen şey, basitçe bireylerce tanımlanmış bireysel yararların toplamından ibarettir.

Bu konu ile ilişkili, ancak ayrı bir mesele olarak, paranın mutluluğu satın aldığı ve daha fazla paranın daha fazla mutluluk demek olduğunu öne süren neoklasik efsane, aynı neoklasik ekonomi okulundan köken alan "faydacılık ("utility")[6] ve

---

6 Faydacılık/ yararcılık ("utilitarianism"), felsefe ve sosyolojide iyinin, mutluluk ya da hazza eşit olduğu fikridir. Ekonomide ise faydacılık, üretim, tüketim ve paylaşım gibi tüm ekonomik faaliyetlerin amacını, mal ve hizmetlerden elde edilecek faydanın maksimize edilmesi olarak tanımlar. Temelde bir etik düşünce olan faydacılık, önce J. Bentham, sonra J. S. Mill tarafından ele alınmıştır. Bentham faydacılığı hedonizme (maddi hazcılık) bağlı olarak ele alırken Mill niteliği de katmıştır. Faydacılık, klasik ekonomi teorisinin temellenmesinde çok büyük bir rol oynamıştır. Faydacılığın modern eleştirisini yapanlardan biri Amartya Sen'dir. Sen, faydacılığın refah ekonomisinde ciddi analiz sorunlarına yol açtığına inanmaktadır. Bir bireyin refahının sadece

'faydanın maksimize edilmesi' ("utility maximisation") fikirleri ile birlikte ele alınmalıdır. Maggiolini ve Nanini (tarihi yok: 5) fayda ve mutluluk arasında kesin ayrım yapmış ve insanın iyilik halinin iki boyutlu olduğunu öne sürmüşlerdir: "Edinsel boyut; bir kişi daha fazla meta, gelir ve hizmete sahip olduğunda kendisini daha iyi hisseder". Bu fayda boyutudur. Ancak anlamlı ikinci bir boyut daha vardır; başka insanlarla ilişki kurmamızın yolunu oluşturan mutluluk boyutu. Yazarlar, iki boyutu birlikte ele alarak konuyu düzgün bir biçimde özetlemişlerdir (*a.g.e.* 4): "Her ne kadar fayda tek başına azami ölçüde yaşanabilirse de mutluluk için en az iki insan gerekir".

Daha geniş ve daha ciddi biçimde değerlendirdiğimizde, paranın mutluluk getirdiği fikrini destekleyecek hiçbir kanıt olmadığını görürüz. Zarri (2006) şunlara dikkat çekmektedir: "En son kanıtlar bize paranın mutluluğu gün geçtikçe çok daha az satın alabildiğini göstermektedir ve bu gerçeğin ışığında Rabin (1993) çok doğru bir çağrıda bulunmaktadır; Refah ekonomisi sadece maddi varlıkların topluma etkin dağıtılması için değil, aynı zamanda insanların birbirleriyle olan iletişimlerinde mutlu olmalarını sağlayacak kurumların yaratılması için de çalışmalıdır." Sağlığın sosyal belirleyicileri literatüründe, daha çok gelişmiş ülkeler üzerinde durulmaktadır. Bu garip bir durumdur, zira sağlık problemlerinin büyük bir kısmı orta gelir seviyesi ve altındaki ülkelerde görülmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri orta gelir seviyesi ve altındaki ülkeler için çok daha önemlidir: Temiz içme suyu çoğu kez bu ülkelerde bulunmaz, eğitim ve barınma şartları bu ülkelerde oldukça kötüdür ve yine yoksulluk ve eşitsizlik bu ülkelerde çok yaygındır. Zengin Batı ülkelerinin, gelişmekte olan ülkelerin sorunlarına

fayda ile ölçülmeye çalışılması, başka pek çok şeyin değerlendirme dışında tutulması ile sonuçlanır. Sadece fayda kavramı ile refah tanımlanamaz. Bireysel refah, kapasitelerin ve özgürlüklerin artırılmasıyla da ilgilidir.

politik yönden bir ilgi duymamalarına benzer olarak, bu ülkelerin akademisyenleri ve araştırmacılarının da bu konulara ilgisiz kaldıkları anlaşılmaktadır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri arasında kilit rolü olan 'gelir eşitsizliği', her nasılsa sağlık ekonomisi araştırmalarında pek ele alınmaz. Wilkinson ve Pickett (2006) ve Deaton'in (2003) sağlık ve gelir eşitsizliği üzerine yaptıkları iki önemli derlemenin kaynakları (bunlar sırasıyla 200 ve 170 adet referans içermektedir) arasında, iki büyük sağlık ekonomisi dergisinden tek bir makale bile bulunmamaktadır. Bu dergilerin gelir eşitsizliği konusunu tamamen ihmal ettiklerinin altı çizilmelidir.

Sağlık ölçütleriyle ilgili literatür, önemli sorunlar barındırmaktadır. Burada hak ettiği ilgiyi görememiş bir konuya dikkat çekmek istiyorum. Kültür ve sağlık üzerine sorulabilecek sorular; örneğin yerli kültürlerin yok edilmesi, ilintili görülmemesinden dolayı araştırma konusu yapılmamıştır. Oysa, toprak hakları ve yerli nüfusun sağlığı arasındaki bağ ve bu konuların kaynaklarla ilgili uzantıları, ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç duymaktadır. İşin temeline inersek, Adams'ın (2004:283) belirttiği üzere: "Sağlık, sosyal, ekonomik, politik ve dinî sosyal yapıların –ki bu yapıların kendileri de çatışmalı politik alanlarda kültürel bir şekilde oluşmuş ve şekillenmişlerdir– bir ürünüdür." Sağlık ekonomistleri, kültür konusunu ya reddetmiş ya da göz ardı etmişler ve tüm kültürlerde sağlık yapısının aynı olduğunu varsaymışlardır. Sağlık politikaları tartışmalarında, sağlığın farklı uluslarda ve farklı kültürlerde, farklı şekillerde yapılandırılabileceği fikri, genellikle ihmal edilir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ekonomi politiği ile ilgili çalışmalar çok azdır. Dikkat çekici çalışmalarıyla Bob Evans (1997) ve Vicente Navarro (2007a), karayolları güvenliği ile ilgili çalışmalarıyla Jones-Lee (2002) ve sigara ile ilgili konularda Parrott ve Godfrey (2008) iyi istisnalardır. Barınma, temiz

suya erişim, eğitim ve genel anlamda sosyal yapılar ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Sağlığın kilit önemdeki sosyal belirleyicileri olan eşitsizlik ve yoksulluk üzerine bu kadar az çalışma yapılmış olması dikkat çekicidir. Dünya Ticaret Örgütü (DSÖ)'nün dünya sağlığı üzerine etkileri konusunda ya da patent kanunlarının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gelir dağılımı ve bunun sağlığa yansımaları konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır.

Var olan araştırmaların tümü, sosyal epidemiyolog Marmot ve Wilkinson'ın tarafından yapılmıştır. Vicente Navarro (2007a) ve Angus Deaton (2003)'ın sağlık ve eşitsizlik üzerine yaptıkları çalışmalar da elbette önemlidir. Ancak, genel olarak sağlığın sosyal belirleyicilerinin ekonomi politiği üzerine yeterince araştırma yapılmadığını söylemek yanlış olmaz.

İdeolojiler ve sosyal kurumlar hakkında uluslararası karşılaştırmalı incelemelere baktığımızda, örneğin, DTÖ ve DTÖ politikalarının küresel sağlık üzerine etkilerine baktığımızda, ekonomi politik konusunu hemen hiç görmüyoruz. Navarro (2007a) ve Gwatkin (2001) tarafından yapılan bazı örnekler, çalışmalar, kalite açısından çok mükemmel olmakla beraber sayıca çok azdır. Kanadalı sosyolog David Coburn (2000) bu alana önemli katkılarda bulunmuştur. Vergi politikalarının ve bunların sağlık üzerindeki etkilerinin ekonomi politiği konusu (alkol ve tütün mamullerinin vergilendirilmesi hariç; bu konularda çok sayda çalışma yapılmıştır) incelenmek üzere beklemektedir.

Halk sağlığı konusunda genel bir başarının nasıl elde edilebileceği, bunun için ekonomik büyümenin gerekli olup olmadığı konuları yeterince ilgi görmemiştir. Bu alandaki ender çalışmalardan biri, Sen (2001) tarafından yapılan, 'büyümeye dayanan' ve 'destek önderliğinde'("growth-mediated and supported") gelişmenin karşılaştırıldığı çalışmadır. Büyümeye daya-

nan (*a.g.e.* 338) model, hızlı ekonomik büyüme ile işlemektedir ve bu modelin başarısı, büyümenin geniş tabanlı ve ekonomik açıdan yaygın olmasına bağlıdır. Ayrıca bu model, ekonomik büyüme ile elde edilen zenginlik, sağlık hizmeti, eğitim ve sosyal güvence gibi toplumsal hizmetler için kullanılmadığı durumlarda başarılı olmamaktadır. Tam tersi 'destek önderliğinde' model, hızlı ekonomik kalkınma gerektirmez, sağlık, eğitim ve diğer toplumsal hizmet alanları için geliştirilmiş akıllı destek programları sayesinde başarılı olur.[7] Sen (*a.g.e.* 338), Sri Lanka'yı, reformlar öncesi Çin'i, Kosta Rika'yı ve Hindistan'ın bir eyaleti olan Kerala'yı, ekonominin büyümediği, ancak ölüm oranlarında hızlı bir düşüş ve yaşam standartlarında yükselme olan ülkeler olarak örnek gösterir.

Sağlık politikalarının en önemli sorunu, konunun sıklıkla sağlık hizmeti politikalarına indirgenmesi, hatta tekeline alınmasıdır. Bu sayede sağlık politikaları, tamamen tıbbi perspektife büründürülmektedir. Sağlık hizmetinde mülkiyet haklarının dağılımı, bu toplumsal kurumun ve de sağlık politikaları tartışmalarının 'medikalizasyon'u ile sonuçlanmaktadır.

Bu tıbbi perspektif, zengin ülkelerin gelişmekte olan ülkelere yaptıkları yardım programları yaklaşımına da yansımaktadır. Bu ülkelerin bağışları genellikle belli hastalıklar

7 Nobel Ödülü sahibi, Ekonomi Profesörü Amartya Sen, sağlık alanındaki sonuçlar için ekonomik büyümeden elde edilen gelirin nereye harcandığının belirleyici olduğunu öne sürmektedir: Güney Kore ve Tayvan gibi hızlı ekonomik büyüme ile birlikte insanlarının ortalama yaşam süresini uzatmayı başaran ülkeler olduğu gibi Brezilya gibi, hemen hemen aynı ekonomik büyüme hızını yakalayan ama buna karşılık gelen ortalama yaşam süresindeki artışı gerçekleştiremeyen ülkeler de vardır. Sen, ulusal gelir düzeyinin yüksek olmasının yeterli olmadığını; insanların ortalama yaşam sürelerinin yalnızca halk sağlığını iyileştirmeyi önceleyen ülkelerde, uzatılabildiğini göstermiştir. Sen'in çalışmaları, ekonomik refahın toplumsal parametrelerde genel olarak bir iyileşmeye yol açmasının doğal olduğunu, ancak iyi bir ekonomik analizin, asıl farkın toplumsal politikalarla oluşturulabileceğini ortaya koymaktadır. *–çev.*

için yapılandırılır, örneğin sıtma hedef alınır. Bu, yardımların doğrudan sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini amaçladığını göstermektedir. Öte yandan, iyi bir sağlık hizmeti verebilmek için gerekli olan yapılara ya da sağlık yönetimine çok az önem verilir. Bağış yapan merkezler yardımı sağlarlar, ancak sağlık hizmeti sisteminin bir toplumsal kurum olduğuna dair geniş bir bakış açısını yansıtmakta başarısızdırlar. Ayrıca, sağlık yatırımları stratejilerinde yerel değerleri göz önüne almamaktadırlar. Daha da kötüsü, bağışçılar sağlık alanındaki iyileştirmelerle ilgilidir, medikal sağlık hizmetinden ötesini çok ender olarak görürler.

Benzer bir şekilde, DSÖ ve Dünya Bankası da bu tıbbi perspektifi benimsemiştir. Bu durum özellikle DSÖ'nün savunduğu sağlık alanındaki öncelikleri belirlemek için kullanılan hastalık yükü kavramında belirgindir (örnek için bkz. Murray ve Lopez 1996).[8] Hastalık yükü pek çok sorun içeren bir yaklaşımdır; sağlık alanında önceliklerin belirlenmesinde hastalığın boyutunun diğer kriterlere kıyasla çok daha önde ele alınması gerektiğini savunur. Bu oldukça garip bir durumdur, zira öncelikleri belirleme gerekliliği, ancak kaynaklar kısıtlı ise söz konusu olabilir. Eğer kaynaklar kısıtlı değilse bir seçim yapılması ve önceliklerin belirlenmesi gerekli olmayacaktır. Bu nedenle öncelikler meselesi, aslında kaynakların kullanımı ve kaynak dağılımına yapılan müdahalelerle ilgilidir. Hastalıklar yerine kaynak kullanımına yapılan müdahalelere odaklanılması ge-

8 DSÖ, küresel sağlık planlaması çalışmalarında, Murray ve Lopez'in geliştirdiği yöntemi kullanarak bölgesel ve küresel düzeyde 130'dan fazla hastalık ve yaralanma nedeni için hastalık yükü tahmininde bulunmaktadır. Halk sağlığını gösteren bir ölçüt olarak hastalık yükü, ölüm verileri ve ölüme yol açmayan sağlık sonuçlarının tek bir rakamla ortaya konmasına çalışır. Küresel düzeydeki tahminler yaşa, cinsiyete ve bölgelere özel olarak verilmektedir. Türkiye'de, ulusal düzeyde en yüksek hastalık yüküne neden olan durumlar incelendiğinde ilk sırayı iskemik kalp hastalığı almaktadır. *-çev.*

reklidir. Oysa, DSÖ ve Dünya Bankası 'hastalık yükü' yaklaşımı ile hastalığa, başka bir deyişle tıbbi perspektife odaklanmaktadır. Bu durumun neden ortaya çıktığına ve nasıl değiştirilebileceğine dair ekonomi politik çalışmaları yok denecek kadar azdır.

Sağlık politikaları sorunlarından biri de, analistlerin ve politika belirleyicilerinin, konuya sağlık hizmeti sektörünün dışına çıkarak bakmaya çalıştıklarında, toplum sağlığı ve sağlığın sosyal belirleyicileri alanlarının çok büyük, çok geniş ve bir anlamda amorf olduğunu hemen fark etmeleridir. Toplum sağlığı ölçütleri, net bir şekilde ifade edilemeyen 'hazırlık düzeyi' ("preparedness") gibi kavramları içermeye başladığında, ölçüm yapmak çok zorlaşmaktadır. Hazırlık düzeyi tanımına aşağıda yer verilmiştir:

> Hazırlık düzeyi; halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin, toplumların ve bireylerin sağlığını tehdit edecek olağanüstü durumları önleme ve hızlı bir şekilde iyileştirme kapasitesi olarak tanımlanır. Hazırlık düzeyi, performans ölçümüne ve düzeltici adımların atılmasına dayalı koordineli ve sürekli planlama ve uygulamayı içerir (RAND Corporation 2007).

Böyle bir zeminde analizcilerin işi güçleşmektedir; genel olarak ölçülebilen bir şey üzerinde yoğunlaşmak isterler. Bu durumda, ölçülmesi zor olan diğer çıktılar yerine sağlık hizmeti sonuçlarını ölçmeye yönelmektedirler. Sağlık hizmeti konusunun dışına çıkmak, aynı zamanda 'hükümetin tümünü' kapsamaya çalışmak demektir. Zira sağlığın sosyal belirleyicilerinin pek çok yönü sağlık hizmeti alanının dışındadır. Analizciler yabancı bir alana geçmekte isteksiz olurlar, zaten barınma, vergi sistemleri gibi sağlık hizmeti dışındaki alanlar da onları kabul etmekte istekli değildirler.

Daha önce de belirttiğim üzere (Mooney 2009):

Klinik tıpta çok yaygın olarak kullanılmaya başlanan kanıta dayalı sağlık politikaları,[9] bu sorunlara iyi bir örnek oluşturur. Kimileri kanıta dayalı olmanın doğruluğunun sorgulamayacağını ileri sürer, öte yandan kanıta dayalı tıp kavramının bir din haline gelmesini sorun edenler de vardır (Kristiansen ve Mooney 2004). İlaçların etkinliğini değerlendirmek için kanıta dayalı randomize, kontrollü çalışmalar kuşkusuz değerli ve geçerlidir. Ancak klinik tıpta, örneğin multipl skleroz (MS) hastalarının ev veya hastanede bakımlarının değerlendirilmesi gibi bir konuda randomize kontrollü çalışma yapmak oldukça sorunludur. Hava kirliliğine yol açan maddeler, gelir eşitsizliği, yerlilerin toprak hakkı gibi konuların değerlendirilmesi hem çok zordur hem de farklı tip kanıtlar gerektirir. Ayrıca, klinik değerlendirmelerdeki bireyci 'sonuçsalcılık' ("consequentialism")[10] olgusunun, sağlığın sosyal belirleyi-

9 Kanıta dayalı tıp, tıbbi uygulamaları doğru ve etkin yapabilmek için sağlam tıbbi kanıtlara dayanmak gerektiğini ifade eder. Sağlam kanıtlar, randomize kontrollü klinik çalışmalardan elde edilir. Tıbbi literatürün bu anlamda analiz edilmesi ve bunun bir yöntem olarak öğrenilip günlük hekimlik pratiği için benimsenmesi; elde edilen güçlü klinik kanıtların klinik deneyim ile birleştirilerek hastalara uygulanması, kanıta dayalı tıp demektir. Kanıta dayalı tıp yaklaşımının hekimlik pratiğindeki anlamı, sistematik araştırmalarla elde edilen klinik kanıtların klinik deneyim ile birleştirilmesidir. Kanıta dayalı sağlık politikası ise, yüksek sağlık harcamalarını azaltmak, aynı hastalığa farklı tedavilerin önüne geçmek ve gereksiz sağlık hizmetlerini önlemek için geliştirilmiş bir kavramdır. Günümüzde, klinik kılavuzlar ve bunlara uyma zorunluluğu şeklinde 'bilimsel-bürokratik tıp' olarak adlandırılan tıp anlayışına yol açmıştır. Bu anlayış, hekimlerin tüm bilimsel veri tabanını tarama ve uygulamada yeterli zaman ve yetkinliği olamayacağına dayanır. Hekimlerin, uzmanlar tarafından hazırlanmış kanıt hiyerarşisi göz önünde bulundurularak hazırlanmış ve üzerinde uzlaşılmış kılavuzlar ve protokolleri takip ederek klinik uygulamalarını gerçekleştirmelerini önerir. Günümüzde pek çok eleştirilere rağmen en yaygın kabul görmüş uygulama modelidir. *-çev.*

10 Sonuçsalcılık, ahlaki kararları, çeşitli eylem seçeneklerinin olası sonuçlarının çözümlenmesi üzerine dayandırır. Doğru eylem, en iyi sonucu üretendir. Elbette iyi sonucun ne olduğu üzerinde anlaşmazlık olabilir. Sonuçsalcılığın en iyi bilinen biçimlerinden biri olan yararcılık, iyinin ölçüsü olarak 'fayda'yı kullanır ve faydayı "en fazla sayıda insan için en büyük iyi" biçiminde tanımlar. Sağlık hizmetlerinde karar verme yöntemi olarak kullanılan diğer sonuçsalcı ölçütler, maliyet-etkinlik ve niteliğe göre değerlendirilen yaşam yılları (QALYs) ile engelliliğe göre değerlendirilen yaşam yılları (DALYs) göz önüne

cilerine uygulanması çok zordur ve 'ısıyı tartma' durumuna düşme riski vardır. Sağlık alanında kaynak yarışında, sağlığın sosyal belirleyicilerinin, klinik tıp ile bireyci 'sonuçsalcılık' paradigması üzerinden yarışması yerine, ayrı bir paradigmaya ihtiyacı vardır. Aksi takdirde bu düzlemde kaybetmeye devam edecektir.

On ikinci bölümde anlatılan paradigma, bu sorunun üstesinden gelmeye çalışmaktadır.

Değişik toplum ve değişik kültürlerin sağlığın sosyal belirleyicilerini tanımlamalarında ve bunların toplum sağlığına etkileri konusunda farklılıklar olabilir. Kimileri temiz içme suyunun varlıklarını sürdürebilmeleri için en temel gereklilik olduğunu düşünürken, diğerleri bu kaynağa sahip olmalarından dolayı temiz suyu daha az önemseyebilir. Yine bazıları obeziteden korunmak için sağlıklı diyet konusuna önem verirken, başkaları malnütrisyonu önlemek için beslenme konusuna önem verebilir. Sonuçta, sağlığın daima belirli ölçüde kültüre bağlı bir konu olduğu akılda tutulmalıdır.

Sonuç

Mevcut durum şu şekilde özetlenebilir: Sağlık hizmetlerine çok önem verilmekle beraber, sağlık konusuna özellikle sağlık politikaları düzeyinde, yeterince ağırlık verilmemektedir; genel olarak hükümetler sağlığın sosyal belirleyicileri konusuna girmekten kaçınmaktadır; sağlıkla ilgili bakanlıklar, keyiflerini bozup barınma gibi sağlık dışı bakanlıkların konularına giren alanlara el atmaktan kaçınmaktadır; bilimciler getirile-

alınarak ölçülen yaşam niteliğidir. Sonuçsalcılığı destekleyenler genel olarak ilkelerden fazla söz etmezler; ilkelerin tanımlanması, öncelenmesi ve uygulanması güçtür ve hiçbir durumda, onların özellikle önem verdikleri sonuç gibi boyutlar dikkate alınmaz. Bununla beraber, ilkeleri bu biçimde yana itmek, sonuçsalcılığın "amaçlar araçları haklı çıkarır" önermesini kabul etmekle suçlanmasına neden olur. *-çev.*

rinin ne olacağını bilmedikleri ya da ölçüm yapmanın kolay olmadığı görece bu yeni alanlara eğilmekte isteksizler; sağlığın sosyal belirleyicilerinin kültürel konularla bağı ve farklı kültürlerin farklı sosyal belirleyicileri ve sağlık yapılarının olması henüz yeterince ortaya konmamıştır; son olarak ve belki de en düşündürücü olan, DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda sorunların tanımlanması ve semptomların belirlenmesinin ötesine geçilmesi konusundaki körlüğüdür. Bu komisyonun neoliberalizme basit bir şekilde değinmekle yetinmesi, sağlık üzerindeki etkilerini açıklamaması dehşet vericidir.

Birleşik Krallık ve Avrupa Komisyonu gibi bazı devlet ve kurumların, sağlık politikalarında odağı, sağlık hizmetlerinden sağlığa kaydırmak üzere ciddi arayışlar içinde olduklarını görüyoruz. Ancak diğerleri, örneğin Avusturalya, bu konuyu ele almakta ayak diremektedirler. Bunun değişmesi şarttır.

3

Neoliberalizmin Sağlıkta, Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık Ekonomisinde Yarattığı Hastalık



Neoliberalizm

Neoliberalizmin doğuşunu, 1970'lerin sonlarındaki 'Washington Konsensüsü' diye bilinen, ancak ne çapta bir uzlaşı ile oluşturulduğu tamamen şüpheli olan toplantı ile ilişkilendirebiliriz. Bu konsensüs, aslında "Washington'un arzu ettiği birtakım ekonomik politikaları yürürlüğe koyması" olarak da değerlendirilmiştir (Williamson 2002). Neoliberalizm, nihayet Keynesçiliğin ölüp gömülmesine tanıklık eden, kapitalizmin bir 'ileri' veya daha aşırı bir şeklinden ibaretti. Gerçekten de, neoliberalizmin görevlerinden biri de Keynesçiliğin cenazesini kaldırmak olmuştur. Neoliberalizm, Harvey (2005: 2) tarafından, "insanların refahının ancak kişilerin girişimcilik özgürlüklerinin ve yeteneklerinin, güçlü özel mülkiyet hakları, serbest piyasa ve serbest ticaret..... devletin piyasalara minimum müdahalesi... kurallarına dayalı bir kurumsal çatı altında serbestleştirilmesi ile sağlanabileceğini öne süren politik ekonomik uygulamaların teorisi" olarak tanımlanmıştır. Neoliberalizm,

ekonominin her alanında, daha da ötesi toplumun genelinde, piyasaya ve piyasanın kaynakları verimli kullanma kapasitesine duyulan inanca bağlı olarak doğmuştur. Neoliberalizm görünüşte küçük devlet sistemini destekler (daha doğru bir tanımlamayla, devletin piyasaya mümkün olan en az ölçüde müdahale etmesini ister). Gerçek yaşamda ise neoliberaller, son küresel finansal krizde görüldüğü gibi sırtlarını devlete dayamak isterler, ancak kendi koşulları ile. Neoliberalizm, kapitalizmin daha eski formlarıyla kıyaslandığında, devleti artan biçimde şirketleştirmiştir. Bu da kaçınılmaz olarak demokrasiyi tehdit etmektedir.

Yaklaşık 70 yıl önce, Karl Polanyi bu durumu öngörmüş ve "piyasa mekanizmasının, insanlığın ve doğanın kaderini yönetmesine izin verilirse, toplumun yıkımına sebep olacağını" yazmıştı (Polanyi 1944: 76). Yıllar sonra bu gerçek Margaret Thatcher'ın skandal cümlesi ("Toplum diye bir şey yoktur") ile kabul edilmiştir.

İçinde yaşadığımız şu günler, hem Polanyi'yi hem de Thatcher'ı haklı çıkarmıştır. Azgın neoliberalizm, vatandaşlığı ve toplumu neredeyse yok eden bir uygulama olmuştur. Bugün, 'liberal demokratik' Batı'da, pek çoğumuzun belirli zamanlarda oy kullanmaktan öte bir vatandaşlık görevi yoktur, daha ötesi bu seçimler, ciddi biçimde yanlıdır ve zenginlerin çıkarlarına hizmet etmektedir. Galbraith'in (1996:8) belirttiği üzere: "modern politik diyalektik... eşit olmayan bir yarıştır: Zenginler ve refah sahipleri güç ve paraya hâkimdir. Bu kişiler oylarını kullanırlar. Sayıca çok olmalarına rağmen yoksul ve muhtaçların çoğu oy kullanmaz. Demokrasi mevcuttur mevcut olmasına ama bu demokrasi, refah içindekilerin demokrasisidir." 8. ve 9. bölümlerde gösterildiği gibi, devletlerin şirketleşmesi, vatandaşların güya demokratik biçimde seçilmiş hükümetler üzerindeki etkisini daha da azaltmıştır.

Neoliberaller, iyi bir toplumun doğasının, kişilerin kendi bireysel çıkarlarını maksimize etmek için istedikleri gibi tercih yapabilme haklarına dayandığına inanırlar. Daha ötesi, bu bireysel özgürlüğün yüceliğini savunurlar. Bir bütün olarak toplumun iyiliğini, basit bir şekilde, bireylerin iyiliklerinin toplamı olarak tanımlarlar.

İngiliz sosyalist Harold Laski (1933), 20. yüzyıl ortalarında, kapitalizm altında iyi bir toplumun yaratılamayacağını yazdı. Laski, "kapitalizmin, özel kâr ile topluma hizmet güdüleri arasında bir denge kuramayacağını, yarı-köle ve yarı-özgür olunamayacağı" savundu ve "kapitalist demokrasi hastalığının kapitalist kaldığı müddetçe tedavi edilemeyeceğini" dile getirdi (*a.g.e.* 164, 169).

Sağlığın diğer toplumsal belirleyicilerini yok saymamakla birlikte, asıl belirleyicinin yoksulluk ve eşitsizlik olduğunu düşünüyorum. Yoksulluğun sağlık üzerindeki etkileri şüphe götürmeyecek kadar açıktır. Günümüzde, sağlık üzerinde eşitsizliğin de kötü etkilerine dair pek çok kanıt mevcuttur (bkz. Wilkinson ve Pickett 2010). Geriye kalan tartışma konusu, bu olumsuz durumdan kimin sağlığının etkilendiğidir: Eşitsizliğin olduğu toplumun bütünü mü, yoksa sadece en alttaki kesim mi? Eşitliğin olmadığı bir toplumda yoksul olmak, sağlık açısından, eşit bir toplumda yoksul olmaktan çok daha kötüdür. Yani, yoksul olmak kötüdür; eşitsizlik ise bu durumu daha da kötü hale getirmektedir. Eşitsizliğin yoksulluğu çok daha olumsuz hale getirmesi bu kitabın içeriğinde özellikle doğrudur. Zira bu kitapta eşitsizlik terimi, Wilkinson ve Pickett'in (2006) kullandığı 'toplumsal tabakalar veya toplumdaki hiyerarşik düzen' terimleri veya Navarro'nun (2007b) sınıf kavramı ile uyumlu olarak kullanılmıştır.

Sağlıktaki olumsuzluğun toplumun bütün kesimleri için geçerli olup olmadığı tartışma konusudur. Bu tartışma kolaylıkla

bir etik tartışmaya dönüşür. Eşitsizliği azaltmamız gerektiğini iki yaklaşımla ele alabiliriz. Eşitsizliği herkesin (zenginler dahil ve bunu gösterebilirsek, zenginler de eşitsizliği azaltıcı politikaları destekleyeceklerdir) sağlığını olumsuz etkilediği için mi azaltmaya çalışmalıyız? Yoksa eşitsizlikten yalnızca yoksulların sağlığı mı olumsuz etkilenir ve zenginler, yoksulların koşullarını iyileştirmek için katkıda bulunmalıdır? (Bu konu, ilerideki bölümlerde değinilecek olan topluma dayalı bir perspektif ile ele alınırsa çok daha kolay hale gelmektedir).

Daha önce ele aldığım üzere (Mooney 2009:92), "Eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkileri pek çok biçimde açıklanabilir. Bu açıklamaların büyük çoğunluğu aynı şeye işaret eder; kişilerin özerkliklerini kaybetmeleri ve güçsüzleşmeleri. Güçsüzlük de, güce maruz kalmak da sağlık için kötüdür. Bir toplumda eşitsizlik ne kadar büyükse, birlik ve dayanışma da o denli azdır. Mağdur insanlara karşı duyarlı olmayan toplumlarda eşitsizlik daha derindir ve eşitsizliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri de daha fazla olmaktadır. Eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkilerini tam olarak anlamak için Navarro'nun yaptığı gibi (2007b)[11]

11 Navarro, eşitsizlik ve sağlık ilişkisinde sınıfın asıl etkiyi oluşturduğunu göstermiştir: Eşitsizlik sağlığı olumsuz etkiler. Zira eşitsizlik genellikle yoksullukla birliktedir. Eşitsizlikler arttığında bazılarının yaşam standartları yükselirken bazılarınınki kötüleşir. Sağlık göstergeleri kötüye giden yaşam standartları düşen bu gruptur. Ancak bu, sorunun sadece bir kısmını açıklar, asıl sınıf analizi yapıldığında eşitsizliğin etkisi tam olarak anlaşılır. Zira asıl kötü olan eşitsizliğin kendisidir. Örneğin toplumsal kesimler ve bireyler arasındaki mesafe, toplumsal dayanışmanın olmayışı. İnsanların sağlığını ve yaşam standartlarını kötüleştiren bunlardır.
Büyük Britanya'da memurlar üzerinde yapılan çalışmada yaşam beklentisi (kaç yıl yaşayacakları) üst düzey memurlar için (32. derece) en yüksektir. 31. derece daha az, 30. derece daha da az yaşam beklentisine sahiptir ve bu böyle sürüp gitmektedir. En az yaşayanlar 1. derecedekilerdir. Benzer bulgular başka ülkeler için de geçerlidir.
Örneğin İspanya'da, yaptığı çalışmada, burjuvazinin (şirketler/yönetici sınıfı), küçük burjuvalara (orta-üst sınıf) kıyasla ortalama 2 yıl daha uzun yaşadığını saptamıştır. Küçük burjuvalar ise orta sınıftan 2 yıl daha uzun yaşamaktadır. Orta sınıf, vasıflı işçi sınıfından 2 yıl, vasıflı işçi sınıfı ise vasıfsız işçi

sınıf analizi yapmak gerekir. Dolayısıyla, bu konu sadece gelir

sınıfı mensuplarından ortalama 2 yıl daha uzun yaşamaktadır. Vasıfsız işçiler sürekli işsiz olanlardan 2 yıl daha uzun yaşarlar. Şirketler/yönetici sınıf ile sürekli işsizlerin mensup olduğu sınıf arasında yaşam beklentisi 10 yıl farklıdır. Anrupa Birliği'nde averaj fark 7 yıl, ABD'de 14 yıldır.

Yaşam beklentisindeki farklılığın nedeni nedir? Bu soruyu yanıtlamak için pek çok araştırma yapılmıştır. Elimizdeki kanıtlar yanıt vermek için yeterlidir: Toplumsal mesafe ve bu toplumsal mesafenin insanlar tarafından nasıl algılandığı. Ayrıca toplumsal dayanışmanın olmaması.

ABD'de yılda 12000 dolardan daha az kazanan yoksul bir insanın Gana'da yaşayan ve yılda ortalama 9000 dolar kazanan orta sınıfa ait bir insanla yaşam beklentisi karşılaştırıldığında; ABD'deki yoksul kişi Gana'daki orta sınıf kişisinden daha çok kaynağa, örneğin belki bir araba, televizyon, daha büyük bir ev vb. sahiptir. Bütün dünyayı tek bir toplum gibi düşünsek, ABD'deki yoksul dünya ortalamasında orta sınıf, Gana'daki orta sınıf mensubu ise yoksul hatta ABD'dekinden daha yoksul sınıfa karşılık gelecektir. ABD'deki yoksullar (dünya ortalamasında orta sınıfa karşılık gelseler de) Gana'daki orta sınıf mensubundan (dünya ortalamasında yoksul sınıfa tekabül etseler de) ortalama 2 yıl daha az yaşamaktadırlar.

Neden? Yanıt basittir. ABD'de yoksul olmak Gana'da orta sınıf olmaktan daha zordur. ABD'deki yoksul kişi için zor olan yeterli kaynak sahibi olamaması değil, toplumun geri kalanı ile arasındaki sosyal mesafedir. Kendisini toplumun başarılı bir üyesi olarak hissedemez. Ana akım sınıfa ve onun yaşam biçimine sahip olamamanın baskısı ile ezilir. Toplumda ana akım sınıfı orta-üst sınıf mensupları; profesyoneller temsil eder. Örneğin televizyon dizilerinde mavi yakalı işçiler, hemşireler ya da taksi şoförleri konu edilmez. Sistemin medyası averaj ABD vatandaşını yanlış biçimde orta-üst mensubu olarak gösterir.

Bu algı çarpıtması 'Amerikan Rüyası'nın bir parçasıdır ve bununla baş etmek yoksul biri için imkânsızdır. Ana akımın içinde yer alamayanların hayal kırıklığı patolojinin kaynağını oluşturur. ABD'de ana akımın içinde yer almak maddi ve ruhsal açıdan kolay başarılabilecek bir şey değildir; yüksek yaşam standartları gerektirir.

Daha ötesi, ABD'de işçi sınıfının çıkarlarını savunmak üzere politik ve kollektif kaynakların olmaması, bu masif yoksulluk, hastalıkların kaynağını; güçsüzlük ve toplumsal dayanışma eksikliği olarak gözler önüne serer.

Gerçekten de, işçi sınıfının güçlü olduğu, sosyal demokrat ya da sosyalist partilerin uzun süre iktidarda kaldıkları ülkelerde ve sendikaların güçlü olduğu ülkelerde (örneğin İsveç), güçlü yeniden dağıtım politikaları ve eşitsizliği önlemeye yönelik üniversalistik (bütün insanları kapsayan) tedbirler vardır. Bu işçi dostu ülkelerde sağlık ölçütleri, ABD gibi işçi hareketlerinin zayıf olduğu, yönetici sınıfı dostu ülkelere kıyasla daha iyidir. Bunun nedeni işçi dostu ülkelerde toplumsal dayanışma, güçlü hissetme ve katılım daha yüksektir. Bu ülkelerde sosyal mesafe, şirket/yönetici sınıf dostu ülkelere kıyasla daha küçüktür.

Çok açık biçimde ABD'de sınıf ve sınıfsal farklılıklar sürüp gitmektedir. Ancak bu ülkede ulusal sağlık çalışmaları ve istatistikler, sınıf analizlerini içermezler! Irk ve cinsiyete bakılır ama sınıfa bakılmaz.

eşitsizliğinden ibaret değildir, asıl sorun güç/iktidar eşitsizliğidir.

Bağımlılık ("addiction") sorununu toplumsal duyarlılık ("compassion") ile ilişkili olarak ele aldığım bir makalemde (Mooney 2005), Cohen'den bir alıntı (1997: 160) yapmıştım: "ABD'de genel kanı, bağımlılıktan dolayı zarar gören insanların buna kendilerinin neden olduğu şeklindedir" (*a.g.e.* 161). Cohen, "Amerikalı politikacıların hızla büyüyerek kitleselleşen sınıf-altı ("underclass")[12] yoksullukla savaşmak için gerekli araçları olmadığı gibi bu araçların yaratılması için politik desteklerinin de olmadığını" belirtmektedir. Buna dikkat çekerek "Toplumsal duyarlılık önemlidir..." diye yazmıştım. "Biz insanlara yoksul oldukları için ya da sömürgecilikle kültürleri yok edildiği için ya da kumar veya madde bağımlısı oldukları için ya da alçak bir rejimden kaçmış sığınmacılar oldukları için değil, sadece kötü durumda olmalarından dolayı duyarlılık göstermeliyiz. İhtiyacımız olan 'ötekileştirip' uzaklaştırmak değil, kucaklamaktır... Kucaklamak ise dürüst, adil ve duyarlı bir toplum yaratmak adına, ortak bir insanlık yaratmak adına ve top-

---

Oysa pek çok çalışmada sınıf farkının mortalite üzerindeki etkisinin ırk ve cinsiyetten çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. ABD'de sınıf ayrımı en çok karşılaşılan, ancak en az konuşulan konudur. ABD'de sistem ve de bilim dünyası sistemi, sınıfın yaşam ve ölüm üzerinde en etkili faktör olmasına rağmen sınıfların varlığını dökümante etmez.
Yenidoğan mortalitesi 1953 yılından beri ilk defa yükseldi. Bunun nedeni, yoksulluğun artmasının yanı sıra eşitsizliğin artmış olmasıdır. Bunun kanıtları ortadır ama bilim inkâr etmeye devam eder. *-çev.*

12 Sınıf altı ("'under class") terimi, 1960'lardan sonra ABD'de yoksulluk çalışmalarında kullanılmaya başlanan en alt sınıfı; işçi sınıfının da altındaki kesimi tanımlamak üzere ortaya atılmıştır. Sınıf altına mensup insanları, genellikle işsiz gençler, kronik hastalar, sakatlar, yaşlılar, tek ebeveynli aileler (genellikle anne), sistematik olarak ekonomik aktivitelerden dışlanan kültürel, etnik, dinî azınlıklar, illegal göçmenler oluşturur. Bu terim ciddi biçimde eleştirilmekte ve ABD'de Latin ve siyahi kent yoksullarını şeytanlaştırmak üzere keşfedildiği iddia edilmektedir. Bazıları bunun yerine getto yoksulluğu terimini önermektedir. *-çev.*

lumsal özerklik ("community autonomy") adına yapılmalıdır. Piyasadaki bireycilik piyasaya aittir; bir toplum yaratılmasında bireyciliğe yer yoktur." Adil bir toplum, neoliberallerin reform adına yaşamsal olduğunu düşündükleri bireysellik üzerine değil, toplumsal değerler üzerine kurulur.

Kanadalı filozof Charles Taylor (1991) bireyciliği aynı ismi verdiği kitabında *Modernitenin Hastalığı* olarak tanımlar. Bireyciliğin karanlık yanını, "kişinin kendisini merkez alan, yaşamlarımızı sığlaştıran ve daraltan, anlam açısından yoksullaştıran, topluma ve diğer insanlara karşı kayıtsızlaştıran" ifadeleri ile anlatır (Taylor 1991: 4). Ben ise bir adım daha öteye giderek, bu hastalığın sosyal, kültürel ve küresel düzlemlere yayılabileceğini düşünüyorum. Bireycilik bu düzlemleri de sığlaştırabilir, daraltabilir; küresel anlamda tek kültürlülüğü dayatabilir. İnsanı içe-dönüklüğe, toplumun bütününü ve kendisinin toplumun bir parçası olduğunu görmekten uzaklaşmaya doğru itebilir. Sonuç olarak, neoliberalizmin maddi kazanım vaatleri sayesinde insanlar, kültürlerinin zarar gördüğünü, hatta toplumsal birlikteliğin tehdit altında olduğunu görmeyebilirler.

Bu modernleşme hastalığı, duyarsız/merhametsiz toplumlar yaratır, bu toplumların kurumları da toplum gibi duyarsız olur. Perspektifleri 'sığlaşmış ve daralmış' insanlar bireylere indirgenir ve bu durumda toplum, önce anlamını kaybeder sonra da çökme tehlikesiyle karşı karşıya kalır. Neoliberalizmi insanlık için bir çeşit dönüm noktası olarak algılayanlar ise, Francis Fukuyama'nın (1992) *Tarihin Sonu* kitabındaki "neoliberalizm ve piyasa, sosyal ve politik uğraşın zirve noktasını temsil etmektedir" küstahlığında huzur bulurlar (Mooney 2009).

Bana göre halk sağlığının merkezi sosyal adalettir. Son 30 yılda küreselleşme ve neoliberalizm sayesinde sosyal adalet çok zayıflamıştır. Zengin insanlar ve zengin ülkeler giderek daha çok zenginleşmektedirler. Yoksulların daha fazla yoksullaşıp

yoksullaşmadığı tartışıladursun, yoksul ve zengin arasındaki uçurum derinleşmektedir. Neoliberal küreselleşmenin bu uçurumu büyüttüğü yadsınamaz bir gerçek haline gelmiştir.

Bu durum Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP)'nın 1999 yılında yayınladığı İnsani Gelişme Raporu ile kanıtlanmıştır (UNDP 1999: 3):

> Pek çok ülkede eşitsizlik, 1980'lerin başından bu yana artmaktadır. Çin'de ihracat ağırlıklı kıyı bölgeleri ile iç kesimler arasındaki eşitsizlikler artmaktadır. Kıyı bölgelerinde yoksulluk endeksi yüzde 20'in biraz altında seyrederken, iç kesimdeki Guizhou'da yüzde 50'nin üzerindedir. Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) (eski Sovyet bloku ülkeleri) gelir eşitsizliğini ölçmede kullanılan, Gini katsayısındaki en büyük artışları kaydetmişlerdir. Başta İsveç, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde de 1980'lerden sonra eşitsizlikte büyük artışlar olmuştur.

OECD'nin yakın tarihteki (2011) bir raporunda, son 20 yıl içinde gelir eşitsizliğinin arttığı belirtilmiş ve pek çok OECD ülkesinde gelir açısından ilk yüzde 10'luk dilimin en yoksul kesime oranla daha hızlı büyüdüğü tespit edilmiştir. Aynı raporda "özelikle Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık olmak üzere bazı İngilizce konuşulan ülkelerde 1970'lerin sonları ve 1980'lerin başından itibaren eşitsizlikte artışın görülmeye başladığı ve 1980'lerin sonundan itibaren ise yaygın bir artış olduğu" kaydedilmiştir (*a.g.e.* 6).

Gelir eşitsizliğine dair tarihler ve ülkeler oldukça dikkat çekicidir. Neoliberalizmin 1970'lerin sonlarında Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta doğduğu ve daha sonra tüm dünyaya buralardan yayıldığı kabul edilir. Ne gibi iyileştirici politikalar önerilebilir? "Gelir dağılımının iyileştirilmesinde en doğrudan ve en güçlü araç, vergi ve sosyal yardım politikalarında reform yapılmasıdır... Devlet, doğrudan para ve

benzeri maddi transferler ile düşük gelirli ailelerin gelir dağılımında daha fazla geriye düşmelerini önleyebilir" (*a.g.e.* 12).

Doğrudan ve güçlü bu araçların yaşama geçirilmesinin önündeki en büyük engel, bu uygulamaların neoliberal ideolojinin düşük vergi ve küçük devlet politikalarına ters düşmesidir. Bu nedenle eşitsizliği azaltıcı müdahaleler genellikle yapılamamaktadır. OECD ülkelerinde bu süreç içerisinde genellikle vergiler düşmüş ve örneğin şirket vergileri ortalama yüzde 44'den yüzde 31'e gerilemiştir.

Yoksulluk insanın kendisine olan güveninin kaybolmasına yol açar. Zenginlerin bu duruma duyarsız olması –bu pek çok şekilde kendini gösterir– yoksul insanlardaki güvensizlik duygusunu daha da derinleştirir. Neoliberalizm tarafından beslenen bireyciliğin hâkim olduğu bir dünyada başka ne beklenebilir ki? Kendine güvenin kaybedilmesinin sağlık açısından da zararlı olduğu gösterilmiştir (Coburn 2000; Navarro 2002; Wilkinson 2005).

Zengin Batı ülkelerinin yoksul Güney ülkeleri için samimi bir endişe duymadığına dair pek çok kanıt mevcuttur. Örneğin Birleşmiş Milletler (BM) tarafından, verici/bağışçı ülkelerin Gayrisafi Milli Hasıla (GSMH)'larının yüzde 0.7'si oranında gelişmekte olan ülkelere yardımda bulunması hedeflenmiştir. Yalnızca birkaç ülke, aslında gülünç derecede düşük olan bu hedefe ulaşmıştır. Yardım düzeyi ortalaması yüzde 0.2-0.4 düzeyinde kalmıştır. OECD üyesi ülkelerden sadece beşi (üç tanesi İskandinav ülkesi) yüzde 0.7'nin üzerine çıkmıştır. Yunanistan yüzde 0.16'lık ve Amerika Birleşik Devletleri yüzde 0.17'lik oranlar ile en düşük bağışta bulunan iki ülke konumundadır.

Güney Afrika'da Sahra-altı Afrika'nın pek çok yerinden öğrencilere bu konularla ilgili dersler verirken, öğrencilerin Batı'nın nasıl bu kadar cimri olabileceğini anlamakta güçlük çektiklerine şahit oldum. Sonra aniden bir öğrencinin "kısaca

Batı'nın umurunda değil" cümlesi ile hepsi durumun vahametini kavradı ve başlarını onayladıklarını gösterir biçimde salladılar.

Batı umursamıyor, örneğin, neoliberal küreselleşme piyasaları serbestleştirirken yoksul ülkelerin doktor ve hemşirelerini "çalıyor" ve bu ülkelerde çok ciddi iş gücü yetersizliğinin ortaya çıkmasına yol açıyor. Bu durum Maureen Mackintosh (2007) tarafından gözler önüne serilmiştir. Yoksul ülkelerden zengin ülkelere sağlık personeli göçünün desteklenmesi, sağlık personeli eğitiminin fakir ülkeler tarafından zengin ülkeler için sübvanse edilmesi anlamına gelmektedir. Mackintosh'un belirttiği üzere (*a.g.e.* 159) "Afrika'dan yüksek gelirli ülkelere olan göç... zaten tahammül edilemez uçurumu daha da kötü hale getirmektedir. Bunun dağıtımla ilgili etkileri meydana gelen ters sübvansiyonla ölçülebilir." Buna rağmen kendi ülkem Avustralya'da, ne devlet ne de sağlık meslek örgütleri bu konuda herhangi bir endişe dile getirmemektedir. Avustralya'da düzenlenen Dünya Tıp Öğrencileri Konferansı'nda, bir söyleşiye davet edilen üç konuşmacıdan biriydim. Dinleyicilerin bir kısmı sosyal adaletle ilgili güçlü düşünceleri olan, gelişmekte olan ülkelerden gelen öğrenciler olmak üzere, dünyanın çeşitli yerlerinde gelmiş tıp öğrencileriydi. Diğer iki konuşmacı öğrencilere Avustralya'ya gelmeleri ve çalışmaları konusunda tavsiyelerde bulundu. Bu konuşmacılar o zamanki Sağlık Bakanı ve yine o zaman ki Avustralya Tabipleri Birliği başkanıydı. Avustralya'nın bu doktorları çalması neticesinde bu öğrencilerin kendi ülkelerinde oluşacak sorunlar, ben konuşana dek dile getirilmemişti. (Bu tüm kariyerimde ayakta alkışlandığım tek durumdur!).

Bu, neoliberal Batı'nın bencilliğine ve gelişmekte olan ülkelerin sağlığına dair herhangi bir kaygı duymadığına iyi bir örnektir. Umursamıyoruz. Dünya genelinde yoksulların sesi-

ne kulak vermiyoruz. Eğer dinleseydik, duyabilir ve kendimizi müdahale etmek zorunda hissederdik. Bu nedenle dinlememek en iyisi. Taylor'un tanımladığı gibi bireyciliğimizin karanlık yüzünde kalabilir ve zihinlerimizi, uzağımızdaki –çoğu zaman bu yoksul insanlar uzaktadırlar– yoksul insanların acılarına kapatabiliriz. İhtiyaç duyulan dayanışma, ihtiyaç duyulan insanlık ortada yok. Her ne kadar bütün sorumluluk sadece neoliberalizme yüklenemezse de, benim gençlik yıllarımda hâlâ mevcut olan toplum algısı bugün büyük ölçüde sekteye uğramış durumdadır. Günümüzde devletler "ulusal çıkarlar"dan –pratikte bencil ulusalcı çıkarlar anlamına gelmektedir– bahsediyorlar; denizaşırı yardımlar insani dürtülerle değil ulusal güvenlik kaygılarıyla yapılır hale geliyor –tabi yine "ulusal çıkarlar" adına. Toplumsal birlik ülkelerde yok olurken küresel birlik algısı da ölüyor. Uluslararası organizasyonlar –bizim küresel kurumlarımız– küresel topluluğun çıkarları doğrultusunda hareket etseler bu durumu kısmen düzeltebilirler. Ancak bir sonraki bölümde gösterildiği üzere, bunu yapmıyorlar.

Neoliberalizm ve sağlık hizmeti

Özel ve kamusal sağlık hizmetlerinden hangisinin daha iyi olduğu sorgulamasında Bob Evans'ın (1997:427) dikkat çektiği konu çok önemlidir; "gerçek anlamda rekabet içeren bir piyasa sistemi yoktur, aksine piyasa yönetilmekte ve özel çıkarlar için yönetilmektedir." Bob Evans bu konuyu şöyle irdeler:

> Piyasa mekanizmaları etki gücü yüksek bazı kesimlere dağılım açısından avantajlar sağlar. (1) Yüksek maliyetli bir sağlık sistemi daha yüksek fiyatları beraberinde getirirken, sağlık hizmet tedarikçileri –doktorlar, ilaç firmaları ve özel sigorta şirketleri– için de daha yüksek gelir sağlar. (2) Özel ödeme sistemi, genel sistem maliyetlerini hizmet kullanımına (ya da beklenilen kullanıma)

göre dağıtır; neticede zengin ve sağlıklı insanlara gelir vergilendirmesinden daha düşük maliyet yaratır. (3) Zengin ve sağlıksız insanlar, başkalarının benzer standartlara sahip olmasına herhangi bir destek vermeden, kendileri için rahat ulaşabildikleri ve daha kaliteli (gerçek veya öyle algılanan haliyle) sağlık hizmeti satın alabilirler.

Bu durumda, mesele gerçekten iktidar ve sağlığın ekonomi politiği ile ilgilidir. Sağlık hizmetinde özel piyasa sistemi, görüntüde rekabet aracılığıyla verimliliği arttırmak için kullanılıyor olsa da, aslında rekabet tarafından değil, çok güçlü odaklar tarafından kendi gelirlerini ve sağlıklarını korumak amacıyla yönetilmektedir. Özel sağlık sistemi, sağlık hizmeti tedarikçilerinin çıkarlarına yöneliktir. Daha cazip şartlar sunan özel sağlık sektöründe çalışmak isteyen doktorlar başta olmak üzere, ilaç sektörü de özel sağlık sistemini destekler. Zira kamuya kıyasla daha az regülasyon içeren ve daha yüksek fiyatların elde edilebileceği özel sağlık sistemi, ilaç firmaları için önemlidir. Sonuç olarak, bu sistem zenginlerin çıkarınadır: Zenginler kendi sağlık hizmetlerini öder ve yoksulların sağlık harcamalarına katkıda bulunmak üzere yüksek vergiler vermek zorunda kalmazlar.

Bu bağlamda, 'sağlığın metalaşması' hakkında, geçmişte benim de katkıda bulunduğum, ciddi bir ekonomi literatürü mevcuttur. Sağlık hizmetinin sanki piyasalaşabilecek gerçek bir metaymış gibi kabul edilerek metalaştırılması, beraberinde pek çok sorun getirir. Bunun bir nedeni, sağlık hizmetinin doğasında ekonomistlerin 'toplumsal refah fonksiyonu' adını verdikleri özelliğin olmasıdır. Ekonomistler bu fonksiyonun eldeki kaynaklarla maksimize edilmesi gerektiğini düşünürler. Ekonomistler arasındaki uzun tartışmalardan sonra bu durum basit bir şekilde bireylerin yararı kavramı ile sonlanır. Böylece Sen'in (1997) bağlılık/sorumluluk ("commitment") adını verdi-

ği kavrama –bir kişi (A) başka bir kişi (B) için harekete geçebilir ve bu hareket B'nin iyiliğini arttırıcı, A'nın iyiliğini azaltıcı yönde olabilir– yer verilmez. Sen, bunu 'karşı tercih' ("counter preferential") olarak adlandırır. Sağlığı meta olarak gören düşünce yapısında toplum düşüncesi yoktur; sadece birey vardır. Bütün insanlar serbest uçuşan atomlar gibidir.

Daha ileride bahsedileceği üzere (12. bölüm) bu sorunla baş etmek için konu, toplum kavramı ile ele alınmalı ve toplum düşüncesinin kendisine bir değer atfedilmelidir. Maksimize edilmesi gereken, basitçe ve sadece tek tek bireylerin iyiliklerinin arttırılması değil, kamu yararının artırılmasıdır. Sağlık hizmetinin bir meta olarak ele alındığı analizde, bu ortak proje kavramına yer verilmez.

Sağlık hizmetinin metalaştırılmasındaki bir diğer gariplik, son yıllarda 'maliyet fayda analizi' ("cost utility") adı altındaki popüler akımın sağlık hizmeti sonuçlarını sadece sağlık alanına daraltmasıdır. Elbette sağlık hizmetlerinin temel anlamda ortaya koyduğu çıktı sağlıktır –ancak sağlık tek çıktı mıdır?

Bu fikrin ortaya çıkışı İngiliz sağlık ekonomisti Tony Culyer'a (1988) uzanır. Culyer sağlık hizmetleri için çeşitli amaçlar ortaya koymuştur: "Hastalıkta seçim özgürlüğünün maksimize edilmesi, faydacılığın maksimize edilmesi, tüketici egemenliğinin maksimize edilmesi." Culyer, (*a.g.e.* 34) "fikir birliği yaratacak bir amacın belirlenmesini önemsedi. Çok ayrıksı gelmeyecek, özel bir baskı grubuna ya da politik ve sosyal açıdan tartışmalı bir ideolojiye ait olmayan bir hedef belirlenmeliydi (*a.g.e.* 34). "Sağlık hizmetleri sağlığın geliştirilmesi için vardır' hedefinin 'bir uzlaşı' sağlayacağı sonucuna ulaştı ve sağlık hizmetleri için şu hedefi ortaya koydu (*a.g.e.*: 35): "sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar çerçevesinde, toplumun sağlığı en iyi düzeye getirilmelidir."

Buradan çıkan anlama göre pek çok sağlık ekonomisi analizi, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artıp artmadığının ancak sağlıktaki gelişmenin ortaya konulması ile saptanabileceğini kabul eder. Neticede bunun için sağlığı ölçmek gerekir. Bu da ciddi yatırımlar sonucu elde edilen ve sağlık ekonomistleri tarafından 'kalite ayarlı yaşam yılları' ("quality adjusted life years", QALYS) olarak adlandırılan ölçüt ile elde edilir.

Bu düşünce ve strateji kısmen sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla ilgilidir. (Bir keresinde bana, eğer sağlık ekonomistleri QALYS'ı ölçemeselerdi, sağlık ekonomisinin sonu gelir miydi diye sorulmuştu?) Bu yaklaşım, bir noktaya kadar ölçme ve sayısal hesaplamayla (kantifikasyonla) ilgili sosyal saplantının (yirminci yüzyılın sonlarına doğru daha da çok vurgulanır olmuştur) bir uzantısı olarak algılanabilir.

Tüm bu piyasa yönelimli düşüncelerin gözden kaçırdığı nokta, sağlık hizmetinin piyasada mal haline dönüştürülemeyecek bir toplumsal kurum olduğudur: ötekine karşı duyarlı olmak, başkalarını önemsemek, iyi bir toplum kurmak isteği, adalet vb. gibi. Piyasa yönelimli düşünce toplumun bu konudaki görüşünün ne olduğunu öğrenmeye çalışmaz.

Sağlık hizmetinde iyinin ne olduğu ve kim tarafından tanımlandığı, bu kitabın sağlık ekonomisi eleştirisinin temelini oluşturmaktadır. Metodolojik anlamda da temel zorluk burada yatmaktadır. Ayrıca, değer konusu, pek çok sağlık hizmeti örneğinde kişilerin isteğinin yetersiz olabileceği için daha zor hale gelmektedir (Sen 1992). Buradaki sorun, istekler ve değerlerin farklılaşmasıdır. Örneğin, yoksul ve mağdur insanlar için veya kendi hayatlarını düzeltmek için uğraşmış (isteklerinin peşine düşmüş) ancak bir noktada yenik düşmüş insanlar için istekler ve değerler farklılaşmış olabilir. Bu yenilmişlik tekrarlanırsa, isteklerin yok olmasına neden olabilir. Böyle insanlar sağlıklı bir yaşam için çabalamaktan vazgeçebilmektedirler.

Merhamete yer olmayan/duyarsız, bireyci, neoliberalizmin kutsandığı ve ekonomik eşitsizliğin yaygın olduğu bir toplumda, yoksulların ve mağdurların/dezavantajlıların sağlığı için bir endişe duyulmaması daha fazla olasıdır. Bu tip toplumlarda genellikle özel sektöre dayalı bir sağlık sistemi hâkimdir. Toplumsal dayanışmanın ve eşitliğin daha fazla olduğu toplumlarda ise –bu toplumlarda neoliberalizm hâkim değildir ya da o kadar güçlü değildir– genellikle kamuya dayalı bir sağlık sistemi hâkimdir.

Daha önce de belirttiğim üzere, toplanan vergilerin büyüklüğü bir toplumun kamuya dair duyarlılığının bir ölçütüdür (kusursuz bir ölçüt olmadığını kabul ediyorum). Vergiler, gelir dağılımı ve kaynak kullanımındaki paylaşımın düzeltilmesine dair toplumdaki müşterek gönüllülüğün bir göstergesidir. OECD ülkelerine toplanan vergilerin büyüklüğü açısından baktığımızda en yukarıda Danimarka ve İsveç'i, en son sırada ise Meksika ve Türkiye'yi (Amerika Birleşik Devletleri sondan beşinci) görüyoruz. Bu sıralamanın benim belirttiğim noktayı kanıtlamasa da, toplumsal duyarlılık konusunda bir fikir verebileceğine inanıyorum.

4

Neoliberalizm, Küresel Kurumlar ve Sağlık



Giriş

Sağlık alanındaki ana küresel organizasyonun DSÖ olduğu düşünülür. Oysa, göreceğiniz üzere, IMF, Dünya Bankası ve DTÖ gibi finans ve ticaretin küresel kurumları yanında DSÖ'nün sağlık üzerindeki etkisi görece daha azdır. Sağlık bu küresel kurumların birincil sorumluluk alanı olmamasına rağmen geliştirdikleri politikalar sağlık alanını etkileyebilmekte ve bu alanda çok ciddi sonuçlara (genellikle olumsuz) yol açmaktadır.

Küresel kurum listesinde BM'nin yer almaması dikkat çekicidir. Üzülerek de olsa daha sonra açıklayacağım üzere BM'nin listeden çıkarılması doğru bir yaklaşımdır. BM'nin listede yer almayışı, küresel ekonomi politikte yer almaması, ekonominin başka küresel kurumlar tarafından yönetilmesi ile ilişkilidir.

Dünya Sağlık Örgütü

Küresel kurumların dünyaya bakışında Batı'nın ve neoliberal perspektifin hâkim olması eğilimi egemendir. DSÖ'nün durumu da buna bir örnektir.

Dünya sağlığı konulu DSÖ (2000) Raporu, DSÖ'nün iyi bir sağlık sisteminin nasıl olması gerektiği konusundaki yargılarına dayandırılmıştır. Buna göre bir dünya sıralaması oluşturulmuştur. Bu sıralamada sağlık sistemlerini değerlendirmede dikkate alınan faktörler, toplumun genel sağlığı, yanıt verme kapasitesi, erişim ve eşitlik olarak sıralanmıştır.

Eşitliğe bakarsak, DSÖ bu konuda genel bir pozisyon almıştır: Diğer sağlık hizmeti amaçları ile kıyaslandığında eşitliğin her ülkede aynı anlama geldiği var sayılmıştır. İrlandalılar ile Hintliler arasında sağlığın, eşitliğin veya sağlık hizmetinin tanımı ve değeri arasında bir fark olabileceği gözetilmemiştir. DSÖ bu kriterlerini sağlık sistemlerini iyi ve kötü olarak sınıflandırmak üzere kullanmaktadır. Üniversal (evrensel) değerlerin (hemen hemen daima Batı'nın değerleri) dayatılması küresel kurumlarda yaygın bir uygulamadır.

DSÖ Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, var olan küresel ekonomik düzeni rahatsız etmekten özellikle kaçınan bir dil kullanmaktadır. Komisyona göre;

> Yoksullarda hastalık yükünün artmasına yol açan pek çok neden vardır. İlk olarak, yoksulların temiz suya ve sanitasyona, güvenli barınma koşullarına, tıbbi bakıma, koruyucu önlemler hakkındaki bilgilere ve yeterli beslenme imkânlarına erişim sorunu olduğu için hastalıklara daha yatkındırlar. İkinci olarak, yoksullar acil olduğunda dahi sağlık hizmetine daha az başvurmaktadırlar... Üçüncü olarak... ciddi hastalık durumlarında yaptıkları cepten harcamalar yoksulları bir daha düzelemeyecek biçimde ekonomik olarak yoksulluk tuzağına itmektedir (DSÖ 2001:23).

Bu bir sorun tanımlamasıdır, analiz değil. Küresel ekonominin bu şartları yaratmadaki rolü araştırılmamıştır. İdeolojik olarak nötr görünmektedir. Katz (2007)'a göre komisyon, "özel bir ekonomik perspektifi yansıtarak diğerlerini dışlamaktadır."

Neden? Yanıtı komisyon başkanı Jeffrrey Sachs'a bakarak bulabiliriz. Sachs, komisyon başkanlığına atanmadan önce piyasaya inanmakla kalmayıp fırsat bulduğu her durumda aktif olarak neoliberal politikaları savunan biri olarak ünlenmişti (bkz. Klein 2007).

DSÖ, Sachs'ı bu göreve atamadan önce bu özelliğini gayet iyi biliyordu. DSÖ kendisinin de içinde olduğu tekneyi batırmayacak bir rapor istiyordu.

Dünya Ticaret Örgütü

DTÖ'nün görevlerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

1. Ticareti serbestleştirmek üzere ticari tarifelerin veya malların ve hizmetlerin ithalat ve ihracatı üzerindeki diğer sınır kısıtlamalarının kaldırılmasına yardım etmek.

2. Ticari anlaşmalar için bir forum olarak hizmet etmek.

3. Ticari anlaşmazlıklara üzerinde anlaşmaya varılmış yasal çerçevede çözüm bulmak (Ranson ve diğerleri, 2002:19).

Burada DTÖ'nün konumuzla özellikle ilgili bir yönü üzerinde duracağım. Bu, TRIPS (the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights-Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları) Anlaşması'dır.[13] Bu anlaşmanın amacı,

13 Bu anlaşmayla, telif hakları, ticari markalar ve patent uygulamaları güçlendirilerek ve ortak bir koruma altına alınarak; markasız ve patentsiz (sahte) ürünlerin dünya ticaretinden pay almasının engellenmesi amaçlanmıştır. Patent hakkının geçerlilik süresi en az 20 yıldır. Üye ülkelere, belli ürünleri patent kapsamı dışına alma hakkı verilmiştir. Tanı ve tedavi, ameliyat yöntemleri gibi insan ve canlı yaşamıyla doğrudan ilgili hizmetler anlaşma dışı

"teknolojik inovasyonu teşvik etmek, teknolojinin transfer ve yayılımını artırmak, sosyal ve ekonomik refahın artması için teknolojik bilgiyi üreten ve kullananlar arasındaki karşılıklı avantajlara katkıda bulunmak" (Ranson ve diğerleri 2002:22) olarak bildirilmiştir.

Dünya Bankası eski başkan yardımcısı ve baş ekonomisti Joseph Stiglitz, TRIPS Anlaşması'nın ABD ve Avrupa'daki şirketlerin gelişmekte olan ülkelerdeki milyarlarca insanın ortak çıkarları karşısındaki zaferi olduğunu öne sürmüştür. Yaşam, çevre gibi temel değerlerden daha çok kâr etmeye önem verildiğinin bir başka göstergesi olmuştur (2003:105). Neoliberal bir DTÖ'nden başka bir şey bekleyemeyiz zaten.

TRIPS sosyal ve ekonomik refaha hizmet etseydi, en çok tüm dünyadaki yoksul insanların sağlığı için bir katkıda bulunması beklenirdi. Zira TRIPS'in pozisyonu ilaç ve aşılara erişim ile yakından ilgilidir. Eğer DTÖ bunu seçseydi büyük bir fark yaratabilirdi. Ama yapmadı, yapmıyor. Örneğin Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) (1999) dünya nüfusunun üçte birinin Üçüncü Dünya'da yaşadığını (dünya hastalık yükünün çoğuna sahip olan) ve ilaçların yalnızca yüzde 14'ünü tükettiklerini bildirmiştir. 1997'ye kadar 20 yılda, yeni ilaçların sadece yüzde 1'den biraz fazlası tropikal hastalıkların tedavisi için üretilmiştir (Pecoul ve diğerleri 1999); 13 ilaç tropikal hastalıklarda kullanılmaktadır. Ranson ve diğerleri, (2002:29) "Dünya genelinde tüm patentlerin yüzde 97'sinin gelişmiş ülkelere ait olduğunu, gelişmekte olan ülkelerdeki patentlerin yüzde 80'inden fazlasının gelişmiş ülkelerin vatandaşlarına ait olduğunu" bildirmişlerdir.

---

bırakılmıştır. Pratikte patent anlaşması ilaçtan, su kaynaklarının kullanımına, tarımda tohumların kullanımına kadar pek çok yaşamsal alanda gücünü göstermekte, toplumları etkilemektedir. Pek çok eleştiriye uğramıştır. Yoksul ülkeler, TRIPS anlaşmasıyla, hükümetler, ilaç gibi yaşamsal bir üretimin ülke içinde yapılmasına ve bu üretimin yoksul insanlara karşılayabilecekleri ucuzlukta satışına olanak veren politikaları terk etmek zorunda kalmışlardır. *-çev.*

Bu tip istatistikler şaşırtıcı değildir. DTÖ'nün temel derdi ekonomi ve finanstır –neoliberal ekonomi ve finans–, sağlık değil. Yoksullar içinde piyasa çok az yer alır, neoliberal terimlerle ifade etmek gerekirse, ekonomik gelişmede yoksulların payı çok azdır ya da hiç yoktur. Yoksulların borçlanmak dışında seçme özgürlüğü açısından pek seçenekleri yoktur. DTÖ neoliberal piyasa kurallarına göre çalıştığı sürece ticaret yoluyla bir iyileşme sağlanması mümkün değildir.

Büyük bir küresel sağlık sorunu olan sıtma hastalığında var olan durum öğreticidir. DSÖ'nün Tropikal Hastalıklar Araştırma Direktörü Rob Ridley'in yorumuna kulak verelim:

> Her on yılda sıtma için iki yeni ilaç üretilmekteydi. Ancak, ilaç endüstrisinin içinde bulunduğu yarış yüzünden bu üretim oranı bile düşmüştür ve sıtma ihmal edilen bir hastalık haline gelmiştir. İlaca ihtiyaç duyan bir hastalık var ancak ilaç firmaları bu hastalığa karşı ilaç geliştirmek üzere yarış içinde değiller. Antibakteriyel piyasasına bakıldığında, 16 milyar dolarlık piyasada yılda 3 yeni ilaç geliştirilmektedir. 1996 yılında Amerika İlaç İndeksinde 92 antibakteriyel yer almıştı. Bu hareketliliğe rağmen insanlar antibakteriyel direnç sorunundan endişe etmekteler. Sıtma pazarında ise yüzikiyüz milyon dolar mevcuttur ve on yılda bir ya da iki ilaç üretilmektedir. Bu ilaçların çoğu Afrikalılar için ulaşamayacakları kadar pahalıdır, turistlerin hizmetine sunulmuşlardır. Endüstri cephesi AR-GE maliyetleri çok yüksek olduğundan sıtma pazarını masraflarını çıkaracak büyüklükte bulmamaktadır (Ridley 2001).

Kısacası, aslında piyasa yoksa –mağdurlar açısından, onların sağlık sigorta şirketlerinin ve hükümetlerinin ilaçlar için ödeme yapma istekleri olmadığı gibi böyle bir güçleri de yok– yoksulları sıtmadan kurtarmak gibi sorumluluk ta yok. İlaç şirketleri, hayır ya da merhamet kurumları değiller. Kârlarını maksimize etmenin peşindedirler. Yoksullara yardım etmek ti-

cari açıdan iyi bir şey değildir. Daha açık söylemek gerekirse, ben idealde ilaç endüstrisinin yardımsever kuruluşlar olmasını isterim, ancak DTÖ'nün neoliberal kuralları küresel kurallar olduğu ve hepimizin buna izin verdiği, bu durumda, kurallara gören oynayan şirketleri suçlamanın ne anlamı var?

Bu bağlamda Stiglitz'in (2003:131), "Ticaret müzakerecileri, çevre, sağlık hatta genel olarak bilimdeki ilerlemelerle pek az ilgilenirler" düşüncesine şaşırmamamız gerekir.

Benim bunları yazdığım sırada, (Ağustos 2011), "Dünya liderleri yılın sonuna kadar ticaret tarifeleri kaldırmak için nihai bir anlaşmaya varmazlarsa Doha dünya ticaret müzakereleri çökecektir." bildiriminde bulunuldu (MercoPress 2011). Bu açıklama, Doha Anlaşması için ölüm çanlarının çaldığını göstermektedir. Komitenin başkanları, içinde bulunulan tıkanmadan çıkabilmek için yapılması gerekenlerin 'görece küçük boyutta ve siyasi olarak büyük sıkıntı yaratmayacak şeyler olduğunu' belirttiler (*a.g.e.*). Müzakerelerin 10 yıllık geçmişi, şu andaki Küresel Finansal Kriz sonrası iklim ve de 2008 yılında da benzer durumla karşılaştığımız gerçeği göz önüne alındığında, dünyanın güçlü ülkelerinin aniden değişerek küçük de olsa bir siyasi sıkıntıyı göze alacaklarına dair ümitlenmenin anlamı yoktur.

Gerçekten de, 2008 çöküşüne cevaben Güney Amarika sosyal adalet grubunu temsilen Via Campesina (2008), Doha Anlaşması'nın gömülmesi gerektiğini öne sürmüşlerdi:

> Cenevre görüşmeleri, çok temel ve önemli bir konuda çöktü; ABD ve AB'nin kendi uluslararası şirketlerine daha fazla ucuz gıda satılmasını sağlamak üzere serbest pazarlara yaptığı saldırgan baskılarına karşı dünya genelindeki milyarlarca köylünün geçimlerini koruma konusu. DTÖ'nün köylülere dayalı üretimi yok etmek üzere sürekli baskılarda bulunması, DTÖ'nün tarımdan çıkarılması gerektiğini göstermiştir!

> Bu tıkanmaya dikkat çeken Via Campesina, hükümetleri artık Doha Anlaşmasını sağlamak için daha fazla zaman ve kaynak tüketmemeye davet etti: Gıda ve iklim krizleri, DTÖ çerçevesi dışında, neoliberal serbest pazar dışında çözümler ve poltikalar gerektirmektedir. Rekabet ve kaynakları yağmalama şeklindeki şirket-temelli yıkıcı akıla değil sosyal adalet ve dayanışma ruhuna dayanan politikalara ihtiyaç vardır.

Neoliberalizm iradesinde, DTÖ müzakerecileri, gezegenin yoksullarına, onların sağlığına gerçekten yardım edecek bir paket üzerinde asla anlaşmayacaklardır.

Dünya Bankası

Dünya Bankası'nın önemli rolleri, dünyanın yoksul ülkelerinin ekonomik büyümelerini desteklemek ve özel sektöre ağırlık vermek suretiyle gelişmekte olan ülkelerin kalkınma pojeleri ve programlarına uzun dönem finansman bularak yardım etmektir. Zamanla DB ve IMF arasındaki ayrımlar azaldı, iki kuruluş genellikle ittifak içindedir. Yapısal uyum programları hakkında iki kuruluş arasında finansal güçlük içinde olan ülkelere bu programı kabul etme şartı ie borç verme konusunda tam bir uyum söz konusudur.

Dünya Bankası oylama sistemi 2010 yılında başta Çin olmak üzere gelişmekte olan ülkelerin sesini artırmak için değiştirildi. Daha öce ABD'nin oy payı orantısız biçimde, yüzde 16 civarında olmak üzere yüksekti. Değişiklikten sonra da ABD hala orantısız biçimde yaklaşık yüzde 16'lık oy payına sahiptir!

Sağlık açısından iki kuruluş, DB'nın *Investing in Health* raporundan (Dünya Bankası 1993) bu yana önemli farklar göstermeye başlamıştır; DB sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili konularla çok daha fazla ilgilenmeye yönelmiştir. DB büyük ölçüde DSÖ'ye benzer bir alanda faaliyet gösteriyor, DSÖ kendi fikir ve

politikalarını finansman ve fonlama bağlamında desteklemekte yetersiz kalırken DB bunu yapmaktadır.

Örneğin, DB, sağlıkta öncelikleri belirleme konusundaki tüm tartışmaları, kendi düşüncesi olan 'hastalık yükü' konusuna odaklamıştır (2. bölümde kısaca değinildiği üzere). Böylelikle sağlıkta önceliklerin belirlenmesinde birincil olarak sorunların büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği argümanı benimsendi. Hastalıklar yarattıkları yüke göre önem sırasıyla dizildi. DSÖ, bu yöntemi kullanarak küresel düzlemde öncelikleri belirledi. Bu kendi başına görece zararsız görülse de DB'nın bu yaklaşımı özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından önemlidir. Bu, yukarıdan standardize etme yaklaşımı iki açıdan sorunludur. İlki, ülkeler düzeyinde yerel otonomiyi ortadan kaldırır, ikinci olarak ta hastalık yükünü ölçmek için kullanılan sağlık ölçimlerinin üniversal olduğu varsayımına dayanır.

Bu yaklaşım pek çok açıdan sorunludur: Hastalık odaklıdır ve stratejik olarak yanlıştır. Hastalıklara odaklanmak, sadece bireysel hastalıklar için endişelenme ile sonuçlanır, yönetişim ve yönetim konularına nihayetinde sağlık sistemine gerektiğinden çok daha az ilgi gösterilir. Oysa, bir gelişme olacaksa bunun için en önemli araç sağlık sistemleridir. Önceliklerin belirlenmesi ve planlanmasında, mesele yükün görece büyüklüğü değildir –sözgelimi sıtmaya karşın kanser– asıl mesele kısıtlı kaynaklarla ve bozuk bir sağlık hizmeti yönetimi ile bu problemler için ne yapılabileceğidir. Düğer bir deyişle, mesele sağlık ve sağlık sisteminin ekonomi politiğidir –hastalık yükü yaklaşımı ekonomi politiği içermez–.

Dünya Bankası ve IMF, temel olarak monokültüreldir; Batı bakışaçılıdır. Neoliberal akıl tarafından yönlendirilirler. Marmot, dünya açısından durumu şöyle özetletmektedir: "Bugüne kadar küreselleşmenin yararları asimetrik olmuştur, sağlık üzerinde zincirleme etkiler ile ülkeler ve toplumlar ara-

sında kazananlar ve kaybedenler yaratılmıştır" (2006: 1160). Dünya Bankası, küreselleşmeyi destekleyerek, ticaretin serbestleştirilmesi üzerinden çok önemli rol oynamıştır.

Dünya Bankası'nın bir iç monitorizasyon grubu olan Bağımsız Değerlendirme Grubu'nun 2009 yılı raporu, Dünya Bankası Sağlık ve Beslenme Grubu'nun 1997-2007 yılları arasındaki düşük ve orta gelirli ülkelere verdiği destek konusunda ağır eleştirilerde bulunması dikkat çekicidir. Bu on yıllık dönemde, 17 milyar ABD Doları ülke düzeyinde hükümetlere yardım olarak verilmişitir. Ancak, Dünya Bankası'nın sağlık ve beslenme programlarının sadece üçte ikisi tatminkar sonuçlara ulaştı ve sadece yüzde 13'ü yoksulların sağlık sorunlarına odaklı idi.

Raporda, Dünya Bankası'na etkinlik amaçlarını ve desteklerini daha iyi tanımlaması önerildi, etkinliğin nasıl artırılacağı ve izleneceği konularında tavsiyelerde bulunuldu. Sağlık bilişim sistemlerinin desteklenmesi ve reformların daha sık ve daha titiz değerlendirilmesi istendi (*a.g.e.* xxi). Raporda Dünya Bankası'nın neoliberal aklının başarısızlığı hakkında hiçbirşey yoktu, aksine aynı şeyleri daha güçlü biçimde denemesi öneriliyordu. Farklı kültürlerin daha derin bir empati ile yansıtılması gerektiği hakkında, Dünya Bankası politikalarının yardım arayanlar açısından daha fazla temsil edildikleri ve daha hesap verilebilir olması gerektiği hakkında hiçbirşey yoktu.

IMF

Bu organizasyonları incelerken tarihsel bağlamdan başlamak, geriye doğru, yeni bir uluslararası mali sistem kurmakla ilgili 1944 Bretton Woods Anlaşması'na (Bretton Woods 1946) kadar takip etmek gerekir. Bu anlaşma, "International Monetary Fund" (IMF) (Uluslararası Para Fonu)'u ve "International Bank for Reconstruction and Development"ı, sonra da Dünya Bankası (DB)'nı yarattı. IMF, üye ülkelere borç veya teminat kredisi ve-

rir ve yol ya da okul gibi projelere para sağlar. Ayrıca zorda olan ekonomilerini yeniden yapılandırmaları için ülkelere 'yapısal uyum programları" adı ile kredi sağlar. IMF borçları genellikle, kısa dönem ödemeler dengesi sorunları olduğunda verilir. Bazı borçlar yine ülkelerin ekonomilerine yönelik reformları kabul etmelerine bağlıdır, bu da pratikte neoliberalizmi kucaklaması anlamına gelir.

Zamanla küresel kurumların gücünde bir yarılma ortaya çıktı. Gerçekte BM, kalkınmanın finans ve makroekonomik politika belirleme gibi 'katı' araçları açısından güvenilir değildi. Bu özellikler Batılı endüstriyel ülkeler tarafından ağırlıklı oy hakkı ve sıkı kontrol gibi kendi sistemleriyle Bretton Woods kurumlarına (IMF ve DB) saklanacaktı (Raffer ve Singer 2001:7). BM'ye, aralarında gıda yardımı, teknik yardım, çocuk, kadın, sosyal politikalar ve yakın zamanda çevre olan ve Raffer ve Singer'ın 'yumuşak' araçlar dediği konular bırakıldı. Bu yarılma önemlidir. BM, tek ülkeye tek oya dayalıdır; DB ve IMF ise bir dolara ve bir oya. Zengin ülkeler DB ve IMF'yi kontrol eder; BM'de en azından yoksul ülkeler eşit oy hakkına sahiptir. BM'nin kontrolü G7 ve sonradan G8'e yön değiştirmiştir, yani bir diğer deyişle zengin ve güçlü ülkelere.

IMF bazı sınırlı reformlar geçirdi. 2009'da, kredi için kullanılabilir fon 250 milyar dolardan 750 milyar dolara çıkarıldı. Oy hakkı genişletildi, ancak hâlâ ağırlıklı olarak Batı'nın büyük ülkeleri lehine yığılmış durumdadır.

DB ve IMF operasyonları, gerek Kuzey ile Güney arasındaki gerekse de yoksul ülkeler arasındaki, yoksulluk ve eşitsizlik mücadelesiyle çok ilgilidir. Uluslararası finansal düzenlemeler, 'şartlılıklar' ("conditionalities") olarak bilinen kural üzerine kuruludur. Bu, bir ülkeye kısa vadeli istikrar elde etmek ve daha sonra ekonominin büyümesini sağlamak için gerekli kapasiteyi sağlama iddiasındadır. 1980'lerin sonlarında DB ve

IMF, yapısal uyum ya da ekonomik reform paketlerinin, uygunsuz hükümet politikalarının yol açtığı engelleri azaltmak, yapısal katılıkları ortadan kaldırmak, liberal yönde gelişimi sağlamak ve daha rekabetçi piyasalar oluşturmak için gerekli olduğunu kabul ettiler (Chakravarti 2005: 76). Böylece şartlılıklar büyük bir hızla, borçlu ülkeler için ekonomilerini nasıl neoliberal çizgide tutacaklarını dikte eden neoliberal kurallar haline geldi. Chakravarti'nin söylediği gibi, bu programlar, sürdürülebilir bütçe açıkları, mali disiplin, rekabetçi döviz kurları ve ekonominin genel liberalizasyonunu/serbestleşmesini sağlamak amacıyla, diğer bir deyişle neoliberal ekonomik reformlar için, borçluları bir dizi şartlılıklara bağlamış olur (2005: 76).

Bretton Woods'dan sonra yeni ekonomik dünyayı kurma konusunda oldukça etkili olan İngiliz ekonomist Keynes, bu ekonomik düzeni desteklemek için kullanılacak ve dünyanın yıllık ithalat değerinin yüzde 50'si tutarında bir para fonu istedi (ayrıca şartlılıklar olarak bilinen fikre de karşıydı). Bu fon, 2010 yılında üç katına çıkmış haliyle bile dünya ithalatının sadece yüzde 6'sını oluşturmaktadır. Raffer ve Singer'a göre bu fonun azalması, uluslararası ekonomik yönetim vizyonunun küçülme derecesinin bir ölçüsüdür (2001:3). Keynes tarafından öngörülen küresel yararlılık gitti, neoliberal güçlerin kuralları geldi.

Aslında, DB ve IMF, dünya sağlığı üzerine büyük etkisi olabilecek yoksulluk ve eşitsizlik sorunlarını çözmek için bir fark yaratabilecek konumdalar. Peki neden hiçbir şey yapmıyorlar? Çünkü, neoliberal çizgide işletilmekteler ve yoksulluk ile eşitsizliğin azaltılması ve sağlığın düzeltilmesi neoliberal ölçekte değersizdir. Oylama sistemi biraz değişebilir, mevcut para artırılabilir, kredi anlaşmalarının bazı esasları yumuşatılabilir ama hâlâ neoliberalizm olur.

IMF'nin başarısızlığı ile ilgili Stuckler ve diğerleri tarafından yapılan bir vaka çalışması mevcuttur. Bu çalışmada, bağış-

çıların yardımlarının ne kadarının sağlık sistemine ayrıldığına bakılmıştır.

Benim amaçlarım açısından bu çalışma özellikle önemlidir. Bu çalışma, IMF'den yeni borçlanma programı üstlenen ve üstlenmeyen ülkeler arasında 'yardım değiştirme' açısından ayırt edicidir. 2006'ya kadarki on yıllık dönemi içermektedir.

'Değiştirme' ne anlama geliyor? Çalışmanın arka planı açıklamaya yardımcı oluyor. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kalkınmanın yavaşlatılması, normal olarak iki nedenle önerilmektedir. Birincisi, hiçbir fon bir ülkeyi 'yoksulluk tuzağından' kurtarmak için yeterli değildir, bir çeşit 'kuantum sıçraması' gerekir. İkincisi, yolsuzluk; alıcı hükümetlerin parayı diğer uçlara hortumlamaları. Böylece beyan edilen amaç asla gerçekleştirilemez. Stuckler ve arkadaşlarının hipotezi, hükümetlere özellikle tavsiye edilen DB ve IMF makroekonomik politikaları; yardımların geçiciliği ile başa çıkmak için yardım rezervlerini aktarması ve hükümet harcamalarını düşük tutmalarıdır ve bu da sağlık yardımlarının yer değiştirmesine yol açar (*a.g.e.* 67).

Çalışma bunun gerçek olduğunu göstermiştir. Ülkelere sağlık masraflarına yardım olarak verilen her bir doların sadece 37 senti sağlık harcamalarına gitmektedir. Daha endişe verici olan, IMF'den borç almayan ülkeleri IMF'den borç alanlar ile karşılaştırdıklarında, ABD doları bazında rakam ilk grup için 67 sent iken ikinci grup için 1 sent olarak saptanmıştır (*a.g.e.*).

Yazarlar ayrıca, bu durumun sağlık sisteminin büyümesi üzerine nasıl etkileri olduğuna baktılar. Yanıtlarını ilave her 10 dolar yardımın yaratacağı tahmini büyüme oranları üzerine oturtmuşlar. IMF programı altındaki ülkelerin genel sağlık harcamalarında 7 dolarlık bir artış beklenirken, IMF'den borç almamış ülkelerde sağlık sisteminin 18 dolar civarında büyümesi ve bunun 5.05 dolarının ilave yardımlardan gelmesi hesaplanmıştır (*a.g.e.* 71).

Bu sonuçlar, elbette yukarıda bahsedilen diğer faktörlerin (yoksulluk tuzağı ve yolsuzluk) olası etkilerini hiçbir şekilde

dışlamamaktadır, ancak yazarlar önemli bir açıklama sağlamış oldular. Verilen yardımların miktarı bana, ele alınması gereken sorunların büyüklüğüne baktığımda yetecek kadarmış gibi asla gelmemiştir. Açıkça bu miktarların üçte birinden biraz fazlasının aslında sağlık sistemine ulaştığının ortaya konmuş olması, bu çabaları daha da cılız yapmaktadır. IMF'nin katıldığı yardım programlarının sağlık sisteminde iyi bir şey yapamaması, büyük bir endişe kaynağıdır, çünkü işe IMF dahil olmuşsa yardım yerine ulaşmamaktadır. Bu gerçekten şaşırtıcıdır.

Sonuç

DSÖ, DTÖ, IMF ve DB'nin küresel ekonomi politik açısından ilk ve önde gelen kurumlar olarak görülmeleri gerekir. Bunlar zengin Batı tarafından kontrol edilirler ve zengin Batı'nın çıkarlarına uygun hareket ederler. Bunu yaparken de orta ve düşük gelirli ülkelere uygulamaları için neoliberal politikaları empoze ederler. Finans kurumları için altın çağ Bretton ve Keynes'in öngördüğü gibi neoliberalizm saldırısıyla yok oldu; beraberinde sosyal ve sağlık konularını dert etmeme, bu ideolojiyi empoze etme çabaları, yerel halk ve yerel kültürler için ortaya çıkan sonuçların göz ardı edilmesi dönemi başladı. Neoliberalizmin esir kurumları Batı'nın çıkarları doğrultusunda kendi değerlerini empoze ederken daima tek taraflıdırlar veya at gözlüğü takmışlardır.

Bu küresel kurumların sadece zengin ve güçlü olanı değil bütün dünyayı temsil etmelerinin gerektiğini kavramak zorundalar. Bu kurumların, empoze ettikleri neoliberal politikaların, gezegenin yoksullarına sağlık hizmeti sunma konusunda başarısız olduğunu anlamaları gerekir.

III. KISIM

ÖRNEK DURUM ÇALIŞMALARI



5

ABD: 'Sosyalleştirilmiş' Sağlık Sistemi Korkusu



Kamu entelektüelleri reformları tartışıyor

2009 yılında *New York Times*, Obama'nın sağlık reformuyla hortlayan sosyalizm histerisi nedeniyle, sosyalizmin ABD'deki algısı üzerine bir dizi kısa makale yayınladı (*The Editors* 2009). Sekizi hayli seçkin akademisyenden oluşan yazarlar, kendi görüşlerini ortaya koydular. Bu kişilerin ne 'Tea Party'[14] üyesi, ne eğitimsiz ne de cahil kişiler olmadıklarını belirtmem gerekir (bildiğimden değil sadece tahmin). Aralarında *The Nation*'ın editörü, çeşitli profesörler, devlet fakültesinden bir dekan ve prestijli bir üniversitede konuk bir bilim insanı vardı.

Bu sayıda oldukça makul bazı yorumlar yer almıştı, ancak diğerleri başlangıçta, ne kadar aptal olduklarını düşündürecek kadar eğlendirdi beni. Oysa, bu insanlar ABD'nin fikir önderleriydi. Yoksa neden *New York Times*, yazmaları için onları bir araya getirsin ki? Başlangıçta onları eğlenceli bulmam, büyük olasılıkla bir hataydı.

14 Çay Partisi Hareketi, 2009 yılında ABD'nin birçok bölgesinde yapılan kitlesel protesto hareketleriyle kurulan ultra liberal (piyasacı), milliyetçi ve muhafazakâr aşırı sağ siyasal harekettir. *-çev.*

Bu yazı dizisinin tanıtımı şu cümleyle yapılıyordu. "Başkan Obama ne hakkında konuşursa konuşsun –sağlık sistemini elden geçirmek, Wall Street'i düzenlemek ya da okul çocuklarına çok çalışın demek– rakipleri ona 'sosyalist' diyecek gibi görünüyor... Peki bu sözcük, bugün, Berlin Duvarı yıkıldıktan neredeyse 20 yıl sonra, ne anlama geliyor?"

İşte, Amerikan Girişimcileri Enstitüsü'nden Steven Hayward:

> Eğer bir an için durup 'sosyalizm'in ekonomi üzerine gittikçe artan politik bir kontrol ya da müdahale olduğu düşünülürse –ki bu ister Keynesçi modeli uyarlayarak canlandırma ve 'hurda araç için nakit' benzeri sübvansiyonlar ile olsun, ister sağlık sektörünün yarısını devletin devralması şeklinde olsun– bu sav (Obama bir sosyalisttir) açıkça görülmektedir.

Keynesçilik, sosyalizm ile eş sayılabilir mi? Sağlık reformları 'devletin sağlık sektörünü yarı yarıya devralması mıdır'?

Illinois Eyalet Üniversitesi'nde doçent olan Andrew Hartman, Wittaker Chambers'in 1952'de yazdığı ve görünen o ki beğendiği, komünizm eleştirisinden alıntı yapmış. 'Benim işaret ettiğim (komünizme yönelik olarak), liberalizm adına büyük sosyalist devrim güçleridir... onun ulus üzerindeki buz örtüsü yirmi yıl boyunca yavaş yavaş hareket etmiştir.' Arkasından Hartman ekliyor: "Çoğu muhafazakâra göre Obama ve üniversal (tüm vatandaşlara sağlık güvencesi) sağlık hizmeti son kar fırtınasıdır."

Yani bu durum liberalizm pelerininin arkasına saklanan bir 'sosyalist devrim' gibi görünmektedir. Ve üniversal sağlık hizmeti, ABD'nin üzerini buzla kaplayacak –ve muhtemelen kendi özgürlüklerinin, kendi adaletinin, kendi savunmasının ve iyi bir toplumun başka nesi varsa onu da–. Sadece sosyalizmin anlamı karıştırılmamakta, liberalizm de dayaktan payını almaktadır.

Regent Üniversitesi'nden dekan Charles Dunn'a göre, bugün ABD'de halk, artan sosyalist müdahalelere karşı mücadele etmektedir: "Demokrasi hayatta kalmak için özgürlük ve eşitlik arasındaki sağlıklı bir dengeye ve dinamik bir gerilime ihtiyaç duyar". Bu yeterince makul görünmektedir. Ama Dunn, devam ediyor: "Muhafazakârlar, Başkan Obama'nın, özellikle sağlık konusundaki politika önerilerinin bu dengeyi onarılamayacak şekilde bozacağına ve kalıcı zararlar vereceğine derinden inanmaktadır. Bu savaştaki menfaatlerini Amerika'nın tarihî ruhu için yapılan savaştakinden daha az önemli görmüyorlar".

Cumhuriyetçi Parti'nin başkanı Michael Steele de Obama'nın planına 'sosyalizm' demektedir. (CBS News 2009). Dikkat çekici! Ben Obama'nın sağlık reformunu, yoksulların daha iyi sağlık hizmetine erişimlerini sağlayacak nispeten küçük ayarlamalar olarak görmüştüm oysa.

Bu konuyla ilgilenmeye başladığımda, Obama'nın sağlık reformu hakkındaki bu sosyalizm korkusunun ardında yatan şeyi merak etmiştim. Çünkü hiç mantıklı değildi. Yukarıda açıkça görüldüğü gibi korkulan sosyalizmin kendisi değil, sosyalizm olarak ortaya konan kavramın bazı saçma sapan çarpıtmalarıdır.

Reformlar

Peki, nedir bu reformlar? Aslında bu reformlar diğer pek çok ülkenin sağlık sistemi açısından hiçde uzak konular değil. Üniversallik ve eşitlik açısından ABD'nin çok aşağı sıralarda olduğunu belirtmeliyim[15]. Pek çok farklı hesaplama olmak-

15 ABD sağlık sistemi, bir aşırılık ve yoksunluk parodoksudur. Kimi insanlar sağlık hizmetine hiç ulaşamaz ya da çok kısıtlı bir sağlık hizmeti alırken, diğerleri maliyeti çok yüksek ve bazen zararlı olabilen aşırı olarak nitelendirilebilecek sağlık hizmeti almaktadır.
ABD'de sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artan bir oranda yüksek tıbbi

la birlikte, yaklaşık 35 milyon Amerikalının sağlık güvencesi

teknoloji için kullanılmakta; sağlığa erişimde kısıtlılıkları olan insanlar için eşitsizlik derinleşmektedir. Mevcut tüm kaynaklar sağlık hizmetlerine erişebilenler için tüketilmektedir. Piyasa güçlerince yönlendirilen tamamen endüstriyel hale gelmiş, temel sağlık sorunlarını çözmekten ziyade hasta bireylerin tedavisine odaklanmış, koruyucu yerine tedavi edici hekimliğe yönelmiş, herkesin erişimine açık olmayan ve dezorganize ABD sağlık sisteminde, yıllar içinde çeşitli iyileştirmeler denenmiştir. 1992 başkanlık seçiminden sonra iki yıl çok yoğun olarak tartışılan sağlık sistemi reformu gerçekleştirilememiştir. Yoksullar gelirlerinin daha büyük bir kısmını sağlık hizmeti için harcamaya devam etmekte ve katastrofik sağlık harcamaları orta sınıfı perişan etmektedir.

ABD, ulusal gelirinin yaklaşık 1/5'ini (kişi başına 5000 dolar civarında) sağlık alanına harcamasına ve yıllık sağlık harcaması diğer sanayileşmiş ülkelerden çok daha fazla olmasına rağmen, benzer ölçüde sanayileşmiş ülkelere kıyasla sağlık göstergelerinde belirgin bir iyileştirme gerçekleştirememiştir.

1980'lerde GSMH içinde sağlık harcamaları oranı yüzde 8.8 iken, 2002'de bu oran 14.9'a yükselmiştir. Kişi başına sağlık harcaması 1980–2002 dönemi için 1000 dolardan, 5400 dolara yükselerek 4 kat artmıştır.

2003 yılında sağlık harcamalarındaki artış yüzde 7.7 oranında olmuş ve 1.7 milyar dolara ulaşmıştır. Böylelikle ilk defa GSMH'nin yüzde 15'i geçilmiştir. Bu artış son on yılda yürütülmeye çalışılan sıkı maliyet kontrolü politikalarına rağmen gerçekleşmiştir.

Sağlık harcamalarındaki artış sağlık sigorta primlerine de yansımaktadır. 2005 yılında, sağlık sigorta primleri, ücretlerdeki artışın 5 katına denk gelecek şekilde yüzde 11.2 oranında artmıştır. Bu artış 2012'de yüzde 17.7 ve 2013'de yüzde 20 olarak ön görülmektedir.

Bu inanılmaz derecede yüksek sağlık harcamaları sağlık alanının bir kazanç alanına dönüştürülmesinin sonucudur. Bunca harcamaya rağmen sağlık sistemi toplumun bütününü içermemekte ve toplumsal sağlık ölçütleri iyileştirilememektedir.

ABD'de toplumun yüzde 60'ını çalışanlar oluşturmaktadır. Nüfusun çoğunluğu sağlık güvencesini işverenleri aracılığı ile almaktadır.

2003 yılı verilerine göre toplam nüfus 288 milyondur. 158 milyon kişi (toplam nüfusun yüzde 55'i) işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. Dokuz milyon kişi (yüzde 3) bireysel özel sağlık sigortasına sahiptir. Üç milyon kişi de (yüzde 1) devlet memuru / asker / gazi olarak yaşamını sürdürdüklerinden kamu tarafından sigortalanmaktadır. Cepten ödemelerin payı, sağlık güvencesi olmayanlar oranından büyüktür. Çünkü cepten ödemeler yalnızca sağlık sigortası olmayanlar (güvencesizler) tarafından değil, ayrıca sigorta şirketinin kapsamadığı hizmetler için sigortalılar tarafından da yapılmaktadır. Özel sigorta şirketleri genellikle hastalanma riski daha az insanları sigortaladıkları için, sağlık harcamaları oranı kapsam oranından çok daha düşüktür. Kamu harcamaları oldukça yüksektir. Çünkü yaşlı ve özürlüler kamusal nitelikli "Medicare" ve "Medicaid" programları aracılığıyla yürütülmektedir.

Kamu aracılığıyla yürütülen iki tür "Sağlık Destek Programı" söz konusudur:

yoktur ve bu sayılar benzeri ülkelerle karşılaştırıldığında kısıtlı

"Medicare" ve "Medicaid". "Medicare" 65 yaş ve üstündeki kişileri kapsar. Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl ödeme yapmış olmak zorunludur. Bu koşulları yerine getiremeyenler için kişisel katkı yaparak "Medicare" B programına girme şansı tanınmakta ise de pek çok yoksul ve göçmen "medicare" ek ödeme koşullarını karşılayamamaktadır. "Medicaid" ise çocuklu ve düşük gelirli aileleri, engellileri, yoksulluk sınırının altındaki ailelelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişilik yıllık geliri 18 bin 400 doların altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır. 2002 yılı verilerine göre ABD'de 41 milyon kişi (nüfusun yüzde 14'ü) "Medicare" programı içinde, 34 milyon kişi (nüfusun yüzde 12'si) "Medicaid" programı içindedir. Geri kalan 45 milyon kişi (nüfusun yüzde 15'i) ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir.

Bugün itibarıyla dünyanın en varsıl ülkesinde çoğu yoksul işçiler olmak üzere yaklaşık 45 milyon kişinin (toplumdaki her 6 kişiden birinin) hiçbir sağlık güvencesi yoktur. 80'lerde yüzde 24 olan bu oran 2000'li yıllarda 2 katına çıkmıştır. Bu grubun büyük bir kısmını, patronların kendilerini sigorta ettirmemeleri nedeniyle "sigortasız" durumundaki çalışan kesim oluşturmaktadır. Bu kişiler genellikle devletin sunduğu destek programlarından ("medicare" ve "medicaid") yararlanmak için gerekli koşulları sağlayamazlar. Oldukça pahalı olan özel sağlık sigortası yaptırmaları da olanaksız olmaktadır. Özellikle düşük gelirli işçiler en olumsuz etkilenen kesimdir.

Bu durum, toplumdaki etnik köken ve gelir farklılıklarına da ayrımcılık olarak yansımaktadır. Latin kökenlilerin (Hispanikler) yüzde 32'si, Asya kökenlilerin yüzde 18'i ve siyahilerin yüzde 20'sinin sağlık güvencesi yoktur. Yıllık hane geliri 25 bin dolardan az olan kişilerde sağlık güvencesi olmama sıklığı yüzde 24'dür.

"Medicaid" programına rağmen federal yoksulluk sınırının altındaki kişilerin yüzde 30'unun sağlık güvencesi yoktur. Yoksul ve azınlık olan birinin sağlık güvencesi olmama olasılığı varlıklı ve beyaz bir kişiye kıyasla 4 kat yüksektir. Çalışmalar, sağlık güvencesi olmayan kişilerde önlenebilir hastalık sıklığının daha yüksek, bebek doğum ağırlığının daha düşük, hekime ulaştıklarında hastalıklarının daha ağır, ölüm oranının sağlık güvencesi olanlara kıyasla 2 kat yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık güvencesinden tümüyle yoksun bu insanlara toplumdaki sağlık güvencesi tam olmayan (kapsamı dar sigortalılar) kişiler eklendiğinde sağlık hizmetine erişimde büyük zorluk yaşayan kişilerin oranı nüfusun yüzde 57'sine, yani toplumun yarısından fazlasına erişmektedir. Bu kesimin yaş aralığı 19-35'dir. Yaşları gereği ülkenin işgücünü (çalışanlar) oluşturan bu insanlar, yıllık gelirleri 20 bin-60 bin dolar arasında değişen, çocuk sahibi anne ve babalardır.

Son 10 yılda sağlık güvencesi patronu tarafından karşılanan çalışan oranı yüzde 69'dan yüzde 64'e düşmüştür. Bu düşme eğiliminin artarak süreceği beklenmektedir. Bu durumdan sağlık hizmetlerindeki çok yüksek maliyetler sorumlu tutulmaktadır.

güvence olarak sınıflandırılabilir. Örneğin Birleşik Krallık veya çoğu batı Avrupa ülkesi için nüfusun yüzde 50'si anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin bu insanları kapsayacak şekilde genişlemesinin maliyetleri yükseltecek olması hiç şaşırtıcı değildir!

ABD sağlık sistemini düzeltmek için hem çok pahalı hem çok eşitsiz sayısız reform girişimi olmuştur. Obama en azından seleflerine göre, en azından demokrat seleflerine göre (ki hatırlayabildiğim kadarıyla daha önceki hiçbir Cumhuriyetçi başkan denememişti bile), bazı ilerlemeler gerçekleştirmiştir. Sonuçta, 23 Mart 2010'da Obama'nın, ulusal sağlık sistemini revize edecek ve on milyonlarca Amerikalının sağlık sigortasına erişimini garanti eden mevzuatı imzaladığına göre bu sağlık reformu devam edecek gibi görünmektedir (*New York Times* 2011).

Son 20 yılda kişi başına sağlık harcaması yüzde 60 artmıştır. Kişi başına sağlık harcaması 1980'de yaklaşık 1000 dolar iken, 1991'de yaklaşık 3000 dolar ve 2002'de yaklaşık 5500 dolara yükselmiştir. Artan maliyetleri karşılamak, hizmet sektöründe çalışan küçük ölçekli iş yerleri için olanaksız hale gelmiştir.

Her yıl bir milyondan fazla insan sağlık sigortasını kaybetmekte, 62 milyon insanın sağlık güvence kapsamı daralmakta ya da sigorta primleri artmaktadır. Bazı işverenler, sigorta priminin bir kısmını ödemekte ve geri kalan kısmının çalışan tarafından tamamlanmasını istemektedir. Ancak, yapılan küçük yardımların çalışan tarafından tamamlanması yıllık 20 bin-60 bin dolar gelir düzeyindeki kişiler için çoğu kez olanaksız olmaktadır.

Çalışacak tam gün işi olanlarda, sağlık güvencesine sahip olamama oranı yüzde 17, yarı zamanlı çalışanlarda bu oran yüzde 24 ve iş arayanlarda yüzde 26'dır. Görüldüğü gibi tam zamanlı çalışma sağlık güvencesi sağlamaya yeterli olmamaktadır. Sendikalı çelik işçileri bile bütün tıbbi harcamaların yüzde 32'sini cepten ödemektedir.

2001'de yapılan bir çalışmada 10'dan daha az işçinin çalıştığı işyerlerinde sağlık güvencesi olmama sıklığı yüzde 47 iken, 500'den fazla işçinin çalıştığı işyerlerinde bu oran yüzde 15 olarak saptanmıştır. Büyük bir işyerinde çalışmak sağlık güvencesi sağlamak için yeterli olmadığı gibi küçük işletmeler sigortasızlık açısından en riskli kuruluşlardır.

Günümüz ABD'sinde sağlık güvencesine (sigortasına) sahip olamama sorunu yalnızca yoksulların yaşadığı bir sorun değildir. Bu durum son yılarda bir orta sınıf fenomeni haline gelmiştir. Özellikle küçük işletmelerde çalışanlar, hatta kendi işinin sahibi olan kişiler de bu sorunu yaşamaktadırlar.

Bir yanda tamamen endüstriyel hale gelen tıp bilimi, piyasalaşmış sağlık hizmeti, akıl dışı maliyetler ve harcamalar öte yanda sağlık hizmetine ulaşamayan milyonlarca işçi, yoksul, yaşlı ve çocuklar. İşte ABD'nin sağlık sistemi... *–çev.*

Bu reform neyi amaçlıyor? "Sağlık hizmeti yasası, Medicaid'i genişleterek 30 milyondan fazla kişiyi sigorta kapsamına almayı ve federal sübvansiyon sağlayarak alt ve orta gelir düzeyindeki Amerikalıların özel sağlık sigortası satın almalarına yardım etmeyi hedeflemektedir" (*New York Times* 2011).

Burada özellikle tartışmalı olan şey, hükümetin sağlık hizmetine katılımı olsa da, gerçekte konu hükümetin katılımı değil, *ek* katılımıdır. Hükümet zaten, hem eyalet hem de federal hükümet tarafından finanse edilen Medicaid programı aracılığıyla yoksul ve dezavantajlı kesim için ve tamamı federal hükümet tarafından finanse edilen Medicare programı aracılığı ile de yaşlılar için katılımda bulunmaktadır.

Politik ve ideolojik olarak tartışmanın temel noktalarından biri reformun getirdiği sözde 'bireysel zorunluluk' ("individual mandate") fikridir. Buna göre, bütün Amerikalılar sağlık sigortası alacak, almayanlar da cezalandırılacaktır. Bu, finansman düzenlemelerinin temel özelliğidir, eğer bu olmasaydı, şu anda güvencesiz 30 milyon Amerikalının kapsam içine alınması mümkün olmazdı. Zira, "sigortacılar sadece sağlıklı insanların poliçe sahibi olması durumunda pahalı kronik durumların tedavisini karşılayabileceklerini savunmaktadır" (*New York Times* 2011).

Bu konu önemli bir anlaşmazlık noktası olduğu için Obama, sağlık güvencesi olmayanların kapsama alınmalarını sağlamak adına bazı ödünler verdi.[16] Sağlık güvencesi sağlamak üzere

16 "Obamacare" olarak adlandırılan reform, Obama'nın 2010 yılında onaylanan sağlık reformudur. Bir kısmı o tarihte yürürlüğe girdi, bir kısmı ise kanun anayasaya uygun görülmesiyle 2017'de geçerli olacak. Şu günlerde Kongre hükümet bütçesini onaylamayarak Obama'ya sağlık reformundan vazgeçmesi için en büyük şantajını yaptı. Obama bu reformun maliyetini 10 yılda 900 milyar dolar olarak açıkladı ancak, muhalefet yılda 122-298 milyar dolar bir ek bütçe gerektiğini düşünmekte ve bunun bütçe açığını büyüteceği gerkçesiyle Obama hükümetinin 2013 bütçesini onaylamamaktadır. Açıkçası şu anda ABD hükümeti tarihinde ilk defa iflas etmiş ve 1 milyona yakın memur ücretsiz izine çıkarılmıştır.

sağlık hizmeti maliyetlerini artırmadan sunulacak başka mekanizmalar varsa, bireysel zorunluluk şartından eyaletler bazında feragat edilebileceği (ancak 2017 yılına kadar) şeklinde bir miktar eğilip büküldü (Stolberg ve Sack 2011).

ABD dışındaki insanlar için, gelişmiş ülkelerin büyük çoğunda uzun yıllardır geçerli olan bu durumun, ABD'de bir husumete yol açması olağandışı görünebilir. Reformlar asıl

---

İlk büyük değişiklik, 2017 yılına kadar tüm Amerikalıların, ister çalıştıkları kurumlar yoluyla (patronları aracılığıyla), ister bireysel olarak sigortalı olmak üzere zorunlu kılınmasıdır. Özel sigorta şirketlerinin yanı sıra devlet de sigortalama hizmeti sunabilecektir. Sigortalanmak istemeyenler ceza ödeyeceklerdir. Patronların sağlık sigortasındaki payının artırılması planlanmıştır. Patronların üstlendiği sağlık sigortasının payı, 1990'ların başlarında yüzde 75'ler düzeyinde iken, 2007 yılında yüzde 70'e inmiştir. Reform ile patronlar daha fazla vergi vermek ile işçilerin/çalışanların sağlık sigortası primleri ödemek arasında zorlanmaktadır. Küçük şirketler için, sigorta primlerinin yarısının devlet tarafından karşılanması da reform paketinin seçenekleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulması için bazı düzenlemelere de gidilmiştir. Bu reform, sağlık durumu her ne olursa olsun, herkesin aynı primi ödeyeceği bir sistem oluşturmaktadır. Tahminlere göre yılda yaklaşık olarak 12.000 dolarlık prim ödenmesi gerekecektir. Bununla ortalama bir ailenin sağlık primlerinin yılda 2 bin 500 dolar azaltılması hedeflenmiştir. Sağlık sigortası şirketlerine yeni yaptırımlar getirilmiştir. Kronik hastalığı olan insanları 'sigortadan önceki sağlık problemi' gerekçesiyle sigortalamayı ret etme hakkı artık söz konusu olmayacaktır. Sağlık sigortaları şirketlerinin, sağlık harcamalarını kontrol etmek üzere kullandıkları 'yaşam limiti' sınırı da kaldırılmıştır. Sigorta şirketlerinin çok yüksek faturalar çıkarmasını önleyecek bazı tedbirler getirilmiştir. Çocukların 26 yaşına kadar ailelerinin sağlık sigortalarına dahil olmasına imkân tanınmıştır.

Cumhuriyetçiler, Obama reformunu devletin büyümesi ve müdahale gücünün artması olarak yorumladıklarından, Obama'yı sosyalist olmakla itham etmektedirler. Bir diğer argüman da mevcut ekonominin reformun maliyetini karşılamaktan uzak olduğu ve işsizliği artıracağı şeklindedir. Beklenileceği üzere özel sigorta şirketleri de şiddetle muhalefet etmektedir. En haklı eleştiri ise yoksullardan ve bir kısım orta sınıf mensuplarından gelmektedir: yetmez ama evet! Bu kesimler reformun gerçekten genel ve eşit olmaktan uzak olduğunu öne sürmekte ve daha fazlasını talep etmektedirler. Bu eleştirilere göre reform bu haliyle mevcut sigortasız 67 milyon Amerikalının sadece 46 milyonunu güvence kapsamına almayı hedeflemiştir. Hâlâ milyonlarca insan için bir umut yoktur. Her şeye rağmen, dünyanın en zengin ülkesinde 20 milyon kadar Amerikalının sigorta kapsamı dışında kalacağı tahmin edilmektedir. *–çev.*

olarak daha fazla eşitlik sağlanması ve sigortasız yüzde 15'in (hasta olanlar kesinlikle çok daha yüksek oranda) uygun bir maliyetle sağlık sigortası kapsamına alınabilmesi ile ilgilidir. Bu hiç de devrimci bir uygulama değildir aslında. Ancak, bu yorumu ABD dışından biri olarak yaptığımı da tekrar belirtmeliyim.

Neden muhalefet ediliyor? Başta, Amerikan Tabipler Birliği (ATB) ("The American Medical Association, AMA") önemli bir muhaliftir. Bir röportajında Amerikan Tabipler Birliği başkanı Dr. Nancy H. Nielsen, ATB'nin, sağlık hizmeti kararlarında hükümet kontrolüne veya herhangi bir sigorta planına zorunlu hekim katılımına kesinlikle karşı olduğunu söylemiştir (Pear 2009). Neye dayanarak olduğu her zaman açıkça belli olmasa da ATB, çok sıkı ve kararlı bir şekilde piyasaya inanmaktadır. Bunun başlıca nedeni, yoksulların sağlık hizmeti kapsamına alınmasıyla maliyetlerin tırmanacağı inancı (eğer daha fazla insan tedavi edilecekse ve diğer her şey aynı kalacaksa maliyetler artmak zorundadır!) gibi görünmektedir. Devletin piyasaya 'müdahalesine' ideolojik olarak da bir karşı çıkış söz konusudur. ATB tarafında eşitliğe dair bir endişe/duyarlık görmüyoruz. Aslında yoksulların sağlık hizmeti kapsamına alınması nedeniyle maliyetler artacaksa, bu artış, şu anda sağlık hizmeti alamadıklarından olmalıdır. ATB'ye göre bu bir kamu sağlığı sorunu değil, maliyetler ve sözde etkinlik açısından ekonomik bir konudur.

ATB'nin sorununa bir cevap verilebilir mi? Diğer ekonomistler kadar bana da ilginç gelen en sade cevabı, Amerika'nın belki de en ünlü sağlık ekonomisti Victor Fuchs'dan almış olmamızdır. Daha da ilginç olan Fuchs yazdığı yeni kitabında –daha doğrusu güncellediği klasik kitabında *Who Shall Live?* (Fuchs 1974)– ne tıp ne de ATB için, yalnızca ekonomi sınırlamalardan bahsetmektedir.

Fuchs, sağlık hizmeti ile ilgili olarak bazı zor seçimlerin yapılması gerektiğinin altını çizmektedir. Ve bu seçimleri tartışırken, sağlık ve medikal hizmetlerin en temel sorularını yanıtlamaya çalışırken, ekonominin bazı sınırlılıklarının ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu sorular eninde sonunda değer ile ilgilidir: Bir hayat kurtarmaya ne değer biçeceğiz? Acıyı azaltmaya? Endişeleri gidermeye? Bir akrabamın hayatı tehlikede olduğunda bu değerler değişir mi? Bir komşum? Bir yabancı?

Fuchs, "ekonomi piyasa fiyatlarının nasıl belirlendiğini açıklayabilir, ancak temel değerlerin nasıl oluştuğunu açıklayamaz, çeşitli seçeneklerin sonuçlarını bize gösterebilir ama bizim yerimize seçimler yapamaz. Bu sınırlamalar daima bizimle birlikte olacak. Ekonomi asla ahlak ve etik değerlerin yerini alamaz" demektedir. Buna benim ekleyeceğim bir şey yok. Peki tıbbın ekleyeceği bir şey var mı? –Çoğu hekimin farklı düşündüğünden eminim. Hekimler, kendilerini ahlak ve etik kaleleri gibi görürler. Tuhaf ama hekimler, seçimlerinin doğası hakkında ender olarak düşünürler. Daha iyi ifade etmek gerekirse, nadiren seçim yapma ihtiyacı duyarlar ya da fırsat maliyeti kavramının nadiren farkına varırlar.

Etik ve değerler

Tıp bireye odaklıdır ve bu yüzden tıp etiği de bireycidir. Erdem etiği –iyi yapmanın etiği– bir birey olarak hastaya iyi bir şey yapma ahlakıdır. Ayrıca görev ahlakı diye de bir şey vardır ve bu da, birey olarak hasta düzeyine odaklıdır: Hekimin asıl görevi hastasıdır. Etiğin üçüncü ayağı ise kamu yararı etiğidir. Kamu yararı etiği, tıp etiğinde özellikle de klinik tıpta yer almamaktadır. Oysa, kamu yararı etiği halk sağlında yer almak zorundadır. Hatta ekonominin odaklandığı yer burasıdır. Bu, konu ahlak, etik ve en genel anlamda değerlere gelin-

ce, Fuchs'un önerilerine katılmadığım anlamına gelmemelidir. Vurgulamak istediğim, eğer ekonomistler konu etik ve ahlaka geldiğinde ekonomi biliminin sınırları olduğunu kabul ediyorlarsa, sınır ve kısıtlamalar, konu kamu yararının etik ve ahlakına geldiğinde tıp bilimi için de söz konusu olmalıdır.

O zaman şu soru açıkta kalmaktadır; eğer hekimlerin ve ekonomistlerin değilse kimin değerleri dikkate alınacaktır? Hastaların değerleri mi? Bazı örneklerde evet, kamu yararı etiği ile ilgilendiğimizde; sağlık hizmeti, ilkeler ve öncelikler konularında, bu düzlemde hastalar olarak insanlar, kuşkusuz ve haklı olarak kaynakların dağıtımı ile çok daha fazla ilgileneceklerdir. Neden olmasın?

Siyasetçilerin değerleri? Evet, ama korkarım pek çok ülkede (ABD dahil) siyasetçiler, demokrat olanlar bile, ilaç endüstrisi ve sağlıkçıların baskıları karşısında duracak kapasiteye sahip değiller.

Bununla ilgili olarak 1990'lara dönüp bakalım; Amerikan Ekonomi Birliği Konferansı'nda (1996), Victor Fuchs'un sağlık ekonomisi bilim dalını değerlendirdiği konuşmayı anımsayalım. Fuchs, sağlık ekonomistlerinin, değerlere eskisinden çok daha fazla dikkat etmesi gerektiğini belirtti (*a.g.e.* 20). Pozitif araştırma sonuçları ile değerler arasındaki etkileşimlerin ince analizleri sayesinde kamu politikaları tartışmalarına çok daha etkin katkılar sunulabileceğinin altını çizdi. Fuchs'un değerlendirmelerine Uwe Reinhardt'dan destek gelmişti. "ABD'nin sağlık sistemi için alternatif reform arayışlarına, sosyal değerleri açıkça belirlemeden başlamak hatalı olur, bu zaman kaybına yol açar" diye yazmıştı (1992:315). Ardından da şu soruyu sormuştu: "Yaygın olarak paylaşılan sosyal değerlere uygun alternatif önerilerin göreli etkinliğini araştırmak daha verimli olmaz mı?" Reinhardt'ın görüşleri, büyük ölçüde, benim neden bir tür katılımcı demokrasiyi savunduğumu ortaya koymakta-

dır. Ben, 12. bölümde değineceğim üzere, vatandaş jürilerine inanıyorum.

ABD sağlık sisteminde sorun ne ölçüde 'piyasa'dır? Yanıt kolay: yüzde 100! Fakat mesele başlı başına sağlık sisteminden çok daha büyüktür; hatta piyasanın mantıklı bir değerlendirmesini yapmak bile yetersiz kalmaktadır. Amerika'da, piyasaya dair çok derin bir inanç vardır. Bu nedenle bir değerlendirme yapmayı zorlaştırmaktadır. Piyasa bir şekilde Amerikalıların ruhuna yazılmıştır. Yeni bir şey değil, sanki Amerikan tarihi boyunca oradaymış gibidir. Kurucu babalar özgürlükçülük konusunda çok kararlıydılar ve bu özgürlük piyasanın özgürlüğü gibi ifade edildi. Hükümet müdahalesinden nefret edilmektedir. Bu özgürlük, neredeyse şevk ile ibadet edilen bir din gibidir, bir ölçüde yeni doğan bir din gibidir. Aşağıdakiler, İnanç Aile Özgürlük Birliği ("Faith Family Freedom Alliance") internet sayfasından alınmıştır: Bu kuruluş kendisini "eğitici, köklerine bağlı, parti tutmayan...kâr amacı gütmeyen organizasyon" olarak tanımlamaktadır. Bu kuruluşun amacını; "... bu ulusun üzerine kurulduğu Yahudi-Hristiyan değerlerini gelecek nesiller için garantiye almak amacıyla korunması ve devam ettirilmesi gerektiğine inanmaktadır" cümleleri ile ifade etmektedir.

Adını 18. yüzyıl İngiltere'sinde hükümetin aşırı baskıcı müdahalelerinden muaf özgür bir toplum hayalini anlatan "Cato'nun Mektupları" isimli bir dizi makaleden alan Cato Enstitüsünde, Ticaret Politikaları Çalışma Grubu yöneticisi Dan Griswold'un "Serbest piyasa: Özgür Toplumun Temeli" isimli makalesi özellikle önemlidir. Bu makale, "ekonomik serbestliğin devlet gücünü dengelediğini ve sivil toplum için yer açtığını, ticaretin hızlı büyümeyi ve dolaylı yoldan ekonomik özgürlük ve orta sınıf yaratarak siyasi özgürlüğü teşvik ettiğini" anlatır.

Bu makale, ABD'nin kuruluşunun tarihsel perspektifi içinde piyasa inancını oluşturur.

> Kral III. George sömürgelere istediği gibi vergi koymaya kalktığında, monarşi iki hata yapmış oldu. Yüksek yaşam standartlarının sınır ötesindeki vatandaşların beklentilerini artırdığını hesaba katmadı ve onların rızkını tehdit etmiş oldu. Sömürge halkı, İngiliz İmparatorluğu vatandaşlığına eş siyasi haklar ummuştu –özellikle şikâyetlerini dile getirme hakkı–. Bu yalnızca prensipte kalan bir ısrar değildi, Amerikalılar inşa ettikleri şeyi açgözlü bir devletten korumak istediler.

Tüm bunların ışığında, Amerika'nın kurucularının çoğunun toprak sahibi orta sınıftan kişiler olması ve anayasada mülkiyet hakkından önemle bahsedilmesinin tesadüf olmadığı söylenebilir. 'Kurucu Babalar' ekonomik özgürlüğün toplumda bir özel alanın varlığını inşa edeceğini düşündüler. Bu, devletin gücünü sınırlayan ve peş peşe siyasi hakların elde edilmesini sağlayan bir önlemdi.

Makale bazı güncel yorumlara ulaşmak üzere devam ediyor:

> Kapitalizmin özgürleştirici gücü sadece bir iç politika değildir. Baskı üzerinde ekonomik özgürlüğün zaferi, aynı zamanda Soğuk Savaş'ı kazanma stratejisidir... ABD kuşatma politikaları uygulayarak, kırılgan Sovyet ekonomisinin baskıya dayanamayacağına inanmıştır. Politbüro çatlak verip Glasnost ve Perestroyka politikalarını tesis edince serbest piyasa virüsü Sovyet sisteminin içine nüfus etmiştir. (Faith Family Freedom Alliance internet sitesi, tarih yok)

Sonuç

Piyasanın sunağında ibadet ederken dönüp Obama'ya sosyalist, sağlık reformuna da sosyalleştirilmiş ("socialised") tıp demek çocukçadır. Yukarıda belirtildiği gibi çarpıcı olan, bu duyguların bazı sağcı güruh ile sınırlı olmadığıdır. Bu fikirleri destekleyen prestijli akademisyenler de var.

ABD sağlık sistemi için reform girişimlerinin tarihi başarısızlıklarla doludur, sanırım bu anlaşılabilir bir şeydir. Bir anlamda, 'terörle savaş' gibi, özgürlüğü savunmak için kavga etmek ve piyasayı savunmak için kavga etmek (ve sadece sağlık piyasası değil) gibi, piyasayı tehdit eden herkese ve her şeye karşı bir savaştır söz konusu olan. Bir süre sonra piyasayı korumak, ABD'yi korumakla neredeyse eş anlamlı hale gelmektedir. Terörle savaş ile ya da benzer şekilde sosyalizme karşı piyasanın özgürlüğü için kavga edilmesiyle alay etmek mümkündür. Öte yandan, bu aralarında bazı entelektüellerin de olduğu pek çok Amerikalının gözünde (ve kalbinde) uğruna savaşmaya değecek çok güçlü bir neden ve çabadır. Alay etmek kolay, ama işe yaramaz. Amaç, bu mantıksız korkuların üstesinden gelmek olmalı, bu da çok zor.

6

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi ve Piyasa



Margaret Thatcher'ın Muhafazakâr hükümetinin 1979'da göreve geldiği tarihten bu yana, NHS (ulusal sağlık sistemi) piyasa güçleri tarafından az ya da çok tehdit edilmektedir. 2010'daki seçimlerden sonra muhafazakâr ve liberal demokratların kurduğu koalisyon hükümeti ile NHS muhtemelen tarihi boyunca hiç olmadığı kadar büyük risk altındadır. Bu bölüm, mevcut ve önerilen değişikliklerin arkasında ne olduğuna bakacaktır. Değişim, halk sağlığı için duyulan endişelerden mi ya da eşitlik düşüncesinden mi kaynaklanıyor? Yoksa, reformların temelini NHS kaynaklarının kullanımında büyük verimsizlik bulunduğu inancı ya da gerçeği mi oluşturmaktadır? Ya da bu değişimin arkasında sadece piyasacıların güçlerini yeni bir alana genişletmek çabası mı var?

NHS'in yapısı

NHS, 1 Temmuz 1948'de kuruldu. İkinci Dünya Savaşı'nın sona erdiği 1945 sonrası dönemde, Atlee İşçi Partisi hükümeti beklenmedik bir şekilde dizginleri ele almıştı. Beklenmedik,

çünkü, ülkeye savaş sırasında önderlik eden, Muhazafakâr Parti'nin lideri Churchill, partisinin makul bir şekilde güç kazanacağını bekliyordu. Ama bunun yerine ülke İşçi Partisi'ne yöneldi. Neden? Kuşkusuz pek çok sebebi vardı, ancak bu kitapla en ilgili olanlar, savaşın toplumda 'birliktelik', eski düzenin yıkılması ve işçi sınıfında yeni bir kendine güven algısı oluşturmasıdır; hem de savaş için yapılan onca fedakârlıktan sonra. Bir aidiyet algısı, daha önce olduğundan çok daha komüniteryan bir toplum mevcuttu. Savaş zamanı birlik olmak, ulus için işe yaramıştı ve barış zamanında da yarayabilirdi.

Politika açısından bu bir dizi şekilde ifade buluyordu. Örneğin, madenlerin millîleştirilmesi. Ancak bu kitabı en çok ilgilendiren Ulusal Sağlık Sistemi'nin ("National Health Service, NHS") oluşturulmasıdır. NHS'in kurulması genellikle Lord Beveridge ve onun raporuna bağlanır (Beveridge 1942). Ancak, bu rapor gerçekte ortaya çıkanın soluk bir taklidini önermekteydi. NHS'in gerçek mimarı Nye Bevan'dır. Gönüllü hastanelerin ve belediyelere ait hastanelerin tamamının tek bir ulusal servis altında birleştirilmesini savunan ve bunun için bir program yapan, Bevan'dır. (Public Records Office 1945).

Bevan, tıp kurumu ile boy ölçüştü ve kazandı! Bildiğim kadarıyla tarihte, bunu deneyen ve kazanan çok az sayıdaki sağlık bakanından biridir. İktidarın siyaset sahnesine kayması ve tıp mesleğinden uzaklaşması muazzam bir işti.

Piyasa reformu

Margaret Thatcher 1979'da başa geçtiğinde, Washington Konsensüsü çerçevesinde neoliberal pazarı genişletmek üzere ABD Başkanı Ronald Reagan ile ilişki kurdu. Görev süresinin sonlarında doğru da (1980'lerin sonlarında) dikkatini sağlık hizmetlerine çevirdi. ABD'li ekonomist Alan Enthoven'i getire-

rek (1985), onun ortaya attığı 'iç pazar' olarak bilinen yaklaşım ile sağlık hizmetinde daha fazla rekabet oluşturmayı savundu. Bu aslında NHS'in merkezî yapısına müdahale etmeden piyasa güçlerini devreye sokmak üzere yapılan bir girişimdi. Aslında pek çok kişi Thatcher'ın asıl yapmak istediğinin NHS'i özelleştirmek olduğuna inanır.

Çoğu kişiyi şaşırtacak şekilde, 1997 yılında, İşçi Partisi ve Tony Blair iktidara geldiğinde, öngörülenden daha az değişiklik yapılmıştı. Buna rağmen Blair, Thatcher öncesi döneme kesinlikle dönmedi. Bu nedenle 2010'da Muhazafakârlar güç kazanıp Liberal Demokratlar'la koalisyon yaptıklarında, ok yaydan çıkmıştı yorumu yapılabilir (Lansey 2010). Eğer daha soldaki bir hükümet, kısmen de olsa piyasa yoluna geçtiyse, piyasaya epeyce açık olan ve tarihsel olarak piyasanın bir parçası olan yeni hükümetin hem ideolojik hem de politik anlamda bunu daha ileriye götürmesi, yola özelleştirme ile devam etmesi beklenir bir durumdur. Olan biten de budur. Bu kitap yazıldığı sırada (Ağustos 2011) neler olacağına dair ayrıntılar hâlâ belirsizdi ve ben de onları takip etmeyeceğim (mükemmel bir erken değerlendirme için bkz. Hunter 2011).

Benim burada incelemek istediğim, değişikliklerin arkasında yatan piyasa düşüncesinin kaynağı ve aldığı şekildir. Bu nedenle David Hunter tarafından yapılan açıklamanın arkasında yatana bakmak istiyorum: "Mevcut haliyle NHS, özelleştirme yolunu açan ve kamu sektörünün değerler sistemini zayıflatan değişiklikler yüzünden varlığını sürdüremeyebilir." Hunter'a göre üst üste yapılan reformlar başarısız oldu. Bu başarısızlıklar için tek bir neden olmasa da asıl sorun, nasıl reform yapılacağına ve nasıl yapılmayacağına yeterince bakılmamasından kaynaklanmaktadır. Hunter, kanıtların değerlendirilmemiş olunmasını, "umudunun tecrübeye karşı zaferi" olarak adlandırmaktadır. Hunter, NHS reform çabalarındaki temel hatanın

"istenen etkiyi yapacağına dair kanıtlar olmadan seçme hakkı ve rekabeti öne çıkaran piyasa tarzı politikalara bağlılık" olduğunu savunmaktadır (Hunter 2011:166).

Thatcher dönemindeki iç piyasa reformları değerlendirildiğinde genel kanı, beklenenden daha az değişiklik yapıldığı yönündedir. Sıklıkla, piyasa gücü kaybedildiğinde ve sonuçlar mimarlarının umutları kadar parlak olmadığında, asıl sorunun piyasanın kendisinde olabileceğini tartışmak yerine, uygulamada yeterince ileri gidilmediği tartışılmıştır. Bu yüzden Le Grand, May ve Dixon'a göre "teşvikler zayıf, kısıtlamalar çok güçlüydü" (1998:129).

Blair hükümeti seçim zaferinden önce NHS için piyasa karşıtı görüş bildirmişken, iktidar olduktan sonra piyasa güçlerini terk etmek yönünde bir adım atmadı. Başbakan Tony Blair ve danışmanları, modern bir NHS kurmak için bazı kaldıraçlara ve özendirmelere gerek olduğunu düşünüyorlardı. (Hunter 2011:166). Peki, ama neden?

NHS reformlarının, kanıtların ve deneyimlerin göz ardı edilmesinin, ve ciddi analizler yapılmamasının basit bir açıklaması vardır. Thatcher'dan beri tüm hükümetler gerçekten neoliberal piyasaya inandılar. Ne zaman sağlık reformu yapmak isteseler bu yerleşik inanç oyuna dahil oldu. Eğer bir kişi buna inanırsa, kanıt bulmak ve tarihten ders çıkarmak zorunda olmaz. Piyasa bunu sağlar. Test edilmeye, değerlendirilmeye ihtiyaç duymaz. Thatcher kendi reformunu çeşitli yollardan ve çok hızlı ortaya koydu, böylece 'öncesi ve sonrası' verileri karşılaştıracak özenli çalışmaların yapılması mümkün olmadı (Yeni Zelanda piyasa reformu da aynı gerekçelerle alelacele yapıldı). Bir şekilde NHS reformcularına sempati duyuyorum! Başka nerede piyasadan başka reform fikri bulabilirlerdi ki? Bir Küba var (bkz. 16. bölüm), ancak sosyalist bir ülkenin sistemini kopyalamak dışarıdan kötü görünecektir. İskandinav ülkeleri

var, ancak onların sistemi de NHS'e az çok benziyor, bu yüzden reform yapmak hayli zordu. Bunun ötesinde, onlardan başka kimsenin bu konuda fazla bir fikri varmış gibi de görünmüyordu. Birleşik Krallık sağlık ekonomistleri sistem hakkında pek bir şey söylemiyorlardı ve daha çok sağlıkla ilgili mikro değerlendirmelerle meşgullerdi. Sağlığın, sağlık hizmetinin ekonomi politiği ve sağlık hizmeti hakkında çok az şey vardı –coğrafik sermayeyi inceleyen çok önemli RAWP raporu hariç– (DHSS 1976). O yüzden Thatcher'ın, ABD'den piyasa reformlarını savunacak uzmanları çağırmış olması hiç de şaşırtıcı değildi. Ardından Blair, Brown ve şimdi de Cameron aynı şeyi taklit etmektedir. 12., 13. ve 14. bölümlerde ortaya konan fikirler ortada yoktu, en azından onların önünde değildi. Richard Titmuss'un *The Gift Relationship* (1970) eseri, bu tarz fikirlerin öncüsü olarak görülebilir aslında.

Gerçekten de, Titmuss'un yorumuna göre NHS 'fazla komüniteryan' idi. Problem bu değerlendirmenin yanlış olmasıdır. Burada altruizm/özgecilik görmekte haklıydı, ancak bu yukarıdan dayatılan bir altruizmdi. Komüniteryanizm bir şekilde altruizmi temel alsa da, daha çok paylaşma ve umursama, karşılıklı ödün ilkesi demektir. Bu özellikler bir topluma dayatılamaz.

Benim iddiam, NHS'in bir ulusal sağlık sistemi olmaktan ziyade, NHS şemsiyesi altında bir seri lokal sağlık hizmeti olarak görülmesi gerektiğidir. Bu fikir, farklı bölgeler arasında eşitlik sorunu gibi bazı zor meselelere yol açacak olsa da, bunların alt edilemeyeceğine inanmak için bir neden yoktur; örneğin finansman için uygun seviye ve düzenlemeler yapılabilir. Şu andaki hükümet, reformlarının anahtar odağının yerel olduğunu iddia etmektedir. Bana göre bu, kuşkulu bir iddiadır. 12. ve 13. bölümlerde yerel değerlere değinilecektir. Bu bölümlerde sağlık hizmetini gerçekten yerel hale getirmek, kullanılabilecek yöntemler anlatılacaktır. Vatandaşların 'kendi sağlık hizmet-

leri' için ilkeleri belirlemesini sağlamak üzere vatandaş jürileri gibi söyleyecek sözü olan bilinçli/aydınlatılmış vatandaşların kendi sözlerini söyledikleri gerçek çabalardan bahsedilecektir. Bu, tek başına piyasa hakkındaki takıntının üstesinden gelmek için yeterli olamayabilir, ancak eleştirel bilince sahip vatandaşların değerleri sağlık hizmetinin planlamasının temeli haline geldiğinde başarılı da olabilir.

Başka deneyimler

Bir yan unsur olarak, Danimarka'da ne olduğu ve Danimarkalıların daha fazla piyasa konusunu bir tehdit olarak mı, yoksa bir fırsat olarak mı ele aldıkları incelenmeye değerdir. Ben, Danimarkalıların kendilerini geniş kapsamlı kamu sağlık hizmetleriyle ilgili olarak çok mutlu hissettiklerine inanıyorum. Öyleydiler, ancak, başka yerlerde bir şeylerin değiştiğinin farkındaydılar ve piyasa, sağlık hizmetlerini geliştirmenin bir yolu olarak reklam ediliyordu. Danimarka sağlık sistemi adına, bir grup akademisyen, ABD, Birleşik Krallık, İsveç, Hollanda ve Avustralya'dan birer uzmanın katılımı ile sağlık sistemlerine bakıp ne bulduklarını rapor ettikleri bir panel düzenlediler. (Ben Avustralyalı 'uzman'dım.)

Danimarka sağlık sistemi mükemmel değildi, ancak uzmanların genel değerlendirmesi 'olduğu gibi bırakın' oldu. Sistemin genel olarak, etkin, eşitlikçi ve Danimarka değerleri ile uyumlu olduğu sonucuna ulaşıldı. Daha büyük rekabet ya da daha fazla özelleştirmenin savunulması için hiçbir neden bulamadık.

Bana özellikle ilginç gelen, çalışmanın sadece bunu göstermek için düzenlenmiş olduğunu sanmış olmamdır. Danimarkalıların kendi sağlık sistemlerine kayıtsız olduklarını düşünmüyorum, hatta oldukça iyi olduğunu düşünüyorlar, ki bunda haklılar. Danimarkalılar, sistemlerinin yerel değerleri

(hem Danimarka ulusuna hem de Danimarka'nın içinde bulunduğu bölgeye ait değerler, sağlık hizmetlerinin ülkenin yerel meclisleri tarafından yürütülmesi hiç de şaşırtıcı değildir) büyük ölçüde yansıttığını düşünüyorlar. Ayrıca, piyasa değerlerini sisteme enjekte etmenin sağlık hizmetlerini iyileştireceğini ya da Danimarka'nın değerlerini daha iyi yansıtacağını düşünmüyorlar. Ama kayıtsız görünmek yerine dışarıdan uzmanları çağırarak onlara zaten bildikleri şeyleri söylettiler –ki daha sonra alıntılayabilsinler diye!

Sağlık sistemlerini ayrıntılarıyla gözden geçiren bir diğer ülke de Kanada'dır (Romanow 2002). Ben de çalışma arkadaşım Alan Shiell (Shiell ve Mooney 2002) sayesinde konuya dahil olmuştum. Bizden Kanada kamu sağlık hizmetinin aynen devam ettirilip ettirilemeyeceğini araştırmamız istenmişti.

Biz de basitçe eğer Kanadalıların istediği bu ise yapılabileceğini söyledik. Bu argüman komisyon raporunda galip gelmiş gibi görünse de tekrar ediyorum özelleştirmeleri def edebilmek için konunun Kanada'da ele alınması gerekiyordu.

Birleşik Krallık ile ilgili dikkate değer olan konu, ne Romanow'unki gibi bir derleme yapmak için ne de Danimarka gibi bir komisyonu kurmak için zaman kaybetmediler! NHS'deki problemlerle ilgili ayrıntılı bir analize gerek görmediler. Bundan sonra daha fazla piyasa inancı bu sorunları çözebilecek mi, göreceğiz. Ancak, sanırım, bir şeye (örneğin piyasaya) kökten inanıldığında, artık politik reçetelerin doğru ya da yanlış olduğunu sınamaya gerek kalmadığına dair derin bir inanış mevcut.

Kamu sektörü etosu

NHS kamu sektöründe kalarak mevcut durumunu korursa ve piyasalaştırma ile mücadele ederse fark eder mi? Kamu teda-

riki ve finansmanına, piyasaya duyulduğu kadar inanç duyuluyor mu? Biri diğerinden daha mı haklı?

Buna bakmanın bir yolu, 'kamu sektörü etos'unun zayıflaması hakkında Hunter'ın yukarıda değinilen endişesini incelemektir; bunlar NHS'de yürütülen reformlar üzerinden izlenebilir. Daha sonra iki makul soru sorulabilir: "Kamu sektörü inancı" nedir? ve "Bu zayıflamış olsa ne fark eder?"

İlk soruya cevap vermek için NHS kurucularından Nye Bevan'a (1952) dönelim:

> Bir toplum, hasta bir insana tıbbi yardım sağlamayı imkânı olmadığı için reddederse kendini meşru olarak medeni sayamaz. Toplum, eğer vatandaşlarının bilincinde sadece kendileri için değil, herkesin en iyi sağlık hizmetine erişebileceğinin bilgisi olursa, daha erdemli, daha huzurlu ve ruhen daha sağlıklı olur.

Kamu sektörü etosu asıl olarak hem kaynak yaratmadaki hem de bu kaynakların dağıtımındaki adaletle ilgilidir. Kamu sektörü etosu, herkese eşit olarak, gelire bakılmaksızın (yoksula zengine göre daha büyük engeller oluşturmadan) sağlık hizmeti sunma çabası ile ilgilidir. Bu aynı zamanda, sağlık sistemi içinde bir kültür yaratmak, her sağlık çalışanının erişim meselesini ciddiye aldığı bir kültür yaratmak, hatta ayrımcılık yapılmaması için kurallar koyan bir kültür yaratmakla ilgilidir.

Fark eder mi? Bu soru sadece öznel olarak yanıtlanabilir. Açık olan şey, piyasalaşmanın eşitliği sağlamasının çok zor olduğudur. Peki bu fark eder mi? Eşitlik fark eder mi? Bu sorunun yanıtı, neredeyse kesin olarak hangi ülkede sorulduğuna bağlı olarak değişmektedir? Bunu söylerken, pek çok ülkede toplumların sağlık hizmetinde eşitliğe önem verdiğinin altı çizilmelidir. Ancak, eşitliğin nasıl tanımlandığı, ve ne kadar önemsendiği farlılıklar göstermektedir.

Kamu sektörü etosunun zayıflaması sağlık hizmeti sunumunda değişikliklere yol açacaktır. Esas olarak zayıflayacak

özellik eşitliktir. Piyasa, eşitliği ortadan kaldırmak için savaşır. Verimlilik aldatıcıdır. Ne söylenebilir ki, ben kamu ve özel sektörün sağlamaya çalıştığı şeylerin farklı olduğuna, bu yüzden de bir ölçüde tartışmanın çözülemez olduğuna inanıyorum. Verimlilik karşılaştırmaları ile ölçümlemek de kolay değildir, zira çoğu zaman finansmanları da farklıdır, örneğin hekimlerin ücretlendirilmesi farklıdır.

Bazı konular bir dereceye kadar kültüreldir ve örneğin sadece sağlık düzeyinin iyileştirilmesi gibi sağlık hizmetinin sonuçları etrafında dönmez, aynı zamanda bir kurum olarak sağlık hizmetinde hangi toplumsal değerlerin olacağıyla da ilgilidir. Toplumsal kurumlar, insanlar tarafından farklı toplumlarda, toplumların kendilerini, kendi 'adil toplum' kavramsallaştırması içinde nasıl gördüklerine bağlı olarak farklı değerlendirilir. Bunun nasıl yorumlanacağı, açıkçası toplumdan topluma değişir!

Son söz

Son sözü, pek çok insana göre NHS'deki piyasa reformlarının gerçek mimarı olan Alan Enthoven'dan (2006) aktarmama izin verin. Enthoven 2006'da, 1989'dan itibaren NHS'de yaptığı reformlara bakarak şunları yazdı: "1998'de ekonomik performansın iyiye gittiğine dair bazı kanıtlar bulabildim, ancak çok değildi ve güçlü değildi. Sonuçların, hizmetin ve memnuniyetin ölçülmesinde önemli eksiklikler vardı." Buna rağmen, Enthoven'in çözümü, piyasa reformlarını terk etmek değil, yeterince yapılmamış olduğunu iddia etmek oldu!

7

Güney Afrika, Neoliberalizm ve Hiv/Aids



Güney Afrika'daki sağlığın üzerinde neoliberalizmin etkisi geçmişten bu yana çok ciddi biçimde kötüleşmektedir. Bu bölüm ilk olarak neoliberalizmin HIV/AIDS'e, daha sonra da genel anlamda sağlık üzerindeki etkileri incelemektedir. (Güney Afrika'daki sağlık hakkında daha kapsamlı bilgi için bkz. Coovadia ve diğerleri 2009). HIV/AIDS'in nüfusun üzerindeki etkileri hem ciddi hem de trajik olmuştur. Bu politikalar uzun süre Başkan Thabo Mbeki ve sağlık bakanı Tshabalala Msimang'ın rasyonel olmayan tutumlarıyla yürütülmüş, ilaç şirketlerinin –ve maden şirketlerinin– hastalığın yayılmasını sınırlamadaki başarısızlıkları iyi biçimde dökümante edilememiştir. Bunların arkasında ve daha genel bir düzeyde, DTÖ'nün ve Dünya Bankası'nın aktiviteleri vardır.

HIV/AIDS ve Farmasötikal Endüstrisi

DTÖ'nün çalışmalarının bir örneği ne kadar neoliberal odaklı olduğunu göstermektedir. 2002'de reklamı iyi yapıl-

mış bir kampanya sonucunda, Güney Afrika hükümeti AIDS hastaları için ilaç şirketlerinden daha ucuz ilaç arayışına girdi. Şirketler, Uluslararası Af Örgütü ve daha genel düzeyde kamu oyu tarafından anlaşmaya zorlandı. Kasım 2002'de DTÖ toplantısında, DTÖ'nün gelişmekte olan ülkelere daha ucuz ilaçlar için olanak sağlayacağı duyuruldu (Mason 2003).

Bir ay sonra, DTÖ fikrini değiştirdi. Zira ABD ilaç şirketleri Güney Afrikalı AIDS kurbanları için daha ucuz ilaç sağlayarak kârlarından vazgeçmek istemiyorlardı. Mason (2003)'un da bu geri çekilmeyi açıklayarak dile getirdiği. gibi; "ilaç şirketleri kârlarını devam ettirmede kararlıydılar." ABD'nin en büyük ilaç şirketi 2001'de 37 milyar dolar kâr etti ve bunun yüzde 39'unu hisse ortaklarına dağıttı. Bu gelirin yüzde 20'den daha az bir kısmı gelişmekte olan ülkelerdeki dünyanın nüfusunun yüzde 80'ini oluşturan insanlardan sağlanmıştı. Buna rağmen ucuz ilaç üretiminin devam etmesine olanak vermediler. Bu, DTÖ'de neoliberalizmin iş başında olduğunun bir örneğidir.

Bu DTÖ ile ABD ilaç şirketleri arasındaki ilişkinin yorumlanma biçimi de durumu gözler önüne serdi. Spritzler (2001), ekonomist Jeffrey Sachs'ın rolünü göstermektedir: "Ekonominin bir çıkmazdan –sosyalizm çıkmazından, kitlesel yozlaşma çıkmazından, merkezi planlama çıkmazından– normal bir piyasa ekonomisine tekrar dönüştürülebileceğini" mükemmel bir şekilde ileri süren Sachs'ın kendisidir (Klein 2007: 145'den alıntı). Sachs, Şubat 2001'de, Şikago'daki bir AIDS konferansında yaptığı konuşmada, Birleşik Devletler hükümetinden, ilaç şirketlerinden HIV ilaçları almak üzere 2 milyar dolar istedi.

Spritzler, Sachs'ın Sahra Afrika'sında HIV/AIDS'den mustarip olan milyonlar hakkında, meselenin önemli noktalarına değindiğini düşünmesine rağmen, konuşmayı 'son derece ikiyüzlü' olarak tanımladı. Sach şöyle demişti: "Afrika'nın krizinin temeli aşırı yoksulluktur. Afrika, yüz yüze olduğu halk

sağlığı krizlerini çözmek üzere kaynak, hatta minimum kaynak aktaramamaktadır."

Spritzler, Sachs'ın Batı ve neoliberalizmin özürcüsü olduğunu ileri sürmektedir. Sachs'dan alıntılayarak: "Afrika'daki AIDS salgınına uluslararası tepkinin esasen çok az olduğu ... birçok el uzatılmasına rağmen gerçek bir yardım yapılmadığı... Biz (Batı) esasen hiçbir şey yapmadık."

Benim değerlendirmem de bu yöndedir. Ancak, Spritzler devam ediyor: "Dünyaca ünlü bir ekonomistten beklenecek dürüst bir konuşma, Afrika'daki AIDS salgınını sürükleyen yoksulluk ve onunla ilgili durumların Afrika'nın probleminin asıl nedeni olmadığını, bunların Afrika'nın şirketler tarafından sömürülmesinin semptomları olduğunu; ve bu gerçekle ilgilenmeyen hiçbir çözüm çabasının başarılı olamayacağını açıklardı." Son yorum, çok önemlidir. Afrika yoksul bir kıta değildir; yoksullaştırılmıştır. Asırlar süren sömürgecilik, yoksul ülkelere karşı ağırlaştırılmış ekonomik 'kurallar' sorumludur durumdan.

Spritzler sonuç olarak şunu belirtmektedir: "Eğer Jeffrey Sachs'in eleştirileri bertaraf etme çabası başarısız olursa, kısa dönemde siyasi liderlere ve şirket liderlerine AIDS ilaçlarını Afrika'ya sağlamaları için daha çok baskı yapılacaktır. Çünkü bu insanları ilaçları temin etmelerinin tek nedeni, çözüm yerine problemin bir parçası gibi algılanmaktan korkmalarıdır." Bu korku şirketin hedeflerini takip etmesini sekteye uğratabilecek muhtemel bir müdahale endişesiyle daha da büyümektedir. Kötü çocuklar gibi görünmek, sektör ya da kazanç için iyi değildir.

HIV/AIDS konusundan ayrılmadan önce, ilaç endüstrisinin de ötesinde diğer bir endüstriyel sektörün, madenciliğin salgın üzerindeki etkisini anlamak gerekir. Aileleri ayıran istihdam biçimi ve bu sektördeki iş gücünün geçiciliği, Güney Afrika içerisinde –ve aynı zamanda ülke sınırları ötesinde– HIV/AIDS'in

yayılmasının nedenleri olarak saptanmıştır (Epstein 2002). Zira, birçok AIDS'li yabancı maden işçisi hiçbir tazminat almadan ve sağlık güvencesi olmadan diğer Güney Afrika ülkelerindeki yoksul toplumlara geri dönmüştür.

Mbeki ve onun sağlık bakanı Tshabalala Msimang, bana göre salgının kontrolden çıkmasında büyük ölçüde sorumludurlar; bu çok iyi belgelenmiştir. Başta ilaç endüstrisi sonra da maden endüstrisi kârlarının peşinden bu kadar koşmasalardı, hastalığın yayılımını kontrol altına almada daha başarılı olunabilirdi. Neoliberal bir ideolojiyle yönetilmeyen farklı bir DTÖ, ilaç endüstrisinin daha insancıl davranmasını sağlayabilirdi.

DTÖ etrafında devam eden tartışmalarda, yoksul ülkelerin ilaçlara erişimini engelleyen patent korumalarının kaldırılması isteniyordu. Global Governance Watch'a göre, bazı hükümetler bunların "nasıl yorumlanacağını ve haklarının neler olacağını bilmiyorlardı"

Sonuç olarak Kasım 2001'de DTÖ, TRIPS sözleşmesi ve Halk Sağlığı üzerine Özel Bildirge açıkladı (*a.g.e.*) Bu bildirgede DTÖ bakanları, TRIPS sözleşmesinin üyelerini halk sağlığını korumak için önlemler almaktan alıkoymaması gerektiği konusunda anlaştılar. TRIPS sözleşmesinde yapılan esneklikler den ülkelerin faydalanabileceğinin altını çizdiler ve 2016'ya kadar en azgelişmiş ülkeleri ilaç patent korumasından muaf tuttular.

Gelişmekte olan ülkelerdeki insanların sağlığını koruyacak politikaları ifade eden bu olumlu cümlelerin, DTÖ'den gelmiş olması dikkat çekicidir. Ancak daha sonra, DTÖ Güney Afrika'da HIV/AIDS'e yakalanmış ya da risk altındaki insanları sattı. Kasım 2002'ye kadar, DTÖ gelişmekte olan ülkelerin daha ucuz ilaçlara ulaşmasına olanak tanıyan bu bildirgeye sadık kaldı. Bir ay sonra, ABD'nin "Big Pharma"sından gelen büyük baskı sonucunda fikrini değiştirdi.

Güney Afrika sağlık hizmeti

Güney Afrika'nın sağlık hizmetlerine bakarken daha önce 6. bölüm'de alıntıladığım Nye Bevan'ın kolektif ilkesine geri dönmek istiyorum. Bevan tam olarak şöyle demişti: "Hiçbir toplum hasta bir insana tıbbi yardım sağlamayı, imkânı olmadığı için reddederse kendini meşru olarak medeni sayamaz". Güney Afrika'ya ilişkin en son veriler (Department of Health 2011) neoliberal politikaların iş başında olduğunu göstermektedir. "Sağlığa harcanan GSMH'nin yüzde 8.3'ü, özel sektörde yüzde 4.1 ve kamu sektöründe ise yüzde 4.2 olarak ayrılmaktadır. yüzde 4.1'lik kısım, nüfusun yüzde 16.2'sini (8.2 milyon insan) kapsamakta ve büyük oranda özel sektöre harcanmaktadır. Geri kalan yüzde 4.2'lik kısım büyük oranda kamu sağlığı sektöründen faydalanan nüfusun yüzde 84'üne (42 milyon insan) harcanmaktadır. Kamu sektörü ciddi biçimde eksik finanse edilmektedir. Özel sektör ise o kadar az sayıdaki insan için fazla büyüktür. Özel sektörün 120'nin üzerinde sağlık hizmeti paketi vardır, maliyetler keskin bir şekilde yükselmektedir; oldukça verimsizdir. Açıkça, ortalamadan daha sağlıklı insanlar özel sektör kapsamındadır.

Bu yüzden günümüzün Güney Afrika'sında sağlık hizmeti harcamasındaki kamu ve özel arasındaki denge, hakkaniyet nasıl tanımlanırsa tanımlansın, adil değildir. Güney Afrika Anayasası ile uyumlu değildir. Anayasa, herkesin, a) sağlık hizmetine (üreme sağlığı da dahil), b) yeterli gıda ve suya, sosyal güvenceye (kendilerini ve ailelerini geçindirecek gücü olmayanların sosyal yardıma) erişim hakkını tanımlamıştır. Anayasa'da önemli olarak, "Devlet, mevcut kaynakları dahilinde bu hakların her birinin yaşama geçirilmesi için uygun yasal ve diğer önlemleri almakla sorumludur" ifadesine de yer verilmiştir.

Kamu ve özel arasındaki şu anki denge etkin olamaz; harcanan kaynaklar en yüksek sağlık yararını sağlamaktan uzaktır. Dolayısıyla, mevcut sağlık hizmeti hem etkinlik hem de eşitlik bakımından tamamen başarısızdır. Güney Afrika'daki özel sektörün başlamasına izin vermeden önce, daha stratejik bir ekonomi politiğe ihtiyaç vardı. Bu da kamu sektörünü desteklemekle, yeni yönetim ve idari yapılar kurarak, kamu sektöründeki hizmet kalitesini artırarak ve kalite algısını iyileştirerek başlamalıydı. Ancak bundan sonra özel sektörün kurulmasına izin verilmeliydi. İngilizlerin NSH kurulduğunda sahip oldukları avantajlardan biri, bugün Güney Afrika'dakine karşılık gelebilecek anlamda bir kamu sektörünün olmayışıydı. Bu yüzden yeni NSH'deki hizmet kalitesinin nasıl olacağını belirleyen bir kalite testi yoktu. Maalesef, Güney Afrika temel olarak kaynak yoksulu olduğu için çok kötü işleyen bir kamu sektörüne sahiptir. Ayrıca, yönetim süreçleri oldukça bürokratiktir; yönetim kültürü iyice demoralize olmuş durumdadır ve hâlâ olmaya devam etmektedir; kamu sektörünün kalitesinin düşük olduğu algısı yerleşmiştir.

Uzun vadede herhangi bir büyüklükte bir özel sektöre ihtiyaç bulunmamaktadır. Ancak, bir geçiş döneminde Güney Afrika'nın sağlık hizmetleri sistemi tarihinde özel sektörün yok olmasının kimsenin yararına olmadığını da kabul ediyorum. Kamu ve özel karşılaştırmasında, sağlık hizmetini bir toplumsal kurum olarak gördüğüm için ben durumu bir etik olgu ve ayrıca sosyal bir olgu olarak ele alıyor ve kamu sağlık hizmetini savunuyorum.

Güney Afrika'daki durum, sağlık hizmetindeki ve daha geniş olarak toplumdaki mevcut iktidar yapısından kaynaklanmaktadır; herhangi bir akılcı ekonomik analizden ve önceliklerin belirlenmesinden doğmamıştır. Hem sağlık sisteminde hem de bağlantılı olan diğer alanlarda iktidar yapısının

değişmesi gerekmektedir. Bu değişimler, Güney Afrika'nın toplumsal ve ekonomik yapısında bir değişim olmadan olamaz ve olmayacaktır da.

Afrika Ulusal Kongresi (ANC) hükümeti, tam olarak uygulanması 14 yılı bulacak olmasına rağmen, 2012'de başlamak üzere bir Ulusal Sağlık Güvencesi Programı planlayarak meclise sundu (Deparment of Health 2011). Özel sektör, planın çok büyük maliyet gerektirdiğine dair abartılı eleştiriler getirdi.

Güney Afrika'da ana muhalefet partisi "Demokratik Birlik", Ulusal Sağlık Güvencesi Programı'nın Güney Afrika için bir felaket olacağını, hem sağlık hizmeti kalitesinin hem de ekonominin bundan zarar göreceğini iddia etmektedir (Democratic Alliance, 2009). Programın en çok yoksulları vuracağını; zira programın sağlık sisteminde bir kriz olduğunu dikkate almadığını... Programın yoksulların lehine değil tam tersi aleyhine olduğunu ve kamu sağlık hizmetini çökerteceğini öne sürmektedirler.

Ana muhalefet partisi, sağlık hizmetlerinde geleceğin anahtarı olarak özel sektörü savunmaktadır: "Kaliteli sağlık hizmeti özel sektörde çok az insan için mevcuttur. Maliyeti yüksektir. Herkesin ihtiyacına cevap verecek ve herkese kaliteli sağlık hizmeti sunacak bir sistem oluşturmak için bu iki sektörü bir araya getirmek gerekir."

Seçenekler nelerdir ve gerçekte bunların maliyeti ne olur? Di McIntyre (2010) şunları belirtmektedir: "Zorunlu sağlık sigortası için çok büyük bir kaynak gerekmektedir. Dünya'da sadece bir ülke; ABD, GSMH'nin yüzde 13'ü kadar yüksek bir oranı sağlığa harcamaktadır. Bana göre, bu miktarın Güney Afrika kaynaklarıyla karşılanması mümkün değildir." Bu yorumun dayanağı, programa alınması gereken hane halkı yükünün çok fazla olmasıdır. Kişi başına düşen proje katkı oranları şu an mevcut gerçek rakamların iki katıdır.

McIntyre (2010)'a göre, ana soru, şu andaki durumu sürdürmek mi, yoksa üniversal (herkesi güvence altına alan) bir sistemde ısrar etmek mi olduğudur. Onun tahminleri şu yöndedir:

> 'Üniversal kapsam' seçeneğinde, sağlık harcamaları beklenen ekonomik büyüme (GSMH) ile aynı oranda artacaktır. Böylece program tam olarak uygulandığında, GSMH içinde toplam sağlık harcaması oranı, şu an olduğu düzeyle karşılaştırılabilir olacaktır. Ancak herkesi kapsam içine almaktaki en büyük zorluk, sağlık sistemine daha fazla kaynak aktarımında olacaktır. Bunun için de vergileri artırmak gerekecektir.

Güney Afrika'da sağlık

Bugün Güney Afrika'da sınıf eksenli bir tartışma yok gibi görünüyor. Apartheid yıllarından sonra bu ülkede, ırkçı ve etnik bölünmeler baskın hale geldi ya da böyle algılanıyor. Bu yüzden, sınıf kavramı gereksiz gibi görülmektedir.

Bozuk sağlık durumunu gerçekçi biçimde ele almak istersek, öncelikle yoksulluğun ve eşitsizliğin azaltılması gerekmektedir. Evet, bir Ulusal Sağlık Güvencesi Programı işe yarayabilir ve bunun kendisi de redistrübitif olabilir. Ancak, yeterli olmayacaktır. İş, barınma ve doğrudan gelir gibi konularda yeniden dağıtım ("redistrubition") gerekecektir. Gücün yeniden dağıtılması gerekmektedir. Bunun anlamı sınıf analizidir. Sınıf analizi gerektiğini saptamak demek, Güney Afrika'da siyah olmanın kişinin sağlığını olumsuz etkilediğini görmemek değildir. Tabii ki en çok siyahların sağlık durumu kötüdür. Ancak, apartheid zamanlarında beyaz Güney Afrika'nın büyük iktidar yapısı özellikle kendilerini korumak adına elit siyahlar tarafından devralınmıştır. Bu nedenle sınıfın varlığı çok net görülmektedir. Bu noktada ihtiyaç duyulan şey, sadece daha çok vergi almak ve parayı yeniden paylaştırmak değil, bundan çok

daha önemlisi, politik gücün yeniden dağıtılmasıdır. Başka bir yol göremiyorum. Kalkınmanın damla teorisi[17] ("tickle-down teory") bir fantezidir. Neoliberalizm güçleri bir ülkeden öbür ülkeye art arda yer çekimini alt eder, damlayacaklarına buharlaşırlar.

Sağlığın bu kadar kötü olmasının suçlusu yoksulluk ve eşitsizliktir. Yoksulluk 1994'ten beri artmaktadır. Aynı süreçte gelir eşitsizliği de artmıştır. Neden peki? Sebep ANC'nin neoliberalizme kucak açmasıdır.

Şu an Güney Afrika'da yoksulluk, eşitsizlik ve sağlık alanlarındaki çalışmalarda eksik olan, sağlık hizmetleri ve halk sağlığının vatandaşlık değerlerine dayandığı bilgisinin kabul görmemesidir. Ve daha da önemlisi, insanlar kendilerini vatandaş olarak görmeye teşvik edilmemektedir. Şu sıralarda olduğu gibi sadece kendi isteklerini elde etmeyi amaçlayan çeşitli ırk ve etnik grupların sesleri yerine, bu vatandaşlık talebi duyulup dikkate alınmalıdır.

Bu konu, Dreze ve Sen (1989)'in açlık üzerine yazdıkları kitapta ele alınmıştır. Yazarlar, açlığı engellemede sadece gıda

17 "Trickle-down" teorisi, daha çok ABD'de kullanılan, Reagan döneminde popüler olmuş, hükümetlerin vergi indirimleri ve diğer ekonomik yardımlarla iş dünyasını ve zenginleri desteklemeleri halinde toplam ekonomi büyüyeceğinden nihayetinde yoksullarında bundan fayda göreceği fikridir. Günümüzde de sürdürebilir bir büyümeyle ekonominin hacmi büyütülebilirse, üst sınıfın kazancında oluşun artışın olumlu etkilerinin yukarıdan aşağıya 'damla damla' sızarak alt sınıflara yansıyacağı anlamında kullanılmaktadır. Yatırımın, buna paralel olarak istihdamın arttığı bir ekonomide yoksulların gelirinin artacağı var sayılır. Hükümetler de daha fazla vergi toplayarak, gelir bölüşümü ve dağılımı problemlerinin çözümü için yeterli kaynak yaratabileceklerine inanırlar. Çok ciddi eleştirilere maruz kalmış bir ekonomik teoridir: Keynesçi ekonomistler sadece zenginlere vergi indirimi yapılmasını yanlış bulurlar, ekonominin bütün olarak ele alınmasını savunurlar. Vergi indirimi yapılacaksa bunun düşük gelir grubuna yapıldığında ekonomide uyarıcı etki yapacağını savunurlar. En üst sınıfın "trickle-down" olmadığı/damlamadıkları, vergi cennetlerine kaçarak domestik ekonomiye katkıda bulunmadıkları öne sürülmüştür. Bazıları bu teoriyi, "zenginlerin yoksulların üzerine işemesi" olarak tanımlamıştır. *-çev.*

sağlanmasının değil, aynı zamanda kişinin sağlık hizmetlerine, sağlık tesislerine, temel eğitime, içme suyuna ve temizlik/hijyen ("saniraty") hizmetlerine erişebilme imkânlarının da analiz edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Tüm bunları, sadece kaynak sorunu ya da 'ticarileştirme' kavramı ile ele almak mümkündür. Ancak öte yandan, tüm bunlar bir kamu politikası olarak da ele alınabilir. Bütün argümanlar, dönüp dolaşıp, diğer umutların var olmasını sağlayacak, böyle bir felsefeyi mümkün kılacak toplumsal kurumların var olması ya da kurulması ihtiyacında toplanmaktadır.

Küreselleşmenin pazar güçlerinden ve neoliberal aşırılıklarından sakınmak için bir yol izlemek istediğimizde karşımıza çıkacak muhtemel sorun, Güney Afrika'nın apartheid zamanından kalma çok güçlü finans kuruluşlarına sahipken toplumsal kurumlarının çok zayıf olmasıdır. Bu mesele, son zamanlarda Güney Afrika'da sağlık ve sağlık hizmetleri üzerine yapılan tartışmalarda çok az dikkat çekmektedir. Piyasa ekonomisi, küreselleşme, yoksulluğun artması ve gelir dağılımındaki kötüleşme arasındaki bağlantılar dile getiriliyor, ancak kurumsal zayıflıklardan bahsedilmiyor. Küreselleşme yoluyla yayılan neoliberalizme karşı verilen savaşta ihtiyaç duyulan şey sağlam demokratik kurumlardır. Güçlü sendikalar olmalıdır. Bunlar, hükümetler ve endüstri tarafından önemli muhataplar olarak kabul edilmelidir. Bu demokratik yapılar, ülkenin kaynaklarının nasıl kullanılacağı konusunda söz sahibi olmalıdır.

Güney Afrika'da kurumların genel olarak halkı korumada başarısız olduklarının bir örneği madencilik sektörüdür. Wetson (2011), Grobler (2009)'in kaygılarını paylaşmaktadır: "Eğitim Bakanı'nın kocasının bir maden şirketi var; Ulaştırma Bakanı'nın karısının da bir maden şirketi var; bir zamanlar Enerji ve Mineral Bakanlığı da yapan Su İşleri Bakanı'nın kocasının da bir maden şirketi var. Eski Sanayi ve Ticaret Odası

Genel Başkanı ve dört Güney Afrika ilinin eski yöneticilerinin ya kendi maden şirketleri var ya da bu şirketlere ortaklıkları ("Black Economic Empowerment, BEE" programı aracılığıyla) bulunuyor. Bu liste böyle uzayıp gidiyor" (Grobler 2009). Mayıs 2009'da yapılan genel seçimlerde, eski Enerji ve Mineral Bakanı Buyelwa Sonjica, Çevre Bakanı oldu. Diğer bir deyişle, bir zamanlar onun yönettiği Enerji ve Mineral Bakanlığı tarafından verilen lisanslara itiraz eden başvurularla ilgilenen bakan oldu. Çevreciler bunu, "BEE kömür madenciliği çıkarlarının çevresel kaygıların üstünde tutulduğunun bir işareti" olarak gördü (Grobler 2009).

Temel çalışma alanı, küresel ısınma ve madencilik endüstrisi olan Weston, şu sonuca varmıştır:

> BEE programlarından bu kadar üst düzey ve güçlü devlet adamlarının faydalanması, sadece programın değil aynı zamanda bütün Güney Afrika'daki maden işletmeciliğinin ne ölçüde adil olduğunun sorgulanmasına yol açmaktadır. Bu, büyük bir kaygıdır. Fosil yakıt sektörü, hem uluslararası düzeyde, hem de yolsuzlukların, siyasi nüfuz kullanmanın yaygın olduğu Güney Afrika'da güçlü lobi faaliyetlerinde bulunmaktadır. Önde gelen ulusal ve küresel kuruluşların, küresel ısınmayla hiçbir şekilde mücadele etmemesinin sebebi de budur (Weston 2011).

Bu tür meselelerle başa çıkmak, hatta başa çıkılabileceğine inanmak bile çok zor görünebilir, ancak, Bundorf ve Fuchs biraz ümit veriyorlar. ABD sağlık sisteminde reform ihtimalinden bahsediyorlar:

> Amerikan halkı 1920'lerde muhafazakâr, iş adamlarına odaklı hükümetlere oy verdi. Aynı Amerikan halkı, 1930'larda ekonomik ve sosyal politikalarda büyük değişimleri benimsemeyi de bilmiştir. 1960'lardaki sivil haklar yasası, sosyal anlamda bir başka köklü değişim örneğidir. Bugün de ulusal sağlığı güvence altına alan bir sisteme geçmek üzere güçlü bir dayanak oluşturmak için gereken değişimin, ancak bir dış olayla tetiklenebileceğini

düşünüyoruz. Örneğin, bir halk sağlığı krizi, normalde hükümet müdahalelerine karşı olan insanların fikrini değiştirmesine sebep olabilir ve bu insanların bile hükümetin sağlık hizmeti pazarına müdahale etmesine güçlü bir destek vermesine yol açabilir. Ulusal sağlık güvencesinin ABD'ye bir gün geleceğini düşünüyoruz, ancak muhtemelen, büyük bir siyasi, ekonomik veya sosyal travma sonrasında ya da bir halk sağlığı krizine, iş verene dayalı sigorta sisteminin giderek erimesine ya da Medicare'in finansal çöküşüne tepki olarak gelecektir (2008: 24).

Birleşik Krallık ile benzerlikler

İkinci Dünya Savaşı'ndan çıkan Birleşik Krallık ile apartheid sonrası Güney Afrika arasındaki benzerliklerden pek çok ders çıkarmak mümkündür. Her iki durumda da, sadece sağlık hizmetleri açısından değil, aynı zamanda toplumun geneli açısından değişim yapmak için gerekli şartlar oluşmuştu. Birleşik Krallık'ta, İkinci Dünya Savaşı, sınıf farklılıklarının daha da belirginleşmesine sebep olmuş, hatta belki bundan da önemlisi, işçi sınıfının sesinin daha yüksek çıkmasıyla sonuçlanmıştı. İşçi Partisi 1945 yılında yayımladığı manifestosunda, seçmenlere Birinci Dünya Savaşı'nın kötü akıbetini hatırlattı: "Halk son savaşı kazanmak için muazzam bir çaba sarf etti... ancak, savaşı kazandıktan sonra barış döneminin sosyal ve ekonomik problemlerine büyük bir ilgi göstermediler... Halk, o barışı... kavganın akabinde ortaya çıkan sosyal ve ekonomik politikalarla birlikte kaybetti." Aynı manifesto, "Empati yoksunu, taş kalpli adamların ve onların siyasi arkadaşlarının hükümetin kontrolünü nasıl ele geçirdiklerini hatırlatarak" devam etti... "Bu adamlar, bankaları, madenleri, büyük sanayi merkezlerini, özellikle de basın ve sinemayı kontrol altına aldılar." "1920 ve 1930'larda ekonominin içine düştüğü durumun sebebi, çok açık ve kesin olarak çok büyük bir ekonomik gücün çok az sa-

yıdaki insanın elinde toplanmış olmadır." Manifesto, "1945'te de durumun değişmediğini" öne sürerek sordu: "Fırsatçılar için özgürlüğün kazanılmış olması, sıradan insanları da özgürleştirir mi?"

1945 seçimlerinin İngiliz tarihinde önemli bir dönüm noktası olduğu herkes tarafından kabul gören bir gerçektir. Savaş yıllarındaki toplumsal dayanışma, savaşa katılmayan insanların ölüm oranında olumlu bir etki yapacak kadar güçlüydü. Amartya Sen ise bunu "sosyal paylaşımın boyutu ve bununla birlikte giden sosyal hizmetlere büyük kamu desteği (gıda desteği ve sağlık hizmetleri de dahil)" olarak nitelendirmektedir (2001: 343).

Bugünkü Güney Afrika'da ters benzerlikler söz konusudur: Henüz toplumsal dayanışma inşa edilememiştir.

Sonuç

Güney Afrika'daki mevcut durum var olan iktidar yapısından kaynaklanmaktadır; akıllıca yapılmış ekonomik bir analizle ya da önceliklerin belirlenmiş olmasıyla hiçbir alakası yoktur. Standart sağlık ekonomisi analizleri yapmaya sonsuza kadar devam edebiliriz, bu çalışmaların sonuçları kendi kendilerine bir değişime yol açacak değildir. Bu çalışmaların, deyim yerindeyse, yol gösterici olmaları gerekir, ancak bunlar ekonomi politik bağlamında yeterli değildir. Tekrar vurgulamak istiyorum; sağlık sistemi içinde iktidar yapısının değiştirilmesi gerekmektedir. Bu değişikliğin, Güney Afrika toplumunda sosyal ve ekonomik bir değişim olmaksızın yapılmasının mümkün olmayacağı kanaatindeyim. Lucy Gilson ile birlikte daha önce de yazdığımız gibi: "yüzde 25'in üzerinde bir işsizlikle dengede seyreden bir ekonominin, herhangi bir ekonomi mantığı yoktur. Yatırım gereklidir, ancak emek yo-

ğun sanayiler kurmak daha da önemlidir. Anapara dönüşü çok fazla, emeğe dönüşü ise çok az ve bu da eşitsizlik ve yoksulluğu daha da artırıyor." (Mooney ve Gilson 2009). Burada altta yatan dengesizlikten, ısrarla sürdürülen neoliberal politikalar doğrudan sorumludur.

Ulusal Sağlık Güvencesi'ne çok fazla umut bağlamak hata olur. Bu şüphesiz önemlidir, ancak yoksulluk ve eşitsizlik istatistikleri, Güney Afrika anayasasının güzelliği ile ANC hükümetinin ortaya çıkan çirkin yüzü arasındaki büyük mesafe, bu hükümetin halkına verdikleri ile veremedikleri, Güney Afrika toplumunun sahip olduğu sosyal yapının doğasını sorgulatıyor insana. Sağlık problemleri çok büyüktür. Bu problemler daha iyi özellikle daha eşitlikçi sağlık hizmetleriyle tabii ki düzeltilebilir, ancak temel göstergeler, sağlığın iki anahtar sosyal belirleyicisi; yoksulluk ve eşitsizlik hâlâ sürecektir. Güney Afrika, neoliberalizm altında, apartheid yıllarında olduğundan çok daha kötüye gitmiştir.

8

Avustralya ve Kurbanı Suçlama



Avustralya'da Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu, tüketicilerin beslenme alışkanlıklarını daha sağlıklı bir yöne çevirmek üzere "fast food" gıdalara, sigara ve alkole daha yüksek vergi konulmasını savunmuştur. Bunlar temelde, kurbanı suçlama politikalarıdır ve öncelikle piyasanın talep kısmıyla ilgilenirler. Asıl faillerin (endüstrilerin) davranışlarının değiştirilmesi için ise çok küçük girişimlerden (reklamlarda kısıtlamalara gidilmesi gibi öneriler) öte bir şey yapmazlar. Bu bölümde, obezite ile mücadele politikalarının nasıl geliştiği incelenecek ve piyasanın yan ürünü olan obezite ile nasıl mücadele edilmesi gerektiği konusunda önerilerde bulunulacaktır.

Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu

Pek çok ülkede olduğu gibi, Avustralya'da da halk sağlığı, "fast food" yemekler, sigara ve alkol ile ilgili pek çok gerçek sorun ile yüz yüzedir. Bu sorunları ele almak üzere 2008 yılında hükümet, Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu'nu kurdu. Bu olu-

şum, sorunu en iyi şekilde ele almak için gerekli önerileri yapmakla görevlendirildi.

Bu komisyon raporunda cesaret verici bir alıntı vardı: "İlerlemeyi büyüme ve tüketim kavramları ile ölçen bir ekonomi politikte, obezitenin altında pek çok çevresel, sosyal ve politik belirleyici vardır" (Preventative Health Taskforce 2009a.: 90). Maalesef rapor umut edildiği şekilde ilerlemedi ve başlangıcında görünen yüzü, en azından ekonomi politik –neoliberalizm– temel nedensel faktör olarak ortaya konulmasına rağmen ekonomi politiğin değiştirilmesi gerektiğini savunmadı. Buna rağmen, şunu ekledi: "Bu bağlamda, bir politikanın ve düzenleyici girişimlerin başlatılması, obezite sorununa ciddi bir etki yapılması için elzemdir" (*a.g.e.* 90).

Devamında ise, "Sağlıklı seçimleri kolay seçimler haline getirmek, bireyleri ve aileleri daha sağlıklı bir yaşam için güçlendirmek ve motive etmek için çevremizde, ulaşım sistemimizde, gıda arzımızda, iş yerlerimizde, okul ve yerel toplumlarda, sağlık sistemimizde değişiklikler gereklidir" denilirken, ekonomi politiğin değiştirilmesi gerektiğine listede yer verilmemiştir.

Obezite hakkındaki teknik raporda (en son rapora bir giriş oluşturmuştur), ekonomi politik anlamında ortaya konulan, hayal kırıcıdır: "Gıda arzında ağırlığın düşük-riskli ürünlere kaydırılması ve fiziksel aktivitenin desteklenmesi." Bunun, sağlıklı ve sağlıksız gıdalar üzerindeki vergilendirmenin yenilenmesi, gıdaların yağ içeriklerinin düzenlenmesi ve uzak bölgelere taze gıdaların ulaştırılması ile yapılması önerildi. Teknik rapor, bunun yanında, çocukların "sağlıksız besinlerin ve içeceklerin uygunsuz pazarlamasından" korunmasını savundu (Preventative Health Taskforce 2009b).

Bunların önemsiz konular olduğunu ve bunları belirlemenin hiçbir etki yapmayacağını söylemiyorum. Yine de, bunlar, altta yatan yapısal mesele (ana raporda Avustralya'nın açık şe-

kilde ilerlemeyi, büyüme ve tüketim kavramları ile ölçen bir ülke olarak tanımlanması) yerine sadece semptomlarla ilgilenmekteydiler.

Yani hareketin temeli, sağlıksız metalara ve sağlıksız davranışlara talebi azaltmak ve tüketimini sınırlamak için vergileri arttırmak ve fiyatlarını yükseltmek önerisine dayanıyordu. Sağlıklı gıda tüketiminin ve davranışların cesaretlendirilmesini düşük vergiler üzerinden yapmayı amaçlıyordu.

Çalışma Grubu'nun, görev alanı ile kısıtlandırılmış olabileceğini ve grubun, Avustralya neoliberalizminin ekonomi politiğini daha derinlemesine deşemeyeceğini hissettiğini düşünüyorum. Oysa gruptan, önerilerini oluştururken, hem sağlık hem de sağlık dışı sektörlerde, politikanın ilintili tüm kollarını ve tüm çözüm noktalarını ele almaları istenmişti (Preventative Health Taskforce 2009a). Bu, benim okumama göre, gruba ekonomi politik konularına girmede özgürlük tanımaktaydı. Fakat tercih ettikleri sonuca bakılırsa açıkçası bu yoldan gitmek istememişler.

Böylece, pratikte, öneriler anlamında, ilgili endüstrilere ekonomik zorunluluklar getirilmesine yer verilmedi. Çalışma Grubu, denklemin arz tarafında daha temel bir etki oluşturabilecek yapısal değişiklikler önermedi. Bu mesele, bu bölümün ana sonucudur.

Hükümetin şirketleşmesi?

Bu endüstriler hakkında kabul edilmesi gereken ilk şey şudur: Sağlık alanında olma nedenleri kâr etmektir. Bizatihi sağlık nedeniyle orada değiller. "Sağlık sattıkları" şeklinde görünmek için bazı çabalara girişseler de, bunu, şirketlerinin kârlarını arttırma olanağı sağladığı sürece yaparlar. Çünkü, bu şirketleri yöneten yasalar, hissedarların getirilerini azamiye çı-

karmak için gereken her şeyi yapmalarını emreder. İmaj yaratılma işi bir son değil, kârları arttırmak için kullanılan bir süreçtir. Avukat David Ritter'in (2011) söylediği gibi; "Kanunen, şirketler hissedarların getirilerini maksimuma çıkarmak zorundadırlar, bu yasal zorunluluk, ultra-rekabetçi küresel pazarın ekonomik gerçekleri ile vahşice kuvvetlendirilmiştir."

Ritter'in konuyu alay ederek "sosyal sorumluluk" olarak ele alması dikkat çekicidir. Ritter, neoliberalizmin gurusu Milton Friedman'dan alıntı yapar:

> Pratikte, sosyal sorumluluk doktrini, genellikle başka zeminlerde neden olarak tanımlanabilecek hareketler için bir örtüdür..... Örneklemek gerekirse, bir şirketin uzun dönem çıkarları için, küçük bir topluluktaki büyük bir işverenin toplumun hoşgörüsünü kazanmak veya hükümeti güçlendirmek için kaynak tahsis etmesi faydalı olabilir.

Pek çok başka örnek verir ve sonrasında ekler: "Bu örneklerin her birinde –ve pek çok benzerinde– bu davranışları 'sosyal sorumluluk' gereği olarak rasyonalize etmek için güçlü bir eğilim vardır. Bu, bir şirketin tamamen kendi çıkarı için çalışırken yan ürün olarak firma değeri yaratması için bir yoldur."

Şirketlerin kendi çıkarlarını arttırmak için, kötü yerine iyi şeyler yapmasının makul bir şey olduğunu yadsımak değil amacım. Açıkça söylemek istediğim şudur: Şirket yönetimlerinin motivasyonlarının şirket çıkarı için olduğunu görmek zorundayız. Bu durumda bir soru oluşur: Bir hükümet, sağlığa ilişkin gıda politikası konularında öneriler ararken, gıda endüstrisi temsilcilerini işin içene katması uygun mudur? Şirketlerin, sadece şirket hissedarlarının çıkarları için çalışmaları gereği akılda tutulunca, cevap *hayır* olarak görünmektedir. Şirket çıkarları ile toplum çıkarı arasında bir çatışma çıkması halinde (ki bu kaçınılmazdır), birincisinin kazanması çok daha olasıdır.

Bugüne değin olan budur. Örneğin, Birleşik Krallık'ta, hükümet obezite gibi konuların herkesin meselesi olduğunu dolayısıyla gıda üretiminde yer alan firmaların örneğin, McDonald's ve Pepsi'nin, hükümetin gıda politikası düzenlemesine el vermesi gerektiğini savunmuştur.

Böylece:

> "Fast food" gıda şirketleri (McDonald's ve Kentucky Fried Chicken dahil olmak üzere), obezite, alkol ve diyetle ilgili hastalıklar konusunda hükümet politikası oluşturulması çalışmalarına katılmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından davet edilmiştir... İşlenmiş gıda ve içecek üreticilerinden PepsiCo, Kellogg's, Unilever, Mars and Diageo da Sağlık Bakanı Andrew Lansley tarafından oluşturulan 'sorumluluk sözleşmesi' ağına katkıda bulunmak üzere davet edildiler. (*Daily Mail* 2010)

Halk sağlıkçılarının bu durumu eleştirmeleri sürpriz olmayacaktır. Örneğin, Bath Üniversitesi'nden halk sağlığı uzmanı Profesör Anna Gilmore, "Çok temel bir çıkar çatışması yok sayılmıştır" diyerek eleştirmiştir (Hughes 2011). Ve şöyle devam etmiştir: "Bu büyük şirketler (tütün, gıda veya alkol satmaları fark etmez), yasal olarak hissedarlarının getirilerini azamiye çıkarmaya mecburdurlar. Bu nedenle satışlarını ve kârlılıklarını azaltabilecek herhangi bir politikaya –başka deyişle, en etkili politikalara– karşı çıkmak zorundadırlar."

Avustralya'da da, her ne kadar çıkar çatışması yukarıda açıklanan Birleşik Krallık örneğindeki kadar uç olmasa da, Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu üyeleri belirlenirken, endüstrinin davet edilerek politika oluşturulmasında rol almaları istendiğinde benzer bir durum ortaya çıkmıştır. Bu çalışma grubuna atanan Kate Carnell, atanmasından sonra, Avustralya Gıda ve Bakkaliye Konseyi'ne başkan olarak katılmıştır. Bu, kendi internet sayfalarında ifade ettikleri şekliyle bir endüstri lobi grubudur: "Biz Avustralya'nın paketlenmiş

gıda, içecek ve bakkaliye ürünleri üreticilerini temsil eden önder ulusal organizasyonuz. Bizim rolümüz, gıda ve bakkaliye ürünleri endüstrisinin büyümesi ve kârlı kalmasını destekleyen iş ortamının oluşturulması için yardımcı olmaktır" (bkz. www.afgc.org.au/whoweare.html). Bu tartışmalı bir atamaydı.

Bu atama Avustralya Sağlık Bakanı Nicola Roxon tarafından açıkça desteklenmiştir ve 28 Ekim 2009'daki Avustralya Gıda ve Bakkaliye Konseyi toplantısında aşağıdaki konuşmayı yapmıştır:

> 'Bu fırsatı, Kate Carnell'in Çalışma Grubu'nda oynadığı rol için kendisine ve tüm gruba zor bir görevi başardıkları için teşekkür ederek kullanmak istiyorum. Bu odada herkes, Kate'in yeni görevi almasından sonra Çalışma Grubu'nda kalması hakkında bazı eleştiriler olduğunu biliyor. Ancak, ben Kate'in yeteneklerine büyük saygı duyuyorum, ve *insanların endüstri ilişkisinden korkması için bir neden görmüyorum -aslında tam tersi.* (Roxon 2009; italikler eklenmiştir).

Carnell, kendi organizasyonu ve içine düştüğü durumu kurtarmak adına, endüstrinin paket önü etiketler oluşturmasına ön ayak oldu. Belli ürünlerde bu etiketlerde önerilen günlük alım miktarları ("recommended daily intake, RDI") listelendi, böylece tüketicilere bilinçli tercih sunumu sağlandığı iddia edildi. Ancak, saygın beslenmeci Rosemary Stanton bu RDI sistemini 'bütünüyle ve tamamen anlamsız' olarak nitelemiştir (Stark 2009).

Avustralya ve Yeni Zelanda'da dikkat çekici olan bir konu da Avustralya ve Yeni Zelanda Gıda Standartları isimli 12 üyelik kurulda gıda endüstrisinde üst pozisyonlarda bulunmuş veya bulunmakta olan en az beş üyenin yer almasıdır. Bu iki ülkede, gıda içeriği ve etiketlenmesini düzenleyen hükümet kuruluşu budur.

Böylelikle obezite sorununun bariz olarak büyük bir kısmını oluşturan bu endüstriler, hükümetin gıda politikasının yapılandırılmasına doğrudan müdahil olmaktalar: Bu şirketlerde çalışan kişiler, hissedarların çıkarları için ellerinden gelenin en iyisini yapmaları bir zorunluluk olması gerçeğine rağmen. Birleşik Krallık'ta endüstrinin bu katılımına yüksek sesle itiraz eden bir halk sağlığı ekibi mevcuttur. Avustralya'da ise, bu eleştirilerin daha kısık sesle yapılmasının yanı sıra, sağlık bakanı Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu'ndaki gıda endüstrisi temsilcisini takdir ederek önünü açmıştır. Şirketler ile hükümet arasındaki ilişki çok bariz, açık ve hükümetçe memnuniyetle karşılanmaktadır –gıda endüstrisi örneğinde olduğu üzere halk sağlığı tehlike altında olsa bile.

Bu durumda ne yapılabilir?

İdeal olarak, yeni bir ekonomi politiğe ihtiyaç vardır. Bu durum 12. bölümde ayrıntılı olarak ifade edilmektedir. Yeni ekonomi politik kısa vadede oluşmayacaktır. Toplumun büyük bir kısmının, obezitenin bir sorun olduğunu fark ettiği çok açıktır ve bu farkındalık, sorunu çözmek üzere politika belirleme çalışmalarına toplumun daha fazla katılımını sağlamak için iyi bir başlangıç noktasıdır. Bu nedenle, kısa vadede, bilinçli toplumun istekleri için çaba gösterebiliriz.

Bunun ötesinde, ve aşırı radikal olmadan, benim ve çalışma arkadaşım Todd Harper'in önerisi "fast food" gıda üreticilerinin reklam ve pazarlama bütçelerinin büyük oranda, belki de yüzde 100 oranında vergilendirilmesidir (Harper ve Mooney 2010). Vergi, ürünlerin sağlığa ne derece zararlı olduğuna bağlı olarak değişebilir. Böylelikle daha fazla zararlı olan daha fazla vergilendirilir. Bu öneri arz tarafı meselesini ele almaktadır.

Eğer şirketler tavırlarını değiştirmezlerse, verginin tamamını ya da büyük bir kısmını fiyatlara yansıtacaklardır. Bunun anlamı, tüketicilerin daha yüksek fiyatlarla karşı karşıya kalacağıdır. Alternatif olarak, şirketler vergilerin düşürülmesi için teşvik edilebilir. Şirketler reklam bütçelerini veya ürünlerinin zararlı içeriğini azaltabilirler, daha iyisi her ikisini de gündeme alabilirler. Tüketiciler için ise, ya daha az reklam ile karşılaşacaklar ve tüketimlerini azaltacaklar (şirketin daha önceleri kârını maksimize etmek için akılcı davrandığı tahminiyle) ya da daha az zararlı fiyattan tüketecekler.

Bu fikir Yeşiller Partisi (Avustralya'da güçlü, fakat küçük bir parti) tarafından benimsendi, fakat büyük partiler benimsemedi. Çarpıcı olan, bu tip ekonomilerde en temel meselelerin ele alınması için çok az çaba gösterilmesidir –yapılabilenlerin tümü, arz tarafında şirketlerin reklamlarının kısıtlanması ve talep tarafında tüketimin sınırlandırılması için fiyat sinyallerinin kullanılmasıdır. Bu 'işe yarayabilir' ancak, benim yapmak istediğim bu değil.

Buna dönmeden önce, bir konuya daha dikkat çekmek istiyorum: "fast food" gıdalar bugün için büyük oranda yoksullar tarafından tüketilmektedir. Fiyatların yükseltilmesinin etkileri, yoksulların daha fazla yoksulluğa itilmeleri gibi bir risk taşır. Bu da bir tür kurbanın suçlanması politikasıdır ve büyük oranda orta sınıf insanlar tarafından desteklenir, ki bunların büyük çoğunluğu, yoksulların kendileri gibi davranmadığından şikâyetçidirler zaten.

Böylesi bir kurbanı suçlama politikası, özsaygı veya sağlık anlamında iyi olamaz. Burada altı çizilmesi gereken diğer bir konu, benim kolaylaştırıcı olduğum (ACT Health Council 2010) yurttaş jürisinde Avustralya'da artan obezite problemi ile ilgili neler yapılabileceği oldukça uzun tartışılmıştı. (Yurttaş jürileri, katılımcı demokrasinin bir türüdür; rastgele

seçilmiş yurttaşları bir araya getirip onlara doğru bilgi aktarımını takiben bir konu veya konular üzerinde ait oldukları kesimi temsilen tartışmaları istenir. Sonrasında temsil ettikleri toplum kesiminin istekleri doğrultusunda, üzerinde konuşulan konuda önerilerde bulunurlar. Yurttaşlar jürisi hakkında daha fazla bilgi 13. bölümde verilmiştir). Başlangıçta tartışma, Koruyucu Sağlık Çalışma Grubu'nun da önermiş olduğu, "fast food" gıdaların fiyatlarının yükseltilmesini, daha yüksek vergiler ile sağlama konusuna odaklanmıştı. Daha sonra, zayıflama endüstrisinde çalışan bir genç kadın, gördüğü müşterilerin çoğunun kötü beslenme alışkanlıklarının ruhsal sorunlardan kaynaklandığını savundu: Bu kişilerin, evlilik sorunlarından veya çocukların yaramazlıklarından veya işte bunaldıklarından strese girdiklerini anlattı. Bu kadın, bu sorunların ele alınması gerektiğini öne sürdü. Obezite daha derin bir rahatsızlığın belirtisiydi.

O jürinin bu başlıktaki tavsiyesi, hastalıkların önlenmesi/sağlığın geliştirilmesi daha fazla fon temini ile güçlü desteklenmesi gereken bir alandır şeklinde oldu (ACT Health Council 2010). Jüri, insanların neden sağlıksız davranışlara yöneldiklerinin anlaşılmasının önemini vurgulayarak önleyici tedbirlerin daha faydalı olduğunu ve önleyici tedbirlerin mağdurları cezalandırmaması veya suçlamaması gerektiğine işaret etti.

> Jüri üyeleri obeziteyi bir örnek olarak kullandı ve sağlıksız davranışlara yol açan, genellikle altta yatan başka sorunlar olduğunun altını çizerek, insanlara sadece daha az yemelerini tavsiye etmenin sorunu çözmeyeceğini bildirdi. İnsanlara sadece "fast food" gıdaların onlar için kötü olduğunun söylenmesi etkili olamayacağı gibi gücenmelerine de neden olabilir. Jüri üyeleri tüketicilere daha fazla vergi yüklenmesini istemedi –bunun yerine üreticiler ve satıcılara yönelik caydırıcı önlemler istediler. (ACT Health Council 2010)

'Sıradan' (fakat yeterince bilgilendirilmiş) yurttaşların sözleri..!

Sonuç

Bu bölüm iki temel konuyu aydınlattı. Birincisi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunması politikaları, kurbanı suçlama eğilimindedir ve neoliberal ekonomide endüstri tarafından yaratılan problemleri ele almamaktadır. İkincisi, hükümetler zararlı endüstrilerin (bu bölümde, obeziteyi artıranlar) faillerince çevrelenmiştir ki bu, halk sağlığı ve herkesi ilgilendiren pek çok alan için geçerli durumdur. Avustralya Sağlık Bakanı Nicola Roxon'un ortaya koyduğu gibi: "Endüstriyle iç içelikten halkın korkması için hiçbir neden göremiyorum –tam aksi."

"Tam aksi mi?"

9

Yerel Toplum Karşısında Şirketler



Bu bölüm küçük Yarloop kasabası ile komşusu, alüminyum şirketi Alcoa ve onun Wagerup rafinerisi arasındaki kavgayı anlatmaktadır. Bu hikâye, bu eşitsiz savaşta hükümetin şirketin tarafında yer aldığını anlatmaktadır. Hem de çevre kirliliğinin olumsuz sağlık etkileri olduğuna dair çarpıcı kanıtlar olması gerçeğine rağmen, toplum kaybetti. Bu olgu çalışması, hükümetlerin – ve üniversitelerin – şirketler tarafından nasıl 'esir alındığını' göstermektedir.

Sağlık politikası ve hükümetin şirketleşmesi

Bu bölümde Martin Brueckner ve Dyann Ross'un kitabından yararlandım (2010). Bu kitap, bu destanın bütün özelliklerini anlatmaktadır. Kitapta işlenen ana temalardan birisi, 'hükümetlerin şirketleşmesi' olarak tanımlanabilecek durumun, sağlık politikalarına (ve aslında diğer sektörlere de) ne boyutta etki ettiğidir. Bu önemli bir konudur ve 1970'lerin sonlarında gelişen neoliberalizmden bu yana ciddi değişime uğramıştır. Harvey (2005), neoliberalizmi, devletten vazgeçilmesi ve kü-

çük hükümetlerin yükselmesi olarak betimlerken, pazar tüm devleti ele geçirmiştir; Harvey'in bu saptamaları, devlette gerçekte olanların ancak birer zayıf tanımlamalarıdır. Eğer tarihte Keynes'in bakışına geri gidersek, onun devlet için majör bir rol öngördüğü aşikardır (bkz. Spartakus Educational, tarih yok). Bariz olarak bu, temsil ettiği insanların –halkın– çıkarları için hareket eden insancıl bir devletin rolüydü. Devletin şirketler tarafından nasıl teslim alınabileceğini öngörememişti. Çok açık biçimde görülebileceği üzere, ele geçirilen sadece hükümet değildir; diğer toplumsal kurumlar, örneğin üniversiteler de, aynı kadere maruz kaldılar. Diğer kurumlar, örneğin kiliseler, pek çok STK'lar, sağlık hizmetleri, okullar, spor ve medya, ele geçirilmemişse de, büyük oranda şirketler tarafından yönlendirilmekte veya genellikle finanse edilmektedir.

Günümüzde, sıklıkla 'büyük sermaye' hükümetlere dikte eder veya ciddi biçimde etkiler. Pek çok şirket uluslararasıdır. "Transnational Corporation" (TNC)'ler –Ulus Ötesi Şirketler (UÖŞ)– küçük ülkelerin ulusal gelirlerinden daha büyük kaynakları kontrol ederler. Örneğin:

> Dünyanın en büyük ekonomilerinin yüzde 53'ünden fazlası ulus ötesi şirketlerdir. (TNC'ler) ve bunların etkileri ve sorumlulukları da küreseldir. Bunların üretimlerini ve kârlarını maksimize etmek için her gün çok sayıda kural hatası yaptığı bilinmektedir. 2006 yılında ilk 200 ulus ötesi şirketin toplam satışları, 187 ülkenin toplam GSMH'den ve dünya GSMH'sinin yüzde 30'undan daha fazlaydı. TNC'ler dünya nüfusunun üçte birinden daha azını istihdam ederler (Foundation of Gaia, tarih yok).

Bu meselelerin, küresel uzanımları bazen bunaltıcı olabilmektedir. Bu nedenle konuyu başka bir perspektifle ele almak, basit küçük yerel toplulukların yaşamları üzerindeki etkilerine bakmak faydalı olur. Yarloop hikâyesi, Batı Avustralya'daki bu küçük topluluk, bu perspektifi sağlamaktadır.

Yarloop, Alcoa ve Batı Avustralya hükümetinin şirketleşmesi

Yarloop, Batı Avustralya'nın eyalet başkenti olan Perth'in güneyinde 600 nüfuslu bir küçük kasabadır. 1984 yılında Amerikan şirketi Alcoa, Yarloop'un 2 kilometre uzağındaki alüminyum rafinerisini işletmeye başladı. Batı Avustralya'da bu şirketin 4,000 çalışanı mevcuttu.

Brueckner ve Ross'un bildirdiği üzere, "1990'ların ortalarına değin yerel halk ve Alcoa çalışanları sık burun kanamaları, baş ağrıları ve bulantı semptomları yaşamaya başladılar." Yazarlar: "rafineri emisyonları ile buradaki insanların sağlık sorunları arasında hiçbir nedensel bağlantı resmî olarak kurulmadı" diye eklemektedirler (2010: 21). Daha sonra 2006 yılında, 'eyalet hükümeti Wagerup rafinerisinde majör bir genişleme projesini onayladı –bölge halkının endişeleri, Batı Avustralya Sağlık Departmanı'nın ve bağımsız tıp uzmanlarının çekinceleri dikkate alınmadı (*a.g.e.* 23).

Batı Avustralya'nın büyük bir maden eyaleti olduğunun ve sadece eyaletin değil tüm ülkenin ekonomik refahının büyük ölçüde Alcoa gibi işletmelerden geldiğinin altının çizilmesi önemlidir. Bu maden işletmesinin ilk kuruluşunda eyalet hükümeti "projenin gerçekleşmesi için... her türlü olası yol aranmalıdır" şeklinde bir rapor yayımlamış ve projenin bitirilip tesislerin kuruluşunu "Batı Avustralya ve ülke için büyük bir olay" olarak duyurmuştur (*a.g.e.* 41). Rafinerinin olası sağlık etkileri hakkında endişeler ortaya çıktığında, eyalet hükümeti, Alcoa işçileri ve bölge halkının sağlık sorunlarını araştırmak ve tartışmak üzere "Wagerup Hekim Forumu ("Wagerup Medical Practitioners Forum, WMPF")"nu kurdu (*a.g.e.* 47).

Yarloop'da ne olduğunun ve bunların altında yatan ekonomi politik, Brueckner ve Ross'n kitabından aşağıda özetlenmiştir:

> Batı Avustralya'nın gelmiş geçmiş her eyalet hükümetinde bulunan gelişme düsturu, küçük bir topluluğun varoluşunu risk altında bırakmıştı; eyalet ekonomisinin motoruna çok yakın mesafede olmaları bölge halkının tek suçuydu. Hükümetin ekonomik inanç düsturu, küçük Yarloop bölgesinin seçimler açısından görece önemsiz seçmen kitlesi ile karşılaştığında, rafineri hakkındaki yerel endişelerin bir ağırlığı olamadı. Zaten hükümetin yaklaşımı, piyasa önceliğini kabul eden ve savunan, küçük hükümet ve büyük iş dünyası kavramına inanan, neoliberal, ekonomik rasyonalist duruş ile uyumluydu. Daha ötesi, eyalet hükümeti, ekonomik büyümenin taraftarlığını yaparak, bu çatışmada neredeyse görünmeyen bir hissedar gibi davrandı. Rafineri ile ilgili sorunlarda, bakanlar kurulunun kararlarına ve genel müdürlüklerin yanıtlarına, bölge halkı güvenmiyor, danışıklı dönüşüklü olarak nitelendiriyordu, siyasi köstebeklerden gelen yansımalar da bu doğrultudaydı (*a.g.e.* 251).

Wagerup tarafı ve uzanımları; Wagerup Hekim Forumu (2005)'nun bağımsız üyeleri, Çevre Koruma Dairesi'ne işletmenin genişletilmesi ile yaşanacak sağlık sorunlarını konu alan bir başvuru yaptılar. WMPF, 'endüstri ve hükümetten bağımsız' bir grup değerli hekimden oluşmaktaydı.

Başvurularında pek çok noktaya işaret ettiler. Bunlar içinde:

> Mevcut rafineri işçilerinin tıbbi öykülerine baktığımızda bu insanların bir kısmında rafineride çalışmaktan kaynaklanan akut ve kronik sağlık sorunları mevcuttur...
>
> Rafineriye komşu alanlarda ve Yarloop kasabasında yaşayanlarda rafineriye yakın mesafede olmaktan kaynaklanan bazı akut ve kronik sağlık sorunları olduğuna dair tıbbi kanıtlar mevcuttur.
>
> Alcoa, bu sağlık sorunlarına tepki vermekte başlangıçta yavaş davrandı, zaman içinde Alcoa sorunu kavradıysa da aldığı önlemler geç ve istikrarsızdı. Biz, Alcoa'nın bu sorunun kendisinden kaynaklandığını kabul etmiş olduğuna eminiz.

Bu bakış açısını gerekçelendiren bir dizi neden sıraladıktan sonra "işçiler ve bölge halkında görülen yeni hastalıkların ele

alınmasına ilişkin inisiyatif, Alcoa yerine işçiler ve bölge halkı tarafından alınmıştır" yorumunda bulundular.

WMPF üyesi Andrew Harper, Alcoa tarafından sunulan tıbbi tavsiyelerin bir kısmına itiraz etti: Özelikle de 'çoğul kimyasal duyarlılık' olarak bilinen durum hakkında. Alcoa tarafından Avustralya'nın doğusundan bölgeye getirilen hekimlerin hastaların tedavilerine katılmalarını eleştirdi. Harper: "ben bu yaklaşımın hiçbir işe yaramadığı gibi olumsuz hatta düşmanca olduğunu düşünüyorum," demiştir.

Avustralya'nın doğusundan bölgeye getirilen hekimlerin biri, Julian Lee, bu durumun bir hastalık olmadığını öne sürdü. Hatta daha ileri giderek; "bu yanlış tanı ile insanlara her bakımdan zarar verildiğini" iddia etti. (Background Breifing ABC 2002).

Sonradan eyalet parlamentosu üyesi olan Dr. Chrissy Sharp, Wagerup'taki Alcoa Rafinerisi hakkında açılan Batı Avustralya Yasama Meclisi Soruşturması'na üç yıl süresince başkanlık yaptı. Komisyon soruşturma raporunu sunmadan önce, eyalet hükümeti, Alcoa'nın rafineriyi genişletme başvurusunu kabul ederek genişletme çalışmalarının başlamasına izin verdi. Dr. Sharp, ABC *Four Corners'* (2005) mülakatında "büyük bir hayal kırıklığı" yaşadığını söylemişti.

> Alcoa'nın eyalet hükümeti ile çok yakın ilişkileri vardı. Alcoa, Batı Avustralya ekonomisinin en büyük oyuncularından biridir... inanılmaz etkileri olmuştur... ve bunu uzun süre sürdürmüştür. Bağlı olarak faaliyet gösterdiği Eyalet Anlaşma Kanunları şirkete muazzam avantajlar sağlamaktaydı. Ödemesi gereken kiraları ve vergilerin hiçbirini ödemiyordu. Örneğin, imtiyaz hakkı, olması gerekenden çok düşüktü... böylece burada çok iyi kâr ettiler ve bu durum Güney Batı'da alüminyum endüstrisinin mercek altına alınmasının nedeni olmuştur... biz stabilite önermekteyiz.... Eyalet hükümetlerine bu tür büyük yatırımların kurulması için aşırı çaba göstermek yerine stabiliteyi öneriyoruz.

Sharp, Wagerup emisyonları üzerinde (meselenin asıl temeli) bağımsız araştırma yapılması gerektiğini önermiştir. Bu öneri hiçbir zaman dikkate alınmamıştır. Sharp, böyle bir araştırmanın "Alcoa tarafından, yüksek maliyet bahanesiyle reddedildiğini" söylemiştir. Böylesi büyük bir şirket için bu gerekçenin oldukça "sıra dışı" olduğunu savunmuştur: "tahmin edersizin ki böyle bir araştırma programı için rahatlıkla milyonlarca dolar bulabilirlerdi." Sharp, ayrıca, "eyalet hükümetinin böylesi bir araştırma programının gereksiz olduğu görüşünde olmasından da kendisine büyük hayal kırıklığı yarattığını" eklemiştir. Sharp'a göre hükümet, komisyon raporundan hemen önce rafinerinin genişletilmesine izin vererek büyük bir saygısızlık yapmıştır.

> Biz, yönetimdeki hükümet için bağımsız olarak araştırma yapan bir parlamento komisyonuyduk. Ortalıkta sürekli olarak; "biz aslında sizin görüşünüzle ilgilenmiyoruz, görüşlerinizi dikkate almayacağız, dürüst bir parlamento çalışmasına gereken saygıyı göstermek yerine, amaçlarını gerçekleştirmeleri için endüstri ile işbirliği yapacağız" diyen bir hükümet vardı.

Üniversitenin ele geçirilmesi

Alcoa gibi büyük holdingler her yere erişebilirler. Buradaki hikâye özelinde, Batı Avustralya'da benim çalıştığım üniversiteyi Alcoa'nın nasıl etkileyebildiğini daha kişisel bir düzeyden anlatmak istiyorum. Daha doğru bir ifade olması için şunu söylemeliyim: Alcoa hakkında üniversite yönetimin algısı Alcoa'nın üniversiteyi etkilemek istediği idi. Bu, oldukça ince bir ayrım olabilir, ama etkileme bir realiteydi: doğrudan ve açık ya da üstü örtük.

Benim kişisel dahlim bir rapor nedeniyledir; bu raporda Avustralya Enstitüsü (Hamilton ve Downie 2007), Batı Avustralya'da fosil yakıt endüstrisinin üniversiteyi nasıl ele

geçirdiğini ele almıştır. Bu endüstri eyalette çok büyüktü ve Avustralya GSMH'ye büyük katkı yapmaktaydı. Çok güçlüydü. Bir örnek vermek gerekirse, İşçi Partisi hükümeti Başbakanı Kevin Rudd, 2009'da madencilik endüstrisinin aşırı kârları üzerine ek bir vergi koymak istedi. Endüstri, buna karşı multi-milyon dolarlık bir kampanya başlattı. Hükümeti önce bu önerisini geri çekmeye, sonra yeniden yazmaya ve son olarak ta endüstrinin kabul edeceği düşüklükte ek vergi getirecek şekle sokmaya mecbur etti. Pek çok kişi bunun, maden endüstrisinin ek vergi uygulaması getirmeyi amaçlayan Başbakan Kevin Rudd'ın düşürülmesi ve yerine Julia Gillard'ın getirilmesi için yaptığı bir manevra olduğunu düşünmektedir. Endüstrinin Avustralya hükümeti üzerindeki (ve diğer hükümetler üzerinde –bkz. Patrick Bond 2005 Güney Afrika hükümeti üzerindeki fosil endüstrisinin gücü) gücü çok büyüktür[18].

'Üniversitenin ele geçirilmesi' konusunda Hamilton ve Downie (2007)'nin çalışmaları çok önemlidir. Yazarlar, Avustralya'da, özellikle de kaynak zengini Batı Avustralya'da, pek çok üniversitenin fosil yakıt endüstrisi tarafından ele geçi-

18 Neoliberalizm, küresel kurumları (IMF, DTÖ, DB hatta AB) aracılığı ile Batı'nın "kutsal" saydığı seçilmiş demokratik yönetimlerini dilediği zaman alaşağı edecek kadar pervasızlaşmıştır. Son yıllarda "Batı demokrasisi" alenen karikatürize edilmiştir. Burada bazı örnekleri ayrıca anımsatmak, yazarın argümanlarını desteklemek anlamında yararlı olabilir: Türkiye'de 2001 krizinde Ecevit'in koalisyon hükümetinin, iflas ilan ederek, ABD'den Kemal Derviş'i çağırmasını, İtalya'da üst üste iki defa seçim kazanmış olan Berlusconi hükümetinin Kasım 2011'de istifaya zorlanması ve yerini bir bürokratlar heyetine bırakmasını, benzer şekilde Yunanistan'da ekonomik kriz sonrası, Şubat 20102'de, Merkel'in yardım paketinin koşullarını referanduma götürmek isteyen Papandreou hükümetinin istifa ettirilmesi ve yerini bir ekonomi bürokratına bırakmasını, hatta son olarak ABD'de Ekim 2013'te Obama'yı yasallaştırdığı sağlık reformunu geri çekmeye zorlamak için Kongre'nin Obama'nın ek bütçe talebini onaylamayarak tarihinde ilk defa ABD hükümetine kepenkleri kapattırmasını 'demokrasi oyunlarına' örnekler olarak verebiliriz. Çok açık biçimde neoliberalizmin artık 'kutsal demokrasi' ile sürdürdüğü zorunlu ve sahte evliliğe tahammülü kalmamıştır. Vatandaşlar/sıradan insanlar ve onların sözde seçilmiş temsilcileri oyun dışıdır artık! *-çev.*

rilmiş olduğunu gösterdiler. Hamilton ve Downie dört üniversiteyi değerlendirdi. Bu üniversitelerin fosil yakıt endüstrisi ile ilişkileri çok derindir ve pek çok kanaldan yürümektedir.

Yazarlar, Batı Avustralya'da benim de çalıştığım Curtin Üniversitesi'nin Woodside şirketi (eyaletteki büyük bir petrol ve gaz şirketi) ile ilişkileri hakkında şunları yazdılar:

> Woodside'ın Curtin Üniversitesi üzerindeki etkisi büyüktür. Curtin, Woodside Hidrokarbon Araştırma Birimi'nin ve Hidrokarbon Araştırma Başkanlığı'nın evidir; bu iki yapı şirket tarafından finanse edilmiştir. Aynı zamanda Batı Avustralya Enerji Araştırma Birliği'nin de merkezidir; bu kuruluş bir birleşik girişim, kısmen Woodside ve Chevron Texaco tarafından finanse edilmiştir. Buradaki bir diğer kuruluş, Daha Temiz Üretim için Mükemmellik Merkezi ise Wesfarmers tarafından finanse edilmiştir. Üniversite rektörü, büyük petrol ve gaz şirketlerinin yönetim kurulunda yer almaktadır. Aynı zamanda, Güçlü Topluluklar için Alcoa Araştırma Merkezi, bir büyük uluslararası alüminyum şirketi olan Alcoa tarafından finanse edilmiştir.

Üniversitelerin bu tarzda ele geçirilmesi kuşkusuz, Avustralya'ya özgü değildir.[19] Britanya'da Yeni Ekonomi Vakfı, 2003 yılında, Britanya'nın en üst üniversitelerinin fosil yakıt şirketleri ile 'el ele yürüyerek' itibarsızlaştırılabileceğinden yakınmışlardır (Hamilton ve Downie 2007).

Üzücü olan bir başka şey ise, üniversitelerin ele geçirilmesi konusunda araştırmalarını devam ettiren Hamilton ve Downie'nin konuşacak akademisyen bulmakta büyük zorluk çekmeleridir. Ben görüştüm, ancak, bu görüşme benim kariyerimin son dönemlerine denk geldi. Daha önce gençlik yıllarımda olmuş olsaydı, konuşmak ve bana atıfta bulunulmasını isteyeceğimden pek emin değilim.

---

19 Türkiye örneği için okuyucu 2013 yılında Yordam Kitap'tan çıkan *Kapitalizmin Kıskacında Doğa, Toplum ve Bilim: Onur Hamzaoğlu Olayı*, isimli kitaba bakabilir. *-çev.*

Curtin Üniversitesi ve Alcoa ile ilgili katıldığım bir sağlık hizmetleri konferansında, Yarloop'tan insanlarla tanıştım, karşılaştıkları sağlık sorunlarının bir kısmını öğrendim ve bu konuya ilgi duymaya başladım. Daha sonra Alcoa'nın benim üniversitemde toplum gelişimi konusunda araştırma yapan bir merkezi olduğunu öğrendim. *The West Australian* isimli yerel eyalet gazetesi bu merkezden bahsetmekteydi. Gazetenin başyazarı Paul Murray, yazısında Yarloop halkının sağlık problemlerine yer veriyor, yerel halkın kendisinden mustarip olduğu ve yakındığı şirketin, aynı zamanda Curtin Üniversitesi'nde 'daha güçlü topluluklar' merkezini finanse ettiği gerçeğine dikkat çekiyordu.

Murray aynı zamanda bir yerel radyo programında sunuculuk yapıyordu; beni Alcoa ve Curtin arasındaki ilişkiler hakkında bir görüşme için davet etti. Ben de kabul ettim. Söylediklerimin bir kısmı şunlardı:

> Bir toplum veya onun temsilcilerinin, bazı tavsiyeler almak veya bazı değerlendirmeler yapmak için... bağımsız bir kaynağa gidebileceklerini bilmeleri önemlidir, örneğin bir üniversiteye. Benim ve pek çok akademisyenin endişesi, şirketlerle aynı yatağa girerek bu bağımsızlığın bir anlamda kaybedilme riskidir. Hatta bunun zaten kaybedilmesi gereken bir şey olduğu gibi bir algı oluşabilir.

Ertesi gün, üniversitenin bir üst düzey yöneticisi tarafından çağrıldım; bana açıkça, bu gazeteci ile konuşarak üniversiteme 'ihanet' ettiğim ve bunun hoş karşılanmadığı söylendi. Bu uyarı, yönetimin Alcoa'nın bağışlarını kesme ihtimaline ilişkin endişelerinden kaynaklanmıştı. Ayrıca, Curtin Üniversitesi'nden başka akademisyenlerin de, üniversite araştırmalarını finanse eden şirketlerin halk üzerindeki olumsuz etkilerini konuşmaya başlayacaklarından endişelenmiş olabilirler.

Hamilton ve Downie şöyle yazdılar:

> Curtin Üniversitesi yönetimi, üniversitedeki bir profesörün halka açık bir ortamda, Alcoa'nın üniversitedeki Daha Güçlü Topluluklar için Alcoa Araştırma Merkezi'ni finanse ettiğini ama aynı zamanda bu şirketin medyada çevre kirliliği yarattığı ve bölge halkı sağlığını bozduğu için eleştirildiğini anlatmasından rahatsız olmuştur. (2007:vi)

Curtin'in bu şekilde davranan tek üniversite olduğunu söylemiyorum. Pek çok akademisyen, özellikle böylesi bir ortamda, hele kariyerlerinin ilk dönemlerinde olanlar açıkça konuşmaktan çekineceklerdir. Alcoa Daha Güçlü Topluluklar Merkezi üyelerinden bir akademisyenin, Yarloop halkının şikâyetlerini göz önüne alarak, açık yüreklilikle Alcoa'nın sempatik olmayan görünümünü eleştirmesini beklemek hayaldir. Yapabilir de belki; ancak merkezin parası hükümetten geliyor olsaydı bunun olma ihtimali muhakkak ki daha yüksek olurdu.

Bu özel durum için, o ihtimalin hiçbir zaman ve hiçbir koşulda oluşamayacağını, daha sonradan okuduğum *Under Corporate Skies* isimli kitap sayesinde anladım. Brueckner ve Ross ortaya çıkarmıştı; merkez kurulurken Alcoa'ya bulaşmayacağı şartı konmuştu: "bize yeni merkezin (Alcoa Daha Güçlü Topluluklar Merkezi) spesifik olarak Wagerup meselesini ele almayacağı söylendi."

Hamilton ve Downie: "Üniversite hocalarının ve araştırmacıların rollerinden birisi... uzmanlıklarını endüstrinin uygulamalarını değerlendirmek ve yorumlamak için kullanmalarıdır... Ancak, eğer bu akademisyenler veya üniversiteleri, şirketler tarafından işe alınır ya da finanse edilirse ... kendilerini baskılanmış veya susturulmuş hissedebilirler." Yazarların iddialarına katılıyorum. Sundukları kanıtlar, 'ticari çıkarlar ile üniversitelerin birbirine dolaştıklarını' göstermektedir.

Sonuç

Bu olgu çalışmasında, endişelenecek pek çok mesele bulunmaktadır. Bunların hepsi, şirketlerin insanların yaşamları üzerindeki gücü ve de hükümetlerin şirketleşmeleri hakkındadır. Ben bu bölümde ikincisinin üzerinde durdum. Aslında ilki de en az ikinci kadar endişe vericidir.

Yarloop hikâyesi aslında bir Davut ve Calut hikâyesidir.[20] Calut'un iki başı vardır: Alcoa şirketi ve Batı Avustralya eyalet hükümeti. Bu eyalette maden endüstrisi ekonomik olarak önemlidir. Ancak sonuçta sadece politik olarak önemli bir hal almaktadır. Bu, pek çok düzlemde, eyaletten Yarloop gibi küçük bir topluluğa kadar, demokrasinin altını oyar. Sağlığı ve iyilik halini, üniversitelerin onurunu ve akademisyenlerimizi tehdit eder. Bunun böyle olmaması umut edilebilir, fakat neoliberalizm etkisinde durum budur.

Yarloop halkının çoğu savaştı, bazıları pes etti ve pek çoğu başka yerlere taşındılar. Tüm gerçekleri ortaya koyacak yeterlilikte bir soruşturma artık yapılamayacaktır. Böylesi bir araştırma ancak Yarloop halkının çıkarı için olabilirdi.

20 Davut ve Calut (David ve Goliath), İncil'de de geçen bir hikâyedir. Davut, Calut ile savaşacaktır, ancak Calut kocaman bir devdir. Tek zayıf noktası ise tam alnının ortasıdır. Oraya da kalın bir miğfer giymiştir. Davut miğferi çıkarttırmak için ordusunun kalkanları ile bütün güneşi Calut'a yanısıtır. Calut ısınan miğferi çıkardığında ise Davut sapanı ile taşı sallar ve Calut'u alnından vurup yere indirir. *–çev.*

10

İLAÇ ENDÜSTRİSİ



7. bölümde Güney Afrika hükümetiyle büyük ilaç şirketleri arasındaki mücadeleyi anlattım. Daha büyük ölçekte, bu mesele büyük ilaç şirketlerinin ('Big Pharma') yoksulların hastalıklarını yok saymasıyla sürüp giden bir meseledir. Kapitalist ve neoliberal yasalar altında büyük bir sürpriz sayılmaz bu. Yoksullara ilaç satmaya çalışmak zordur, zira paraları yoktur. Ucuz ilaç kampanyaları ile şirketler farklı davranmaya ikna edilirse, kârlarını maksimize edemezler. Şirketlerin günümüzde yoksullara yardım amaçlı gözüken hayırsever işler yapması aslında imaj yaratmaları ve dolayısıyla kârları için yaptıkları işlerdir, ancak, faaliyet alanlarına bazı yasal sınırlar koyulduğunda kolayca hayırsever amaçlı iyi işlerin içine giremezler.

Bu durum Bernard'ın (2002: 163-4) Afrika'daki ilaç satışlarına ilişkin rakamlarında yansıtılmıştır:

> Afrika'nın yaklaşık dünya nüfusunun yüzde 13'üne sahip olduğu gerçeğine rağmen, bu dava sırasında, çok uluslu ilaç şirketlerinin Afrika'ya satışı toplam satışlarının yüzde 1'ini oluşturur. Zayıf pazar teşviki ve zayıf yerel endüstriyel kapasite birleşince "küresel ilaç açığı"[21] adı verilen, zengin ve yoksul ülkeler arasındaki

21 Küresel ilaç açığı ("global drug gap") DSÖ verilerine göre, küresel nüfusun 1/3'ünün sağlıklı bir yaşam için gerekli olan yaşamsal ilaçlara ve aşılara erişimi yoktur. Bu nüfus büyük oranda Asya ve Afrika'dadır. Bu kıtaların en yoksul

ilaca ulaşım ve ilaç geliştirilmesi arasındaki eşitsizliğe yol açar. İlaç şirketlerinin araştırma ve geliştirme yatırımları, pazar teşviklerini yakından takip eder. Örneğin 1975-1997 yılları arasındaki pazara giren 1233 yeni ilaçtan sadece 13'ü tropikal hastalıklara (örneğin Afrika'daki parazit ve mikrobik hastalıklara) özgü onaylıdır (Reich 2000).

Ne yapmalı?

Açıkçası problem ilaç şirketleri değildir. Kapitalizmin ekonomik kuralları şirketlerin bu şekilde davranmalarına neden olur. Basitçe kurallara göre oynayan şirketleri suçlamanın fazla bir önemi yoktur. Bizim kuralları değiştirmemiz gerekir. Bu konuya sonuç kısmında daha fazla değindim. Bernard'ın savına göre, "gelişmekte olan dünyada halk sağlığında önemli bir ilerleme sağlanması, zengin ve yoksul uluslar arasındaki ortak amaçların gelişmesine, çalışma ve yaşam koşullarında iyileştirmeleri hedefleyen sosyal ve ekonomik politikalara bağlıdır. Özellikle eğitimi, eşitliği, kadın haklarını, sürdürülebilir ekonomik kalkınmayı, yoksulların sağlık sorunlarının temel nedenlerini ve bunlarla başa çıkma yollarını araştıran çalışmaları yapmak gereklidir."

Kimse bu güzel cümlelere itiraz etmez, ama ne yazık ki Bernard bize bunları nasıl yapacağımızı söylemiyor. Ele almaya çalıştığım zorluk işte bu. Ortak hedefler kuramı, eşitlik ve sosyal kalkınmanın artırılmasına bağlıdır. 12. bölümde yer aldığı

---

bölgelerindeki insanların yüzde 50'den fazlası yaşamsal ilaçlara erişememektedir. Sağlık alanında dünyada araştırma geliştirme (Ar-Ge) için (kamu ve özel sektörde) yapılan toplam harcamanın sadece yüzde 10'u, primer olarak dünya nüfusunun en yoksul yüzde 90'ını ilgilendiren sağlık sorunlarına yöneliktir. Bu durum 10/90 açığı olarak isimlendirilmektedir. Zengin ülkelerde artık karşılaşılmayan, ancak yoksul ülkelerde büyük sorun olmaya devam eden örneğin, sıtma ve tüberküloz gibi hastalıklara yönelik yeni ilaç geliştirmek üzere endüstri Ar-Ge yatırımı yapmamaktadır. Yoksul ülkelerin alım gücücün olmaması endüstrinin bu alanları kârlı bulmamasına yol açmaktadır. *-çev.*

üzere bu komüniteryan iddianın temelidir. Sonuçlar kısmında bu hedeflerin pratik uygulamalarına tekrar döneceğim.

İlaç endüstrisinin kârlarını sürdürmek için ortaya koydukları ısrar ve inatçılık olağanüstüdür. Bir başka önemli nokta ise endüstrinin genellikle, karşı tarafın pozitif yönde hatta safça tepki vermelerine yol açan çeşitli taktikleri ve görüşme tekliflerdir. Bu çok sık olur. Her görüşmede ve sonrasında, endüstri ("Big Pharma"), araştırmaları, klinisyenleri ve DSÖ'yü doğru yoldan saptırmak için daha saldırgan yollar bulmayı becerir.[22]

Bunu tamamen çok büyük kârlar için yaparlar. Prestijli *New England Journal of Medicine*'ın eski editörü Marcia Angell bir yazısında "2002'de ABD'nin en büyük şirketlerinin yer aldığı 'Fortune 500'deki 10 ilaç şirketinin toplam kârı geri kalan 490 şirketin kârından daha fazlaydı. Bu endüstri kârlı dediğimde bunu kastediyorum; bu iş gerçekten kârlı. İlaç şirketlerinin nasıl bu kadar para içinde yüzdüklerini anlamak zor." demiştir. Ayrıca, ilaç endüstrisinin araştırma ve geliştirme harcamalarının büyük olmasına rağmen bu miktarın kârlarından çok daha az olduğunu, pazarlama ve idari harcamaların ise araştırma ve geliştirme harcamalarından 2.5 kat büyük olduğunu eklemiştir (Angell 2004:11-12).

Big Pharma'ya tepki

Sağlık hizmetlerindeki bazı hekimler ve diğer sağlık çalışanları, ilaç şirketlerinin sundukları hediyeleri almak konusunda isteklidirler; hem de hiçbir rahatsızlık hissetmeden. Kendi deneyimimden birkaç örnek vereceğim. Neredeyse 20 yıl

22 Bu konuda daha fazlası için 2013 yılında Yordam Kitap'tan çıkan *Kapitalizmin Kıskacında Doğa, Toplum ve Bilim: Onur Hamzaoğlu Olayı* isimli kitabın içinde Cem Terzi tarafından yazılmış olan Bilimi Kim Nasıl ve Neden Çarpıtıyor? başlıklı bölüme bakılabilir. *-çev.*

önce Avusturalyalı önde gelen bir klinisyen, benimle bir çalışma yapmak istedi. Çalışma, İngiltere dışından bir iş arkadaşını getirmeyi de içeriyordu. Bana uçak biletleri için gerekli parayı ilaç şirketlerinden aldığını söyledi. Ben de işin içinde ilaç şirketlerinin parası olacaksa dahil olmayacağını söyledim. Bu cevabıma şaşırdı ve "en son uçak biletine ne zaman para verdiğimi hatırlamıyorum" dedi.

Daha yakın zamanda, üst düzey bir üniversite yöneticisine ilaç incelemeleri yaparken, üniversitenin ilaç şirketlerinin parasını kabul etmemesi gerektiğini söyledim. Zira, böyle bağışlardan sonra ilaç şirketlerinin lehine yanlılık oluştuğuna dair güçlü kanıtlar vardı. Sponsoru ilaç şirketi olan çalışmalarda, bağımsız çalışmalara kıyasla çok daha fazla endüstri lehine sonuç çıkıyor. (Lexhin ve diğerleri 2003). Üniversite yöneticisinin cevabıysa: "biz hayır dersek, Gavin –şirket– sadece başka bir üniversitenin kapısına gidecek" oldu.

Daha ciddisi, bir meslektaşım, prestijli, hakemli bir tıp dergisinde bir makale yayımladı. Makalede bir hastalık için çeşitli seçeneklerin görece maliyet etkinliğine yer verilmişti. Bu seçeneklerden biri ilaç tedavisiydi. Yazar, ilaç tedavisinin diğer seçeneklere göre daha iyi olmadığı sonucuna vardı ve bulgularını makalesinde belirtti. Kısa bir süre sonra bir hükümet kuruluşunun başkanı, yazarla bazı gelişmeleri paylaşmak üzere temasa geçti. Bu hükümet kuruluşu, yayınları inceleyerek farklı ürünlerin kullanımı için politikalar geliştiren, kılavuzlar yayınlayan bir resmî organdır. Bu teması öğrenen iki ünlü akademisyen, derhal kurumun başkanına ulaşarak arkadaşımın makalesinde etkisiz bulduğu ilacı övmüşlerdi. Her ikisi de arkadaşımın çalışmasını 'saçmalık' olarak nitelendirip prestijli bir derginin bu makaleyi yayınlamayı kabul etmesine şaşırdıklarını ifade etmişlerdi. Söz konusu kurum başkanı ile meslektaşım eski arkadaş olmasalardı, arkadaşımın bunlardan asla haberi olma-

yacaktı. Makaleyi ben de biliyorum ve benim değerlendirmeme göre makale eksiksiz ve titiz bir analiz içeriyor ama daha önemlisi derginin en az iki hakemi de benim gibi düşünmüş olsa gerek ki yayımlanmasına izin vermişlerdi.

Tabii ki böyle olaylar neden meydana geliyor tam olarak bilmiyorum ama bazı şüphelerim var. Bazı benzer olaylar bana burada bir tezgâh olduğunu düşündürüyor. En azından bazı akademik araştırmacıların, bazı şirketlerin danışmanı gibi davranmalarına bakarak, 'etki' altında olduklarını söyleyebiliriz. İlaç endüstrisinin iş yapmasının daha iyi bir yolu olmalı. Benim görüşüme göre neoliberal rejim içinde bunun daha iyi bir yolu olamaz. Yeni bir teşvik sistemine ihtiyaç var. Yeni bir ekonomi politiğe ihtiyaç var.

Çok daha büyük ölçekte hikâyeler mevcuttur. Bunlardan biri DSÖ'nün son vakası ve domuz gribi salgınıdır. Ramesh (2010)'in belirttiği üzere: "*Biritsh Medical Journal* ve Breau of Investigative Journalism... tarafından yapılan soruşturma, 2004 yılında yayınlanmış DSÖ kılavuzunun (grip salgınında stok yapılan ilaçlar üzerine), daha önceki işlerinde Roche ve GlaxoSmithKline (GSK)'dan ücret alan 3 bilimci tarafından yazıldığını gösterdi. Bu firmalar, bahsi geçen stok yapılan ilaçları üreten firmalardı. Bu kılavuz, ilaç firmalarının stoklama işinde milyarlarca dolar kazanmasına öncülük etti."

Bu konunun başka bir yönü, birçok hekimin araştırmaların içinde olmasıdır; örneğin yeni ilaçların test çalışmaları. Bu araştırmaların sonuçları tıp dergilerinde yayımlanıyor ve genellikle sağlık politikalarını etkiliyor. Açıkça, ilaç endüstrisi bu makaleleri yazan hekimleri etkileyebiliyorsa satışlarını, dolayısıyla hissedarlarının çıkarlarını da arttırabileceklerdir.

Endüstri araştırmacılar, etki altına alıyor mu? Evet alıyor. Hem de bu, pek çok şekilde yapılmaktadır. Bunun en utanç verici örneklerinden biri, 'medikal iletişim ajansları' olarak bi-

linen ajansların ücreti karşılığında hazırladıkları makalelerde hayalet yazarlar kullanmalarıdır. İlaç endüstrisinin hizmet satın aldığı bu ajanslar, taslak ("draft") makaleler yazarlar sonra da bunları bazı hekimlere gönderip yazar olarak isimlerini yazmalarını ve yayımlanmak üzere bilimsel dergilere göndermelerini isterler. Bu uygulama toplum tarafından bilinmese de sağlık çevrelerinde çok uzun yıllardır bilinmektedir.

Ve sürüp gitmektedir. İngiliz gazetesi *The Guardian*'da basılan bir yazıda (Ross 2011), tıbbi iletişim ajansları (hayalet yazarlar firmaları) adına çalışan bir tıbbi yazarın itiraflarını yayımladı. Bu kişi, yeni bir kanser tedavisi ile ilgili kendisinin yazdığı bir makalenin sonradan kanaat önderi olarak bilinen bir onkoloğun adıyla yayımlandığını anlattı. Kendi söylemine göre yaptığı işin mısır gevreği satmaktan hiçbir farkı yoktu.

Bir başka önemli konu, klinik araştırmaların birçoğunun parasını vergi ödeyenlerin değil, ilaç endüstrisinin vermesidir! İlaç endüstrisinin bağışıyla yapılan araştırmaların sonuçlarının endüstri ürünlerinin lehine yanlılık oluşturması çok düşündürücüdür. Ne yazık ki bu doğrudur. Bir dizi çalışma göstermiştir ki endüstrinin finanse ettiği çalışmalarda ilaçların daha başarılı olduğu gösterilmiştir. En iyi örnek Gupta ve Cohen (2010) tarafından raporlanmıştır:

> Amerika ve Kanada'dan araştırmacılar, 546 ilaç araştırmasını incelediler; 346 (yüzde 63)'sı ilaç endüstrisi tarafından finanse edilmişti. Geri kalan 200'ü devlet ya da kâr amacı gütmeyen organizasyonlar tarafından finanse edilmişti. Çalışmanın yazarları, ilaç endüstrisinin finanse ettiği örneklemin yüzde 85'inden fazlasında firmanın ilacı lehine sonuçlara rastladı, bu diğer örneklemden 4 kat daha fazlaydı.

Bu durumdaki iğrençliği görsek dahi neoliberal bir dünyada bunu durdurmaya çalışmak oldukça zordur. Angell'in dediği gibi: "Akademik merkezlerin görevi nedir? Kesinlikle ilaç şir-

ketlerine hizmet etmek değildir. Ama giderek akademik merkezler kendilerini bu şekilde görmektedirler." (Reynold 2001: 1592, atıf)

Bu tür bir yozlaşma durdurulabilir mi? Görülüyor ki, sadece klinik araştırmacıların veya sadece üniversitelerin ilaç şirketlerinden ödeme ya da komisyon almamalarını sağlamaya çalışmanın pek fazla bir yararı yoktur. Bu denenmiştir ve sonuç alınamamıştır. Denetim imkânsızdır. Klinik araştırma kültürü ve ortamının bir devrime ihtiyacı vardır.

Bu mücadelenin yapılacağı yer, endüstrinin bu neoliberal dünyada karşı karşıya olduğu teşvik yapılarıdır. İlaç şirketlerinin devlet mülkiyetinde olması bir seçenektir. Bu seçenek için yeni ilaçlara yatırımı engelleyeceği şeklinde bir endişe vardır. Günümüzde endüstrinin bütçesinin sadece yüzde 14'ünü ilaç geliştirilmesine ayırdığını unutmayalım. (Angell 2004). Bir başka ilgi çekici seçeneği ekonomist Joseph Stiglitz önermiştir (2006). Devletin sağlığı en çok geliştirecek ilaç buluşlarına milyar dolarlık ödül vermesini önermektedir. Ben olsam Stiglitz'in önerdiği gibi ödemenin hükümetler tarafından değil, ilaç şirketlerinin pazar bütçelerinin vergilendirmesi ile yapılmasını önerirdim.

İlaç şirketlerinin kârlarını maksimize edebilmeleri için yasal sınırlar içinde nasıl davranabilecekleri DTÖ tarafından belirlenmiştir. DTÖ şirketlerin kullandığı patentleri de inceler. İki şeyi açıklığa kavuşturmalıyız. Patent yasalarına sahip olmanın yalnız şirketleri korumadığı toplumun da yararına olduğu iddia edilir. Bir şirket, yeni bir ürün için yüklü bir yatırımda bulunuyorsa ileride yatırımına karşılık mantıklı geri dönüşler olacağını bilmek ister, aksi takdirde bu yatırımı yapmayacaktır. Diğer şirketlerin hızlıca benzer ürünler üretip kârını çalmasına engel olunmasını ister. Böylece patentler bir süre (10-20 yıl) şirketleri bu tip bir hırsızlığa karşı korur. Bu nedenle patentler

iyi çalıştığında, optimal miktarda araştırma yapılmasına yarar. Argüman budur.

Bu bilgilendirmeye karşın aşağıdaki olgu endişe vericidir.

> San halkı, Güney Afrika, Botswana, Namibia ve Angola'daki Kalahari çöllerinde yaşar. San halkı, avcılık seferlerinde "hoodia" isimli bir bitki çiğnerler. Bu bitki iştahlarını baskılamalarına yardım eder. Güney Afrikalı bir araştırma enstitüsü ve İngiltere orijinli bir şirket, bu bitkilerdeki etken bileşenin patentlerini aldı ve ilaç yapımı için pazarlama ve geliştirme haklarını milyonlarca dolara güçlü bir ilaç şirketi olan Pfizer'a sattı. Bu süreç boyunca kimse San halkına danışmadı (Health Poverty Action 2011).

Ancak uluslararası bir kampanyadan sonra San halkı, geleneksel bilgilerinden gelen hakla kârdan pay almaya hak kazandılar. Ama aldıkları yüzde, net satıştan gelen kazancın çok küçük bir kısmıdır.

Bu bir hırsızlıktır. Ayrıca herhangi birinin doğal olarak var olan bir şeyin patentini almak istemesi oldukça tuhaftır. Böyle bir hırsızlığa izin verilmesi ve bir patent ile ödüllendirilmesi daha da büyük bir tuhaflıktır. Bu örnek tek değildir. Belki de en 'meşhur' olanı basmati pirinci tohumu için patent başvurusu yapılmasıdır (Raghavan 2000). Gerçek şu ki, neoliberal ilkeler böyle olmasını istediği için TRIPS anlaşması altında DTÖ bu hırsızlığa izin vermektedir.

Sonuç

Tabii ki ilaç şirketleri hissedarlarına kazandırabildikleri kadar çok kâr sağlayabilmek için iş yapıyorlar. Bu onların hedefi. Tabii ki bu şirketler sağlığa önemli katkılar da yapıyorlar. Mesele bu değil.

Daha çok hekimi ilacını kullanması için ikna etmeye fırsatı varsa, endüstri bunu deneyecektir. Bu da anlaşılır bir durum-

dur. Ancak, sağlık hizmetleri, hekimler, politikacılar ve genel olarak halk, ilaç firmalarının sahip olduğu neoliberal amaçları daha iyi anlaması ve buna göre hareket etmek zorundalar. Yakın zamanda Batı Avusturalya'da yaşanan bir olay, yüzleşmemiz gereken meseleleri ortaya çıkardı.

İlaç firmaları deniz aşırı kongre ya da konferanslara katılan hekimlere ulaşım ve konaklama ücretlerini ödüyordu. Bu anlaşma ifşa olduğunda, eyalet sağlık müdürü, olaya karışan tüm firmaların konferans katılımcılarının firma yararına bir şey yapmaya zorunlu olmadıklarına dair yazılı belgeleri kendilerine sunmuş olduklarını açıkladı. Ayrıca böyle bir konferansın hastaların yararına olduğunu iddia etti. İlk savunma çabası biraz safçadır, ikinci iddia ise eğer bu doğruysa, böyle bir yolculuğun masrafını vergi ödeyenler ödemelidir. Hekimlerin güncel bilgiyi takip edebilmesi için konferanslara katılarak ilaçlar ve diğer tıbbi ürünlerdeki yenilikleri öğrenmesi tabii ki önemlidir. Ama burada şeffaf limitler olmalıdır. Bilimdeki gelişmeler, birçok bilgi hızlıca tıp dergilerinde yer almaktadır, dolayısıyla hekimler kolayca bu kaynaklardan öğrenebilirler. Burada bir başka problem daha var. Hekimler kongre ya da konferanslara gittiğinde, hasta tedavi edememektedirler. Doktorların güncel bilgiyi takip etmeleri gerekmektedir, ancak seyahatlerinin nasıl ödendiğinin daha şeffaf olması ve optimum konferans katılım sayısının ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. 'Big Pharma' şirketleri hayır kurumları değildir. Kâr peşinde koşarlar. Eğer endüstri birilerine Paris'e, Los Angeles'a veya herhangi bir yerdeki konferansa gitmesi için para ödüyorsa, bu durumun hissedarlarının yararına olduğunu düşündükleri içindir. Bu kadar basit.

Bu dünyadaki sağlık sorunlarının büyük çoğunluğu çok yoksul ülkelerdedir. Bu hükümetlerin ve yoksul insanların ilaçlara ödeyecek paraları sınırlıdır. Bu yüzden şu anki neoliberal

düzenin yönettiği 'Big Pharma'nın gelişmekte olan ülkeler için ilaç geliştirme ihtimali (buralardan kâr edemeyecekleri görüşü yüzünden) yok denecek kadar azdır. Bu yüzden örneğin sıtma ilaçlarının araştırma ve geliştirme çalışmaları kaçınılmaz olarak çok azdır.

Sıradaki örnekte Wikileaks bize hükümetlerin ne kadar şirketleştiklerini apaçık gösteriyor. 2009 yılında Ekvator hükümeti vatandaşlarının daha ucuza ilaç alabilmeleri için patentli, tekel korumalı ilaçlarla rekabete imkân veren zorunlu lisanslama yasal düzenlemesini getirmeye çalıştı (Public Citizen 2011). Uluslararası protokollere göre Ekvator, bunu halk sağlığının öncelikli olduğu hastalıklar için yapabilir. Buna rağmen;

> Wikileaks'in açıkladığı Ekvator'daki ABD elçiliği ile ABD Bakanlığı arasındaki yazışmalar da; Amerikan çok uluslu ilaç şirketleri ve Ekvator hükümetindeki üç bakanın bu yasal düzenleme ile ilgili bilgileri paylaştıkları ve Ekvator'un bu politikasını baltalamaya çalıştıkları görülmüştür.

Şanslıyız ki başaramadılar. Günümüzde dünyadaki yoksullar, ilaçlarının parasını ödeyebilmek için boğuşuyorlar. Başarılı olduklarında çoğu zaman kendilerini daha derin bir yoksulluk içinde buluyorlar. Başaramadıklarında ise ölüyorlar.

11

Neoliberalizm ve Küresel Isınma



Önde gelen dergilerden biri olan *Lancet,* 2009 yılında küresel ısınmanın sağlık üzerindeki etkilerine dair önemli ve çok atıf alan bir makale yayımladı (Castello ve diğerleri 2009). Baş makalede "İklim değişikliğinin 21. yüzyılın en önemli sorunu" olduğu öne sürüldü (*The Lancet* 2009).

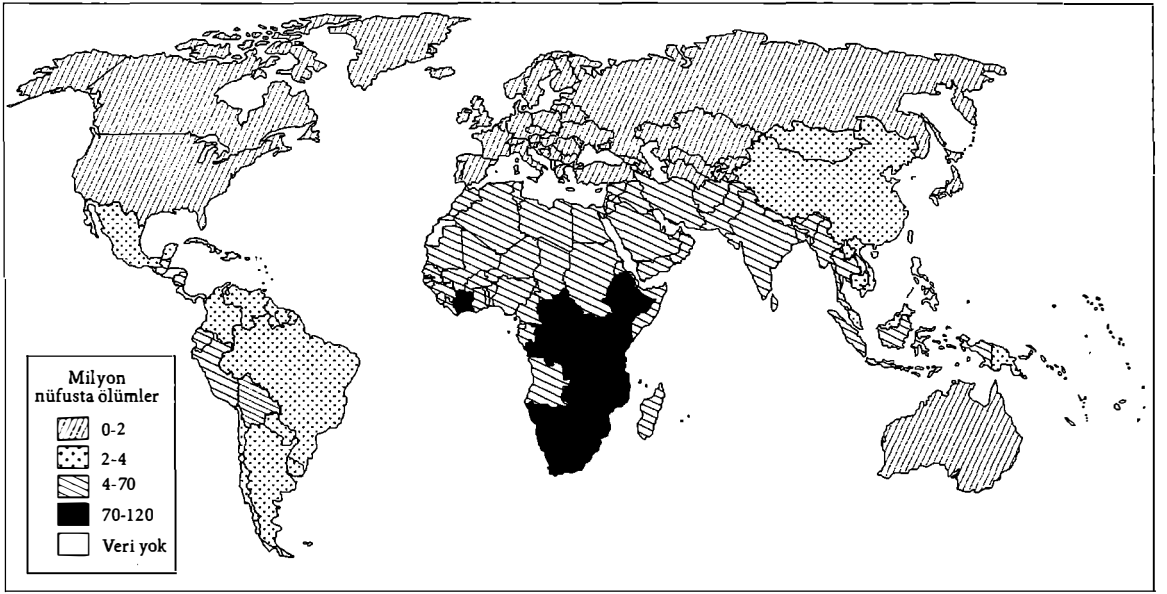
On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren ölçülmeye başlanan ısı, yükselmekteydi. Son otuz yıldaki artış çok daha büyük bir hızla oluşmuştu. Son birkaç yılda ise pek çok bilimsel makale, küresel ısınma ile ilgili 'bardağı taşıracak son damla' hakkında öngörülerde bulundular. Bu noktaya ulaştıktan sonra insanlar olarak biz, attığımız her adımda küresel ısınmaya katkıda bulunmuş olacağız (Lenton ve diğerleri 2008). Diğer bir deyişle durdurmak için hiçbir şey yapamayacağız. Weston (2011)'un dediği gibi "Eğer henüz oluşmadıysa, birkaç yıl içinde küresel ısınmayı artıracak mekanizmalar yerleşmiş olacak; insanlığın Dünya'nın yaşam ile bağdaşmayan yeni bir iklime ve muhtemelen yeni bir jeolojik çağa geçmesini durdurmak için hiçbir gücü kalmayacak."

Son zamanlara dek iklim bilimciler küresel ısınmadaki artışın 2°C'ın altında tutulması gerektiğini öne sürmüşlerdi, ancak bugün önemli bilim insanları (Anderson ve Bows 2011; Hansen ve diğerleri 2008) buna karşı çıkmaktadır ve bu yaklaşımın muhtemel bir felakete yol açacağını belirtmektedirler: "tam tersi görüşlere rağmen yerkürenin yüzey ısısındaki artışı 2°C ya da bunun altında tutmak için artık hiçbir şansımız kalmamıştır."

Bu bölümde üç görüş savunulmaktadır. Birincisi, küresel ısınma ve onun sağlık üzerindeki etkileri konusu, acilen ekonomi politik çerçevede ele alınmayı gerektirmektedir. İkinci olarak, küresel ısınmanın kaynağı kapitalist ve neoliberal gelişme sonucudur. Üçüncüsü, kapitalizm küresel ısınma sorununu çözemez ve gerçekten gezegenin gelecekte yaşanabilir kalması için toplumların ve ekonomilerin organizasyonunda yeni yollar bulmamız gerekmektedir.

Küresel ısınma, sağlık ve ekonomi politik

Costello ve diğerleri (2009: 1963) "Küresel ısınmanın sağlık üzerine etkileri, gelecek on yıllar içinde yeryüzündeki insanların büyük çoğunluğunu ilgilendirecek ve milyarlarca insanın sağlığı ve yaşamları risk altına girecektir" diye belirtirler. Yazarlara göre, "emisyonlara katkılarının en az olmasına rağmen iklim değişiminin sonuçlarından en çok etkilenecek olanlar yoksul ülkeler olacaktır." 2000 yılı için iklim değişikliğinin yol açtığı sağlıksız olarak sürdürülen yaşam yılının (sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları "disability-adjusted life years, DALYs") 5.5 milyon olduğu hesaplanmıştır.



2000 yılında iklim değişikliğine bağlı olduğu düşünülen tahmini ölümler, bölgelere göre.
Veri kaynağı: McMichael ve diğerleri (2004).

Bu bulgular yukarıda harita üzerinde gösterilmiştir.

Özellikle Sahra-altı Afrika ülkeleri etkilenmektedir. 2000 yılında Batı ülkelerinin pek çoğunda iklim değişikliğine bağlı ölümler milyonda 0-2 iken, Sahra-altı Afrika'da 70-120'dir. Zengin ve yoksul ülkeler arasında bu tip farklar olduğu bilinmektedir, ancak bu farklılıklar gelecekte artarak devam edecek gibi görünmektedir.

Bu bölümün amacı, Costello ve ark.'nın sürekli vurguladığı sorunun ekonomik yönün kritik olduğunu anlatmaktır. 'Son finansal kriz, ekonomik büyümeye dayanarak eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen küresel modelin işe yaramadığını gösterdi. Daralma ve konverjans yeni ekonomik yaklaşımların gerekliliğini artırmıştır; ekonomik tartışmaların merkezine eşitlik ve sürdürülebilirlik yerleşmek zorundadır (2009:1712). Costello ve diğerleri 'yeni bir ekonomik yaklaşım' çağrısı ile var olan ekonomik sistemin eşitsizlikleri düzeltemediğini ilan etmiş oluyorlar; yazarların 'ekonomik büyümeye' dayalı 'küresel model'e yani kapitalizme güvenleri kalmamıştır.

Bu çok önemli bir gelişmedir. Costello ve değerli çalışma arkadaşları, radikal görüş sahibi bir grup değildir. Buna rağmen, küresel olarak neoliberal programdan vazgeçilmesini savunmaktadırlar. Gezegeni kurtarmak için yeni bir ekonomi politik çağrısı yapmaktalar. Çalışmalarında nasıl bir ekonomik model önerdiklerini tam olarak açıklamasalar da bazı ipuçları veriyorlar. Örneğin, eşitsizlikleri azaltmayı amaçlamak ve bireysel değerler yerine toplumsal ve kültürel değerlere odaklanmak. Sürdürülebilirliğe anahtar rol vermek.

Costello ve ark.'nın makalesi çok ilgi gördü ve kaynak gösterildi, ancak yazarların 'yeni bir ekonomik model' çağrısı çok az dikkat çekti. Küresel ısınma ve özellikle sağlık üzerindeki etkileri, olası çözüm önerileri ayrıntılı biçimde tartışılırken, makalenin öne sürdüğü en önemli konu, 'sürdürülebilirliği ve

eşitliği' temel alacak yeni bir ekonomik model çağrısı üzerinde hiç kimse durmadı.

Sorun hakkında bir dizi makale yayımlayan *Lancet*, 18 temel mesaja yer veren 'bir yönetici özeti' hazırladı (*The Lancet*, tarih yok). Burada 'yeni bir ekonomik model' çağrısına yer verilmedi. Costello ve ark.'nın var olan ekonomik sistemin küresel ısınma sorununu çözemeyeceğine dair saptamalarına yer verilmedi. Bu bir inkâr politikası değilse nedir?

Neoliberalizmin geçmişte ve bugün küresel ısınma üzerine etkileri çok büyüktür. Neoliberalizm küresel ısınmanın ana mimarisini oluşturmakla kalmayıp olası çözümler önünde de engel oluşturmaktadır. En önemli sorunlardan biri tamamen başarısız bir piyasa mekanizması ile yönetilen karbon fiyatlandırmasıdır. Bir başka sorun da bu tip bir mekanizma denenirken zaten çok az kalan zamanın belki de işe yarayabilecek çözümler açısından tüketilmesidir.

Nasıl oldu?

Küresel ısınmanın nedeni daha fazla ve daha hızlı ekonomik büyüme şehvetidir. Ekonomik büyüme, enerji ve özellikle fosil yakıtların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu da karbon emisyon miktarını artırarak gezegeni yok etmektedir. Elimizdeki en iyi bilimsel kanıtlara göre şu anda küresel ısınmayı durduramayacak noktaya çok yakınız. Yenilenebilir kaynakları devreye sokmak yoluyla gezegeni kurtarmak için gerekenleri yeterince yapamadığımız gibi gereken hızda da yapmıyoruz. Ekonomik büyümeyi yavaşlatmalı, hatta tersine çevirmeliyiz. Bunu yapmanın yegane yolu kapitalist olmayan bir ekonomik model bulmaktır.

Ne yazık ki bu karşılaşmak üzere olduğumuz büyük felaketin sorumlusunun kapitalizm, günümüzde haliyle neoliberal-

lizm olmasına rağmen, piyasa çözümlerinin mümkün olduğuna dair yaygın bir inanış mevcuttur. Çok daha radikal çözümlere ihtiyacımız var oysa. Batı dünyasının ekonomik büyüme susamışlığından vazgeçmesi, fosil yakıt tüketimini durdurması gerekmektedir. Endüstriyel tarım pratiklerine ve ormanların yok edilmesine son verilmelidir. Bu sorunu yaratan kapitalizm altında yüksek gelir düzeyleri sağlayan ve çok fazla fosil yakıt tüketen Batı nüfusudur. İlk zarar görecek olan da Güney olacaktır. O halde Kuzey'den Güney'e yeni bir paylaşıma gerek vardır. Weston (2011), Güney'in sömürgeci güçlerce çok uzun yıllardır sömürüldüğü gerçeğini vurgulayarak, yeniden paylaşım temelinde, Kuzey'in Güney'e oldukça büyük ekolojik borç ödemesini savunmaktadır.

Ekolojik borç kavramı, tarihsel olarak endüstrileşmiş Batı'nın gelişmekte olan ülkeleri sömürdüğü, kendisini zenginleştirirken gelişmekte olan ülkeleri yoksullaştırdığı gerçeğine dayanır. "Acción Ecológica" (2005), günümüzde geçmiştekine kıyasla çok daha ince yağmalama yöntemlerinin kullanıldığını öne sürmektedir: Kuzey ülkelerinin desteklediği dış borç programları, Kuzey'i destekleyen uluslararası pazar sistemi, yabancı yatırımlar, enerjinin, iletişimin, suyun ve toprağın vb. özelleştirilmesi. Bu politikalar IMF, Dünya Bankası ve DTÖ tarafından desteklenmekte ve sistemin sürmesi için bütün dünyaya dikte edilmektedir.

Küresel ısınma sorununu piyasaların çözememesinin en az üç nedeni vardır. İlk olarak, kapitalizm yaşamak için büyümek zorundadır; bu 'motor' durursa kapitalizm çöker. İkinci olarak, ana piyasa politikasını reforme etmek için ortaya atılan –karbon fiyatlandırması– önerisi çok yavaş bir adımdır. Bilim çok acil olarak harekete geçilmesi gerektiğini ortaya koymuş durumdadır. Naomi Klein (2007) tarafından ayrıntılı biçimde irdelenmiş olan neoliberalizmin yerleştirilmesine hizmet eden

'şok doktrin' yerine bu kez 'yeni bir şok doktrin' ile neoliberalizm yok edilmelidir. Hükümetlerin ve diğer kurumların emisyon miktarlarında neler olup bittiğini monitörize ve kontrol etme yetenekleri olduğu çok kuşkuludur. Üçüncü olarak, inkâr büyük bir sorundur. Küresel ısınmanın inkâr edilmesi, kapitalizmin kendisinin kısa vadeciliğinden, büyüme odaklılığından ve 'dışsallıkları' dikkate alamamasından kaynaklanmaktadır. Dışsallıkların içselleştirilmesi için gerekli mekanizmaların yoksunluğu hangi karbon fiyatlandırma sistemi kullanılırsa kullanılsın işe yaramayacağı anlamına gelmektedir. Kuzey'in kendi emisyonlarını dengelemesi için Güney'in paylarını satın almasına izin veren herhangi bir sistem, sorunları Güney'e yüklemeye yarar. Bu aynen biyoyakıt politikaları için de geçerlidir. Biyoyakıt destek politikaları yüzünden Güney'in daha önce besin üretmek için kullandığı zirai alanlar, günümüzde Kuzey'in taşıtlarına yakıt sağlamak üzere kullanılmaktadır. Goklany, 'biyoyakıt üretimini artırıcı politikaların, gelişmekte olan ülkelerin yoksulluğu azalmaya yönelik çabalarını gerilettiğini ve yoksulluk kaynaklı hastalıkların ve ölümlerin artmasına neden olduğunu' savunmaktadır. Goklany'nin 2010 analizinde, "biyoyakıt üretiminin 192.000 ek ölüme ve 6.7 milyon ek 'DALYs' kaybına yol açtığını" göstermiştir.

En endişe verici olan şey, günümüzde küresel çözümler üretecek gücü ve isteği olan bir küresel yapının bulunmamasıdır. BM zayıf ve genellikle Batı'nın dikkate almadığı bir kurumdur. Zengin Batı, BM yerine Bretton Woods finansal organizasyonlarına; IMF, Dünya Bankası ve DTÖ'ne –bunların hepsi Batı tarafından kontrol edilir ve neoliberal ilkeler uyarınca çalışırlar (bkz. 4. bölüm)– dayanır. Bu tip bir 'sahiplik' ve ideoloji, bu kaynaklardan ortaya çıkan sorunları çözümlemeyi amaçlamamaktadır. Bu neoliberal yapıların neoliberalizmi yok etmeyi istemeleri düşünülemez bile.

Küresel dağılım düzeyinde bir diğer endişe, var olan emisyon hesaplarının gelişmekte olan ülkeler aleyhine olmasıdır. Bunun nedeni üretim süreçlerinin emisyonlarının üretimi yapan ülkeye atfedilmesidir. Örneğin, Fransızlar Çin'de üretilen malların tüketimini artırabilir ve bu tüketim Fransa'nın emisyonlarına eklenmez, aksine, üretici Çin olduğu için Çin'in emisyonlarına eklenir.

Bu 'transfer'in anlamı, zengin ithalatçı ülkelerin atmosfere saldıkları karbon miktarları açısından kendilerini daha az suçlu gösterebilmesidir –yoksul ihracatçı ülkeler de olduklarından daha suçlu görünmektedir–. Kuşkusuz bu, genel anlamda küresel durumu etkilememektedir, ancak iklim değişikliği üzerindeki jeopolitik pazarlıkları etkiler: Oluşturulan hasarın algısı değişir ve sorumluluk sahibini harekete geçmeye davet eder. İklim değişikliği yüzünden en çok desteklenmesi gereken ülkeler hali hazırda zaten ciddi sağlık sorunları olan yoksul ülkelerdir. Küresel ısınma devam ederse bu ülkelerin sağlık koşulları daha da kötüleşecektir. Yoksul ülkeler neoliberal küresel kurumlar tarafından yönetilen neoliberal dünyada politik olarak çok zayıf durumdadırlar; atfedilen sorumluluk konusunda zengin ülkeler lehine bir değişiklik yapıldığında, yoksul ülkelerin pazarlık yapabilecek güçleri kalmamaktadır. Bu nedenle küresel sağlık perspektifinde herhangi bir yanlılık varsa, bu zengin ülkeler lehine olmaktadır.

Emisyon hesaplamalarının bu şekilde yapılıyor olması sorunludur ve yöntemi belirleyenlerin ve hesaplamaları yapanların lehine sonuçlanacak şekilde hesaplandığını düşündürecek güçlü deliller mevcuttur. Temel mesele Kyoto Anlaşması'nın kimin elinden çıktığıdır; zira atfedilen karbon emisyon sistemi bu anlaşmadan kaynaklanmıştır. Bu anlaşmaya nasıl varıldığının çözümlemesini yapmak artık pek mümkün değilse

de, büyük oranda gelişmiş ülkeler tarafından kotarıldığını biliyoruz.

Weston (2011), Kyoto Protokolü'nün tamamen ABD için tasarlandığını ve nihayetinde fosil yakıt ve otomobil endüstrisinin çıkarlarından büyük ölçüde etkilendiğini öne sürmektedir. Yazar, "ABD'li müzakereciler tarafından savunulan zengin ülkelerin, diğer ülkelerden kendi kesintilerini satın alabilmelerine ve diğer ülkelere üretmedikleri gazları satabilmelerine izin verildiğini; böylelikle zengin ülkelerin yoksul ülkelerden nominal kesintileri satın alabildiğini" belirtmektedir. Anlaşmanın imzalandığı gün aslında zafer kazanmış olan ABD, sonradan anlaşmayı imzalamayı reddetti!

Güney Afrika, Dünya Bankası ve kömür

Bir neoliberal hükümet, neoliberal küresel bir kurum tarafından desteklendiğinde ve kışkırtıldığında küresel ısınma konusunda neler olur? Bu örnekte hükümet, Güney Afrika ve küresel kurum, Dünya Bankası'dır.

Güney Afrika 2025 yılına kadar elektrik üretiminde çok büyük bir artış planlıyor. Bu artışı, kömür yakıtlı enerji üretiminden sağladığı elektrik enerjisini iki katına çıkararak yapacak. Güney Afrika oldukça bol miktarda kömür kaynağına sahip.

Dünya Bankası, kömür yakıtlı enerji istasyonlarının artırılmasını finanse ederek bu projeye büyük oranda katılmış durumdadır. Bu konu 2008 yılından itibaren söylentiler halinde konuşulmaktadır. Büyük ölçüde küresel ısınma yüzünden sivil toplum örgütleri projeyi protesto etmektedir. Buna rağmen, Nisan 2010'da Dünya Bankası Afrika'nın şimdiye kadarki en büyük kredisini (3.75 milyar dolar) Güney Afrika projesi için Eskom'a verdi. Bu en azından paradoksal bir durumdur. Dünya Bankası'nın Gelişme ve İklim Değişikliği Stratejik Çerçeve

Raporu küresel ısınma konusunda acilen adımlar atılması gerektiğini savunmaktadır. Daha ötesi, bu raporda küresel ısınmanın yoksulluğu azaltmayı amaçlayan Birleşmiş Milletler'in Milenyum Gelişme Hedefleri de dahil olmak üzere son yıllardaki pek çok gelişme çabalarını tersine çevireceği de kaydedilmiştir. Redman (2008), Dünya Bankası'nın bu kredisinin (faiz karşılığında borçlandırma) bir istisna olmadığını, 2007'den bu yana Banka'nın kömür, petrol ve gaz kredilerinin yüzde 90'dan fazla oranda artış gösterdiğini saptadı. Bu dönemde sadece kömürle ilgili kredilerde 2.5 kat artış oldu.

Burada iki konuya dikkat edilmelidir. Birincisi, kömür karbondioksit salınımının baş sorumlusudur. İkincisi, Dünya Bankası sözüm ona gezegeni kurtarmaya yönelik savaşın lider küresel kurumudur; uluslararası küresel ısınma tartışmalarında masadaki en önemli aktördür.

Ayrıca Dünya Bankası'nın "apertheid" döneminde Eskom'a 100 milyon dolar kredi verdiğini de unutmamamız gerekir. Bu kredi siyahi toplumların yararına hiçbir sonuç doğurmadı. Hatta "apartheid" kurbanları bu kredi faizlerinden Banka'nın kazandığı kârlara karşı yasal davalar açtılar. Bond (2010)'a göre, Dünya Bankası'nın da yazarları arasında olduğu 1996 Büyüme, İstihdam ve Yeniden Paylaşım ("Growth, Employment and Redistribution–GEAR") programı "apartheid" sonrası gelirlerin yoksullarla paylaşılması çabasının gerçekten sona erdiğinin bir işaretidir. "GEAR" politikası, neoliberalizmin desteği ile gerçekleşti. Siyahi nüfusun gelirleri 1994 düzeylerinin altına düşerken, beyazların gelirleri yüzde 24 artış gösterdi. Swilling (2010), Dünya Bankası'nın verdiği krediler ile daha önce hiç yapmadığı bir yoğunlukta Güney Afrika ekonomisini elinde tutmayı ve kendi ekonomik politikalarına göre etkilemeyi arzuladığını düşünmektedir. Dünya Bankası 2001 yılında politikasını ilan ederken, Banka'nın özelleştirme ve liberalizasyona

kararlı olan ülkelere odaklanacağını, ... kamu-özel ortaklığı önündeki ticari ve yasal engellerin kaldırıldığı, özelleştirmelerin yapıldığı ülkelerin destekleneceğini belirtmiştir (Bond 2002:318).

Tekrar Lancet'te yayımlanan küresel ısınmanın sağlık üzerindeki etkilerini irdeleyen makaleye (Costello ve diğerleri 2009) dönersek, Dünya Bankası'nın Güney Afrika'ya kömür kaynaklı elektrik üretimi için kredi vermesi, Redman'ın açıkladığı üzere Bankanın aslında genel olarak kömür, petrol ve gaz yatırımlarını artırmak üzere krediler vermesi, küresel ısınma konusu ile ilgilenir görünse de, önlenmesi için hiçbir niyetinin olmadığını ortaya koymaktadır. İklim değişikliği müzakerelerinde Dünya Bankası'nın merkezî küresel rolü göz önüne alındığında, küresel ısınma ile ilgili herhangi bir tutarlı küresel politikanın ortaya çıkma olasılığı şu anda sıfırdır.

Küresel ısınma insan sağlığı için en büyük tehlikedir. Özellikle Güney Afrika gibi gelişmekte olan ülkeler ilk ve en çok etkilenecek ülkelerdir. Dünya Bankası küresel sorumluluklarını hiçe sayarak sadece seyirci gibi izlemekle kalmıyor, neoliberalizme adanmışlığı ile küresel ısınmanın ateşine benzin döküyor.

Çözüm nedir?

Bir sonraki bölümde çözüm üzerinde ayrıntılı biçimde duracağım, ancak yaşamlarımızın, ekonomimizin ve toplumlarımızın organizasyonunda radikal değişikler gerektiği çok açıktır. Zengin Batı'nın yaşam tarzı sürdürülebilir değildir. Eğer gelişmekte olan ülkelerdeki insanların sağlığını korumak için bir şey yapmak istiyorsak, zengin Batı'nın yaşam tarzı dizginlenmek ve yeniden düzenlenmek zorundadır. Sorunu yaratan gelişmekte olan ülkeler değildir, sorunun nedeni Batı'dır. İlk

zarar görecek olan gelişmekte olan ülkelerdeki insanların sağlığı ve yaşamıdır. Ekolojik borçların devreye girmesi gereklidir. Şimdi geri ödeme zamanıdır.

Kapitalizm, ekonomik büyümeye bağımlıdır. Ekonomilerimizi büyütmeye ve fosil yakıtlarımızı kullanmaya devam ederek gezegeni kurtaramayız. Yeni bir ekonomi politik gereklidir. Yeni teknolojiler ve yenilenebilir enerji konusuna mümkün olan en kısa zamanda yatırım yapmak zorundayız. Yenilenebilir enerjinin en sadık savunucuları bile bunun kısmi bir çözüm olduğunu rahatlıkla kabul etmekteler. Tartışma yenilenebilir enerjinin ne kadar yardımcı olacağı üzerinedir.

Sonuç olarak, Weston'un (2011) dediği gibi seçim kapitalizm ile gezegen arasındadır. Sadece biri yaşamaya devam edebilir.

IV. KISIM

ÇÖZÜMLER



12

Teorik Çözümler: Komüniteryan Talepler



Daha önce, özellikle "faydacı" sağlık politikasından komüniteryanizme yönelmeyi tartışmıştım (Mooney 2009). Burada, sağlık politikalarında komüniteryan –hak– taleplerinin temelini ortaya koyacağım: İlk olarak toplumun karar verici süreçlere nasıl dahil edileceğini; ikinci olarak ise mağdur insanların –Amartya Sen'in sözleriyle (1992) "taleplerini yeterince ifade etme imkânı bulunmayanlar"– daha iyi sağlık ve sağlık hizmetine nasıl ulaşacaklarını göstereceğim. Bu bölüm kitabın geri kalanı için teorik bir temel oluşturacaktır.

Sağlık politikalarının iktidar temeli için ciddi bir değişimin zorunlu olduğunu düşünüyorum. Söylemek istediğim şeyin ana ekseni, sağlık sistemlerinin toplumsal kurumlar olduğu düşüncesidir, sağlığın sosyal belirleyicileri de büyük ölçüde toplumsaldır; bilinçli/aydınlatılmış bir toplum, sağlığın sosyal belirleyicilerini tanımlar ve değerlendirir, farklı kültürel değerler bu tanımları değiştirebilir. Örneğin, Afrika'da eşitsizlik meselesine bakarken, bazı Batı sınıf yapılarını anlatmakta kullanılan gelir eşitsizliği kavramı, iktidar ilişkilerini göstermede yetersiz kalmaktadır. Afrika'da kültürel olarak iktidar ilişkileri,

genellikle geçmiş kolonyal etki ve tecrübelere dayanır. Öyleyse sorulması gereken soru, bu alanda, değer temellerini ya da ilkeleri nasıl belirleyeceğimiz olmalıdır.

Komüniteryanizm

Komüniteryanizmin (toplululukçuluk)[23] ardındaki felsefeyi daha önce komüniteryan hak taleplerinde açıklamıştım (Mooney 2009). Öncelikle komüniteryanizmi ayrıntılı olarak ele alalım.

Komüniteryanizmin odağı kamusal yaşam ve toplululuktur. İnsanlar liberalizmin tanımladığı gibi serbest uçuşan atomlar değil, toplumsal hayvanlardır. Varlıkları kısmen içinde var oldukları topluluk tarafından oluşturulur; bir toplululuğun içinde ve parçası olmak önemlidir ve insanlar kimliklerini kısmen bundan edinirler. Toplululuk sadece bir kolektivite (öyle olmasına rağmen) değildir; aynı zamanda kendi içinde bir değerdir ve tek tek bireylerin toplamından daha fazlasıdır. Neoklasik ekonomiden kaynaklanan, herkesin kendi bireysel faydasını

23 Komüniteryanizm (toplulukçuluk), en temelde bir liberalizm eleştirisidir. Liberalizmin hipotezlerini yanlış, yol açtıklarını zararlı bulur. 20. yüzyılın sonlarında yükselen liberalizme bir tepki olarak Kuzey Amerika'da çıkmıştır. Liberalizmin bireyciliğini ağır biçimde eleştirir. Onu, komüniteyi/topluluğu yok/değersiz saymakla, toplumsal dayanışmayı zayıflatmakla suçlar. Liberal görüş, topluluğun birey haklarını korumayacağına inanır; komüniteryanlar ise bireyin kendini var edebilmek için bir topluluğa ihtiyaç duyduğuna. Komüniteryanizm, liberalizmin aşırı birey ve birey hakları vurgusu ile bireylerin atomizasyonuna zemin hazırladığını düşünür. Liberaller devletin tarafsız kalması gerektiğine, komüniteryanlar ise devletin topluluğu –olduğu haliyle– koruması gerektiğine inanırlar. Bu nedenle 'yeni Marksistler' olarak adlandırılımışlardır. Aslında tek tip bir komüniteryanizm yoktur. Farklı düşünürler farklı gruplandırma ismleri ile anılmaktadır; liberalizmi kesinlikle reddeden; muhafazakâr/cumhuriyetçi komüniteryanler, ya da liberalizmi tümden reddetmeyen (daha özgürlükçü) eşitlikçi/liberal komüniteryanlar... Hatta sağ ve sol komüniteryanlar gibi. Tüm bu gruplamalarda yer alan düşünürlerin belki de tek ortak noktası, liberal bireyciliğin eleştirisidir. Komüniteryanizme yönelik en ortak eleştiri ise belirsiz olduğudur. *–çev.*

(ya da tercihlerini) maksimuma çıkarmak için yaşadığı fikri aslında insana yabancı bir kavramdır, en azından bir dayatmadır. Bireyin bir topluluğa veya daha doğrusu muhtemelen birden fazla topluluğa üye olmasına dayanan bir kimliği vardır. Kuşkusuz bireylerin otonomisi vardır, ancak topluluk ya da toplum otonomisi kavramı da çok güçlüdür. Komüniteryanizmin ardında paylaşım ve mütekabiliyet (karşılıklı ödün ilkesi) gibi değerler yatar. İnsanlar; kimlik duygusu, kendini güvende hissetme ve hayatta kalma gücü gibi dayanakların kaynağını buradan aldığı için toplumsal katılıma dahil olurlar. Bu katılım yalnızca 'bireysel çıkar' değil aynı zamanda 'toplumsal çıkar' anlamındadır ve daha sonra her ikisi bütünleşir.

'Topluluk' ("community") terimi birçok şekilde yorumlanır. Sağlık ve sağlık hizmeti için daha çok coğrafik bir referansla kullanılır, zira sağlık sistemleri ve nüfusların sağlık sorunları coğrafi bölgeleri kapsamaya eğilimlidir. Ancak bu coğrafi bölgeler, çok küçük (örneğin, köy ve kasabalar) olabileceği gibi ulus devlet ve ötesinde küresel topluma kadar uzanabilir. Bu coğrafi bölgeler, aynı zamanda sağlık konusunda spesifik olabilecek farklı kültürel ve etnik grupları da kapsayabilirler.

Vatandaşlık komüniteryanizmle yakından ilişkilidir. Tüketiciyle vatandaş arasında önemli bir ayrım yapılmalıdır. Bu, Macpherson tarafından çok iyi örneklendirilmiştir:

> Bir kişi kendi tatmini için veya üstünlüğünü başkalarına göstermek için bir şeylere sahip olabilir ya da bir şeyleri tüketebilir... oysa kişinin keyif alması ve kabiliyetlerini geliştirmesi, ancak başka insanlarla temas etmesi ile ve toplumla ilişki içinde mümkün olur. Katılımcı demokrasinin işlerliği için de günümüzdekinden çok daha güçlü bir toplumsallık anlayışı gerektiğine dair kuşku yoktur (1977: 99-100).

Literatürde vatandaşlık konusunda adı en çok anılan Marshall, vatandaşlığı şöyle tanımlar:

> Üç kısım... sivil, politik ve sosyal. Sivil öğe bireysel özgürlük için gerekli olan haklardan oluşur... Politik öğe politik gücün uygulanmasına katılım hakkı ile ilgilidir... Sosyal öğe ise ekonomik refah ve güvenlik hakkından, sosyal mirastan tam pay hakkına ve mevcut toplumun standartlarına göre medeni bir varlık olarak bir yaşam sürme hakkına kadar geniş bir aralığı içerir (1950: 10).

Avineri ve de-Shalit'e göre, "komüniteryanler, topluma – aile, ulus ve diğerleri– karşı yüklendiğimiz özel sorumlulukları gerekçelendirmek için kişilerin bazı içsel (örneğin araçsal olmayan) değerlerle topluma tutunmak zorunda olunduğunu öne sürerler" ve diğer bireyci teoriler ile karşılaştırıldığında "komüniteryan teorinin, evrensel olmayan, daha çok özgün ve özel olan zorunlulukları daha iyi gerekçelendirdiğine inanırlar, zira, bu zorunluluklar bireyi oluşturan şeylerin bir parçasıdır" (1992: 3). Bu tip bir topluluk nosyonu, özellikle sağlık hizmetini bir meta olarak ele alan düşünceye karşı çok farklı bir dünya görüşü ile sonuçlanır. Metalaşmış sağlık hizmeti büyük ölçüde bireyselleşmiş bir şey olduğu için komüniteryanizme yabancıdır. Komüniteryan bakışla sağlık hizmeti sistemleri toplumsal kurumlara dönüşür ya da en azından böyle olmak için çok daha büyük şansları vardır.

Nobel ödüllü ekonomist ve filozof Amartya Sen'i komüniteryan olarak tanımlamak doğru olmaz. Ancak, bireyin ilgilerini bir bütün olarak değerlendirmek için Sen, bireyin sadece kendi iyilik halinin değil aynı zamanda, kişisel iyiliğin ötesine uzanan hedeflerle ilişkili olan "özne ('agency') başarısı ya da özne özgürlüğü" olarak adlandırdığı kavramların da göz önüne alınması gerektiğini öne sürer. Sen, özneyi şöyle açıklamaktadır:

> Bir özne olarak kişi, sadece kendi iyiliği tarafından yönlendirilmemeye ihtiyaç duyar ve özne başarısı ile kastedilen kişinin kendi koyduğu amaç ve hedeflerin toplamına bakılarak tanımlanan başarıdır. Eğer bir kişi, söz gelimi ülkesinin bağımsızlığını ya da toplumunun refahını ya da daha genel bir amacı hedeflerse, özne

> başarısı bu amaçların ışığında değerlendirilmeyi gerektirir, bu başarıların sadece kişinin kendi iyiliğine katkısı ışığında değerlendirilmesi doğru olmaz (1992: 56).

Sen, ülkesinin bağımsızlığı ya da toplumunun refahı gibi kavramları sadece örnek olarak kullanıyor olsa da her iki kavramın da komüniteryan bakış açısıyla uyumlu olduğunun altını çizmek gerekir.

Bu tartışmada, güven kavramı, komüniteryanizmin önemli bir bileşeni olarak görülebilir. Bireyci toplumlarda kuşku ve itimatsızlık hâkimdir; bağlılık (kohezyon) ve katılım daha az olasıdır. Komüniteryanizmin tek bir doğru tanımı olmadığını kabul ederken, yine de tüm yorumlarda bazı ortak anahtar öğeler olduğu unutulmamalıdır. Liberal filozofların liberalizm için ortaya attığı evrenselcilikle (üniversalizm), en azından Rawls'ın (1971) adalet teorisinde geliştirdiği şekliyle karşılaştırılınca, komüniteryanlar hem adalet hem de toplumsal değerleri bir toplumun içine gömülmüş olarak görürler. Komüniteryanların kavramsallaştırmaları ve bağlamsallaştırmaları, her bir topluma özeldir ya da en azından böyle olabilir. Bu durum işleri daha da karmaşık hale getirir: eğer ortak eşitlik kurgusu yoksa farklı ülkeler ve kültürlerde kaynakları adilane biçimde nasıl bölüştüreceğiz? Örneğin, İskandinavlar, ABD'ye kıyasla hem sağlık hizmetlerinde hem de daha genel olarak toplumsal yapıda eşitliğe daha fazla ağırlık verirler. Avustralya gibi kayda değer yerli nüfusun bulunduğu bir ülkede, Aborjin ve Aborjin olmayan gibi iki farklı kültür arasında 'adil' olmaya çalışmak kaçınılmaz olarak güçtür. Aynı zamanda sağlığın yapısı kültürel olduğundan eşitlik nosyonu –eşit sağlık ihtiyacı için eşit erişim– ile uğraşmak potansiyel olarak problemlidir. Elmalar ile kalemleri, neyin adil olduğu konusunda aynı fikirde olmayan ve elmalar ile kalemlere farklı değerler atfeden iki gruba adil biçimde bölüştürmek için bir yol bulmak çok zordur! Bu

problem için bölümün ilerleyen kısımlarında sunduğum benim çözümüm, mükemmel değilse de faydalı olabilir.

Wilkinson, komüniteryan bir perspektiften, şu saptamayı yapar:

> Birbirimizin farkında olmak konusunda emosyonel yeteneğimizin genişlediğinin (belki de derinleşmek demek daha doğru) farkında olmalıyız. Bir zamanlar insanlar açıkça yakınındakiler ve sevdikleri dışında diğer insanların acılarından etkilenmezken, ahlaki evrenimizin sınırları genişliyor görünmektedir; birbirimizi fark etme eğilimimiz aileden sınıfa, sınıftan ulusa ve şimdi de en azından bazıları için insan ırkının büyük çoğunluğuna doğru yavaşça genişlemektedir (2005:296).

Yukarıdaki görüşe katılıyorum; fakat neoliberalizm altında hümanizm, insancıl olmaya hazır değil; örnek olarak mültecilere nasıl muamele edildiğine bakabiliriz.

Liberalizmin sözde üniversalizmi, sağlık bağlamında Adams tarafından sorgulanmıştır. Adams, 'uluslararası arenalarda epistemoloji (sağlık ve nedenlerinin teorizasyonu)'nin bir eşitlik düşüncesi' yazısında bu konuya değinir (2004:3). Adams şöyle sonuçlandırır: "bu değerlendirmeler, kümülatif olarak, sağlık ve sağlıkta eşitlik için, etiğin betimlenemeyen alanlarına işaret eder." Esasen bunun anlamı, basitçe söylemek gerekirse, bu fenomenleri açıklayacak kelimeleri bulamayacağımızdır.

Komüniteryanizm, evrensel bir felsefe olmak gibi bir iddiada bulunmadığı için bazı avantajlara sahiptir. Komüniteryanizm ülkelere ve kültürlere özgü olabilir. Elbette toplulukların, Nazi Almanya'sı toplumunda olduğu gibi, şeytani olmayacağının bir garantisi yoktur. Komüniteryanizm kendi başına iyi değildir, sadece topluluk onu kullanırsa iyi olur. İyilik için başarı şansı, bireylerin bir topluluğa daha bütünleşik/entegre olduğu toplumlarda daha fazladır. Bu noktada Dworkin (1989), entegre bir topluluk için "herkesin, her inançtan ve ekonomik dü-

zeyden insanların, kişisel çıkarları vardır... sadece kendisi için değil başka herkes için de adalet vardır." görüşlerini öne sürer. Bu nedenle iyiliğin garantisi yoktur, ancak şans daha yüksektir.

Komüniteryanler sadece toplumun şekli ile değil, toplumun şekillendirilmesi ile de oldukça ilgilidirler. Bunun vatandaş sıfatıyla bireylere bırakılamayacağına inanırlar. Burada iki önemli uyarı yapılmalıdır. İlki, toplumun bu tarz şekillendirilmesi bilgilendirilmiş bir temele dayanacağı için, mutlaka bütün vatandaşların eğitilmesine çaba göstermek gerekecektir. İkincisi, toplumun homojenliği ve toplumsal dayanışmanın derecesi gibi faktörlere bağlı olarak, azınlık gruplarının hak talepleri çoğunluk tarafından yeterince tanınmayabilir. Bu soru ve toplumda buna izin verilip verilemeyeceği, tartışılmaya ve çözülmeye muhtaçtır.

Tercih düzeyleri

Farklı tercihlerin nasıl değerlendirileceği, çözümlenmesi gereken bir sorundur. Çikolata örneğini alalım. Arada sırada kendimi şımartmak üzere çikolata tercihi için bir 'dürtüm' var. Aynı zamanda fiziksel olarak zinde olmayı istiyorum ve aşırı miktarda çikolatanın benim için iyi olmadığını biliyorum. Bu durumda daha derin ve uzun vadeli ikinci bir tercih düzeyi söz konusudur. Aynı zamanda toplumun bir üyesi olarak, toplumun diğer üyeleri ile birlikte, çikolatanın zararlı olduğu görüşüne toplumsal bir perspektif açısından varabileceğimi ve böylece toplum olarak çikolataya daha az bağımlı olmayı denememiz gerektiğini kabul ediyorum. Böylece şimdi üçüncü düzey tercihlere sahip oluruz. Bunlar komüniteryan tercihlerdir.

Richard Titmuss'un 1970'de basılan *The Gift Relationship* isimli kitabının kan verme ile ilgili bölümünde, bunun gönüllü ya da ticari olarak yapılmasının ne kadar büyük değişiklik ya-

ratacağı gösterilmiştir. Yazar, kan vermenin gönüllü olmasının daha doğru olduğunu ortaya koyar: "Bir yabancıya vermedeki fedakârlık/özgecilik (altruizm), kan bağışı ile başlamaz ve bitmez. Yaşamın tüm yönlerine dokunabilir... İnsan aktivitelerinin bir alanında özgecilik ruhundaki azalma, başka bir yerde, tavırlarda, güdülerde ve ilişkilerde benzer değişikliklere yol açabilir." Bu, iş başındaki komüniteryanizmdir.

Komüniteryan tercihler, vatandaş sıfatıyla vatandaşların tercihleri, normalde ekonomistler tarafından göz ardı edilir. Bunun nedeni, ekonomistlerin çoğu kez insanları vatandaş olarak algılamamalarıdır. Fakat, bizim bu düzeyde de tercihlerimiz vardır. Ülkemizle gururlanmak isteriz, toplumumuzun temiz ve adil olmasını isteriz. Devletimizin iltica talep edenlere, küresel ısınma sorununa veya yoksullara nasıl muamele ettiği ile ilgili tercihlerimiz vardır. Kurumlarımıza önem veririz. Örneğin, adalet sistemimiz adil mi? Sağlık sistemimizin herkesi eşit olarak kapsaması için durumu bizden daha kötü olanlardan daha fazla vergi vermemiz gerektiği gerçeğini değerli bulabiliriz.

Tercihlerin bu üç düzeyi ile boğuşmaya çalışmak zordur. Bu yüzden 'yeni' düzeye; komüniteryan tercihlere yoğunlaşmak gerekir.

Komüniteryan hak talepleri

Yirmi yıl önce John Broome, hakkaniyet konusu ile uğraşırken, bir kişinin bazı mal ve hizmetleri neden alması gerektiği konusunda nedenleri 'haklar' ve 'diğerleri' olarak ayırmayı savundu (1991:61). Yazar, bir şeye sahip olmak üzere hak talebinin "o kişi için o şeye sahip olmasını gerektiren bir görev olduğu" anlamına geldiğini öne sürdü. Broome'a göre hak talepleri, "hakkaniyetin nesneleridir."

Daha önce Broome'un hak talepleri kavramından ilerleyerek, bunu, komüniteryanizm ile daha ilgili duruma getirmeyi önermiştim. İlk olarak 'komüniteryan hakları' toplumun karşılamak ya da dikkate almakla sorumlu olduğu bir haklar alt kümesi olarak önerdim. Böylece, komüniteryan haklar toplum tarafından sahiplenilen görevler haline gelir.

Bu haklar komüniteryan haklar olarak adlandırılır, çünkü nelerin hak olacağına ve bunların hangi ağırlıkta olacağına karar verecek olan toplumdur. Aynı zamanda toplumun üyelerinin, bu süreçte yer aldıkları için kendilerinde bir değer görecekleri düşünülür.

Bu düşünceyi harekete geçirirken 'talep' ("claim")' sözcüğünün bu bağlamda ideal olmadığını fark ettim, zira gündelik dilde talep sözcüğü talepten fayda sağlayacak kişinin çaba göstermesini –talepten faydalanacak kişinin aktif rol almasını– gerektirir.

> "Talep ediyorum" ya da "talep ediyorsun" ifadeleri, aslında "kendi adıma talep ediyorum" ya da "kendi adına talep ediyorsun" ifadelerinin kısaltılmış standart kullanım halleridir. Burada toplum olarak biz, kaynakların nasıl ve hangi önceliğe göre yönlendirileceğine –sağlık hizmeti kaynaklarını paylaştırmak için nelerin uygun kriterler olduğuna– karar verir, toplum olarak mevzubahis kaynaklar için farklı grup ve bireylerin taleplerini hangi ağırlıkta göreceğimizi belirleriz. Kaynakların nasıl paylaştırılacağını belirleyen farklı grupların talepleri için bizim tercihlerimiz, toplumun tercihleridir. Farklı potansiyel alıcı grupların ve bir bütün olarak toplumun özelliklerine göre talepleri tanımlama ve ağırlıkları belirlemede neyin uygun olduğuna karar veren yine biz, yani toplumdur (Mooney and Russell 2005).

Bunun anlamı, kaynakların nasıl paylaştırılacağını belirleyecek değerlerin topluma ait olduğudur. Toplum taleplerin kaynaklarını saptar ve farklı taleplerin ağırlıklarını tanımlar.

Uygulamada hak talepleri

Nelerin talepleri oluşturacağı ve bunların ağırlıklarına ilişkin kestirimlerde bulunabiliriz: yaş, sosyoekonomik durum, etnisite, zamanlama ve dağılım, kır/kent, alternatiflerin varlığı, bakmakla yükümlü olunanların varlığı/yokluğu, alıcıların toplumda katkı koyan ya da tüketici pozisyonunda olması vb. gibi. Bu faktörleri tesis etmek için araştırmalar yapmak gerekir ve bir toplumdan diğerine farklılık göstermeleri olasıdır.

Bir örnek olarak, vatandaşlar jürisi ile oluşturulan talepleri verebiliriz (bkz. Mooney 2010). Vatandaşlar jürisi aşağıdaki temel talepler listesini oluşturmuştu. Bunlar özel bir sıra halinde değildir, bir spesifik vatandaş grubu tarafından oluşturulmuştur. Liste okuyucunun gözüne 'ham' gelebilir. Ancak burada bütün mesele, liste hazırlık sürecine dinamik bir katılım örneği yaratılması ve belirli bir toplum içinden farklı katılımcıların değişerek yer aldıkları bu süreci 'adil' ve amaçlarına (komüniteryan) uygun bulmalarıdır.

- Sağlık problemi olanlar
- Bir haksızlığa maruz kalmış insanlar
- Yoksul olmak
- Kırsal alanlar
- Yaşlılık
- Çocuklar
- Aborjinler
- Aşırı kilolular/obezler
- Savunmasız/marjinalize edilmiş gruplar
- Kötü erişim
- Topluma geri bildirim
- İşsizlik
- Zihinsel rahatsızlık

- Kronik hastalık
- Korunma/sağlığın geliştirilmesi.

Bu örnekte pek şaşırtıcı olmayan çok sayıda temel talepler yer almıştır. Anahtar rolde olanlar:

- Sağlık problemi olanlar
- Marjinalize edilmiş/savunmasız popülasyonlar, özellikle Aborjinler ve zihinsel rahatsızlığı olanlar
- Çeşitli gerekçelerle erişim engelleri, fakat özellikle yoksulluk ve coğrafik engeller –kırsal bölgeler.

Kaynaklar üzerindeki yüksek ve güçlü hak talepleri, büyük ölçüde yoksulluk yüzünden, dezavantajlı olmaktan, Aborjin olmaktan ve zihinsel hastalıklardan dayanak almaktadır. Bu faktörler, sağlık hizmetinin enerji ve kaynaklarını en iyi biçimde adayacağı faktörler olabilir.

Hak talepleri güçlerine göre sıralandığında, yoksulluk, sağlıksız olma ve Aborjin olmanın önüne geçerek en güçlü hak talebi olmaktadır. Hak taleplerinin toplulaştırılması mümkün değildir, fakat açıkça yoksulların, Aborjinlerin ve sağlığı kötü durumda olan insanların hak taleplerinin gücü yüksek olacaktır.

Taleplerinin güç sıralamasını bu jüri belirledi. Yoksul insanların (yıllık hane geliri 30.000 doların altında olanlar) etkisi, zenginlere (ortalama 100.000 dolar) kıyasla 4'ün üzerindeydi. Sağlıksız bir durumda olmaya (yaşam beklentisi 60 yıl) karşı sağlıklı olma (yaşam beklentisi 80 yıl) için bu oran ikiye-bir'di. Aborjinlere karşı Aborjin olmayanlar için oran 2'nin hemen altındaydı. Ek olarak, 'taleplerinin gücü', çocukların yetişkinlere ikiye-bir, yaşlıların yetişkinlere bir buçuğa-bir ve erkeklerin kadınlara bire-bir idi.

Sonuç

Bu bölümde yeni bir sağlık ekonomisi önerimin kavramsal ve teorik dayanaklarını açıklamaya çalıştım. Burada kilit düşünce, vatandaşların sağlık ve sağlık hizmeti planlamasında gerçekten yer almasıyla iktidarın vatandaşlara geçmesi, topluma ve dolaylı olarak komüniteryanizme vurgu yapılması ve komüniteryan hak talepleridir. Gerçekte işin anahtarı iktidarın el değiştirmesidir. Meselenin temeli, ciddi olarak bilgilendirilmiş/aydınlatılmış (bilinçli) insanların, vatandaşların, sağlık sistemlerinde ve toplumda seslerini duyurmasına izin verilmesidir.

13

Sağlık Hizmetinde Çözümler



Komüniteryan haklar üzerine sağlık hizmeti nasıl inşa edilir?

Önceki bölüm yeni sağlık sisteminin teoride nasıl tasarlanabileceği temeli üzerine kuruldu. Burada ise olası çözümlere daha ayrıntılı ve daha pratik bir yoldan bakmak istiyorum. Sağlık hizmetlerini organize etmek için evrensel bir 'doğru' yoktur, bu nedenle bir reçete yazmak mümkün değildir. Gerçekten de, bu kitabın tartıştığı sosyal ve kültürel temellerin sağlık hizmeti organizasyonlarına dayanak olması gerektiği göz önüne alındığında, kaçınılmaz ve doğrusu olarak, farklı toplumlarda farklı formlarda sağlık hizmetleri olacaktır. Yine de, bazı temel konulara daha pratik bir düzeyde açıklık getirilecektir.

Sağlık hizmetinin ekonomi politiği

Sağlık hizmetindeki mevcut sorunların üstesinden gelmek için üç aşama vardır: İlki, sağlık hizmetinde kaynakların dağı-

tılması üzerinde şu anda kim güç kullanıyor, aslında kim ve ne düzeyde güç kullanmalıdır meselesini tartışma ihtiyacına ikna olunması; ikincisi, bu yol sayesinde konunun ekonomi politiğin alanı içinde olduğuna dair geniş bir farkındalık yaratılması; ve üçüncüsü, gücü vatandaşlara devrederek sağlık sektörünün doğasını, finansmanını, ilkelerini ve öncelikleri değiştirmek için çaba gösterilmesi. Bunun anlamı, sağlık sistemlerinin komüniteryan ilkelere dayalı toplumsal bir kurum olarak görülmesi ve tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine aktif katılımlarının sağlanması ya da en azından sağlık hizmetinin temel ilkelerinin belirlenmesine aktif katılımlarının sağlanması demektir.

Yerel sağlık sorunları ve çözümlerinde karar verme süreçlerinin 'yerelleştirilmesi' de oldukça değerlidir. Tabii ki sağlık hizmetlerinde her karar yerel çerçevede oluşamaz; söz gelimi her birkaç bin kişi için bir eğitim hastanesi yapılamaz. Fakat çoğu sağlık ve sağlık hizmeti sorunu yereldir ve sağlık hizmetinde oldukça yaygın olan yukarıdan aşağıya yapılanma yerine aşağıdan yukarıya bir yapılanma yaratmak kuşkusuz çok iyi olacaktır. Burada önerilen şey böyle bir yaklaşımı desteklemektir.

Kilit, ekonomi politiktir. Bununla kastettiğim şey, sağlık hizmetini toplumsal etkinlik ve toplumsal eşitlik olarak adlandırdığım kavramları kucaklayacak şekilde harekete geçirmektir. Bu iki şey, politika analizi ve sağlık hizmeti yönetimi gereklidir. İlk olarak, sağlık hizmetinde karar almada gücün nerede yer aldığının açık bir tanımına gereksinim vardır. İkinci olarak, bu güç hizmet edilen topluma ve halka devredilmelidir.

Bu argüman ya da bu strateji için kanıt basittir. Sağlık hizmeti sistemlerinin neredeyse herhangi birine bakın (önümüzdeki üç bölümde benim bakacaklarımın bazıları farklı olsa da), ne görürüz? Fayda (sağlık?) maksimizasyonu hedefi? Sağlık hizmeti kaynaklarının adil dağıtımı? Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının böyle hedefleri izlemek için eğitildiği ve görev-

lendirildiği? Kaynakların kim tarafından ve nasıl dağıtıldığında şeffaflık? Hayır. Ve bu kitabın sormaya çalıştığı soru basittir. Neden olmasın?

Daha önce incelenen bazı olgu çalışmaları, yanıtların bir kısmını vermektedir; sosyal etkinlik ve eşitlikten ne çıkacağı için farklı bir öykü anlatır. Yedinci bölümde gösterildiği gibi Güney Afrika'da sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı, özel sektörde nüfusun yüzde 16'sına gitmektedir, nüfusun bu kısmı zaten ekonomik olarak daha iyi –çok daha iyi– olan insanlardan oluşur ve bunlar diğer insanlardan önemli ölçüde daha sağlıklıdırlar. Diğerleri –yüzde 84'ü oluşturan yoksullar ve çok yoksullar– geri kalan yüzde 50 sağlık harcamasına bel bağlarlar. Böylece, Güney Afrikalıların sadece kamu sağlık hizmetlerini kullanan, ancak yoksul olan ve çok daha fazla hastalık yükü taşıyan büyük kısmı, kişi başına harcamanın ancak altıda birini alabilir. Bu duruma, hiçbir dilde etkin veya adil denemez. Burada, Bob Evans'ın (1997) klasik örneği ile karşı karşıyayız: Özel sektörde zengin ve güçlü olanların kendilerine bakılmasını garanti altına aldıkları ve hekimlerin gönüllü suç ortaklılığı yaptığı klasik durum. Zenginler sadece kendi sağlık hizmetlerini öderler, diğer insanların da kendi standartlarında sağlık hizmeti almasını sağlamak için vergiler üzerinden katkı yapmaktan kaçınırlar. Bunu, hekimlerin, zenginlerin arzuları ve onlara sağlık hizmeti sunmak için çalışarak iyi para kazanmaları gerçeği takip eder. Hekimler taşrada yoksullarla uğraşmak yerine hem finansal hem de ruhsal olarak zenginlere hizmet etmeyi tercih ederler.

Ekonomik gücü olanlara hizmet eden organizasyonların baskıları karşısında, sosyal etkinlik ve eşitlik amaçlarının ne kadar savunmasız olduğunu görmek için, Güney Afrika'da özel sektörün kendi arazisini korumak ve ulusal sağlık güvencesi programını engellemek üzere gösterdiği çabalara bakmak yeterlidir.

Pratikte gerekli olan büyük değişim, sağlık sistemlerinin idaresini değiştirmektir. Buna, sağlık hizmetlerini ve her türlü diğer yerel kurumları, toplumsal kurumlar olarak görmekle başlanmalıdır. Bu kurumların gerçekten halka hizmet etmesi ve toplumun değerleri ile yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

Bir diğer gereklilik şeffaflığın arttırılmasıdır. Şeffaflığa özellikle önceliklerin belirlenmesi meselesinde ihtiyaç vardır. Bu konu mevcut durumda kafa karışıklığı ve belirsizlikle öyle örtülmüştür ki, herhangi bir kişinin önceliklerin nasıl ve niçin saptandığını anlaması olanaksızdır. Gerçekten, çoğu sağlık sisteminde durum o kadar kötüdür ki, önceliklerin düzenlemesi için hiçbir açık sistem yoktur ya da mevcut olan bir dilekler listesinden ibarettir.

Günümüz sağlık sistemlerindeki hastalıkların bir nedeni de açık, akılcı bilinçli bir öncelikler sisteminin olmamasıdır. Çok alkış alan Oregon sağlık hizmeti öncelikler sistemi (Dixon and Welch 1991) ihtiyaç duyulanın soluk bir kopyasıdır. Başlangıçta girişimler, faydalar ve maliyetler (bu iyi bir şeydi) bakımından sıralanmaya çalışıldı, fakat daha sonradan politik nedenlerle maliyetlerden vazgeçildi. Bu oldukça tuhaftı, zira önceliklerin saptanmasına duyulan ihtiyaç harcamalarda ve dolayısıyla maliyetlerde bir sınır olması zorunluluğudur. Bunun yanı sıra, ABD temelli Oregon yaklaşımı, önceliklerin saptanmasında ne kadar girişimin yapılması gerektiği ve kimin için yapılması gerektiği konularını dikkate almakta başarısızdı.

Sağlık hizmeti için bir anayasa

Çok açıkça, sağlık hizmeti tüm vatandaşlar tarafından komüniteryan haklar üzerinden düzenlenmiş bir anayasa ile desteklenmelidir. Böyle bir anayasa, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve işleyişine temel oluşturacak bir ilkeler ve değerler

dizinidir. Çoğu ülkenin vizyonlarını ve hedeflerini içeren bir ana beyanı mevcuttur, ancak bildiğim kadarıyla bunların pek azı doğrudan toplum tarafından hazırlanmış, iyi düşünülmüş ilkelere dayanmaktadır. Sağlık sistemleri genellikle hedef ve amaçlara sahiptir; bu iyi bir şeydir. Sorun bunların ender şekilde toplumun görüşlerine dayalı olmasıdır. Toplumu böyle bir hedef düzenleme hazırlığına dahil etmek iyi olabilir, ancak anayasa fikri biraz daha farklıdır.

Ekonomist Vanberg (1994) organizasyonların üç tip olabileceğini öner sürer: Takas ya da piyasa temelli olabilirler, hedef yönelimli olabilirler ya da anayasal bir paradigmaya dayanabilirler. Çoğu sağlık hizmeti sistemi, pazar temelli (ya da sonuçsalcılığın piyasa ideolojisine yoğun biçimde yaklaşan) ya da hedef yönelimlidir ve böylece aslında ya sonuçsalcı ya da sonuç odaklıdır. Görebildiğim kadarıyla, çok azı bir dizi ilkeye dayalıdır ve neredeyse hiçbiri doğrudan toplum tarafından hazırlanmamıştır.

Sağlık hizmet sistemi, bir organizasyondan başka bir şey değildir; vergileri ya da sigorta primleri ve/veya doğrudan ödemeleri kullanarak bir topluluğa ya da topluma –özellikle de ihtiyaç duyulduğunda– sağlık hizmeti vermek için çalışır. Sağlık hizmetinin nasıl ödendiği toplum için önem arz eder ve bir tür çapraz sübvansiyona sahip olmayan –her zaman zenginlerden yoksullara değil, özel sağlık sigortalarında olduğu gibi zenginden (sağlıklı) zengine (hasta) aktaran– bir sistem yok gibidir. Böyle çapraz sübvansiyon kuralları nasıl düzenlenecek? Çoğu örnekte bu belirsizdir.

Yine, hiçbir sağlık sistemi, herkes için her sağlık hizmetini hedeflemediği veya hedefleyemediği için erişim sorunu ortaya çıkar. Kime ve ne kadar? Ve bunlara kim karar verecek? Sistemin üyeleri arasında kısıtlı kaynaklar, farklı üyeler için hangi kurallar uyarınca dağıtılacak? Bu kuralları kim belirle-

yecek? Sağlık sistemi, "kendi" önceliklerine karar vermek zorunda kalacaktır; farklı hastalıklar, farklı yaş ve etnik grupları veya hastalık grupları arasından hangisi daha öncelikli olacak? Ne kadar tedavi? Ne kadar koruma? Ne kadar palyatif bakım?

Bu nedenle, sağlık hizmeti sistemleri için savunduğum şey, sistemin hizmet edeceği popülasyonun değerlerine dayanan, bir anayasa üzerine kurulmuş, toplumsal kurumsal bir etos'u benimsemeleridir. Bu beraberinde ne getirebilir? Vanberg, bunu şu şekilde açıklıyor:

> Anayasal bir perspektiften, bir organizasyona atfedilen asıl tanım, çıkarları veya hedefleri ne olursa olsun bir grup insanın, kaynaklarının bir kısmını belirli anayasal kısıtlamalara, kuralları değiştirmeyi de içeren bir kurallar dizinine sunmalarıdır. Atfedilen ortak çıkar ya da hedef değil; ortak bir anayasa bir organizasyonun esas temeli, üyelerini birbirine bağlayan bağlantıdır. (1994:138)

Vanberg'in altını çizdiği bir nokta daha da önemlidir: "Tipik olarak bir firmanın müşterileri, organizasyonun üyeleri olamazlar ve firmanın karar alma süreçlerinde yer almak için hiçbir anayasal hakları yoktur (1994:139). Günümüzde, sağlık hizmetinde 'müşteriler' ya da 'tüketiciler' açıkça, firmanın karar alma süreçlerinde yer almak için hiçbir anayasal hakka sahip değildirler.

Sağlık hizmetinde son yıllarda piyasanın dili oldukça güçlü biçimde yerleşti; artık tedarikçilerimiz, iş planlarımız, tüketici ve müşterilerimiz var. Sağlık hizmeti tartışmalarında, hasta sözcüğü çok edilgen veya itaatkar bulunduğu için atıldı. Bu doğru olabilir, ancak müşteri ve tüketicilere geçmek, hastaları bütünüyle piyasanın talep kısmına terk etmektedir. Burada, talebin oldukça bireyci ve genellikle büyük bir belirsizliğe dayanan doğası göz önüne alındığında, sağlık hizmeti piyasasında karşılanma potansiyeli minimaldir. Arz tarafı ağır basar. Arzın

ağırlık kazanması durumunda politikacılar, arz tarafını toplumun isteklerini yansıtacak biçimde destekleyecek olsalar bir sorun oluşmaz. Bu ender olarak gerçekleşir; olacağını varsaymak sağlık hizmeti planlamasında tıp mesleğinin ve meslek örgütlerinin (tabip odaları) gücünü görmezden gelmek demektir. Bunu anayasa bakımından bir gerçeğe dönüştürmek için daha önce bahsettiğim aşağıda da ayrıntılı tartışacağım vatandaş jürilerini, bir katılımcı demokrasi şekli olarak savunuyorum.

Tüm vatandaşları sağlık hizmeti planlamasına yoğun biçimde dahil etmek uygulanabilir bir şey değildir. Atina demokrasisi caziptir, ancak fırsat maliyeti oldukça yüksektir. Belirtiğim üzere, sağlık hizmetinde toplumsal tercih olarak bir ilkeler dizini –bir anayasa– tasarlamamızı ve benimsememizi teklif ediyorum. Bu politika ve eylemlerin dayandırılacağı bir ilkeler dizini gerektirir; örneğin eşitlik ne kadar önemli ve nasıl tanımlanabilir? Sadece yatay eşitlik, eşitlerin eşit tedavisi için mi kaygı duyulmaktadır; yoksa dikey eşitlik ve eşit olmayanlar için eşit olmayan ancak adil tedavi için de kaygı duyulmakta mıdır? Bir anayasa bireysel otonomiye saygı, bireylerin tedaviyi reddetme hakkının güvenceye alınması, sadece sonuçların mı dikkate alınacağı, yoksa süreçlerin (karar verme süreçleri gibi) de değerlendirilip değerlendirilmeyeceği konularını kapsayabilir. Hatta halk sağlığında hangi bağlamda toplumun tercihlerinin dikkate alınacağını ve ne zaman değerlendirme meselelerinin uzmanlara bırakılacağını ifade edebilir.

Bir adım geri atıp toplumların hangi ilkeler üzerine sağlık sistemlerini kurmak isteyeceklerini düşünelim. Sağlık hizmetinin uygunluğu, kanıta dayalılığı, sağlık sonuçlarının ölçümü, hepsi olabilir, ancak sağlık sistemini yürüten ve yürütmesi gereken değerler açıkça belirlenmediği takdirde bunlar, ne tatmin edici ne de kapsamlı biçimde ele alınabilirler. Bu değerler dizini, toplumdan gelmelidir.

Yapılması gereken, eleştirel olarak bilgilendirilmiş halkın tercihlerini sağlık sistemi karar verme süreçlerine dahil etmektir. Böylelikle tüm karmaşıklıklar ve Atina demokrasisinin bedeli önlenmiş olur. Bu değerleri oluşturmak için toplumun sesine kulak vermek ve anayasayı işler hale getirmeyi 'uzmanlara' bırakmak gerekir.

Sağlık sistemlerini toplumsal kurumlar olarak ele aldığımızda bunlar, sosyal sistemlere daha yakın hale gelirler; girdileri yalnızca sağlık hizmeti kaynaklarından değil, vatandaşların kaynaklarından oluşur. Bu en çok, hastaların düzeyinde ve onların toplum içindeki kariyerlerinde görünür hale gelir. Vatandaşlar, aynı zamanda, zaman ve emekleriyle, bilinçli tercihleriyle sağlık hizmeti prosedürel ilkelerine, anayasasına katılabilirler

Freedman (tarih yok), sağlık sistemini, sadece sağlık hizmeti sunmak için bir yol olarak değil, bir toplumsal kurum olarak düşünmemiz gerektiğine katılır. Milenyum Kalkınma Hedefleri (MKH) ile ilişkili olarak bu değerlendirmeyi yapar. Hedefleri oluşturmak için şunları önerir:

> Büyük ölçüde yukarıdan aşağıya bilindik basamaklar sırasıyla, teknokratik bir yaklaşımı davet eder: Hastalıklarının/durumlarının birincil sebeplerini belirle; insidans ve prevalansı ölç; bu nedenleri önlemek veya tedavi etmek için gerekli olan tıbbi girişimleri tanımla; bu girişimler için en maliyet-etkin verim sistemlerini belirle; maliyetleri hesapla; işin yapılması için "politik istenci" savun. (*a.g.e.* 1)

Lucy Gilson, sağlık sistemlerinin "sadece sağlık ve sağlık hizmeti üreticileri olmadığını, aynı zamanda geniş bir toplumsal norm ve değerler dizininin tedarikçisi" olduğunu öne sürmüştür (2003: 1461). Bunların toplumun değerlerine dayanması gereken toplumsal kurumlar olduğuna katılırım. Sağlık hizmetini, tamamen mekanik biçimde sağlık dağıtan bir fabrika

gibi görmek yanlıştır. Hizmet edilen topluluk basitçe 'edilgen' tüketiciler değildir. Çoğu zaman unutulsa da, insanlar kaçınılmaz olarak sağlık hizmeti üretim sürecinin bir parçasıdırlar. Bu insanlar aynı zamanda toplumu oluştururlar. Toplum ise gelişebilmek için toplumsal kurumlarına bağımlıdır. Sağlık hizmeti, eğitim, hukuk sistemi, gibi diğer toplumsal kurumlardan biridir. Bu kurumlar bir toplumun gelişmesinde ya da başarısız olmasında kritik rol oynarlar.

Güney Afrika'da geliştirilen Ulusal Sağlık Güvencesi (USG) taslağı buna bir örnektir (Department of Health 2011). Böyle bir program, açıkça bütün Güney Afrikalılara sağlık hizmeti sunmak için tasarlandı. Benim argümanım, USG'nin bundan daha fazlası olduğudur. USG, Güney Afrika'da daha birlik içinde bir ülke inşa edilmesine yardım eden ya da edecek bir toplumsal kurumdur. USG bu derinden parçalanmış ülkede diğer sosyal olarak birleştirici kurumların oluşturulması için yol gösterecektir. Güney Afrika'da USG tartışmalarının nasıl yürüyeceğini, sadece sağlıkla kısıtlı mı kalacağı ya da daha bütünleşmiş ve adil bir topluma ilerlemesine yardım edecek toplumsal kurumlara mı dallanacağını izlemek ilginç olacaktır. Beklemek ve görmek zorundayız.

Başka yerlerde olduğu gibi, Güney Afrika için de benim savunduğum, sağlık sistemini komüniteryan bir çatı içine kurmaya çalışmaktır. Böylece birbirine daha çok bağlı bir toplumsal yapının oluşmasına yardımcı olunur. Böyle bir bağlılık ya da dayanışma, neoliberalizmin yaydığı bireyciliğin panzehiri olabilir ve sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki literatürün önerdiği üzere, halk sağlığını olumlu etkiyebilir. Aynı zamanda toplumsal katılımı artıracaktır; sosyal yalıtım azalacak, insanlar komşularını daha çok tanıyacak ve iletişim kuracaktır.

Bunu desteklemek için sağlık hizmetleri kaynak dağıtımı konusunda çeşitli tartışmalar yürütmek ve planlama deneme-

leri yapmak gerekir. Sadece hedef ve amaçları belirlemek yeterli olmaz; bu planları gerçekleştirmek için gerekli olan ilkeler üzerinde çalışmak gerekir. Pratikte çoğu zaman benim önerdiğim şekliyle değerler üzerinde çalışmaktan kolaylıkla vazgeçilir ve planlama bütünüyle teknokratik bir egzersize dönüşür. Güney Afrika USG Taslak Önergesi'nde, birinci basamak sağlık hizmetinin nasıl tartışıldığı bunun bir örneğidir (Department of Health 2011). Bütün vurgu neredeyse tamamen nasıl yapılması gerektiği üzerinedir. Bu hizmetin hangi değer temeline dayanması gerektiğine dair çok az şey vardır. Altta yatan ilkelerden biri eşitlik midir? Eğer öyleyse, bu nasıl tanımlanacaktır? Kamu sağlık hizmetinde karar süreçlerinde şeffaflık bir sorun mudur? Bu nasıl tanımlanacaktır? Ne hakkında şeffaflık, kime şeffaf olunacaktır? Diğer bir deyişle Güney Afrika sağlık hizmeti için anayasa ne olacaktır?

Zor olsa da, bu soruların yanıtlanmaya ihtiyacı var. Şu anda çoğu sağlık hizmeti planlamasında bunlar göz ardı edilir; odak sıklıkla dar biçimde tanımlanmış teknokratik hedeflerdir. Bu sorular genellikle uzun vadeli yanıtlar gerektirir. Politikacıların ve sağlık hizmeti konusunda karar vericilerin ömrü ise daha kısa sürelidir. Uzun ömürlü olanlar ve her daim ortada bulunacaklar sağlık sisteminin hizmet verdiği vatandaşlardır. Bir toplumsal kurum olarak sağlık sistemine Stephen Jan'ın (2003) 'güvenilir taahhüt'[24] diye adlandırdığı verebilecek olan bu insanlardır.

24 Taahhüt ("commitment") gelecekteki bir işi yapmak üzere söz vermektir. Kamu sektörü organizasyonlarında, polik amaçlar ve inisiyatifler yüzünden karar süreçleri genellikle kaymakta olan bir kurumsal zeminde yapılması gerçekleşir. Bu da kısa vadeli seçeneklerin tercihine yol açar. Bu tür bir miyopluk, organizasyonun amaçlarına ve uygulamalarına da yansır. Oysa organizasyonların başarısı için uzun vadeli planlamalar yapabilmelerine imkân tanımak gerekir. Bu genellikle kendiliğinden olmaz. Örneğin devlet gibi bir üçüncü öznenin koordinasyon için kolaylaştırıcı olarak devreye girmesi gerekir. Devletin alacağı önlemler, örneğin sağlık hizmetinde uzun dönem sözleşmeler, yasalar, teşvik ödemeleri, güvenilir taahhüt ("credible commitment") denen uzun erim anla-

Vatandaş jürileri

Komüniteryan değerlere en azından yaklaşan ve komüniteryan hakların inşasına yardım eden pek çok katılımcı demokrasi formu vardır. Benim tercih ettiğim yaklaşım vatandaş jürileridir (Mooney ve Blackwell 2004). Toplumun temsili bir kesimini bir araya getirmek üzere vatandaşlar rasgele seçilir. Bir grup uzman bu vatandaşlara bilgileri sunar ve ardından vatandaşların uzmanlara çeşitli sorular sormasına olanak verilir. Jüri daha sonra öğrendikleri üzerinde tartışması için serbest bırakılır. Jürinin bir mesele üzerinde uzlaşmaya varması beklenir. Bu meseleler genellikle, sağlık sisteminin hangi değer ve ilkeler üzerinden kurulmasını istedikleri hakkında olur. Süreç boyunca kendilerine toplumu temsil eden vatandaşlar olarak burada bulundukları, kaynak kısıtlılığı ile yüzleştikleri ve bu yüzden öncelikleri belirlemeleri gerektiği vurgulanır. Elbette böyle jürileri diğer amaçlar için de kullanmak mümkündür, ancak deneyimlerime göre jüri üyeleri kendi alanlarında olmadığını düşündükleri konularda yargıya varmaları istendiğinde geri çekilmektedir. Örneğin, kalp hastalıkları için ilaç seçiminin kendi yeteneklerinin ötesinde olduğunun ve bu konuda daha iyi karar verebilecek insanlar bulunduğunun farkına hızla varırlar. Ancak, (belki çok da sürpriz olmayarak) herhangi bir sağlık hizmetinin temel ilkelerinin ve genel önceliklerinin vatandaşlar tarafından belirlenmesi gerektiğinde hemfikirdirler! Komüniteryan haklar göz önüne alındığında, değerler ve önceliklerin de onlar tarafından ortaya konması gerekir.

Şu an itibarıyla en iyi katılımcı demokrasinin ne olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Bazıları, odak gruplarını, kamuoyu yoklamalarını ve birleşik ("conjoint") analizleri savunur. Hangisinin en iyi olduğu, uygulamanın amacına göre değişir.

---

yışını garanti altına alır. Bu sayede örneğin, kamunun alacağı indirim oranları daha da azaltılabilir. Böylelikle kamu sektörü daha güvenli olur. *-çev.*

Öyleyse:

> Toplum tercihlerini ortaya çıkarmak için hangi yaklaşımın kullanılması gerektiği üzerine literatürde çok az tartışma vardır. Niyet, kendileri için kaygı taşıyan bireylerin tercihlerini birleştirerek toplumun değerlerini elde etmek midir? Ya da bireylerden kendilerini planlayıcıların yerine koyarak Perth toplumu veya Avustralya toplumu gibi bir toplum adına hareket etmelerini istemek midir? Veya toplum değerleri, bir uzlaşıyı ortaya aşamalı olarak çıkaran bir toplumsal söyleme izin vererek mi keşfedilir? Her bir yaklaşımın kullanışlılığı kısmen sonuçların yönlendirmesi beklenen karar alma sürecinin ne tür olacağına bağlıdır. (Mooney ve Blackwell 2004)

Toplum değerlerini ortaya çıkarmak için aranan yöntem, birlikte düşünmek için bir miktar zaman harcanması ve sağlık sisteminin yüzleşeceği kaynak kısıtlılıklarını analiz etme zemininde, eleştirel olarak bilgilendirilmiş, rastgele seçilmiş vatandaşların değerlerine bizi mümkün olduğunca yaklaştıran bir yöntemdir. Vatandaş jürileri yöntemi amaca uygun görünmektedir, ancak değerler ve amaçları ortaya koymak için diğer yöntemlerin daha iyi olduğu kanıtlanırsa onları kullanalım. Şu ana kadar ben daha iyisini bulamadım.

Bu vatandaş yükümlülüğü sorusu, basitçe vatandaş jürileri veya katılımcı demokrasinin diğer yöntemleriyle değerlerin ortaya çıkarılmasından ibaret değildir. Bunun ötesinde daha temel bir konu, vatandaşların genel olarak kendi yaşamlarını etkileyen karar alma süreçlerine ve topluma, sosyal aktivitelere daha fazla katılmalarını sağlamaktır. Bu kitabın üzerinde durduğu nokta, sağlık hizmeti karar alma süreçlerine ve diğer sağlığı geliştirici aktivitelere vatandaşları katmaktır, ancak burada dahil olmanın özü, topluma ve onun çeşitli kurumlarına katılmaktır. Bu, toplumsal kurumları destekleyip canlandırarak demokrasiyi güçlendirebilir. Bu, katılımcı demokrasinin bütün nosyonunu, yönetim meselesinin sadece araçsal olarak değil, kendisi için de değer kazandığı farklı bir düzeye taşır (Kashefi ve Mort 2004).

Bu süreçler vatandaşlar tarafından 'sahici' olarak görülmelidir, aksi takdirde sinizm böyle bir uygulamayı öldürür. Sağlık hizmeti planlanmasında halka danışmanın pek çok sahte örneği vardır (Glasner 2001). Vatandaş jürilerine katıldığımda bunun işaretlerini vatandaşların küçük bir kısmında gördüm. Ancak, çoğunluğu böyle bir vatandaş yükümlülüğüne coşkuyla karşılık verdiler. Vatandaş olmaktan ve evet kendileri için ama daha da önemlisi toplum için bir fark yaratabilecekleri inancıyla, kendi değerlerini ifade etmek üzere bilgilenmekten mutlu oldular. Kashefi ve Mort (2004), 'rastlantısal danışma' olarak adlandırdıkları durumun sinizmi besleyebileceğini ve demokratik hak verme kılığına girmiş bir sosyal kontrol aracı olarak algılanabileneceğini işaret etmişlerdir.

Bu uygulamanın amacı açıktır. Vatandaşlar için sağlık hizmeti kaynakları üzerinde haklı talepleri inşa etmek istiyoruz. Bunlar etkinlik meselesi (örneğin, bir öncelik olarak mental hastalıklar) veya eşitlik kaygıları (kırsal alanlar için daha fazla kaynak) ya da organizasyonel konularla (karar alma süreçlerinde şeffaflık) ilişkili olabilir.

Sonuç

Vatandaş jürilerinin bir savunucusuyum ve bu yöntemin tüm sağlık hizmetleri için kullanılabileceğine inanıyorum. Ancak bu görüşe katılmayan bir okuyucunun, komüniteryanizm, komüniteryan haklar ve sağlık hizmetinin bir toplumsal kurum olduğu fikrinin bütününe karşı çıkmasını istemem. Vatandaş jürileri, 'vatandaşın anayasasını' yapmanın ve vatandaşların sesinin sağlık sisteminde toplum olarak duyulur kılmanın yollarından sadece birisidir. Anahtar budur. Sağlık sistemlerinin hastalığını düzelteceğimiz anahtar budur.

14

Daha Genel Olarak Toplumsal Çözümler



Neoliberalizmin sonu?

Gerçek bir değişim sağlamak anlamında, en iyi sonuç neoliberalizmin sonunu görmek olacaktır. Böylece bugün toplumları ve popülasyonlarının sağlığını kuşatan sorunların pek çoğu bunun eşiğine bırakılabilir. 15., 16. ve 17. bölümlerde yerel topluma odaklanmanın izinde daha iyi sağlığın nasıl ortaya çıkabileceğini gösteren ekonomi yönetim biçimleriyle Kerala, Küba ve Venezüella'ya dikkat çekeceğim. Gidilecek yolun bu olduğuna inanıyorum.

Açıkça her ülke neoliberalizmden kurtulamayacaktır ya da çabucak kurtulamayacaktır. Fakat yine de sağlığın sosyal belirleyicileri meselesinden bildiklerimizle, çeşitli ülkelerde halk sağlığını desteklemek için daha iyi bir ekonomik ve sosyal çevre sağlayacak değişiklikler yapılabileceğini düşünülebiliriz.

Bazı ilkeler

İzin verin önce bazı genel ilkelerle başlayıp daha sonra ayrıntıya gireyim. Ulus sağlığı planlanırken, stratejinin, toplumun dört temel ilkesi üzerine inşa edilmesi esas olmalıdır:

1 Yoksulluğun giderilmesi.
2 Yalnızca gelir bakımından değil güç bakımından da daha fazla eşitlik.
3 Daha fazla katılım ve daha güçlü, daha yoğun bir demokrasi.
4 Daha çok toplum ve aidiyet duygusu.

Yoksulluğa ve eşitsizliğe bir arada bakalım. Bunlar farklı fenomenler olmakla birlikte siyaset terminolojisinde yakından ilişkilidirler. Yoksulluk bir katildir. Küresel olarak ve çeşitli ulus devletlerinde azaltıldığı iddiaları olacaksa da, pek çok yerde şiddetle sürdüğüne dair bir kuşku yoktur. Kaddafi Libya'da sonucunda pek çok kişinin öldüğü, kendi insanlarına karşı saldırıları nedeniyle herkes tarafından şiddetle kınandı. Herhangi bir Batılı zengin ülkede, yoksulluğun ele alınmaması daha az canice değildir. Ancak, kolayca kınanmaz. Kınanmalıdır. Ölümle yoksulluk arasındaki duygusal mesafemiz, Afganistan ve Pakistan'da ABD ordusuna ait insansız hava araçları ile edindiğimiz (acımasız öldürme gerçeğine rağmen) mesafeye benzemiyor mu? Mesele, Wilkinson tarafından çok açık ifade edildi:

> İnsanların yargılanmaksızın mahkûm edildiği, işkence gördüğü ya da öylece kaybolduğu ülkelerdeki insan hakları ihlallerine öfke duyuyoruz, fakat sağlıkta eşitsizliklerinin bedeli daha da fazladır. Kendi toplumumuzda, varlıklı olmayan insanları keyfi biçimde, daha az ortalama yaşam süresine mahkûm eden zalim bir devlet için ne düşünüyoruz? Yüksek ölüm oranlarının mahkûmiyetten çok keyfi idamlar gibi olduğu göz önüne alınırsa, belki de sağlıkta eşitsizlik adaletsizliğini, bir devletin nüfusu-

> nun önemli bir kısmını nedensiz olarak idam etmesine benzetmeliyiz. (2005: 18)

Yoksulluk ve eşitsizlikte değişim yaratmanın anahtarlarından birisi vergilendirmedir. Vergi pek çok şey yapabilir. Birincisi, yoksulluğu azaltmaya yardımcı olabilir. Aslında bunu yapabilmek için başka basit ve hızlı yol göremiyorum. Vergiler yüksek olmalıdır; alınan vergi kamu sektörünü GSMH'nin yüzde 50'sine çekecek büyüklükte olmalıdır. Bu oran şu anda İskandinav ülkelerinin biraz üzerindedir. Bu, birçok ülkede ciddi anlamda vergi artışları anlamına gelecektir.

Bu sadece bir vergi artışı değil, artışlar artan oranlı ("progressive taxation") olmalıdır. Geleneksel ekonomide yanlış olan çok şey vardır, ancak bazı yönlerinde, haklılık payı ya da sağduyu olabilir. Bunlardan biri 'gelirin marjinal faydasının azaltılması'dır. Bunun anlamı, bir kişinin gelirinde her bir dolar artışa karşılık kişinin elde etiği fazladan fayda ya da kazancın azalmasıdır.

Yani, yoksul birinden 100 dolar vergi almak zengin birine kıyasla o kişiyi çok daha zorlar. Fakat zenginden alır ve yoksula verirsek ne olur? Böylece kademeli vergilendirme –zenginin yoksuldan fazla değil, orantısal olarak fazla vergilendirilmesi– yalnızca adil değil, yeniden dağılıma yol açarak eşitsizliğin azaltılmasına yardım eder.

Buradaki diğer mesele budur. Bir kişi yoksulsa ve çevresindekiler ona yardım etmek için bir araya gelirse, herkes kendini iyi hisseder. Yoksul adam mali olarak iyileşir. Zengin sıkıntıdaki komşusuna yardım ettiği için vicdani rahatlama hisseder. Bu merhamet ya da alturizm (fedakârlık) vergilendirme için gerekçe olarak ifade edilmiştir. Oliver Wendell Holmes "Vergi medeni bir toplum için ödediğimiz bedeldir" demiştir. AB'de vergilendirme üzerine Joly Raporu şunu savunmuştur:

> Domestik kaynakların etkin ve adil vergi sistemleri vasıtasıyla, kalkınma için kullanılması yaşamsaldır: Sürdürülebilir büyüme, yardım bağımlılığının azaltılması, yoksulluğun azaltılması, iyi yönetişim, devletin inşası, kamu hizmetlerinin desteklenmesi Milenyum Gelişim Hedefleri'ne ulaşmak için gereklidir. Etkin ve adil vergi sistemleri, demokrasinin tümleyicisidir, devletin meşruiyetini destekler ve toplumsal sözleşmeyi güçlendirir devlet ve vatandaşlar arasındaki hesap verme sorumluluğunu ("accountability") artırır. (Council of the European Union 2010)

Toplumsal dışlama ya da toplumsal izolasyon, sosyal destekle ilgili meseleler, barınmanın doğası ve niteliği ile ilgili tüm sorunlar, toplumun sağlığını etkiler. Ancak, daha temel olarak bunlar yoksulluk ve eşitsizlik tarafından yönlendirilen sorunlardır. Eğer yoksulluk ortadan kaldırılırsa ve eşitsizlik azaltılırsa sağlığın sosyal belirleyicilerinde büyük değişikler olur. Komüniteryanizme –ya da sosyal kohezyona, sosyal sermayeye, dayanışmaya– duyulan gereksinim açıktır. Bunların hepsi neoliberalizmin kaba bireyciliğini parçalamaya ve sonrasında daha iyi bir halk sağlığına yol açmaya hizmet eder.

Neoliberalizmin büyüme fetişizmi, neoliberalizm dışındaki tüm akla meydan okuyan bir fetişizmdir. Kötü şöhretli tabana yayılma etkisi ("trickle-down") oluşmuş olsa, büyümeyi takiben bir miktar temize çıkabilir, ancak (7. bölümde Güney Afrika üzerine tartıştığım gibi) tabana yayılmanın varlığını gösteren herhangi bir kanıt yoktur.

Güç ve Değerler

Zorunlu olarak, burada tartışılan konular iktidarla, gücü kimin elinde tuttuğu ve gücün nasıl dağıtıldığı ile ilgilidir. Belki de aksinin ne büyüklükte olduğunu anlamak daha iyidir; güce maruz kalmak ya da özerkliği kaybetmek. Bunlar, sağlık üzerinde çok olumsuz etkilere sahiptir.

Burada anlaşılması gereken, gelecekteki böyle bir özerklik, bireysel özerklik değil, sosyal veya toplumsal özerkliktir. Ve dolayısıyla bir sınıf sorunudur. Gelir eşitsizliği meselesi, sağlığın sosyal belirleyicilerinde literatürün ana odağı olmuştur. Sosyal epidemiyolojik analizler, gelir eşitsizliklerini sağlık sorunlarının semptomlarından ziyade nedeni olarak görme eğilimindedir. Bu, politikaların gelir eşitsizliğini azaltmayı hedeflemesini gerektiren bir görüşü destekler. Bunu yaparken Navarro (2011) tarafından öne sürülen bir konuyu fark etmek gerekir: "İnsanları öldüren şey eşitsizlik değildir. İnsanları öldüren kamusal ve özel girişimleriyle eşitsizliği oluşturan ve çoğaltan insanlardır."

Gelir eşitsizliğini ele almak yardımcı olabilir. Bunu inkâr etmiyorum. Ancak faydalı bir paralel, kurbanı suçlama kavramında bulunabilir. Sekizinci bölümde Avustralya'da insanların neden kötü beslendiğine ilişkin sistemik konulara bakmaktan çok kurbanı suçlayan obezite politikasına değindim. Mantıklı sorular, "ekonomik sistem toplumun doğru beslenmeyi bir sosyal sorumluluk olarak algılamasını sağlayacak ortamı yaratabiliyor mu?", "ekonomik sistem besin üretim, dağılım ve pazarlamasında toplumun çıkarlarına ve değerlerine uygun bir ortam sağlayabiliyor mu?" olmalıdır.

Bizi toplum içindeki iktidar sorununu görmekten alıkoyabileceği için bireycilik tuzağına düşmemek gerekir. Benzer biçimde endüstriyel baronların gücüne karşı söylenmek de hedefi ıskalamamıza neden olur; bunlar neoliberal toplumun kurbanları olarak kategorize edilemez, ancak kendi davranışlarını değiştirmek için kapasiteleri yok denecek kadar azdır. Onlara gücünü veren sistemdir. Değişmesi veya değiştirilmesi gereken şey sistemdir.

Öyleyse burada neyi savunuyorum? Stefano Zamagni (tarih yok) özetliyor:

> Herkesin kendi sonuna koştuğu (kapitalist girişimlerde olduğu gibi) durumla, herkesin ortak bir sonu paylaştığı durum arasında bir fark vardır. Bu fark, bir genel/ortak iyi ile, bir lokal iyilik arasındaki farkla aynıdır. İlk durumda, bundan kaynaklanan bireysel fayda, bunun tadını çıkaran diğerlerinin elde ettiği faydadan ayrılamaz. Diğer bir deyişle, bireysel çıkarlar, özel iyilik olarak ya da bunlardan ayrı olarak bir kamusal iyilik olarak, diğerlerinin çıkarlarına da birlikte hizmet eder, onlara karşı değildir. Ortak/genel ("common"), ne kendine ait olandır ne de belirsiz olarak herkese ait olandır.

Zamangi devam ediyor:

> Bu ayrımın ekonomik olarak anlamlı sonucu nedir? Bir eylemin 'genel/ortak' özelliği imkânlar nedeniyle kısıtlı olmasıysa çözülecek sorun, çok sayıda kişinin eylemlerinin koordinasyonudur. Diğer yandan, eylemin 'genel/ortak' özelliği imkânların ötesine gidiyorsa çözülecek sorun kooperasyonun nasıl yaratılacağıdır.

Bizi bireysel değerler ve çıkarlardan uzaklaştıran sosyal değerler üzerinde durmayı savunmam, Batı dünyasındaki bireyciliğe boğulmuş kişilere tehditkâr gelebilir. Bu bireycilik çok derindir, o kadar derine işlemiştir ki, özerklik neredeyse her zaman bireyin özgürlüğü ile ilişkili olarak yorumlanır. Toplumsal ya da sosyal otonomi veya özgürlük kavramları bir oksimoron olarak ortaya çıkabilir. Bu gücün topluma verilmesi ile ilgilidir, ancak temelde bir toplumun üyeleri olarak bireylerin, toplumun böyle bir güce sahip olmasını istemesine dayanır.

O düzeyde, bu, bir tek tiplik ya da bireyselliğin kaybı için bir özür değildir. Pascal'ın (tarih yok) yazdığı gibi: "Farklılık ("diversity") olmadan uniformluk/(uniformite) diğerleri için faydasızdır; uniformluk olmadan farklılık bizim için yıkıcıdır. Birisi dışa doğru, diğeri içe doğru yıkıcıdır." Burada, ikincisi –uniformluk olmadan farklılık– benim tartışmam için anahtar konudur. Serbest uçuşan atomlar gibi olan bireyler 'kendi işlerini yapmak', piyasada tercih özgürlüklerini kullanmak, neok-

lasik ekonomistlerin kutsal tüketici egemenliğini uygulamakta özgür olabilirler. Fakat böyle bir farklılık özgürlüğü bir kuruntudur. Bu Hegel'in karşı çıktığı ve Joan Robinson'un kapitalist toplumlarda bir mit olduğunu savunduğu şeydir. Uniformite olmadan, sosyal gruplar ve topluluklar içinde ortak hedefler olmadan bu neoliberal 'özgürlük', üç bakımdan başarısız olur. İlk olarak, yoksul oldukları için Dünya nüfusunun çoğunluğu bu özgürlüğü piyasada deneyimleyemez; ikincisi, birey olarak kaldıkları sürece güçsüzdür ve üçüncüsü, burada önem arz eden "toplum" gücü sınıftır ve sınıf kavramı neoliberalizm altında ya kayıptır ya da inkâr edilir. Bunlar öncelikle ekonomik meselelerdir ve bu biçimde görülmeleri gerekir. Bunlar, aynı zamanda bir sınıf yorumunun benimsenmesi gerektiği anlamına gelir.

Tüketici egemenliği başarısız olduğunda ne yapılması gerektiği sorusu kritiktir. Yirminci yüzyılın en seçkin ekonomistlerinden biri olan Joan Robinson, daha geniş bir bağlamda "kapitalist dünyada yaşayan hiç kimse, piyasa sisteminin tüketici egemenliğini güvenceye aldığı varsayımı ile kandırılamaz." demiştir.

> Kapitalist tecrübeden çıkarılacak gerçek ahlak dersi şudur: İnisiyatif üreticide oldukça, üretim, tüketicinin ihtiyaçlarını asla karşılamayacaktır. Kapitalizm içinde bile tüketiciler kendileri savunmak için organize olmaya başlamaktadırlar. Planlı bir ekonomide en büyük ümit, varlıkları tüketicileri tatmin etmelerine dayalı, toptancıların rolünü oynayacak bir görevli sınıfının oluşması gibi görünmektedir. Bunlar, mağazalar aracılığıyla taleple sürekli temas halinde olacaklar; kapitalist dünyada ev kadınlarının nasıl kandırılacağını bulmaya çalışan pazar araştırmaları, bunun yerine ev kadınlarının gerçekten neye ihtiyacı olduğunu keşfetmeye çalışacaklar. Üretim yelpazesi ekonomik skala ve beğeni çeşitliliği arasında bir denge tutturacak biçimde sipariş kuralları yerleştirilerek kurulabilir. (1972;274)

Sosyal kurumlar ve merhamet

Bu tartışmaya Filozof Hegel'in 19. yüzyıl sürerken yaptığı katkıyı fark etmek gerekir (Muller 2003: 157). Her şey bir kenara, en azından bunun hiçbir biçimde yeni bir tartışma olmadığını kabul edebiliriz! Muller, Hegel'i yazıyor:

> Rekabet baskısı... pazar toplumlarını dışa iter. Şu an arz, talebi aştığı için bu ürünleri satmak için yeni pazarlar araştırılır, girişimciler hem içte hem de ulusun sınırlarının ötesinde görece ekonomik olarak geri yerlere yönelirler... ilerlemeye iter. Hegel (Adam Smith'in aksine) girişimcilerin, tüketicilerin hayalî isteklerinin genişlemesi için büyük bir güç olduğunun farkına vardı... Pazar sadece istekleri tatmin etmez, onları yaratır da. (*a.g.e.*)

Bu bölüm ve genel olarak bu kitap bağlamında ele alınması gereken, Hegel'in devlete ve sosyal kurumlara bağlı kalmasının önemidir. Hegel yaşasaydı neoliberalleri tutkularının kölesi olarak görürdü sanırım. Hegel'in özgürlük anlayışı, oldukça farklıydı ve toplumsal kurumların inşasına dayanıyordu. Bu kurumların 'yerel' kültüre dayanmasını ve böylece insanları iyi sosyal alışkanlıklara yönlendirmesine inanıyordu. Toplumsal görevler fikrinin özgürlüğü arttırdığını düşünüyordu. "Etik bir toplumda, bir kişinin erdemli olmak için ne yapması gerektiğini ve hangi görevleri yerine getirmesi gerektiğini söylemek kolaydır. Basitçe kendisine söyleneni, açıkça belirtileni yapmak ve kendisinin ne olduğunu bilmek durumundadır." (Hegel 1820: 150) diye belirtmiştir. Kendi özgürlük kavramsallaştırmasında Hegel, kurumların önemli rolünü "böylece ne yaptığını bilen bireyler, yer aldıkları kurumların ne anlama geldiğinin daha çok farkına varabilir; bu kurumlar kendini evinde hissetmeye doğru bir adımdır," demiştir. (Muller 2003:150)

Bu, pazar özgürlüğü kavramından bütünüyle farklıdır. Bazı okuyucular için birey olarak birey düzeyinde bu özgürlük düşüncesine katılmak zor olabilir, ancak toplumun gözlerinin içi-

ne bakarsak, bu özgürlük kavramı daha kabul edilebilir hale gelecektir. Bunu toplum yaşamı ve dolayısıyla toplum özgürlüğünün bir parçası olarak görmek çok daha kolaydır. Bu, örneğin çoğu yerli toplumlarda, hem topluma karşı görevler hem de toplumun görevleri olmak üzere karşılıklı bir anlaşma şekli olarak belirgindir.

Toplumsal kurumlar önemlidir. Ülkelerimizin, fakat aynı zamanda Dünya'nın vatandaşları olarak kurumlarımızda 'evimizde gibi hissetmemiz' önemlidir ve devletin tamamlayıcı bir kısmı olarak toplumsal kurumlara katılım cesaretlendirilmelidir. Toplumsal kurumlarımızı savunmamız ve en temelde toplum özerkliği kurumunun önemini anlamamız ve dolayısıyla takdir etmemiz büyük bir gerekliliktir. Aidiyet hissi değerlidir.

Sağlık hizmeti, kamu sağlığı ve sağlık politikası toplumsal kurumlarının kendi başlarına değerli olduğunu kesinlikle anlamalıyız. Geleneksel ekonominin yönlendirmesiyle toplumlar bunlara ürettikleri sağlık ve diğer sonuçlar sebebiyle değer verir, ancak bu kurumlar daha iyi, daha adil bir toplum oluşmasına katkıda bulundukları için de değerli görülebilirler. Aynı zamanda daha Hegelci terimlerle doğrudan, devleti neoliberal pazar alanı güçlerinin istilasından (diğer sosyal kurumlarla birlikte) kısmen koruyacak payandalar sağladığı için değerlidirler.

Neoliberalizmin kaba bireyciliğinden uzaklaşarak daha çok topluma odaklanmak, daha duyarlı bir toplum imkânı yaratacaktır. İnsanlar kendilerini sosyal bağları zayıf bireyler yerine, bir toplumun üyesi olarak görürlerse, diğer toplum üyeleriyle daha fazla karşılıklılık geliştirir, müştereklik ve güven konularına daha duyarlı olurlar. Toplumdaki bu özellikler, toplumun ya da vatandaşlarının daha duyarlı olacağını garanti edemezse de, bir kişinin topluma taahhüdü varsa, toprak daha verimlidir, dolayısıyla bu toplumda diğer insanlara karşı

şefkat daha belirgin olacaktır. Sosyal duyarlılık sorusu, sosyal yapının bazı sektörlerinde diğer sektörlere göre daha fazla ortaya çıkar; sağlık hizmeti ve halk sağlığı alanları özen ve duyarlılık için söz gelimi enerji ve ulaştırma politikalarına göre daha büyük adaydır. Pek çok toplumda başkalarının sağlığı ve/veya sağlık hizmetine erişimi için, söz gelimi eğitime göre daha fazla kaygı taşınır. İskandinav ülkelerindeki gibi doğası gereği daha komüniteryan olan toplulukları hastalar gibi zayıfları da korumaya ve bu korumayı bir toplumsal rol olarak görmeye eğilimli varsaymak mümkündür (Juul Jensen 1987). Bu, dolayısıyla daha büyük bir kamu sektörü, daha yüksek vergiler ve olasılıkla daha kademeli vergilendirme gerektirecektir. Duyarlılığı ölçmek zor. Farklı toplumlarda duyarlılığı ölçmek daha zor, hatta duyarlılık düzeylerinin farkını ölçmek çok daha zordur, ancak yukarıda sayılan özellikler bir duyarlılık ölçüt dizini olabilir.

Güç olmaksızın duyarlılık, toplumun savunmasız ve mağdur insanlarına karşı tüm politikasında anlamlı değişikler yaratmakla sonuçlanmayabilir. Sıradan vatandaşların iktidardakilere daha duyarlı bir toplum, daha şefkatli bir işyeri ya da daha ilgili bir okul görmek isteklerini iletmeleri zordur. Hâkim ideoloji fedakârlıktan ya da şefkatten yoksul olabilir ve genellikle iktidardakileri şefkatli davranmaya zorlayan, duyarlı toplumdan çok, bu sosyal tavırları şekillendiren ideolojidir.

Martha Nussbaum'un duyarlılık üzerine çalışması, özellikle kamusal duyarlılık üzerine olan çalışması bununla ilgilidir. Şöyle sorar:

> Duyarlı (diğer insanları önemseyen) bir toplum dışarıdan nasıl görünür? Duyarlılık kamu ahlakına etik vizyonun asıl ögelerini verir. Bunsuz bir kamu kültürü köksüz ve sığdır. Bu duyarlılığın, liberal ve demokratik kurumlarla temas halinde, en iyi biçimde çalışmasını nasıl sağlayabiliriz?

Ve yanıtının bir kısmı:

> Uygun bir duyarlılık anlayışı sadece kurumların yapısına yerleştirilebilinir, böylece şefkatli vatandaşlara bel bağlamak zorunda kalmayız. Bu düşünce hem Smith ('adil seyirci'nin duyarlılığı kavramıyla) hem de 'Orijinal Pozisyon' çalışmasıyla zoraki yardımseverlik için yapay model geliştiren Rawls tarafından kullanılmıştır. Ahlaki yardımseverlik ideali, kurumların ve temel politik ilkelerin nasıl tasarlanması gerektiğini görmek için baktığımız mercektir. (Nussbaum 2001: 403)

Böylece Nussbaum, kurumlarımızın içine yerleştirilebilecek duyarlılık anlayışı için çok sayıda farklı yollar olduğunu savunmaktadır. Ancak bunun tamamını kurumlarımıza bırakabileceğimiz noktasına kadar gitmez. Bunun yerine "gerekli politik içgörüleri canlı ve göz önünde tutmak için duyarlı bireylere dayanmamız" gerektiğini önerir (Nussbaum 2001: 404). Ona göre duyarlılık ve sosyal kurumlar arasındaki ilişki çift yönlü bir yoldur: "Duyarlı bireyler hayal ettikleri şeyleri somutlaştıran kurumları oluşturur ve kurumlar dolaylı olarak bireylerin duyarlılık gelişimini etkiler" (2001: 405).

Hegel şöyle yazar: "Kitlelerin organize edilmesi son derecede önemlidir, çünkü sadece böylelikle güçlü ve etkili olabilirler. Diğer türlü bir yığından, atomik birimlerin bir kümesinden daha başka bir şey değildirler. Sadece belirli birlikler devletin organize olmuş üyeleriyken meşru güce sahiptir" (Avineri 1974: 166, alıntı). Eğer yoksullar komünal bir gruplaşma içinde organize olup, kendilerini güçlü kılmazlarsa, bireyler olarak özerkliklerini yitireceklerdir. Toplum özerkliği, yoksullar, fakat aynı zamanda genel olarak toplumalar için önemlidir. Bu en iyi şekilde bunların kurumlaşmasıyla başarılır.

V. KISIM

DURUM NASIL DÜZELTİLEBİLİR?



15

Kerala: Toplum Katılımı



Kerala'da sağlık

Hindistan'ın güneybatısında bir eyalet olan Kerala, hem toplum katılımının hem de bunun halk sağlığı ve sağlığın tüm topluma yayılması üzerindeki etkisinin iyi bir örneğidir.

Ortalama yaşam beklentisinin doğumdan itibaren 62 yıl olduğu Hindistan'da, sağlık genel anlamda çok kötü durumdadır. Neoliberal düşünce ve politikaların etkisiyle başlayan hızlı ekonomik büyüme sürecine karşın, Hindistan halen yoksul bir ülkedir. Hindistan'da sağlık politikasını belirleyenler için kilit soru şu olabilir: Hint toplumunda, ciddi bir ekonomik büyüme yaşadıkları bu dönemde sağlık açısından nasıl bir farklılık gözlemleniyor?

Kerala deneyimi bu soru ile yakından ilişkilidir (Narayana 2007). Hindistan'ın geri kalanı Kerala gibi olabilseydi, Hindistan'da yaşam beklentisinin yaklaşık 11 milyar yıl artırılabileceği tahmin edilmiştir. Bu hesaplama, Kerala'daki ortalama yaşam beklentisinin Hindistan'ın geri kalanına göre yaklaşık 10 yıl daha yüksek olmasına dayanmaktadır.

Bu durumun nedenlerinden biri, Kerela sağlık tarihinin oldukça farklı olması ve bunun Hindistan'ın diğer bölgelerine aktarılamaması olabilir (Narayana 2007). Dünyada demokratik yollarla komünist bir hükümet seçen ilk eyalet Kerala'dır. Keralalıların yüzde 90'ı yaşadıkları evin toprak mülkiyetini elinde bulundurmaktadırlar. Erkekler arasında okur-yazarlık oranı Hindistan'ın geri kalanında yüzde 52 iken Kerala'da yüzde 91'dir. Kadınlarda bu fark daha da yüksektir: yüzde 19'a karşılık yüzde 86. Halk sağlığının çok iyi durumda olduğu Kerala'nın toplumsal yapısından alınacak ve başka yerlere uygulanabilecek çok sayıda ders vardır.

Dreze ve Sen şöyle ifade ederler:

> İki Hint eyaleti arasında büyük karşıtlık, Uttar Pradesh (Bu eyalette doğumda beklenen yaşam süresi Hindistan ortalamasından daha düşüktür) ve Kerala arasındaki fark, bize bir toplumda kötü durumdaki alanlara yönelik politik organizasyonlarla yapılan özel toplumsal müdahalelerin ne kadar önemli olduğunu gösterir. Kerala'da, bir ölçüde kitlesel okur yazarlığın kazanımlarına dayanan bilinçli politik aktivizm; kast sistemi, cinsiyet ve sınıfa (bir yere kadar) bağlı sosyal adaletsizliğin azalmasında çok önemli bir rol oynamıştır. Ezilen kesimin ekonomik büyüme sürecinde, toplumsal aktivitelerde ve sosyal değişimde aktif rol alabilmesinde politik organizasyonun önemli etkileri olmuştur. Toplumun ezilen kesiminin temel ihtiyaçlarının karşılanamamasının en önemli nedeni muhtemelen politik gücün ayrıcalıklı kesimlerin elinde olmasıydı.

Sen, toplumsal katılımın halk sağlığındaki önemini *Development as Freedom* isimli kitabında ayrıca vurgulamıştır:

> Politik ve sivil özgürlükler genel alanındaki gelişmişlik, kalkınma sürecinin tam merkezinde yer alır. Asıl özgürlük, iyi beslenen, iyi giyinen ve iyi bakılan köleler olmaktan çok, önemsenen ve söylediklerine kulak verilen yurttaşlar olabilmektir. Demokrasinin ve insan haklarının araçsal önemi hiç kuşkusuz, yapısal öneminden ayırt edilmelidir (1999: 288).

Bu toplumsal katılım kendi kendine yardım grupları (KKYG) tarafından ilerletilmiş, Narayana'nın deyimiyle "inovatif bir hal almıştı";

> Kerala'da 1999'dan sonra yönetim özerkliğinin sağlanması KKYG hareketine yeni bir boyut kazandırdı. *Pankayat* adı verilen özerk yerel yönetimler, yoksulluğu önlemeye yönelik fonlara ödenek ayırarak, büyük oranda kadınlardan oluşan "*Kudumbasree*" ismi verilen KKYG'nı desteklediler. Hemen her köyde çok sayıda "*Kudumbasree*" bulunmaktadır (Narayana 2007).

Neden bu kadar iyi?

Kerala ve sağlık hakkında çok fazla şey yazılmasına karşın Hindistan'ın diğer bölgelerine göre sağlığın neden bu kadar iyi olduğu hiçbir zaman tam olarak açıklanamamıştır. Son zamanlarda Kerala'daki halk sağlığın kötüye gittiğine dair söylentiler eksik olmamaktadır. Son durumu en iyi şekilde aktaran muhtemelen Narayana (2007)'dır: "düşük ölüm oranı, yüksek morbidite ve fazlaca özel sağlık hizmeti kullanımı Kerala'daki sağlık öyküsünün son durumunu özetlemektedir. "Özel sağlık hizmetlerinin kullanımı yoksul kesimin sırtına ağır bir yük yüklemektedir. Örgütlenmemiş büyük sektörler –tarım, evde üretim ve hizmet– hastalık giderlerine karşı bir koruma sağlamamaktadır." Buna rağmen Kerala'da yaşayan insanların sağlık durumu Hindistan'ın diğer bölgelerine göre daha iyidir. Öyle görünüyor ki sağlık alanındaki bu iyiliğin nedenlerini sağlık hizmetlerinden başka bir yerde aramak zorundayız.

Kerala'nın sağlıklı eyalet şöhreti 19. yüzyıla dayanmaktadır. O dönemde halk sağlığı programları geliştirmekle uğraşanlar mihracelerdi. Sonrasında hemşire, hekim eğitimi ve hastane ağları kurulması için önemli yatırımlar yapıldı. Yakın geçmişte sıtmanın hortlaması ve kanser, kalp hastalıkları, hipertansiyon,

artrit gibi yeni hastalıkların yaygınlaşmasıyla bazı performans düşüklüklerinin ortaya çıktığı anlaşılmaktadır (Elamon ve diğerleri 2004). 1990'ların başında, pahalı donanımları küçük bir kesim için kullanan özel sektör gelişmekteydi, aynı dönemde birçok insanın halen temiz su ve tuvalet erişimi yoktu. Bu durum artık bir şeyler yapılması gerekliliğini ortaya koymaktaydı.

1996'da Kerala Halkı Demokratik Yerelleşme Kampanyası yürütüldü. Bu kampanya sağlık aktivitelerinin Kerala sağlık sektöründeki krize müdahale etmesi için gerekli ortamı hazırladı. Bunun eyalet düzeyindeki yanıtı, planlama hizmetlerine yerel katılımın artırılması için gerçek bir çaba gösterilmesi oldu ve 1997-2002 arasında Eyalet Planlama Kurulu bütçesinin yüzde 35-40'ı yerel ihtiyaçların giderilmesi için yerel hükümet birimlerine aktarıldı. Bunun sonucu olarak Kerala çevresindeki yaklaşık 1000 köyde yerel kalkınma raporları hazırlandı. Planlar hangi komiteler için hangi önceliklerin saptanacağını ve neler yapılacağını içermekteydi. Eyalet genel kılavuzlar hazırlasa da, yerel kurullara özellikle kendilerine verilen kaynakları nasıl kullanacakları konusunda ciddi bir özerklik sağlanmıştı. Toplam kaynağın yüzde 13-15'i sağlığa ayrıldı. Üç yıl içinde (1997/1998'den 1999/2000'e) 47 bin sağlık projesi hayata geçirildi. Bu projeler tuvaletlerin yeniden yapılandırılmasından beslenmeye, halk sağlığından hastane malzemelerine ve mezarlıklara kadar çok geniş kapsamlı etkinlikleri içeriyordu.

Mukherjee-Reed'in (2011) açıkladığı gibi, Kerela'da yaşanan her şey "altla üstün yer değiştirmesi, bir kolektif sosyal deneyim kültürüyle sonuçlanan "devlet" ile sivil toplum işbirliğinin oldukça nadir rastlanan tarihiydi."

Kerala'dan birkaç örnek

Özerkleştirilmiş yerel karar verici sistemin önemi, sağlıkla ilişkili hayranlık verici aktiviteler, yerel tercihleri karşılamak

üzere bu farklılıkları artırma arzusu ve güçlü bir toplum inşası gibi konuların önemi göz önüne alındığında, bu bölümün devamında yerel toplum özerkliğinin işleyişinde dikkat çeken bazı 'yerel' örneklere yer vermek doğru olacaktır.

Kadınlar ve gıda güvenliği

Mukherjee-Reed (2011) Keralalı kadınların tarihsel olarak Hindistan'ın diğer bölgelerindeki kadınlara göre okuryazarlık, sağlık ve maternal (analık) hizmetlerine erişim konularında neden daha iyi durumda olduklarını izah etmiştir. Bunun arkasında kendi deyimiyle 'sosyal konum ya da toplumsal katılım' yatmaktadır. Kerala yerel yönetim seçimlerinde sandalyelerin yüzde 50'si kadınlar için ayrılmıştır.

Kerala'da çok sayıda kadının (250,000) bir araya gelip birlikte ekip biçtiklerini, önce kendi aileleri için üretimde bulunduklarını sonra da fazla ürünleri pazara sattıklarını aktarmıştır. "Amaç, kadınların hem tarımda üretici hem de ürünlerin dağıtımı ve gıda tüketimi alanlarında katılımcı olmasıdır." Bu kadınların hepsi değilse de birçoğunun daha önce çiftçilik tecrübesi vardı. Ama şimdi gerçek dayanışma duygusunu ve bu kadın topluluğunda çalışmanın getirdiği özsaygıyı da kazandılar. Bu durum çok ciddi biçimde 'maaşlı işçilikten bağımsız üretime dönüşüm' ile sonuçlandı. Kadınlar artık harcadıkları zaman ve ürettikleri emek üzerinde söz sahibi olmanın keyfini çıkarıyor (Mukherjee-Reed 2011).

Yerel kadın toplulukları, Kerala'da yerel toplum özerkliği alanındaki birçok gelişmeden yalnızca biridir. Böyle bir kolektif hareket, ancak sosyal dayanışma, kişisel ve toplumsal irade ile inşa edilebilir. Bu projenin özel olarak kadın sağlığı üzerine bir etkisi olup olmadığı bilinmemekle beraber diğer tüm göstergeler ve sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki kanıtlar,

bu projenin kadın sağlığı konusunda da bir iyileşmeye yol açtığını desteklemektedir.

Erattupettah: Sağlıklı köy

Şimdi de Erattupettah'da köylülerin, daha iyi sağlık koşullarına sahip olmak için verdikleri, gönüllülüğe dayanan mücadelesinin dikkat çekici öyküsüne göz atacağız. Bu mücadele, köyün sağlık sorunlarını ortaya koyan bir raporun yayınlamasının ertesinde başladı. Raporda çeşitli sanitasyon sorunları saptanmıştı; evlerin yüzde 20'sinde tuvalet yoktu ve oteller atıklarını nehre boşaltıyordu. İçme suyu ile ilgili pek çok sorun vardı. Dört yüzden fazla ev yaşanabilir durumda değildi. Köyün Birinci Basamak Sağlık Merkezi oldukça bakımsız ve donanımsızdı.

Köylüler Kerala genelindeki Halk Kampanyası zamanında da benzer bir mücadeleye girişmişler, ancak kaynak yetersizliği nedeniyle başarısız olmuşlardı. Bu deneyim onlara bir şeyler değiştirebileceklerini öğretti. Tekrar 'Sağlıklı bir Köy' düşüncesinin peşinden gitmeye karar verdiler.

Sonuçlar beklenenin çok ötesinde oldu. Okullarda 6 bin öğrenci sağlık taramasından geçirildi. Atıklarını nehre boşaltan oteller artıma tesisleri kurmaya ve ardından sağlık sertifikası almaya mecbur edildi. Sağlık sertifikası olmayan otellerin lisansları yenilenmiyordu. Dört yıl içinde tuvaleti olmayan evlerin yüzde 80'ine donanım sağlandı. 1,750 aile güvenli içme suyuna kavuştu. Katı çöp yönetimi geliştirildi. Bakımsız durumda olan Birinci Basamak Sağlık Merkezi elden geçirilerek gerekli gereçlerle donatıldıktan sonra düzenli sağlık hizmeti vermeye başladı. Merkeze başvurular 1996'da günde 68 iken, 2000'de günde 250'ye yükseldi (Elamon diğerleri 2004).

Yerel halkın sağlık koşullarını geliştirmeyi amaçlayan daha birçok proje vardı, ancak en önemlisi, yerel toplumun tercih ve

önceliklerine yönelebilecek güç ve para elde edilmişti. Sağlık göstergelerindeki iyileşmeler formel olarak araştırılmadıysa da "kolera salgınları, akut ishalle seyreden hastalıklar ve enfeksiyöz hepatit gibi komşu köylerde yaygın olan hastalıklar Erattupettah'da 2001 ve 2002'de hiç görülmedi" (Elamon ve diğerleri 2004).

Bu 'Sağlıklı Köy' örneği, bir topluma fark yaratmak üzere fırsat ve kaynak verildiğinde kolektif olarak bir araya gelebildiklerini ve koşulları gerçekten iyileştirebildiklerini gösterdi. Bunun kalıcı olup olmadığını bekleyip görmek zorundayız.

Palyatif bakım

Suchitra (2009), tüm Kerala'ya yayılmış bir palyatif bakım[25] modelinden bahseder. Bu modelde günümüz itibarıyla 10,000 eğitilmiş aktif gönüllü, 85 doktor ve 270 hemşire ile 25,000 hastaya hizmet veren 150 palyatif bakım kliniği mevcuttur. Kerala nüfusunun yüzde 20'sine palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır; oysa bu oran Hindistan genelinde sadece yüzde 1-2'dir. Kerala'nın bazı bölgelerinde (örneğin, Wayanad) yüzde 70 oranında palyatif bakım sağlanmaktadır.

Tüm bunları başlatan kişi, K. M. Basheer isimli bir çiftçidir. Bu insan, muhtemelen "bir ağrı ve palyatif bakım merkezinin kurulmasına öncülük eden dünyadaki ilk sağlık çalışanı olmayan kişidir" (Suchitra 2008). Malappuram bölgesindeki Nilambur'da, 1998'de bir palyatif bakım derneği kuruldu. Basheer, kronik hastalığı olan çok sayıda insanın ve ailenin genellikle çok yoksul olduğunu sosyal, finansal ve ruhsal desteğe ihtiyacı olduğunu fark etti. Arkadaşlarıyla birlikte bu insanlara yardım etmek için mümkün olduğu kadar çok bölge insanını işe katarak bir yardım grubu kurdu. İlk yılın sonunda yaklaşık 60 gönüllü bu amaç için eğitilmişti.

25 Kesin tedavisi olmayan hastalıklarda belirtileri azaltan, hastanın konforunu artıran rehabilitasyon tedavileri

Hareket çevre bölgelere de sıçradı. Binlerce insan gönüllü olarak haftada 2 saat çalışmaya başladı. Bütçe çok büyük bir sorun gibi görünmüyordu, yerel topluluklardaki insanların yaptığı küçük bağışlar yeterli oluyordu. "On binlerce sıradan insan –işçiler, üç tekerlekli bisiklet şoförleri, memurlar, öğretmenler ve hatta okul çocukları– hareketin devamı için küçük de olsa bağış yapmaya devam ettiler" (Suchitra 2009).

Kerala hükümeti 2008'de uyandı –Asya'da bir ilk olarak– palyatif bakım planı hazırladı. Bu planda palyatif bakımının ana unsurları olarak toplum temelli olması ve 'evde bakım hizmeti' tanımlanmıştı. "Bu planın başka yerlere uygulanamayabileceği, en azından istenildiği kadar başarılı olamayabileceği öne sürüldü, zira 'Kerala'daki başarı toplumun tamamının okuryazar olması, toplumsal ve politik bilincin yüksek olması ile ilişkilendirilmişti. ...buna rağmen bunun gibi toplum temelli çabalar başka yerlerde uygulanacak modeller için örnek olabilir" yorumunda bulunulmuştu (Suchitra 2009).

Geliştirilen bu planda, başarının eğitim, toplumsal ve politik bilinçle ilişkilendirilmiş olmasını gözden kaçırmamalıyız. Bu nokta şöyle bir soruyu doğuruyor: Bunun gibi bir toplumsal müdahale başka bir yere uygulanabilir mi? Bu konuyu sonuç bölümünde tartışacağız.

Coca-Cola ve Kerala

Kerala'nın başka bir yüzü, politik aktivizm ile kendini gösteren katılım ve toplumsal uyum özelliğidir. Kerela eyalet halkı, yerel su kaynaklarını kuruttuğu ve Palakkad bölgesindeki Plachimada'da çevreyi kirlettiği gerekçesiyle Coca-Cola şirketine karşı harekete geçmişti. Gerçekten uzun süren bir toplumsal muhalefet hareketinden sonra, Şubat 2011'de Kerala hükümeti Coca-Cola şişeleme fabrikasının çevreye verdiği zararı karşıla-

masına yönelik bir kanun tasarısını kabul etti (*The India Daily*, 25 Şubat 2011). Coca Cola şirketinin yanıtı şöyle oldu: "Kanun tasarısı gerçeklerden ve bilimsel verilerden uzaktır."

Her şey 2000 yılında başladı.

> Fabrika açıldıktan sonra 1 yıl içinde yerel su kaynakları kurumaya başlamıştı. Çiftçilikle uğraşan birçok aile bu durumdan etkilendi. Halkın açtığı 260 kuyunun hepsi kuruduğu gibi toprak, su ve hava kadmiyum ve diğer ağır metallerle kirlendi. Su, yemek pişirmek ve yıkanmak için kullanılamaz hale geldi (Barlow'un Kanadalılar Konseyi'ndeki konuşmasından alıntı, 2011)

Kerala hükümetinin Şubat 2011'deki kararından sonra Coca-Cola'dan talep edilen tazminat için kadınlar büyük mücadele verdi. 2002'den başlayarak dört yıl boyunca fabrikanın önünde her gün oturma eylemi yaptılar. 2003'te British Broadcasting Corporation tarafından yapılan testlerde suda karsinojen maddeler (kadmiyum ve kurşun) bulundu. Ardından Kerala Çevre Kirliliği Kontrol Heyeti aynı testleri tekrarladı, ancak bu sefer sonuçlar farklıydı: Karsinojenlerin tehlikeli düzeyde olmadığını açıkladılar (buna rağmen problemin sebebi olan suni gübre kullanımını yasakladılar ve daha önce karsinojen olmadığı şeklinde rapor veren memurlar hakkında soruşturma açtılar) (Modus Operandi 2007).

Panchayat ve şirket arasında müthiş bir hukuk savaşı başladı. Panchayat fabrikanın kapatılmasını sağladı, ancak Yüksek mahkeme Coca-Cola şirketinin her itiraz başvurusunda fabrikanın yeniden açılmasına karar verdi. Nihayetinde fabrika 2004'te tamamen kapatıldı.

Modus Operandi (2007), bu mücadeleyi "Plachimada örneği, bir yaşam kaynağının ellerinden alınıp endüstriyel fayda için kullanılmasına karşı toplumun en alt sınıflarının tepkisiyle başlayan bir öncü olay olarak görülebilir," şeklinde yorumlamıştır.

Bu yorum geniş perspektiften durumu çok iyi tanımlamaktadır. Bu bölümde benim de aktarmak istediğim kilit nokta, Kerala'da yaşanan şeyin bu olduğudur. Bu olay, belki başka bir yerde de olabilirdi ama kitabın bu bölümü bize, Kerala'nın nasıl güçlü bir toplum algısı ve toplumsal dayanışma geliştirdiğini gösteriyor. Bu başarıda Kerala kadınlarının güçlenmesi özellikle önemli bir oynamıştır. Aynı derecede önemli olan diğer bir özellik ise eyalet düzeyinde lokal inisiyatiflere verilen destektir. Son aşamada Eyalet düzeyinde Coca-Cola'nın tazminat ödemesine yönelik yasa çıkarılması, şirketle mücadele edenler için bir zafer günüdür. Bu mücadele ve zafer, elbette başka bir yerde de kazanılabilirdi ama bir sürpriz olurdu. Kerala'da gerçekleşmesi ise bir sürpriz değildir.

Yerel halk ile Coca-Cola arasındaki mücadele hakkında son sözü eski federasyon bakanı Veerendrakunar'a bırakarak bu bölümü bitirelim. Hindistan parlamentosundaki konuşmasında Veerendrakunar şunları söylemişti: "Acımasız gerçek şudur; yeraltı sularımızı bedavadan çıkarıp satılar...ve her gün milyonlar kazandılar, aynı zamanda çevreyi mahvettiler ve halkımızın sağlığına zarar verdiler. Bizim için nehirler, barajlar ve su kaynakları bu ulusun ve insanların mülkiyetidir" (Cockburn 2005).

Kerala'da yerel halkın, neoliberalizmle savaşında halk kazandı. Peki, başka bir yerde?

Sonuç

Bu bölümde Kerala'dan bazı örnekler vermeye ve buradaki yerel halkın gücünü göstermeye çalıştım. Öyle görülüyor ki Kerala öyküsü, Kerala Eyaleti'ne özgü bir durum olarak sık sık anlatılacaktır. Buna bir itirazım yok. Ancak, önemli olan, Kerala'nın gerçek öyküsünün yerel halk düzleminde ortaya çık-

mış olduğunun idrak edilmesidir. Keralalı olmayı engellemese de aktivizm ve projelerin farklı yerel toplumlarda ve çok farklı biçimlerde oluşmuş olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Yerel halka palyatif bakım sağlamak için bağışlar yapan gönüllülerin ortaya çıkması; bir dev şirketle mücadeleye girişen insanların ortaya çıkması; toplumun gücüne inanmış bir halkın kendi 'Sağlıklı Köy'ünü kurması; dayanışma sayesinde gücünün farkına varmış, kendi yiyeceğini yetiştiren, kendisinin ve toplumun saygısını kazanmış kadınların ortaya çıkması. Bunların hepsi yerel halk düzleminde oluşmuştur. Tabi ki yerel topluma güvenen, inanan ve destek veren, maddi kaynak sağlayan, ardından geri çekilip izleyen bir eyalet yönetimi olduğunu da unutmamalıyız. Kerala'nın asıl gücü budur. Sevindirici olan, neoliberalizme başka bir ülke ya da bölgede de geri adım attırılmasının mümkün olduğudur. Yeter ki politik eğilim bu yönde olsun. Yeter ki pazar ve şirketlere değil topluma hizmet isteği olsun.

16

Küba Sağlık Sistemi ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: ABD İçin Fazla mı İyi?



Küba'da halkın sağlık düzeyini yüksek ve eşitsizlikleri düşük bir düzeyde tutmak üzere izlenen yol, uzun yıllardır diğer ülkelere çok önemli dersler vermektedir. Küba gibi görece düşük gelirli bir ülkede, halk sağlığı açısından böylesine mükemmel bir düzeye erişilmiş olması bir dereceye kadar iyi bilinmesine rağmen bunun nedenlerinin çok az incelenmiş ve anlaşılmış olması dikkat çekicidir. Son yıllarda bu eksiklik bir nebze giderilmiştir, bu bölümde ben de bunlardan yararlandım. ABD'nin, Küba'dan bir şeyler öğrenmekten kaçınması değil de, diğer ülkelerin de Küba'dan öğrenmelerinin engellemesi oldukça sıra dışı bir durumdur. Peki neden? Sanırım ABD sağlık hizmetlerinde ve daha genel olarak ekonomide kendi neoliberal politikalarının erdemlerine o kadar çok güveniyor ki, başka bir yol olabileceğine özellikle de hemen yanı başındaki komünist bir ülkede bunun olabileceğine ihtimal vermiyor (ABD'nin Küba'ya uyguladığı ambargo ve ekonomik kuşatma hakkında kısa ama önemli bilgiler için bakınız: Sierra, tarih

yok). Bu bölümde ayrıca konvensiyonel sağlık ekonomistlerinin Küba'yı nasıl ihmal ettiklerinden bahsedeceğim. Bob Evans (2008), Küba'da sağlık ve sağlık hizmetlerini değerlendiren birkaç sağlık ekonomistinden biridir. O da bu durumu, 'Thomas McKeown Fidel Castro'yla buluşuyor: Hekimler, halk sağlığı ve Küba paradoksu' isimli harika makalesinde Küba paradoksu olarak tanımlamıştır.

Küba'da sağlık ve sağlık hizmetleri

Spiegel ve Yassi'ye göre, "Küba örneği temel bir paradokstur, sağlıkta bir iyileştirme için önce zenginlik gerektiği önyargısını kırmaktadır –bazılarının bu ülkenin kazanımlarını yok saymasının ve saklamasının nedeni budur" (2004:85). Daha iyi bir topluma giden yolda ekonomik büyümeye ek olarak "sağlık hizmetleri, eğitim ve diğer ilgili sosyal düzenlemelerin ustalıkla yönetildiği" toplumsal destek odaklı bir programla çalışma fikri Sen'in düşüncelerinde yankı bulmaktadır (2001: 338). Sen, "önemli bir ekonomik büyüme olmaksızın ölüm oranlarında hızlı bir azalma ve yaşam koşullarında iyileşme görülen Sri-Lanka, reform öncesi Çin, Kosta Rika ya da Hint eyaleti Kerala" gibi örnekler verirken, ilginç bir şekilde Küba'yı listesine dahil etmemiştir.

Macintyre ve Hadad'ın (2002) belirttiği üzere Küba'nın sadece hastalık düzeyi değil, hastalık paterni de zengin ülkelere benzemektedir: "Kübalılar yoksullar gibi yaşamakta, zenginler gibi ölmektedir."

Spiegel ve Yassi (2004), eşitsizlik ve sağlık arasında basit bir ilişki kurulmasına karşı çıkar ve toplumsal yapının çok önemli olduğunu vurgularlar. Bu noktada Evans ve Stoddart'ın (2003) görüşlerine katılırlar: "Amerikan toplumu, zenginliğin belirlediği hiyerarşik bir yapı ile karakterizedir, bu yapıda bi-

reyler sınıfsal farklılıklarını yoğun biçimde yaşarlar". Evans ve Stoddart, Kanada'da var olan çok sayıda kamusal hizmet ve düzenleyici hükümler sayesinde düşük gelirle ilişkili pek çok mağduriyetin giderildiğini ve Kanada'da, ekonomik eşitsizlik ve mortalite arasında beklendiği gibi güçlü bir ilişki olmadığını saptamışlardır (Spiegel ve Yassi 2004: 93).

Yukarıda adı geçenler ve daha pek çok yazar, Küba gibi yoksul bir ülke için halkın sağlık düzeyinin dikkat çekici biçimde üst seviyede olduğunu göstermişlerdir. Bütün yazarlar bu durumu Küba'nın güçlü eşitlik politikalarına bağlamaktadırlar. Sağlık sistemindeki en önemli özellik Küba'da nüfusa düşen hekim oranının dünyadaki en yüksek oran olmasıdır (buna ek olarak Küba, gelişmekte olan pek çok ülkeye binlerce hekimini göndermektedir).

Kübalıların sağlık düzeylerinin bu kadar iyi durumda olmasının tek nedeninin sağlık sistemi olmadığını vurgulamak gerekir. Küba'da eğitim sistemi mükemmeldir ve on ikinci sınıfa kadar zorunludur. Erişkinlerde okuryazarlık oranı yaklaşık yüzde 97'dir. Üçüncü ve dördüncü sınıflardaki Kübalı öğrenciler, diğer Latin Amerika ülkeleriyle karşılaştırıldığında sınavlarda birinci sıraya yerleşmektedir. Hepsinden önemlisi, barınma bir kamu hizmetidir. Bireylerin evlerini alıp satmasına izin verilir, ancak fiyatlar hükümet tarafından belirlenir. İstihdam, 1990'ların başındaki Sovyet desteğinin ortadan kalktığı 'Özel Döneme' kadar tama yakındı. O günden bu yana işsizlik sorunu başlamıştır. Resmî işsizlik oranı yüzde 2'den az ise de bu orana informel sektörlerde çalışanlar dahil değildir. Yakın zamanda kamuda verimli çalıştırılamayanların kamu dışına çıkarılması şeklinde bir eğilim vardır. Bu insanlar, inşaat, tarım, birleşik kooperatifler gibi alanlarda ya da kendi işlerinde çalışmaya yönlendirilmektedir.

Bütün bunlar ABD'nin 1960'tan beri uyguladığı bugün de devam eden seyahat ve ticari ambargo ve ekonomik kuşatmaya karşın gerçekleşti. Ambargonun ciddiyeti ve kapsamı zaman zaman değişse de bugün bile ilaç ve tıbbi bakım malzemelerini kapsayacak kadar geniştir. Ayrıca Küba'yla ticaret yapan bütün ülkelere ABD desteği kesilmektedir (Sierra, tarih yok).

Spiegel ve Yassi'nin gösterdiği gibi, Sovyet desteğinin kesilmesine, ilaç ve diğer tıbbi malzemeleri içeren ABD ambargosunun sertleşmesine karşın "halk sağlığındaki gelişim eğilimi 1990'ların sonuna kadar devam etmiştir" (2004: 88).

Bob Evans (2008) Küba fenomenini çözümlemeye çalışmıştır. Evans, yukarıda değinilen, Küba'daki dünyanın en yüksek hekim/nüfus oranının(6/1000) farkına vardı. Ancak, hekim sayısındaki fazlalığın halk sağlığını iyileştirdiği fikrini uluslararası ölçekte irdelediğinde, bu hipotez destek bulmadı.

Sonradan Evans'ın tartıştığı gibi ya da Sen'in (2001) (daha önce değinilmişti) önerdiği gibi sağlığın iyileştirilmesi için kaynakların (Evans için hekim sayısı, Sen için GSMH) çok olması şart değildir, asıl önemli olan bu kaynakların nasıl kullanıldığıdır. Evans'a kulak verirsek;

> ....Küba'nın farkı, birinci basamak hekiminin (ve hemşiresinin) yalnızca kendisine başvuran hastalardan değil, coğrafik olarak tanımlanmış belli bir nüfusun sağlığından sorumlu olmasıdır. Bu ekip daha sonra yerel ve daha büyük ölçekli politik organizasyonlarla ilişki içine girerek, bu politik organizasyonları hizmet etikleri halkın sağlığından sorumlu duruma getirirler. Ayrıca bu organizasyonlara sağlık dışı belirleyiciler üzerinden müdahalede bulunmak üzere kanallar sağlarlar. Bu önemli rolün sürdürebilmesi için, hekimlere sağlığın hem tıbbi hem de tıbbi olmayan alanlarında "*medico familiar integrale* (MFI)" eğitimi verilmektedir (2008: 31).

Burada birçok faktörden oluşan karma bir yapıyla ile karşı karşıyayız, ancak en önemlisi yerel, topluma odaklanma, sağ-

lık hizmeti ile doğrudan sağlık hizmeti olmayan, ancak sağlığı destekleyen (tamamı sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin) programların birlikteliği ve belki de bunlar içinde en yaşamsal olanı, tıbbi olmayan değişkenleri etkileyecek politik güç ve sorumluluk, gücün ihtiyaç sahiplerinin yani vatandaşların elinde olmasıdır.

DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (DSÖ 2008) Küba'nın başarısına büyük önem verdi. Örneğin komisyon için hazırlanmış bir yazının girişinde "Devrim sonrası Küba 'ucuz maliyetle iyi sağlık' için çok iyi bir örnektir... Küba halkının sağlık göstergeleri zengin ülkelerle boy ölçüşebilir" denmiştir (Irwin ve Scali 2005). Yazarlar bunun nedenlerini şöyle açıklıyor:

> Küba'da devrim sonrası sağlık politikalarının ilkeleri, üniversallik (herkesin sağlık güvencesi olması), eşit erişim ve hükümet kontrolü olarak sıralanabilir. İhtiyaç duyulan hizmetlere ücretsiz erişim sağlanarak toplumsal eşitliğe odaklanıldı. Tıbbi bakım, tanısal testler ve 13 hastalık için koruyucu aşı bütün topluma ücretsiz sunuldu. Küba'nın halk sağlığı politikası, sağlığın geliştirilmesine ve koruyucu sağlık hizmetlerine, yerel inisiyatife, sektörler arası etkileşime ve toplumsal katılıma öncelik vermiştir. Bu politikanın temel taşı lokal birinci basamak sağlık hizmetidir. Konsültasyon ve bir ileri basamağa yönlendirme şeklinde düzenlenmiş bir sistem mevcuttur. Yerel düzeyde, hekimler ve hemşireler hizmet verdikleri halkla birlikte yaşarlar. Bu ekipler klinik tanı ve tedavinin yanı sıra, halkı genel sağlık konularında ve sağlığın tıbbi olmayan belirleyicileri hakkında eğitirler.

Görüldüğü gibi Küba, iyi sağlık için 'ucuz' (düşük maliyetli) ve eşitlikçi bir yol seçmiştir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin temel özelliklerini kucaklamış ve mükemmel halk sağlığı göstergelerine pratik yollarla ulaşılabileceğini göstermiştir. Küba'nın eşitlikçiliği, sağlık planlamasına aktif toplumsal katılım ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin potansiyel etkisi; benim

de daha iyi sağlık ve sağlık hizmetine giden yolda vurgulamak istediklerimle yakından ilişkili özelliklerdir. Küba'daki başarıyla ilgili bir başka ilginç nokta, 'ana akım' sağlık ekonomistlerinin Küba'daki sağlık sistemini ve sağlık hizmetlerini çok az incelemiş olmasıdır. Aviva Chomsky'nin de belirttiği gibi, Küba sağlığa karşı büyük sorumluluk duymaktadır. "Öncelikle, hükümet sağlığı devletin sorumluluğu olarak algılar. İkinci olarak, hükümet sağlığa sağlık hizmetinin dağıtımını da içeren toplumsal bir konu olarak yaklaşır" (2000: 333).

Küba'da sağlık ve ABD

ABD'nin komünist bir devlet olarak Küba'yı bir tehdit olarak algılamasının ötesinde, Küba'nın sağlık alanındaki başarıları, ABD'nin tıp ve sağlık hizmeti kurumları için de bir tehdittir. Muazzam sağlık harcamalarına, görece kötü sağlık standartlarına ve sistemdeki büyük eşitsizliklere karşın piyasa ABD'de hâlâ kraldır. Bölüm 5'te de değindiğim gibi Obama'nın sağlık reformunun sosyalist olarak adlandırılabilmesi, olağan dışı görünmektedir. ABD'nin Küba'ya ait her şeye karşı beslediği korkunç nefreti, rejimi yıkmak için yürüttüğü askerî, ekonomik mücadeleleri ve Küba'nın sağlıkta elde ettiği başarıların öğrenilmesini önleme gayretini bilirsek Obama'ya niçin sosyalist dediklerini de anlayabiliriz.

Ochoa ve Lopez Pardo (1997), Küba'nın temel gıda maddelerini sübvanse ederek karneyle dağıtmasının, beslenme standartlarını geliştirebildiğini gösterdiler. Sanat ve spor da Küba'nın uluslararası alanda üstünlüğünü gösterdiği alanlardır. Küba'nın başarısının önemli bir göstergesi de, ABD Dışişleri Bakanlığı tarafından desteklenen ve tamamen Küba'nın sağlıktaki başarısına gölge düşürmeye yönelik bir çalışma tasarlanmış olmasıdır! ABD'nin, sadece komünist olduğu için Küba re-

jimini yıkmaya ve başarılarını gölgelemeye yönelik çabalarının sürekliliği ve çeşitliliği herkesi hayrete düşürecek niteliktedir. Spiegel ve Yassi'ye (2004: 89) göre yukarıda sözü edilen bu çalışma hakkında özellikle ilginç olan şey aslında boşa çıkması ve "Küba'nın kazanımlarının bilinir hale gelmesini sağlamasıdır."

ABD'nin Küba'nın çok kısıtlı kaynaklarla sağlıklı bir toplum yaratmış olmasından duyduğu akıldışı korku, iki halkın sağlık düzeyi arasındaki farkın çok az, sağlık harcamalarındaki farkın ise çok fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Gerçekten de beklenen yaşam süresine ait son veriler, 78.3 yılla iki halkın başa baş olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kişi başına yapılan yıllık sağlık harcaması Küba'da 707 dolarken, ABD'de 7410 dolar'dır (Dünya Bankası 2011). Bu durumu göz önünde bulundurduğumuzda, Küba'daki sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili bu kadar az çalışma yayımlandığını görmek çok dikkat çekicidir. Cooper ve diğerleri bu konuya açıklık getirmişlerdir:

> 1959 devriminden sonra... Küba'ya asi bir çocuk olarak parya muamelesi yapıldı. İftiraya uğradı, kötülendi, askerî ve ekonomik saldırılara uğradı, kültürel olarak soyutlandı... Bazı 'nadir parçalar' dışında İngilizce tıp literatürü Küba deneyimi konusunda neredeyse tamamen sessiz kaldı. ABD hükümeti Küba'dan gönderilen çalışmaların Amerikan dergileri ve bunların yabancı uzantılarında yayımlanmasını bir dönem yasaklamıştır (2006: 817).

Küba yayınlarına ABD tarafından uygulanan bu sansür, ABD'nin Küba paranoyasının belki de en güçlü (şüphesiz en tuhaf) belirtisidir.

Bu düşünceyi destekleyici şekilde, basılmayı başaran az sayıda çalışma da genellikle dikkate alınmamıştır. Örneğin Drain ve Barry (2010) Küba'daki sağlık politikalarını destekleyen bir yayın yapmış ve saldırıya maruz kalmışlardır.

> Tüm engellemelere rağmen Küba sağlık alanında çoğu Latin Amerika ülkesinden daha iyi ve birçok gelişmiş ülkeyle karşı-

laştırılabilir sonuçlara ulaştı. Latin Amerika ve Karayipler'deki 33 ülke içinde Küba, 78.6 yılla beklenen yaşam süresi (ortalama yaşam süresi) açısından birinci sırada yer almaktadır. Yine bu ülkeler içinde kişi başına düşen hekim sayısı açısından en yüksek oran –10,000 kişiye 59 hekim– ve bir yaşından küçük çocuklarda en düşük ölüm oranı (1000 canlı doğumda 7) Küba'dadır. Küba hükümeti, 2006'da sağlık hizmeti için kişi başına harcanan miktarı 355$ olarak bildirmiştir. Aynı yıl ABD'de bir yurttaş için harcanan miktar 6,714$ idi.

Bu yayının ardından yazarlar, Küba'nın sağlık sistemiyle ilgili "korkunç bir yanlış beyanda bulunmakla" (Hirschfeld 2010), "Küba'daki sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili spekülasyon yapmakla" (Bodenstein 2010) suçlandılar!

2009'da Başkan Obama, Küba'ya uygulanan ambargonun kapsamını genişletti. Bunun üzerine Uluslararası Af Örgütü Genel Sekreteri Irene Khan, Kübalıların yaşamsal öneme sahip ilaçlardan ve tıbbi malzemelerden yararlanamayacağı gerekçesiyle bu kararın geri çekilmesini istedi (Uluslararası Af Örgütü 2009).

Ocak 2011'de Obama ambargoyu biraz hafifleterek Küba asıllı Amerikan vatandaşlarının Küba'ya seyahat etmesine ve telekom şirketinin Küba'da yatırım yapmasına izin verdi. Ambargonun hafifletilmesi aynı zamanda öğrencilerin, akademik kadronun ve dinî grupların Küba'yı ziyaret edebilmesini serbest bırakıyordu (MacCaskill 2011). Dahası, Amerikalıların, Küba Komünist Partisi ya da üyeleri dışında, özel ekonomik ilişkiler ve bazı diğer aktiviteler için Küba'ya 500$'a kadar para gönderebilmesine izin verildi. Ancak ilaç ve diğer tıbbi malzemeler için bir gevşeme yapılmadı.

Tüm ABD yurttaşlarının ve hekimlerinin ambargodan yana olmadığını belirtmek gerekir. Diane Kuntz (1996); Amerikan Halk Sağlığı Derneği'nin bir açıklamasında şöyle diyor:

> Diğer ülkelerdeki halk sağlığı uzmanları, Küba sağlık sistemini bir model olarak çoktan kabul etmiş durumdalar. Küba'da tüm yurttaşların kaliteli sağlık hizmeti, eğitim, kreş ve diğer sosyal hizmetlere erişim hakkı vardır. Küba'daki bebek ölüm hızı, yaşam beklentisi ve diğer sağlık göstergeleri dünyanın en zengin ülkeleriyle benzerdir... Küba'nın artık ABD için bir tehdit olmadığı sık sık dile getiriliyor ama bu, gerçekleri yansıtmamaktadır. Küba tehdittir. Küba yurttaşlarına iyi sağlık hizmeti sağlamaya çalışan bir ülke politikası örneği sunduğu için tehdittir. ABD bu tehditle savaşmaktadır; gıda, ilaç ve tıbbi malzemeler Küba'ya karşı silah olarak kullanılmaktadır. Ambargo nedeniyle Küba'da birçok yaşamsal ürünün eksikliği çekilmektedir. Sabun, laboratuvar malzemeleri, temel kitaplar –her tür temel ihtiyaç maddesi zor bulunmaktadır. Kübalı hekimler reçete ettikleri her hapı saymak, her ilacın damlasını hesaplamak zorundadırlar. Kübalı yurttaşlar –özellikle çocuk ve yaşlılar– bizim hükümetlerimiz yüzünden acı çekmektedirler.

Bunları dedikten sonra da ambargonun sonlandırılması için çağrı yapmıştı.

Yine 2004'te Minnesota Tabipler Odası, Amerikan Tabipleri Birliği'nden (ATB) önemli bir talepte bulundu (Minnesota Tabip Odası 2004): "Minnesota Tabip Odası, adadaki hastalık ve ölümler daha fazla artmadan Küba'ya acil insani yardım yapılmasını desteklemektedir." Ayrıca ATB'den ambargonun kaldırılması için Amerikan Kongresi'nde lobi faaliyetlerinde bulunmasını, ambargonun kaldırılmasını ve insani yardımın kurumsallaştırılmasını istedi. Bu girişimlerin sonucuyla ilgili bir belge bulamadım. Beklendiği gibi, bir iz bırakmadan kaybolmuş gibi görünüyor.

Sonuç

Ulusal Hint dergisi *Frontline*'da yazan Sivaraman (1998), ABD ve Küba arasındaki farkları şöyle özetlemektedir:

> BM, yoksulluğu –sadece gelir düşüklüğünden kaynaklanan yoksulluk olarak değil, 'insani gelişim açısından yoksulluk, örneğin asgari (çekilebilir) bir yaşam için seçenek ve fırsat yoksunluğu'– insan hakları yoksunluğu olarak tanımlar. Bu kriterlere göre – Küba'daki yüzde 5'e karşılık nüfusunun yüzde 15'inin yoksulluk sınırı altında olmasıyla– ABD'nin insan haklarını daha fazla ihlal ettiği söylenebilir. Muhtemelen buradaki en yaşamsal konu, asgari bir yaşam için yürütülecek politikayı piyasa ahlakının mı yoksa insanoğlunun mu belirleyeceğidir

Sivaraman *(a.g.e.)* burada Noam Chomsky'den alıntı yapmaktadır:

> ABD zorbalığı, ABD'de gerçekleştirilen Pan-Amerikan oyunları sırasında zirve yaptı. Kübalı atletlere saf değiştirmeleri için çok büyük propagandalar –profesyonel olmaları için bol keseden teklif edilen maddi destekler de dahil– yapıldı. Kübalı sporcular boyun eğmediler. Kendilerini ülkelerine ve halklarına karşı sorumlu hissettiler ve bu durumu gazetecilere anlattılar.

Küba'nın sağlık alanındaki başarısını inkâr etmek için gösterilen çabanın boyutları ürkütücüdür. Bunun nedeni tamamen ideolojiktir. Piyasanın her zaman doğru, daha iyi olduğu ve istisnaların olamayacağı patolojik biçimde iddia edilmektedir. Elli yıldan daha uzun süre devam eden ABD ambargosuna karşın Küba, halen yalnızca Küba'da değil, dünyanın birçok yerindeki yoksul ülkelere gönderdiği on binlerce hekimle sınırlarının çok ötesinde de başarılı olmuştur.

Ambargonun etkisi çok büyüktür ve hâlâ devam etmektedir. Kitabın bu bölümünü sonlandırırken, Küba hükümetinin Haziran 2011'de sunduğu bir rapora değinmek istiyorum. "Amerika Birleşik Devletleri, BM AIDS-Tüberküloz ve Sıtmayla Savaş Küresel Fonu tarafından 2011 yılı ilk çeyreği için Küba'ya ayrılan 4.207 milyon dolara Ocak ayında el koydu" (Blum 2011).

Buna rağmen, Küba, ABD'nin bazı 'iyi misillemeler' yapmasını provoke etmiştir: *Comfort* isimli ABD savaş gemisi ile. Bu

gemide '12 ameliyathane ve 1000 yatak kapasiteli bir hastane' vardı. Gemi; Belize, Guatemala, Panama, El Salvador, Peru, Ekvator, Kolombiya, Nikaragua ve Haiti gibi ülkelerde yüz binlerce ücretsiz ameliyat yapılmasına olanak sağladı. Ne yazık ki, bu girişim, Washington'da bulunan, ABD yanlısı Amerika Ülkeleri Diyalog ("Inter-American Dialogue") isimli politika araştırma grubunun başkanı Peter Hakim tarafından, "Bu girişim bizi Küba'yı taklit ediyormuşuz gibi gösteriyor. Kübalı hekimler bizim gibi iskeleye birkaç gün demir atmadılar, aksine yıllardır bu ülkelerin içindeler" şeklinde tanımlanmıştır.

Eğer daha fazla sayıda ABD yurttaşı, Küba hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilseydi, pek çok kişi ABD'nin kendileri için daha fazla 'taklit' yapmasını isterdi. Ancak, bu durumda da muhtemelen Obama'nın gerçek bir sosyalist olması gerekirdi!

17

Venezüella: Güç Toplumda



Venezüella'da son dönemde iktidarda ve kurumlarda yaşanan değişim, karar verme süreçleri bağlamında bireylerden çok daha fazla topluma odaklanmıştır. Bu Hugo Chavez'in 1999'da iktidara gelmesiyle olmuştur. Burada Venezüella örneğinin ne kadar başarılı olduğunun analiz edilmesinin yanı sıra, bu başarının başka ülkelere aktarılıp aktarılamayacağını da inceleyeceğiz.

Venezüella modeli, Muntenar ve diğerleri (2007) tarafından irdelenmiştir. Bu modelde birinci basamak hizmetine ağırlık verilmiştir; karar verme süreçlerinde toplum katılımına ve finansmanda kamuya dayanır. "Bu entegre hizmet modeli, bir holistik yaklaşımı; sağlık ve hastalık arasında eşgüdümü (birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer sağlık hizmetlerini ilişkilendirerek) vurgulamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden eğitim, gıda güvenliği, halk sağlığı ve istihdama ağırlık verilmiştir" (*a.g.e.* 317). Yazarlar "içilebilir suya erişimi olmayan ve tekrarlayan bağırsak enfeksiyonlarından mustarip insanlara yalnızca antibiyotik reçeteleri yazılmadı bu insanlar temiz içme suyuna erişmek üzere örgütlenmeleri yönünde cesaretlendirildi" şeklinde dikkat çekici tespitlerde bulundular

(*a.g.e.*). Bu tip örgütsel yapılar "halktan üyelerin oluşturduğu Sağlık Komiteleri tarafından desteklenen sağlık ekiplerinden ve hastalardan oluşuyordu." "Yerel insanlar katılımın provasını sağlık ocaklarında yapıyordu" (*a.g.e.*).

Muntaner ve diğerleri bu modelin Batı'da uygulanmaması için hiçbir neden olmadığını söylemekteler (*a.g.e.* 319). Venezüella sağlık politikası örneği, bu kitabın paradigması üzerine kurulmuş bir örnek değildir, ancak kitabın paradigmasının yüzlerinden bazılarına tutunan bir sistem örneğidir. Venezüella'da sağlık ve sağlık hizmetlerine daha yakından bakmanın bize çok şey öğreteceğini düşünüyorum.

Venezüella sağlık hizmeti devrimi

Venezüella'nın demokrasiyle yönetilmeye başlandığı 1958'den bu yana geçen sürenin çoğunda sağlık hizmetlerine erişim demokratik olmaktan çok uzaktı. Teorik olarak herkesin ücretsiz sağlık hizmetine erişim hakkı olsa da bu erişim aslında dahil olduğunuz toplumsal sınıf ve sahip olduğunuz bağlantılarla ilişkiliydi. 1980 ve 90'larda sağlık harcamalarındaki en büyük artış özel sağlık sektöründe oldu; sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde eşitsizlik kaçınılmaz biçimde arttı. 1970'de kamu sağlık harcamaları, toplam kamu harcamalarının yüzde 13.3'üyken, bu oran 1990'da yüzde 9.3'e ve 1996'da yüzde 7.6'ya geriledi. 1996'da bu rakam ulusal gelirin yüzde 1.73'üne tekabül etmekteydi (PAHO 2006). Sağlığın sosyal belirleyicileri göz önüne alındığında durum çok kötüydü. 1990'da evlerin neredeyse üçte birinde su tesisatı yoktu. 1996'da halkın yüzde 42.5'i aşırı yoksuldu (PAHO 2006).

PAHO bu durumu şöyle özetlemiştir:

> 90'lar boyunca sağlık hizmet ağı kapasitesi resmî olarak yetersizdi. Cerrahi ve uzman poliklinik hizmetlerinde uzun kuyruklar

vardı. Gerekli hizmeti sunmak için ihtiyaç duyulan temel tıbbi malzemeler genellikle yetersizdi. Ağın kriz yönetimi ve afetler için herhangi bir planı yoktu. Kamu finansman yetersizliğinden kaynaklanan bu durum, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine ve devletin sağlık hakkını garantileme sorumluluğunu sırtından atmasına neden oldu.

Sağlık reformundan önce Venezüella sağlık hizmetlerinin bu durumda olduğunu anımsamak önemlidir. Radikal değişime yol açan bir hareket olmamış olsaydı, hiç şüphesiz Venezüella sağlık sisteminin kamu finansmanı yetersizliği bütün ciddiyetiyle devam edecekti, sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu özel sektöre gidecekti. Reformlar kendi kendine ya da nedensiz oluşmadı.

Venezüella'nın 1999 Anayasası herkesin ücretsiz sağlık hizmeti almasını garanti altına almıştır. Bu sorumluluk "Mision Barrio Adentro" (mahalle içindeki görev anlamına gelir) olarak adlandırılan bir sistem aracılığıyla hükümetin finanse ettiği bir kamusal hizmetle yerine getirilmiştir. 1980 ve 1990'larda Venezüella ekonomisi sarsılmış, sağlık hizmetlerini de içerecek biçimde kamusal hizmetlerde kesintiye gidilmişti. 2000'lerin başındaki yoksullara daha iyi sağlık hizmeti götürmeyi amaçlayan çabalar da başarısız oldu. Bununla birlikte, 2004'e gelindiğinde "Mision Barrio Adentro" isimli reform tüm ülkeye yayıldı. Bu hareket başlangıçta yerel topluluklara dayalıydı. Kübalı doktorların bu programda hizmet vermeleri, bunun karşılığında da Venezüella'nın Küba'ya petrol ve ilaç yardımı yapması şeklinde Venezüella ile Küba arasında bir anlaşma yapılmasından sonra ülke geneline yaygınlaştı. Bu reform süreci yerel topluluklar tarafından yürütüldü ve programın en önemli dayanağı bu topluluklar ile onlarla birlikte yaşayan hekimler arasındaki güçlü bağlardı. Hekimler topluluk üyeleriyle aynı yaşam tarzını paylaşıyorlardı. Bu hekimler Küba'da 'genel en-

tegre tıp' ("general integrated medicine") adı verilen bir eğitim aldıkları için programa çok uygundu. Genel entegre tıp eğitimi, "aile, toplum ve çevre alanlarına odaklanan, biyolojik, epidemiyolojik, sosyal ve insancıl boyutların kesişim noktalarına" kritik bir yaklaşım gösteren bir uzmanlık programıdır (Briggs ve Mantini-Briggs 2009). Chavez'in (2009) deyimiyle bu, sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesiydi.

Bu yeni tip sağlık hizmeti sunumunu Chavez 'icat' etmemiş olsa da, sistemin erdemlerini gördü ve bunun tüm Venezüella'ya yayılmasına yardım edecek kaynakları sağladı. Toplumsal eşitlik, dolayısıyla hasta ve hekim eşitliği sistemin başarısı için kilit noktaydı. Sistem aslında devlet tarafından yürütülmüyordu, devlet yalnızca kolaylaştırıyordu; hekimler de sistemin kontrol mekanizmasında yer almadılar, sistemin işlev görmesini sağlayan elemanlar olmaktan ziyade sistemin bir parçası olarak çalıştılar. Başka bir deyişle Venezüella sağlık sisteminde güç yer değiştirdi; halka geçti.

Başka bir nokta –büyük bir şans– ise şuydu: Kübalı hekimler sadece tıp eğitimi olmamışlardı. Bunun yanı sıra sağlık alanında çok daha genel bir eğitim almışlardı, çalıştıkları toplumdaki sağlığın sosyal belirleyicilerini takip etme ve bunları savunma konusunda gerekli çabayı gösteriyorlardı (Küba örneğindeki benzer gözlemler için bkz. Evans 2008). Küba'nın ve Kübalı hekimlerin bu müdahalesi, Venezüellalı hekimlerin itirazı ile karşılaştı. Venezüellalı hekimler yeni sağlık sistemine karşı greve gittiler.

Sağlık hizmetindeki değişikliklere karşı başlayan bu hareketi McNulty (2009) şöyle özetliyor:

> Halkın katılımı, koruyucu hekimlik ve halk sağlığı ile ilgili konularda değerlendirmeler... Barrio Adentro, daha önce hiç hekim görmemiş mahallelere klinikler inşa etmeye başladı. Bu program kapsamında bir yerel topluluk yeni bir klinik inşa etmek ve bu-

raya hekim getirmek için ödenek alabiliyordu. Bu yerel topluluğun sorumluğu bir sağlık komitesi oluşturmaktı. Bu komitenin üyeleri mahallede kapı kapı dolaşarak kendi toplumlarının sağlık sorunlarını öğrenmek, değerlendirmek zorundaydı. Hizmet verdikleri toplumla aynı mahallede yaşayan hekimler de ayrıca ev ziyaretleri yapıyorlardı. Halk, tüm nüfusun sağlık ihtiyaçlarına hizmet etmek üzere sürece katıldı.

Program, koruyucu sağlık hizmetiyle başlayarak, çok geniş bir perspektifle toplumun gücünü (ve gerçek ihtiyaçlarını) tabandan sağlamaktaydı. McNulty bunu şöyle tanımlar:

> Program; acil sağlık hizmetleri, zihinsel sağlık hizmetleri, cerrahi, kanser tedavisi, diş sağlığı, göz teknisyenlerine ulaşım, ücretsiz gözlük ve kontakt lens, engellilere ve ailelerine destek sistemleri ve de pek çok uzman hekime erişim gibi alanları içerecek şekilde genişledi... Nüfusun büyük kısmının sağlığa erişimini sistematik olarak engelleyen kâr amaçlı endüstri yerine, Venezüella'daki sağlık hizmeti artık temel bir insan hakkı olarak görülüyor. Venezüella'da bir kişi hastalık olarak değil, bir bütün insan olarak ele alınır, tedavi edilir (McNulty 2009).

İşe yarıyor mu?

Sistemin işlediğini gösteren çok sayıda gösterge mevcuttur. Örneğin Westhoff ve diğerleri (2010) Barrio Adentro'dan önceki ve sonraki 18 ayı karşılaştıran rakamları verdiler. Birinci basamak hekimlerinin sayısı 1,500'den 13,000'e yükseldi. Hasta muayene sayısı 3.5 milyondan 17 milyona yükseldi, birinci basamak merkezlerin sayısı 4,400'den (yalnızca 1,500'ünde hekim vardı) hepsinde hekim bulunan 5,500'e çıktı. Peki, sağlığa etkileri? "Yaklaşık 16,400 yaşamın kurtarıldığı tahmin ediliyor, 800'den fazla doğum sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirildi, 161,800 aşılama yapıldı, 13 milyon ilaç reçete edildi ve 22 milyon insana sağlık eğitimi verildi."

Aynı yazarlar, bazı 'olumlu yan etkilerden' de bahsetmektedirler (gerçi bana kalırsa bunları sağlığın sosyal belirleyicileri kavramında tanımlamak gerekirdi): Bu program yeni iş fırsatları sağladı, sağlık ve tıp alanında kariyer yapmak isteyenlere eğitim olanakları sağladı, toplum içinde ilişkileri güçlendirdi ve dayanışma sağladı, daha önce hizmet alamayan kesime hakları ve onurları geri verilmiş oldu (*a.g.e.*). Yalnızca Karakas'ta acil servislere başvuru oranının yüzde 30 azalması da bunlara eklenebilir.

Her yerde uygulanabilir mi?

Barrio Adentro sisteminin yerel kültürel yapı ve kaynaklar göz önünde bulundurularak yapılacak küçük değişikliklerle başka herhangi bir yerde uygulanmaması için hiçbir neden görünmüyor. Tabii pek çok şey gerekiyor. Birincisi, halihazırda yürüyen sistemin bir şekilde yanlış olduğunu idrak etmek. Bu birkaç düzeyde olabilir –verimsizlik olarak, eşitsizlik olarak, ahlaki açıdan ya da daha genel olarak nüfusun çoğunluğunun aleyhinde bir düzen olarak. İkincisi, gücün bu tarzda el değiştirmesi hem toplumda hem sağlık sisteminde gücü elinde bulunduranları endişelendirir. Bu konu, sağlık sistemleri bakımından çok az ele alınır; oysa muhtemel bir sorun alanı olarak dikkate alınması gerekir. Neoliberal hükümetler iktidarda olduklarında, sağlık hizmetinin ticari bir meta olarak görmek isteyenlerin eli güçlenir. Böyle hükümetler yoksullar ve mağdurlar için paternalist bir yaklaşım benimseyecek ve ulusal tabip birliği ve sağlık çalışanlarının da yardımıyla, sağlık sisteminin nasıl olacağına, bu kesimin nasıl bir sağlık hizmeti alacağına karar verecektir. Gücü halka aktarmak çok kritiktir; belki de tüm zorluklar içinde en önemli engel bunun gerekliliğini anlayamamaktır. Tıp mesleği gücünü büyük öl-

çüde bu engelden almaktadır ve gücün halka devredilmesini istemez. Hekimler bu dönüşümün bir parçası olmak istemeyeceklerdir. Venezüella bu engeli Kübalı hekimlerin yardımıyla aştığı için şanslıydı. Sağlığı çıkar gruplarının gücünden ve kârdan daha üstün tutmak isteyen, gücü toplumsal düzeyde halka aktarmak isteyen hükümetler bu sorunları saptanmak ve çözmek zorundadır.

'Aracılık ilişkisi' ("agency relationship") olarak adlandırılan kavram hakkında literatürde çok şey yazılmıştır (bkz. Vick ve Scott 1998). Bu ilişkide hekim, hastaya kendisi için en iyi olanı seçmesinde yardım eder. Bu ilişkide denge kaçınılmaz olarak aldatıcıdır. Farklı hastalar ve farklı hekimlerle; hatta aynı hastanın farklı durumlarında değişkenlik gösterir. Burada asıl soru şudur: En doğruyu seçerken kimin 'doğrusu' değerlendirilecektir? Değerlendirmeyi kim yapar? Doğru, hastanın sağlığı ya da iyiliği midir? Aracılık ilişkisinin hekimler, tüketici dernekleri, sağlık politikası üreticileri, ekonomistler, etikçiler ve daha pek çok kesim için ilgi çekici olması ve bu konuda literatürde pek çok şeyin yazılmış olması anlaşılır bir durumdur –bu gerçekten önemli bir konudur.

'Aracılık ilişkisi' sağlık sisteminin neresinde durmaktadır? Bu sorunun daha önce sorulduğunu sanmıyorum. Venezüella'daki dönüşümü okumanın en doğru yolu hâlâ bu soru olabilir. Mesele Venezüella'nın nasıl bir sağlık sistemine sahip olacağına kimin karar vereceği meselesidir. Yukarıdan aşağıya, tepedeki politikacılar, tecrübeli bürokratlar, uzmanlar mı yoksa aşağıdan yukarıya tabandaki hekimler ve onların temsilcileri mi? Ya da çeşitli komitelerde çalışan ve aslında güçsüz olan tüketici ya da hasta temsilcileri mi? Yoksa toplum mu?

Venezüella'nın izlediği yolu izlemeyen bir örnek olarak Güney Afrika'yı ele alacak olursak, Güney Afrika'nın şimdiki hali ile 1980 ve 1990'lardaki Venezüella'nın oldukça benzer ol-

duğunu görürüz. Güney Afrika oldukça neoliberal bir hükümet tarafından yönetilmektedir. Kamu sağlık sistemi finansmanı çok yetersizdir, bunun yanı sıra yüksek kalitede ve pahalı bir özel sağlık sistemi mevcuttur. Güney Afrika, büyük çoğunluğun yoksul olduğu çok eşitsiz bir toplumsal yapıya sahiptir. Güney Afrika hangi yolu izlemeli? Şu günlerde özel sektörün şiddetle karşı çıktığı Ulusal Sağlık Sigortası sistemini getirmek için bazı çabalar mevcuttur (bkz. bölüm 7). Güney Afrika'da özel sektör de kamu sağlık hizmetinin geliştirilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir, ancak kendilerine dokunulmamasını ister.

Konu tamamen gücün kimde olacağıdır. Güney Afrika'da ilginç olan, Ulusal Sağlık Sigortası'nın tartışıldığı masada halkın sesi yoktur. 'Uzmanlar' ve özel sektör güçlü bir konumdadır ve halkın ne istediğini anlamaya dair pek bir çaba gösterilmemektedir. Bu eksikliğe NHI'nın Ağustos 2011'de yayımladığı Green Paper'da değinilmiştir (Department of Health 2011). Doğal olarak Barrio Adentro Güney Afrika için çok uygun olabilirdi! Böyle bir hareketin değişmez parçası eğitilmiş hekimler olabilirdi, belki yine Küba yardım edebilirdi –ancak bu yolu izleyebilmek için öncelikle Güney Afrikalı hekimlerin eğitiminde acil ve büyük bir değişim gereklidir.

PAHO'nun raporunda: "Venezüella'daki yeni anayasanın 1999'da onaylanması ile sağlığı hükümetin güvencesindeki temel bir hak olarak kabul eden, tüm yurttaşların sorumluluğunu temel alan ve örgütlenmiş toplulukların garantisinde yeni bir ekonomik ve sosyal model inşa edildi" denilmiştir (2006: 21).

Güney Afrika anayasasında 'Herkesin üreme sağlığı dahil olmak üzere sağlık hizmetlerine

- yeterli gıda, su ve sosyal güvenliğe,

- kendi kendilerine bakacak gücü olmayanların ve onların bakmakla yükümlü olduğu kimselerin sosyal yardımlara erişim hakkı vardır' maddelerinin yer alması gerçekten ilginçtir.

Dahası, "devlet yasama organını ve diğer organlarını kullanarak, imkânlar dahilinde bu hakların uygulanmasından sorumludur" denmektedir.

Venezüella ve Güney Afrika anayasaları aslında pek farklı değiller. İfadeler oldukça yakındır. Buna karşılık, sağlık ölçütleri ve sağlık hizmetlerinin sonuçları çok farklıdır. Neden? Birincisi, Güney Afrika neoliberal politikalara gitgide daha çok sarılırken, Venezüella neoliberal politikalarla yollarını ayırdı. İkincisi, Venezüella anayasasında "tüm yurttaşların ortak sorumluluğunu temel alan ve örgütlenmiş toplulukların aracılığı ile aktif katılım" doğrudan vurgulanmaktadır. Güney Afrika anayasası ise toplumun güçlenmesine odaklanan bu yolu tercih etmemiştir.

Sonuç

Venezüella, benim anlatmak istediğim paradigmaya yakın modellerden biridir: Topluma, toplumsal değerlere ve toplumun gücüne önem verilmesi; neoliberal devletten vazgeçilmesi, tıp mesleğinin gücünün elinden alınması ve devletin rolünün finans sağlamak ve kolaylaştırıcı olmakla sınırlanması.

VI. KISIM

SONUÇ



SONUÇ

Değiştirebilir miyiz?



Bu kitapta yapmaya çalıştığım açığa çıkarmaktır; başlıca örnekler aracılığı ile gezegen olarak dünya nüfusuna iyi bir sağlık sağlamakta neden başarısız olduğumuzu göstermeye çalıştım. Bol kaynak, oldukça şaşırtıcı teknolojiler, son derece vasıflı sağlık personeli ve harika ilaçlarımız olmasına rağmen başarılı değiliz. HIV/AIDS kurbanları, tsunami, deprem ya da diğer felaketlere karşı, bütün dünyada insanların duyarlı ve iyi niyetli çabalarına rağmen başarısız oluyoruz.

Bazı yerlerde sağlık bir parça iyiye gidiyor, buna prim vermedim diye bu kitabın savunduğu düşüncelerin, statükonun savunucuları tarafından dışlanmasını istemem. Akılları karıştırmakta istatistiğin üstüne yoktur.

Niçin başaramıyoruz?

Amacımız nedir? Bazı yerlerde durumu biraz daha iyi hale getirmek mi? Tabii ki hayır. Başta yoksullar, özellikle de günde 2 dolardan daha azı ile yaşamaya *çalışanlar için şu anda yaptıklarımızdan çok daha fazlasını yapabiliriz.* "Giriş" bölümünde Thomas Pogge'ye (2008) atıf yapmıştım: "Soğuk Savaş'ın bitmesinden bu zamana kadar geçen 20 yıllık barış döneminde, 20.

yüzyıl boyunca savaşlarda, iç savaşlarda ve hükümetlerin baskılarından dolayı can verenlerden daha fazla insan –yaklaşım 360 milyon insan– öldü."

Pogge (2008), sağlıksızlıkla çok yakın ilişkili olan yoksulluk konusunda da benzer bir şey söylüyor:

> Zengin ülkelerin vatandaşları... dünyadaki yoksulluğun (ciddiyeti ve sürekliliği konusunda) önemsiz boyutlarda olduğuna koşullandırılmıştır ve küçük hayırsever yardımlar için bir fırsattan ibaret zannederler. Yoksulluğun yol açtığı insan maliyeti o kadar büyüktür ki, bir karşılaştırma yapıldığında ekonomik maliyet çok küçük kalır. Son yıllardaki küresel ekonomik büyüme yoksulluğu azaltamamıştır. Yoksulluğun insan maliyeti bir kez anlaşıldığında dünyadaki yoksulluğa karşı var olan yaygın kayıtsızlık ahlaken savunulamaz bir hal alır.

Neden bu kadar başarısızız? Ben sorunun küresel ekonomi politikte yattığını göstermeye çalıştım. IMF yeni başkan olarak bir Fransız kadını Christine Lagarde'yi seçtiğinde de bunu yazmıştım (Ağustos, 2011). Lagarde bir Avrupalı. IMF'ye başkan olmak için en önemli nitelik Avrupalı olmak, Dünya Bankası'na başkan olmak içinse ABD'li olmaktır. Lagarde IMF yönetim kurulunda 'oy birliği' ile seçildi.

Bu demokrasi mi? Hayır. Güney Afrika maliye bakanı, Pravin Gordhan, yakın zaman önce IMF'nin bir sonraki başkanının demokratik bir yöntemle seçilmesi gerektiği uyarısında bulundu (*The New Age* 2011).

> Eski geleneklerden vazgeçerek yeni iş yapma yöntemleri geliştirmekten söz ediyoruz. Bazı kurumların başkanlarını daha demokratik süreçlerle seçmekten söz ediyoruz. IMF önemli bir kurumdur. Önemli tarihî konular gündemdedir. Bu bağlamda kurum, eski biçimde çalışmayı sürdürecek mi? Yoksa 21. yüzyıl IMF'ye de ulaşacak mı? Merak konusudur.

Bu ve diğer gelişmekte olan ülkelerin eleştirilerini sağır kulaklar duymadı.

En genel anlamda sağlığı geliştirmek için ne yapmamız gerektiğini biliyoruz. Bunu yapacak kaynakları olan bir gezegendeyiz. Buna rağmen harekete geçmiyoruz. Bu iyileştirmeyi yapacak gücü elinde tutanlar umursamazlık içindeler.

Savaşlar daha iyi bir dünya yaratma iddiasındadır. ABD Afganistan'da Usame bin Ladin'i kovalarken 429 milyon dolar harcadı. Sonunda ele geçirildi ve öldürüldü ama Afganistan'da değil. Ölümü jeopolitik terörrizm sahnesinde bir değişikliğe yol açmadı.

Afganistan'ın nüfusu 30 milyondur. Usame bin Ladin'i aramak için harcanan para Afganistan'a yardım için kullanılsaydı kişi başına 14.000 dolar ederdi ya da 10 yıl boyunca her bir insana yılda 1.400 dolar. İkibinsekiz yılı itibarı ile bu ülkenin gayrisafi yurtiçi hasılası 800 dolardır.

Batı'nın zengin ülkeleri yoksul ülkelerin hekim ve hemşirelerini çalıyorlar. Zenginler kendileri için iyi (özel) sağlık hizmeti temin ederler. Bu sayede sağlıklarını ve cüzdanlarını korumuş olurlar, aksi takdirde vergiler yoluyla yoksulların sağlık hizmeti için de ödemek zorunda kalırlardı.

Batı'nın zengin ülkeleri, BM aracılığı ile ulusal gelirlerinin yüzde 0.7'sini –büyük bir miktar değildir– yoksul ülkelere vermek üzere anlaşma imzaladılar, ancak çoğu ülke yüzde 0.7 oranına yaklaşmadı. OECD ülkeleri arasında ABD ve Yunanistan en alt sıradalar, yüzde 0.7'nin dörtte birini bile vermediler. Aynı zamanda Kuzey'in Güney'e yaptığı yardımlardan daha fazlasını Güney'den Kuzey'e aktarmak için finansal sistemi deregüle ettiler (Weston 2011).

İlaç firmaları ödeme yapabilenlere odaklanır ve kar yapma perspektifi ile genel olarak yoksulları ihmal ederler zira yoksullar iyi müşteri değildirler. Bu firmalar kendileri için çabalayan, 'dünya ticareti' organizasyonu denen DTÖ tarafından desteklenmektedir. DTÖ dünyanın büyük bir kısmını içerir ancak,

bir kaç Batı hükümeti tarafından yönetilir. Yönetim grubu kesinlikle küresel topluluk tanımına uygun değildir. Bu bir dünya ticareti düzenlemesi değildir, ulusötesi şirketlerin karlarını koruma organizasyonudur. Demokratik olmayan Dünya Bankası ve demokratik olmayan IMF kendi cezai yaptırımları olan politikalarını –üstünü örterek 'yapısal uyum programı' adıyla– küresel kar sağlama çıkarına yoksul ülkelere dayatırlar.

Dünya Sağlık Örgütü bazı çevreler tarafından giderek daha çok şirketlerin etkisinde kalan bir kurum olarak görülmektedir. Halkın Sağlığı Hareketi ("The People's Health Movement") (2011), şirketlerin DSÖ üzerindeki gayri meşru güçlerine dikkat çekmiştir. 58. Dünya Sağlık Asamblesi'ne daha önce örneği olmayan bir şekilde Microsoft'un CEO'su Bill Gates'in açılış konuşması için çağrılması DSÖ üzerinde şirketlerin uygunsuz etkisisinin bir belirtisi olarak görülmüştür. Bunun, Microsoft Şirketi'nin DSÖ'ye onursal 'üye ülke' yapılması anlamına geldiği belirtilmiştir.

Bu kitap, yaşadığımız yapısal olarak adaletsiz (ve duyarsız) dünyanın ağır eleştirisini yapmaktadır. Bütün gezegendeki başarısızlık ve ülkelerin büyük çoğunluğunda karşı karşıya olunan küresel hastalık yükü eleştirilmiştir. Eşitsizliğin, hem zengin Kuzey ülkeleri arasında hem de Güney ülkeleri arasında, aynı zamanda zengin ve yoksul ülkeler arasında daha kötüye gittiği gösterilmiştir. Bu kesinlikle bir Kuzey-Güney meselesi değildir. Bu bir zengin-yoksul meselesidir. Aslında en temelde sınıfa dayalı bir iktidar meselesidir.

Sınıf iktidarı meselesi ele alınmak ve düzeltilmak zorundadır. Neoliberalizmin gelişi ile sınıf iktidarı son 30 yılda azgınlaşmıştır. Yoksullar için neredeyse hiçbirşey yapılmamıştır; toplumsal bölünmeler ve eşitsizlikler artmıştır. Hükümetler, soyal demokrat denenler de dahil olmak üzere gizli bir biçimde şirketlerle birlikte çalışmaktadır.

Sağlık hizmeti sistemleri artık bir toplumsal kurum değiller, sağlık hizmeti giderek daha fazla bir meta olarak görülmekte ve bu yolda reformlar yapılmaktadır. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi ("NHS"), piyasa güçlerinin tehdidi altındadır. Sağlık harcamaları için kaçınılmaz biçimde zorlanan alt ve orta gelir seviyesindeki ülkeler, giderek daha fazla özel sağlık hizmetlerine yönlendirilmekteler. Dünya Bankası bu ülkeleri özelleştirme yoluna özendirmektedir. Sadece sağlık sistemlerini değil ekonomilerini özelleştirmek üzere Dünya Bankası ve IMF tarafından zorlanmaktadırlar. Borç batağına düşen ve kredi ihtiyacı olan ülkeler sonradan 'yapısal uyum programı' aracılığı ile neoliberal yola güdülenmektedir.

Küresel ısınma –küresel sağlık için bu büyük tehdit– önce inkar edilmekte sonra da yok sayılmaktadır. Küresel ısınmanın oluştuğuna ve hızla büyüdüğüne dair kanıtlar olmasına rağmen çok çeşitli çevreler karşı saldırılada bulunmaktadır. Bu çevreler başlıca ve doğrudan ekonomik büyüme ve karların artırılması için neoliberal talepler tarafından yönlendirilmektedir. Sözüm ona küresel ısınma sorunu karşısında gezegenin bekçisi olması gereken Dünya Bankası, neoliberal Güney Afrika hükümetine çevreyi ciddi biçimde kirleten kömür-yakıtlı istasyonlar kurması için büyük miktarlarda krediler vermektedir.

Değiştirebilir miyiz?

Evet, değiştirebiliriz ve bu kitabın gösterdiği gibi Küba, Venezüella, Kerala gibi var olan örneklerden yararlanabiliriz. Bu toplum-odaklı ülkeler ve sağlık sistemleri sadece farklı bir sağlık ekonomi politiği değil, farklı bir sağlık hizmetinin mümkün olduğunu gösteriyorlar. Sağlık mümkündür.

Bu kitapta önerilen yaklaşım, sağlığa ve sağlık hizmetine komüniteryan yaklaşımdır. Bu yaklaşım, iktidarın mevcut ya-

pılardan alınarak 'iktidarın halka' –eleştirel bilgili halka– verilmesi gerektiğidir. Sağlık hizmeti bir toplumsal kurum olarak görülmelidir ve toplumlar gerçekten demokratikleşmeli, karar süreçlerine çok daha fazla katılmalıdır. Kitap halkın her şeyi umursadığını, sağlıkta ve sağlık hizmetinde eşitlik istediğini savunmaktadır. Toplumlar, sağlık sistemlerini toplumsal dokunun bir parçası ve duyarlı bir sağlık sistemini de adil bir toplumun bir parçası olarak görürler. Halka nasıl bir sağlık sistemi istedikleri hatta nasıl bir toplum istedikleri sorulmaz. Seçimler genellikle 'merkez sağ' ile 'merkez sol' arasında; birbirine tıpatıp benzeyen iki şey arasında yapılır.

İktidarın kaynağını değiştirmek için katılımcı demokrasi tekniklerinin kullanılması çok önemlidir. Bu sayede bilinçli halk, kendi kurumlarını ve kendi yaşamlarını daha iyi kontrol edebilir. Böyle bir katılım, iktidar değişiminin mekanizmasıdır. Gelecekteki iktidarın yeri bilinçli toplumdur.

İktidar değişiminin yanı sıra katılıma ve toplumun kendisine odaklanılması sağlığı geliştirebilir. Neoliberalizmin birçok toplumda yarattığı bireycilikten uzaklaşarak, onun yerine toplumu güçlendirmek ve toplumsal dayanışmayı sağlamak mümkündür. Neoliberalizmin büyük ölçüde yok ettiği duyarlılık/şefkat, toplumun ve katılımın öneminin vurgulanması ile yeniden canlandırılabilir.

Toplum kavramı ve dolayısıyla komüniteryanizm, toplumun tüm katmanlarına ve bütün dünyaya yayılmalıdır. Tıpkı ulusal toplumlar olabileceği gibi bir toplumda vardır ya da olabilir. Küresel düzeyde bunun anlamı DSÖ, DTÖ, Dünya Bankası ve IMF'nin dağıtılması ve dünyanın fikirlerini hatta ideal olarak dünyadaki vatandaşların fikirlerini çok daha gerçekçi biçimde yansıtmak üzere yeni organizasyonlar inşa edilmesidir. Bu düşünce, sağlık ve sağlık hizmetine ilişkin olsa da daha genel anlamda yardımlar ve ödemeleri için de geçerlidir; miktarlar

ve ödeme şekli nasıl belirlenecek? Kim verecek? Kim alacak? Muhtemelen en önemlisi, küresel ısınma çağına girdiğimize göre bir küresel toplum sesinin yaratılmasıdır. Mevcut ulusal devletler ve onların hükümetleri sadece 'ulusal çıkarlar'la ilgili görünmekteler, gezegene bir bütün olarak bakabilme becerisine sahip değiller. Şirketler ise kısa dönem kâr peşindeler, dar bakış açıları ile küresel ve/veya uzun dönem stratejik hedeflere yönelmekte başarısızlar.

Yerel topluluk yapıları inşa etmek mümkün görünmektedir, ama buradan küresele yönelmek zor bir iştir. Aradığımız bazı özellikleri mevcut organizasyonlarda görebilmekteyiz; Halkın Sağlığı Hareketi gibi. Raffer ve Singer, zengin ve yoksul ülkeler arasında yeni bir mütekabiliyet geliştirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar.

> Zengin ve yoksul ülkeler arasında yeni bir ilişki biçimi gereklidir... Zengin ülkeler kendi lehlerine şartları katı kurallarla dayatan isteksiz dağıtıcılar gibi hissediyorlar. Yoksul ülkeler ise kendilerine dayatılan politikaları gerçekten sahiplenmeyen, ancak başka çaresi olmayan dilenciler gibi hissediyorlar... Yapılması gereken bu sözleşmelerin iki tarafın da açıkça tanımladığı ve taahhütlerin gönüllü olarak verildiği gerçek sözleşmeler olmasıdır. Gelecekteki öngörülmeyen yeni durumlar için sürekli danışmanlık olanağı olmalı ve sözleşmeler değiştirilebilmelidir. Koşulluluk iki taraf için de geçerli olmalıdır (2001: 14).

Yazarlar, kendi önerilerinin uygulanması için bir 'bağımsız hakemler paneli' oluşturulması gerektiğini savunurlar (*a.g.e.*: 248). Böyle bir yapının BM Genel Kurulu tarafından seçilen bağımsız uzmanlardan oluşabileceğini düşünmektedirler... Yoksulluğa karşı alınacak önlemleri finanse etmek için uluslararası vergilendirmeden sağlanan fonlar kaldırılabilir. Bu izlenecek yollardan biri olabilir, mevcut durumda bir iyileşme de sağlayabilir ama yeterli olmaz. Bir asgari gereklilik olarak,

vatandaşlar seslerini *doğrudan* duyurabilmeli, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin sosyal belirleyicilerini desteklemek üzere kullanılacak ilkelerin niteliklerini etkileyebilme gücüne sahip olmalıdırlar. 'Bağımsız hakemler paneli' yararlı olabilir, ancak bu ilkelerin hazırlanması onlara bırakılamaz.

Zenginlerden yoksullara gereken kaynakların aktarılabilmesi için ekolojik borç fikri işe yarayabilir, iyimser olmak için hâlâ fırsat var. Küresel ısınma, sadece sağlık için değil, insanlığın devamı için de büyük bir tehdittir. Bu tehdit, başka bir bakış açısıyla görülür ve gerekenler büyük bir hızla yapılırsa –aksi halde kesinlikle büyük bir trajediye yol açacak olan bu tehdit– daha iyi ve daha adil bir dünya yaratmak için bir fırsata dönüşebilir.

Şimdiye kadar, yoksulluk ve eşitsizlik etrafındaki sağlık meseleleri, sağlık ekonomistleri tarafından dikkate alınmadı. DSÖ'nün Makroekonomi ve Sağlık ile Sağlığın Sosyal Belirleyicileri komisyonları, her ikisi de küresel ekonomi örgüsü ve neoliberalizm konularını ele almakta başarısız oldular. Küresel ısınmanın bile inkâr edilmesine alıştıysak, DSÖ'nün iki komisyonunun yaptığı inkârlar da kolaylıkla gözden kaçar. Neoliberalizm bu iki komisyonu da etkilemektedir. Jefrey Sach'ın başkan olmasından bu yana Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nda durumun bu olduğunu biliyoruz. Dördüncü bölümde tartışıldığı üzere Sağlığın Sosyal Belirleyicileri komisyonu üyeleri neoliberalizmi bir sorun olarak tanımladılar, ancak sıra önerilerde bulunmaya gelince sessizliğe gömüldüler. Neden acaba?

Sağlık sitemleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri konularında toplum, toplumsal kurumların bekçisi olarak bu kurumları yönetmelidir. Her bir topluluğun, yerel ya da ulusal, *kendi* 'sağlığın sosyal belirleyicileri'nin neler olduğu hakkında söyleyecek çok daha fazla sözü olmalıdır. Zira bunlar toplumdan

topluma değişir. Bu konuların nasıl ele alınacağı da hangi toplumun (yerel, ulusal ya da küresel fark etmez) işe dahil olduğu ile ilgilidir.

Sağlık alanında sonuçların ve süreçlerin değerlendirilmesi için sadece vatandaşlara ulaşmak ve görüşlerini açıklamalarını beklemek yeterli değildir. Bu insanların bilinçli reflektif düşüncelerini açıklamalarına; halk sağlığı ve sağlık hizmeti konularında neyi yararları olarak gördüklerini açıklamalarına ihtiyacımız var. Başka bir deyişle, örneğin, analistlerin nesnel fonksiyonun ne olduğunu öngörme işlemlerinde yaşam kalitesini mi yoksa yaşam süresini mi tercih etmeleri gerektiğini sormak anlamlı değildir. Halk sağlığı ve sağlık hizmeti için 'anayasayı' yapacak olan vatandaşlardır.

Avustralya'da sağlık hizmetlerinde vatandaşlık jürisi işi üzerindeki çalışmalarıma (Mooney, 2010) dayanarak aşağıdaki gözlemleri aktaracağım. Bunlar başka bir deneyimde tümüyle geçerli olmayabilir ama yine de büyük ölçüde geçerli olabileceğini düşünüyorum.

Bilinçli vatandaşlar, sağlık sisteminde, toplumda ya da seçim sonuçlarında sosyal adalet konusuna çok daha istekli ve duyarlı görünmektedirler. Eşitliğe çok daha fazla önem verirler. 'Sıradan vatandaşlar'ın bu tür karmaşık konularla baş edemeyeceği eleştirilerine katılmıyorum. Aşağıdaki bildiri (Mooney ve Blackwell 2004), Batı Avustralya'da Perth şehrinde vatandaş jürisinin eşitlik tanımını temel almıştır.

> Eşit ihtiyaçlar için eşit erişim. Erişim eşitliği demek iki ya da daha çok grubun aynı yükseklikte bariyerle karşılaşması ve bariyerlerin yüksekliğinin her bir grup tarafından kendileri için saptanması demektir. İhtiyaç, yararlanma kapasitesi olarak tanımlanmıştır; nominal olarak eşit yararlanım toplumsal tercihler doğrultusunda ayarlanır ve dezavantajlı gruplara durumu iyi olanlara kıyasla daha çok ağırlık verilir.

Tüm kariyerim boyunca ağırlıkla sağlık hizmetlerinde eşitliği çalıştım. Bir grup 'sıradan cahil vatandaş!' tarafından yapılmış olan bu tanımdan daha iyi, daha tam bir tanım ile karşılaşmadım. Bilinçli vatandaşlar karmaşık konular ile baş edebilirler.

Sağlıkta yeni bir ekonomi politik gereklidir. Uzun yıllardır Vicente Navarro bu yolda tek başına yürümektedir. Yeni ekonomi politik sadece sağlık hizmeti için değil, sağlık için olmalıdır. Sağlık hizmeti sistemlerinin ve halk sağlığının toplumsal kurumlar olarak ele alınması gereklidir. Vatandaşlar sadece sonuçları değil, bu kurumları da değerlendirmelidir.

Sağlığın yeni ekonomi politiği, neoliberalizmin sağlığa etkilerini ulusal ve küresel boyutta analiz etmelidir. Neoliberalizmin Dünya Bankası, DSÖ, DTÖ ve G8 gibi kurumları da değerlendirilmelidir. Bu yapıların acilen reforma tabi tutulması gereklidir. Küresel ısınma sorunu konuyu daha da acil hale getirmektedir. Bu yapılarda küresel vatandaşlığa yer yoktur, demokrasinin herhangi bir anlamlı kavramına yer yoktur, dünyadaki pek çok yoksul ülkenin hükümetlerine yer yoktur.

KAYNAKLAR

ABC *Four Corners* (2005) 'Something in the air', http://www.abc.net.au/4corners/content/2005/s1471209.htm, accessed June 2011.

Acción Ecológica (2005) 'What is ecological debt?', http://www.ecologicaldebt.org/What-is-Ecological-Debt/, accessed June 2011.

ACT Health Council (2010) 'Citizens' Jury on health priorities 2010', ACT Health Council report, http://www.health.act.gov.au/c/health?a=sendfile&ft=p&fid=1293068459&sid=, accessed June 2011.

Adams, V. (2004) 'Equity of the ineffable: cultural and political constraints in ethnomedicine as a health problem in contemporary Tibet', WP Series No. 99.05, Harvard Center for Population and Development Studies.

Amnesty International (2009) 'Obama renews Cuba trade embargo',http://www.amnesty.org/en/news-and-updates/news/obama-renewscuba-trade-embargo-20090915, accessed June 2011.

Anderson K. and A. Bows (2011) 'Beyond "dangerous" climate change: emission scenarios for a new world', *Philosophical Transactions of the Royal Society* 369 (1934): 20–44.

Anderson, K., W. Martin and D. van der Mensgrugghe (2006) 'Global impacts of the Doha scenarios on poverty' in T. W. Hertel and L. A. Winters (eds), *Poverty and the WTO*. Washington DC: World Bank.

Angell, M. (2004) *The Truth about the Drug Companies*. New York NY: Random House.

Arrow, K. (1963) 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *American Economic Review* 5: 941–67.

Avineri, S. (1974) *Hegel's Theory of the Modern State*. Cambridge: Cambridge University Press.

Avineri, S. and A. de-Shalit (eds) (1992) *Communitarianism and Individualism*. Oxford: Oxford University Press.

Background Briefing ABC (2002) 'Alcoa's bad odour', http://www.abc.net.au/rn/talks/bbing/stories/s579605.htm, accessed June 2011.

Barnard, D. (2002) 'In the High Court of South Africa, Case No. 4138/98: the global politics of access to low-cost AIDS drugs in poor countries'. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 12 (2): 159–74.

Bevan, A. (1952) *In Place of Fear*. London: Heinemann, http://www.sochealth.co.uk/history/placeofear.htm, accessed June 2011.

Beveridge, Sir W. (1942) *Social Insurance and Allied Services*. London: HMSO.

Blum, W. (2011) 'US targeting of Cuba's health-care system', http://www.commondreams.org/view/2011/06/04-3, accessed June 2011.

Bodenstein, L. (2010) 'Cuban health care: benefits without costs', *Science* 329 (6 August): 628.

Bond, P. (2002) *Unsustainable South Africa: environment, development and social protest*. Pietermaritzburg: University of Natal Press.

— (2005) 'Privatisation, participation and protest in the restructuring of municipal services', http://www.africanwater.org/ppp_debate1.htm, accessed June 2011.

— (2010) 'South Africa's bubble meets boiling urban social protest', *Monthly Review* 62 (2).

Bretton Woods (1946) 'United Nations Monetary and Financial Conference at Bretton Woods. Summary of Agreements, 22 July 1944', http://www.ibiblio.org/pha/policy/1944/440722a.html, accessed 21 December 2007.

Briggs, C. L. and C. Mantini-Briggs (2009) 'Confronting health disparities: Latin American social medicine in Venezüella', *American Journal of Public Health* 99 (3): 549–55.

Broome, J. (1991) *Weighing Goods*. Oxford: Blackwell.

Brueckner, M. and D. Ross (2010) *Under Corporate Skies: a struggle between people, place and profit*. Fremantle: Fremantle Press.

Bundorf, K. and V. R. Fuchs (2008) 'Public support for national health insurance: the roles of attitudes and beliefs', *Forum for Health Economics and Policy*, 10 (1) ('Frontiers in Health Policy Research'): Article 4, http://www.bepress.com/fhep/10/1/4, accessed June 2011.

Cato Institute (nd) 'Individual liberty, free markets and peace', http://www.cato.org/about.php, accessed June 2011.

CBS News (2009) 'Steele calls Obama's health plan socialism', http://www.cbsnews.com/stories/2009/07/20/politics/main5174417.shtml, accessed June 2011.

Chakravarti, A. (2005) *Aid, Institutions and Development*. Cheltenham: Edward Elgar.

Chavez, H. (2009) 'Mision Barrio Adentro', speech, 2 June 2009, http://www.barrioadentro.gov.ve/, accessed June 2011.

Chomsky, A. (2000) '"The threat of a good example": health and revolution in Cuba' in J. Y. Kim, J. V. Millen, A. Irwin and J. Gershman (eds), *Dying for Growth*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

Coburn, D. (2000) 'Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism', *Social Science and Medicine* 51: 135–46.

Cockburn, A. (2005) 'How Coca-Cola gave back to Plachimada', *Counterpunch* (16–17 April), http://www.counterpunch.org/cockburn04162005.html, accessed June 2011.

Cohen, P. (1997) 'Crack in the Netherlands: effective social policy is effective drug policy' in C. Reinarman and H. G. Levine (eds), *Crack in America*. Berkeley CA: University of California Press.

Cooper, R. S., J. F. Kennelly and P. Ordunez-Garcia (2006) 'Health in Cuba', *International Journal of Epidemiology* 35: 817–24.

Coovadia, H., R. Jewkes, P. Barron, D. Saunders and D. McIntyre (2009) 'The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges', *The Lancet* 374 (9694): 957–9.

Cororaton, C., J. Cockburn and E. Corong (2006) 'Doha scenarios, trade reforms and poverty in the Phillippines: a GCE analysis' in T. W. Hertel and L. A. Winters (eds), *Poverty and the WTO*. Washington DC: World Bank.

Costello, I., M. Abbas *et al.* (2009) 'Managing the health effects of climate change', *The Lancet* 373 (9676): 1693–733.

Council of the European Union (2010) 'Council conclusions on tax and development: cooperating with developing countries in promoting good governance in tax matters', press release, 14 June, http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/EN/foraff/115145.pdf, accessed June 2011.

Council of Canadians (2011) 'Kerala, India to fine Coca-Cola for damage to local water', 23 February, http://www.canadians.org/campaignblog/?p=6536, accessed June 2011.

Culyer, A. J. (1988) 'Inequality of health services is, in general, desirable'in D. Green (ed.), *Acceptable Inequalities*. London: IEA Health Unit.

— (ed.) (1991) *The Economics of Health*. Aldershot: Edward Elgar.

Daily Mail (2010) 'McDonald's, KFC and Pepsi to help write government policy on obesity and diet-related disease', 13 November, http://www.dailymail.co.uk/news/article-1329395/McDonalds-KFC-Pepsi-helpset-government-health-policy-obesity.html#ixzz1Q4UNsfTi, accessed June 2011.

Deaton, A. (2003) 'Health, inequality, and economic development', *Journal of Economic Literature* 41: 113–58.

Democratic Alliance (2009) 'NHI will prove disastrous for South Africa – DA', http://www.politicsweb.co.za/politicsweb/view/politicsweb/en/page71619?oid=132732&sn=Detail, accessed June 2011.

Department of Health (2011) *National Health Insurance in South Africa*. Pretoria: Department of Health.

DHSS (1976) The RAWP Report. London: Department of Health and Social Security, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22DixonJ%22%5BAuthor%5D.

Dixon, J. and H. G. Welch (1991) 'Priority setting: lessons from Oregon', *The Lancet* 337 (8746): 891–4.

Drain, P. K. and M. Barry (2010) 'Fifty years of US embargo: Cuba's health outcomes and lessons', *Science* 328 (5978): 572–3.

Dreze, J. and A. Sen (1989) *Hunger and Public Action*. Oxford: Oxford University Press.

— (2002) *India: development and participation*. Oxford: Oxford University Press.

Dworkin, R. (1989) 'Liberal community', *California Law Review* 77 (3): 479-504.

Elamon, J., R. W. Franke and B. Ekbal (2004) 'Decentralization of health services: the Kerala people's campaign', *International Journal of Health Services* 34 (4): 681–708.

Emini, C., A. Cockburn and B. Decaluwe (2006) 'The poverty impacts of the Doha round in Cameroon: the role of tax policy', in T. W. Hertel and L. A. Winters (eds), *Poverty and the WTO*. Washington DC: World Bank.

Enthoven, A. (1985) *Reflections on the Management of the NHS*. London: Nuffield Trust.

— (2006) 'Introducing market forces into health care: a tale of two countries', http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/0,,contentMDK:20775956~menuPK:1108504~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717020~isCURL:Y,00.html, accessed August 2011.

Epstein, H. (2002) 'The hidden cause of AIDS', *New York Review of Books* 49: 8.

Evans, R. G. (1990) 'The dog in the night-time: medical practice variations and health policy' in T. F. Andersen and G. Mooney (eds), *The Challenges of Medical Practice Variations*. Basingstoke: Macmillan.

— (1997) 'Going for the gold: the redistributive agenda behind marketbased health care reform', *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22 (2): 427–65.

— (2008) 'Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox', *Health Care Policy* 3 (4): 21–32.

Evans, R. G. and G. L. Stoddart (2003) 'Models for population health: consuming research, producing policy?', *American Journal of Public Health* 93 (3): 371–9.

Faith, Family, Freedom Alliance (nd) 'The free market: cornerstone of a free society', http://www.fffa.us/position-papers/the-free-marketcornerstone-of-1/, accessed June 2011.

Foundation of Gaia (nd) 'Transnational corporations', http://www.foundation-for-gaia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=85, accessed June 2011.

Freedman, L. (nd) 'Achieving the MDGs: health systems as core social institutions', http://ipsnews.net/indepth/MDGGoal5/MDG5% 20Freedman.pdf, accessed June 2011.

Fuchs, V. R. (1974) *Who Shall Live?* New York NY: Basic Books.

— (1996) 'Economics, values and health care reform', *American Economic Review* 86 (1): 1–24.

— (2011) Who Shall Live? (second edition). London: World Scientific Publications.

Fukuyama, F. (1992) *The End of History and the Last Man.* London: Penguin.

Galbraith, J. (1996) *The Good Society: the humane agenda.* New York NY: Mariner Books.

Gilson, L. (2003) 'Trust and health care as a social institution', *Social Science and Medicine* 6 (67): 1452–68.

Glasner, P. (2001) 'Rights or rituals? Why juries can do more harm than good', *Participatory Learning and Action Notes* 40 (February): 43–5. London: International Institute for Environment and Development.

Global Governance Watch (nd) 'Health and intellectual property: the WTO and TRIPS Agreement', http://www.globalgovernancewatch.org/environment_and_health/health-and-intellectual-property--thewto-and-trips-agreement, accessed June 2011.

Goklany, I. M. (2011) 'Could biofuel policies increase death and disease in developing countries?', *Journal of American Physicians and Surgeons* 16 (1): 9–13.

Grobler, J. (2009) 'Testing democracy: which way is South Africa going?', http://www.scribd.com/doc/31603161/State-of-Democracy-in-South-Africa, accessed June 2011.

Gupta, S. and E. Cohen (2010) 'Study raises questions about industryfunded trials', CNN Health, http://thechart.blogs.cnn.com/2010/08/02/study-questions-industry-funded-trials/, accessed August 2011.

Gwatkin, D. (2001) 'Poverty and inequalities in health within developing countries: filling the information gap' in D. Leon and G. Walt (eds), *Poverty Inequality and Health.* Oxford: Oxford University Press.

Hamilton, C. (2003) *Growth Fetish.* Sydney: Allen and Unwin.

Hamilton, C. and C. Downie (2007) *University Capture.* Canberra: Australia Institute.

Hansen, J., M. Sato, P. Kharecha, B. Beerling et al. (2008) 'Target atmospheric CO2: where should humanity aim?' *Open Atmosphere Science Journal* 2: 217–31.

Harper, T. A. and G. Mooney (2010) 'Prevention before profits: a levy on food and alcohol advertising', *Medical Journal of Australia* 192 (7) 400–2.

Harvey, D. (2005) *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.

Health Poverty Action (2011) 'Key facts: intellectual property andhealth',http://www.healthpovertyaction.org/policy/trade-and-health/intellectual-property-and-health/key-facts-intellectual-property-andhealth/, accessed June 2011.

Hegel, G. W. F. (1820) *The Philosophy of Right*, http://www.marxists.org/archive/marx/works/1843/critique-hpr/intro.htm, accessed August 2011.

Hertel, T. and L. Winters (2006) *Poverty and the WTO*. Washington DC: Palgrave Macmillan and World Bank.

Hirschfeld, K. (2010) 'Cuban health care: consider the source', *Science* 329 (6 August): 627–8.

Hodgson, G. M. (2008) 'An institutional and evolutionary perspective on health economics', *Cambridge Journal of Economics* 32 (2): 235–56.

Hughes, D. (2011) 'Can the government's "responsibility deal" work?', 20 March, http://www.bbc.co.uk/news/health-12776161, accessed June 2011.

Hunter, D. (2011) 'Change of government: one more big bang. Health care reform in England's National Health Service', *International Journal of Health Services* 41 (1): 159–74.

Independent Evaluation Group (2009) *Improving Effectiveness and Outcomes for the Poor*. Washington DC: World Bank.

Irwin, A. and E. Scali (2005) 'Action on the social determinants of health: learning from previous experiences', background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf, accessed June 2011.

Jan, S. (2003) 'A perspective on the analysis of credible commitment and myopia in health sector decision making', *Health Policy* 63 (3): 269–78.

Jensen, U. J. (1987) Practice and P*rogress: a theory for the modernhealthcare system*. London: Blackwell Scientific Publications.

Jolly, R. (1991) 'Adjustment with a human face: a UNICEF record and perspective on the 1980s', *World Development* 19: 1807–21.

Jones-Lee, M. (2002) 'Valuing safety in road project evaluation', *Applied Health Economics and Health Policy* 1 (3): 115–17.

Kashefi, E. and M. Mort (2004) 'Grounded citizens' juries', *Health Expectations* 7: 1–13.

Kasper, W. and M. E. Streit (1998) *Institutional Economics*. Cheltenham: Edward Elgar.

Katz, A. (2007) 'The Sachs Report: investing in health for economic development – or increasing the size of the crumbs from the rich man's table?' in V. Navarro (ed.), *Neoliberalism, Globalization and Inequalities.* New York NY: Baywood.

Kelly, J. and Graziani, R. (2004) 'International trends in company tax rates: implications for Australia's company income tax', *Economic Roundup*, Australian Treasury, Spring, pp 23–47. Available at http://www.treasury.gov.au/documents/930/html/docshell.asp?URL=02_International.asp, accessed June 2011.

Klein, N. (2007) *The Shock Doctrine.* London: Allen Lane.

Kristiansen, I. S. and G. Mooney (2004) *Evidence Based Medicine: in its place.* London: Routledge.

Kuntz, D. (1996) 'Statement from the American Public Health Association', http://www.cubasolidarity.net/apha.html, accessed June 2011.

Labour Party (1945) *1945 Labour Party Election Manifesto. Let Us Face the Future: a Declaration of Labour Policy for the Consideration of the Nation*, http://www.labour-party.org.uk/manifestos/1945/1945-labour-manifesto.shtml, accessed June 2011.

Lansley, A. (2010) 'A healthier nation', Policy Green Paper No 12. London: Conservative Party.

Laski, H. (1933) *Democracy in Crisis.* Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Le Grand, J., N. Mays and J. Dixon (1998) 'The reforms; success or failure or neither?' in J. Le Grand, N. Mays and J.-A. Mulligan (eds), *Learning from the NHS Internal Market.* London: King's Fund.

Lenton, T., H. Held, et al. (2008) 'Tipping elements in the Earth's climate system', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 105 (6): 1786–93.

Lexchin, J., L. Bero, B. Djulbegovic and O. Clark (2003) 'Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review', *British Medical Journal* 326: 1167–70.

MacAskill, E. (2011) 'Barack Obama acts to ease US embargo on Cuba', *The Guardian*, 15 January, http://www.guardian.co.uk/world/2011/jan/15/barack-obama-us-embargo-cuba, accessed June 2011.

Macintyre, K. C. E. and J. Hadad (2002) 'Cuba' in B. J. Fried and L. M. Gaydos (eds), *World Health Systems: Challenges and Perspectives.* Chicago IL: Health Administration Press.

Mackintosh, M. (2007) 'International migration and extreme health inequality: robust arguments and institutions for international redistribution in health care' in D. McIntyre and G. Mooney (eds), *The Economics of Health Equity.* Cambridge: Cambridge University Press.

Mackintosh, M. and M. Koivusalo (2005) 'Health systems and commercialisation: in search of good sense' in M. Mackintosh and M. Koivusalo (eds), *Commercialisation of Health Care*. Basingstoke: Macmillan and UNRISD.

Macpherson, C. B. (1973) *Democratic Theory*. Oxford: Clarendon Press.

Maggiolini, P. and K. Nanini (nd) 'Ethical meaning of the re-emerging thought about "civil economy" in Italy', http://www.ebenspain.org/docs/Papeles/XV/MaggioliniNanini.pdf, accessed June 2011.

Marmot, M. (2006) 'Health in an unequal world', *The Lancet* 368 (9):2081–94.

Marshall, T. H. (1950) *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mason, B. (2003) 'US blocks cheap drugs for undeveloped world', January 2003, http://www.wsws.org/articles/2003/jan2003/drug- j17_prn.shtml, accessed June 2011.

McIntyre, D. (2010) 'Should we pursue a universal health system or something else in South Africa?', SHIELD Policy Brief, no. 2, http://uct-heu.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2010/10/SHIELDPolicy-Brief-2_Should-we-pursue-a-universal-health-system.pdf, accessed June 2011.

McNulty, C. (2009) 'A look at the Venezuelan healthcare system', http://venezuelanalysis.com/analysis/4566, accessed June 2011.

McMichael, A. J., D. Campbell-Lendrum et al. (2004) 'Global climate change' in M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers and C. J. L. Murray (eds), *Comparative Quantification of Health Risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, Volume 2. Geneva: WHO.

MercoPress (2011) 'WTO says Doha round faces collapse unless agreement is reached before 2012', 27 May, http://en.mercopress.com/2011/05/27/wto-says-doha-round-faces-collapse-unless-agreement-is-reachedbefore-2012, accessed August 2011.

Minnesota Medical Association (2004) Resolution no.104, September, http://www.mnmed.org/LinkClick.aspx?fileticket= %2Bd0Nq0qjJCA%3D&tabid=2025, accessed June 2011.

Modus Operandi (2007) 'Water: the Coca-Cola company in Kerala', http://www.openrim.org/IMG/pdf/Case_study_Coca_Cola.pdf, accessedJune 2011.

Mooney, G. (2005) 'Addiction and social compassion', Drug and Alcohol Review 24 (2): 137–41.

— (2009) *Challenging Health Economics*. Oxford: Oxford University Press.

— (2010) 'Citizens' juries', www.gavinmooney.com, accessed June 2011.

Mooney, G. and S. Blackwell (2004) 'Whose health service is it anyway?', *Medical Journal of Australia* 180: 76–8.

Mooney, G. and L. Gilson (2009) 'The economic situation in South Africa and health inequities', *The Lancet* 374 (9693): 858–9.

Mooney, G. and E. Russell (2003) 'Equity in health care: the need for a new paradigm?' in A. Scott, A. Maynard and R. Elliott (eds), *Advances in Health Economics*. Chichester: Wiley.

Mukherjee-Reed, A. (2011) 'Food security as if women mattered: a story from Kerala', http://www.twnside.org.sg/title2/susagri/2011/susagri145.htm, accessed June 2011.

Muller, J. Z. (2003) *The Mind and the Market: capitalism in Western thought*. New York NY: Anchor Books.

Munro, D. (2004) 'Method in political economy: a comment', *Journal of Australian Political Economy* 54: 146–7.

Muntaner, C., R. M. Salazar, J. Benach and F. Armada (2006) 'Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care' in V. Navarro (ed.), *Neoliberalism, Globalization, and Inequalities: consequences for health and quality of life*. New York NY: Baywood.

Murray, C. and A. Lopez (1996) *Global Burden of Disease*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Narayana, D. (2007) 'High cost achievements and good access to health care at great cost: the emerging Kerala situation' in S. Haddad, E. Baris and D. Narayana (eds), *Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability*. Ottawa: IDRC.

Navarro, V. (ed.) (2002) *The Political Economy of Social Inequalities*. New York NY: Baywood.

— (ed.) (2007a) *Neoliberalism, Globalization and Inequalities*. New York NY: Baywood.

— (2007b) 'What is a national health policy?', *International Journal of Health Services* 37 (1): 1–14.

— (2011) 'The importance of politics in policy', *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 35 (4): 313.

New York Times (2011) 'Health care reform', http://topics.nytimes.com/top/news/health/diseasesconditionsandhealthtopics/health_insurance_and_managed_care/health_care_reform/index.html, accessed June 2011.

Nussbaum, M. (2001) *Upheavals of Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ochoa, F. R. and C. M. Lopez Pardo (1997) 'Economy, politics, and health status in Cuba', *International Journal of Health Services* 27 (4): 791–807.

OECD (2011) 'Growing income inequality in OECD countries: what drives it and how can policy tackle it?', OECD Forum on Tackling Inequality, Paris, 2 May, http://www.oecd.org/dataoecd/32/20/47723414.pdf.

Pamuk, O. (2001) 'The anger of the damned', New York Review of Books, http://www.nybooks.com/articles/archives/2001/nov/15/the-angerof-the-damned/, accessed June 2011.

Pan American Health Organization (PAHO) (2006) *Mission Barrio Adentro: the right to health and social inclusion in Venezuela.* Caracas: PAHO, http://www.paho.org/English/DD/PUB/BA_ENG_TRANS.pdf, accessed June 2011.

Parrott, S. and C. Godfrey (2004) 'Economics of smoking cessation', *British Medical Journal* 328: 947–9.

Pascal, B. (nd) (1623–62) *Thoughts.* Selection in The Harvard Classics, pp. 1909–14, http://www.bartleby.com/48/1/14.html, accessed June 2011.

Pear, R. (2009) 'Doctors' group opposes Public Insurance Plan', *New York Times,* 10 June.

Pécoul, B., P. Chirac, P. Trouiller and J. Pinel (1999) 'Access to essential drugs in poor countries: a lost battle?', *Journal of the American Medical Association* 281 (4): 361–7.

People's Health Movement (2011) 'Bill Gates invitation to World Health Assembly', http://www.phmovement.org/en/node/72, accessed June 2011.

Pogge, T. (2008) 'Health care reform that works for the US and for the world's poor', http://www.ghgj.org/Pogge_Health%20Care%20Reform.pdf, accessed June 2011.

Polanyi, K. (1957 [1944]) *The Great Transformation: the political and economic origins of our time.* Boston: Beacon Press.

Preventative Health Taskforce (2009a) *Australia: The Healthiest Country by 2020 – National Preventative Health Strategy–Overview.* Canberra: Preventative Health Taskforce, http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/nphs-overview.

— (2009b) Australia: *The Healthiest Country by 2020 – Technical Report No 1: Obesity in Australia: a need for urgent action.* Canberra: Preventative Health Taskforce, http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/tech-obesity.

Public Citizen (2011) 'Leaked cables show US tried, failed to organize against Ecuador compulsory licensing', 10 May, http://www.citizen.org/leaked-cables-show-US-tried-failed-to-organize-against-ecuadorcompulsory-licensing, accessed June 2011.

Public Records Office (1945) 'Memorandum by the Minister of Health', CAB 129/3. London: Public Records Office.

Rabin, M. (1993) 'Incorporating fairness into game theory and economics', *American Economic Review* 83: 1281–302.

Raffer, K. and H. W. Singer (2001) *The Economic North South Divide: six decades of unequal development.* Cheltenham: Edward Elgar.

Raghavan, C. (2000) 'NGOs campaign against basmati patents', http://www.twnside.org.sg/title/2129.htm, accessed June 2011.

Ramesh, R. (2010) 'Report condemns swine flu experts' ties to big pharma', *The Guardian*, 4 June, http://www.guardian.co.uk/business/2010/jun/04/swine-flu-experts-big-pharmaceutical, accessed June 2011.

Rand Corporation (2007) 'Conceptualizing and defining public health emergency preparedness', 7 April, http://www.news-medical.net/?id=23254, accessed June 2011.

Ranson, K., R. Beaglehole, C. M. Correa, Z. Mirza, K. Buse and N. Drager (2002) 'The public health implications of multilateral trade agreements'in K. Lee, K. Buse and S. Fustukian (eds), *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press.

Redman, J. (2008) 'Dirty is the new clean: a critique of the World Bank's Strategic Framework for Development and Climate Change, Sustainable Energy and Economy Network', Institute for Policy Studies, www.ipsdc.org/files/287/dirtyisnewcleanFINAL.pdf, accessed June 2011.

Reich, M. (2000) 'The global drug gap', *Science* 287 (5460):1979–81.

Reinhardt, U. (1992) 'Reflections on the meaning of efficiency: can efficiency be separated from equity?', *Yale Law and Policy Review* 10 (2): 302–15.

Reynolds, T. (2001) 'Industry-funded versus publicly funded trials: are the standards the same?', *Journal of the National Cancer Institute* 93 (21): 1590–2.

Ridley, R. (2001) 'Malaria drug development', report from a symposium held at the 2001 AAAS annual meeting, San Francisco, 17 February, http://www.aaas.org/international/africa/malaria/ridley.html, accessed June 2011.

Ritter, D. (2011) 'Australian of the Year maybe, but business is business', Crikey, 1 February, http://www.crikey.com.au/2011/02/01/australianof-the-year-maybe-but-business-is-business, accessed June 2011.

Robinson, J. (1972) 'Consumers' sovereignty in a planned economy' in A. Nove and D. M. Nuti (eds), *Socialist Economics*. Harmondsworth: Penguin.

Romanow, R. (2002) 'Commission on the Future of Health Care in Canada', The Romanow Commission, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/romanow/index-eng.php, accessed June 2011.

Ross, E. (2011) 'How drug companies' PR tactics skew the presentation of medical research', 20 May, http://www.guardian.co.uk/science/2011/may/20/drug-companies-ghost-writing-journalism, accessed June 2011.

Roxon, N. (2009) Speech to the Australian Food and Grocery Council Dinner, 28 October, http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/sp-yr09-nr-nrsp281009.htm, accessed June 2011.

Sen, A. (1977) 'Rational fools: a critique of the behavioral foundations of economic theory', *Philosophy and Public Affairs* 6 (4): 317–44.

— (1992) *Inequality Re-Examined*. Oxford: Clarendon Press.

— (1999) *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

— (2001) 'Economic progress and health' in D. Leon and G. Walt (eds), *Poverty, Inequality and Health*. Oxford: Oxford University Press.

Shiell, A. and G. Mooney (2002) 'A framework for determining the extent of public financing of programs and services', Discussion Paper No. 6, Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa: Government of Canada Publications.

Sierra, J. A. (nd) 'History of Cuba. Economic embargo timeline', http://www.historyofcuba.com/history/funfacts/embargo.htm, accessed June 2011.

Sivaraman, M. (1998) 'Learning from Cuba', *Frontline* 15 (8) (11–24 April), http://www.hindu.com/fline/fl1508/15080570.htm, accessed June 2011.

South African Government (1996) Constitution of the Republic of South Africa, http://www.info.gov.za/documents/constitution/, accessed June 2011.

Spartacus Educational (nd) John Maynard Keynes, http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/TUkeynes.htm, accessed June 2011.

Spiegel, J. M. and A. Yassi (2004) 'Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox', *Journal of Public Health Policy* 25 (1): 85–110.

Spritzler, J. (2001) 'Did the Jeffrey Sachs AIDS speech deserve applause?', http://www.newdemocracyworld.org/old/aids.htm, accessed June 2011.

Stark, J. (2009) 'How the fast food industry took a leaf out of tobacco's book', *The Age*, 9 August, http://www.theage.com.au/national/howfast-food-took-a-leaf-out-of-tobaccos-book-20090808-edm7.html, accessed June 2011.

Stiglitz. J. (2003) Globalization and Its Discontents. London: Norton.

— (2006) 'Scrooge and intellectual property rights', BMJ 333:1279, http://www.bmj.com/content/333/7582/1279, accessed June 2011

Stolberg, S. and K. Sack (2011) 'Obama backs easing state health law mandates', *The New York Times*, 28 February, http://www.nytimes.com/2011/03/01/us/politics/01health.html?sq=health%20care%20reform&st=cse&scp=6&pagewanted=print, accessed June 2011.

Stuckler, D., S. Basu and M. McKee (2011) 'International Monetary Fund and aid displacement', *International Journal of Health Services* 41 (1): 67–76.

Suchitra, M. (2009) 'Kerala spearheads community-care revolution', *Appropriate Technology* 36 (2): 49–51.

Swilling, M. (2010) 'Intelligent power: SA is throwing it all away', *Cape Times*, 7 April.

Taylor, C. (1991) *The Malaise of Modernity*. Toronto: Anansi.

The Editors (2009) 'What is socialism in 2009?', *The New York Times*, 14 September, http://roomfordebate.blogs.nytimes.com/ 2009/09/14/what-is-socialism-in-2009/, accessed June 2011.

The India Daily (2011) 'Kerala okays a bill to penalise Coca Cola', 25 February, http://www.theindiadaily.com/kerala-okays-a-bill-to-penalisecoca-cola/, accessed June 2011.

The Lancet (nd) 'The health benefits of tackling climate change: an executive summary for The Lancet Series', http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/health-and-climate-change.pdf, accessed June 2011.

The Lancet (2009) 'Editorial: A Commission on climate change', *The Lancet* 373 (9676): 1659, http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673609609223.pdf, accessed 30 January 2012.

The New Age (2011) 'SA urges "democracy" process to name IMF boss', 31 May, http://www.thenewage.co.za/19304-1007-53-SA_urges_'democracy'_process_to_name_IMF_boss, accessed June 2011.

Titmuss, R. (1970) *The Gift Relationship: from human blood to social policy.* London: New Press.

UNDP (1999) *Human Development Report 1999*, Oxford: Oxford University Press, http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1999_front.pdf, accessed June 2011.

Vanberg, V. J. (1994) *Rules and Choice in Economics.* London: Routledge.

Via Campesina (2008) 'Collapse of WTO negotiation', press release, 6 August, http://www.viacampesina.org/en/index.php?option=com_content&view=article&id=593:release-of-via-campesina-on-collapse-ofwto-negotiation&catid=21:food-sovereignty-and-trade&Itemid=38, accessed June 2011.

Vick, S. and A. Scott (1998) 'Agency in health care: examining patients' preferences for attributes of the doctor–patient relationship', *Journal of Health Economics* 17: 587–605.

Wagerup Medical Practitioners' Forum (2005), Submission to the Environmental Review and Management Program on the Wagerup Refinery Unit Three Expansion, http://www.abc.net.au/4corners/content/2005/wagerup_med_submission.pdf, accessed June 2011.

Westhoff, W. W., R. Rodriguez, C. Cousin and R. J. McDermott (2010) 'Cuban healthcare providers in Venezuela: a case study', *Public Health* 124 (9): 519–24.

Weston, D. (2011) 'The Political Economy of Global Warming', PhD thesis, Curtin University, Perth.

WHO (2000) *The World Health Report 2000.* Geneva: World Health Organization.

— (2001) 'Investing in health for economic development'. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, chaired by Jeffrey D. Sachs. Geneva: WHO.

— (2008) 'Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health'. Report of the Commission on Social Determinants of Health, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed June 2011.

Wilkinson, R. (2005) *The Impact of Inequality.* London: Routledge.

Wilkinson, R. and K. Pickett (2006) 'Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence', *Social Science and Medicine* 62: 1768–84.

— (2010) *The Spirit Level.* London: Allen Lane.

Williams, A. (1993) 'Priorities and research strategy in health economics for the 1990s', *Health Economics* 2 (4): 295–302.

Williamson, J. (2002) 'What Washington means by policy reform' in J. Williamson (ed.) *Latin American Adjustment: how much has happened* (original edition 1990, updated November 2002). Washington DC: Peterson Institute for International Economics.

World Bank (1993) *Investing in Health.* Washington DC: World Bank.

—— (2011) 'Health expenditure', http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS, accessed August 2011.

WTO (2001) Ministerial Declaration, Doha WTO Ministerial 2001, WT/MIN(01)/DEC/1, 20 November, http://www.wto.org/English/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm, accessed June 2011.

Zamagni, S. (2010) 'Non-profit organizations, democratic stakeholding and civil development', presentation to WINGS forum 2010, 18–20 November, Como, Italy, http://www.wingsweb.org/download/2010%20Forum/Plenary_Italian_Philanthropy_Zamagni.pdf, accessed June 2011.

Zarri, L. (2006) 'Happiness, morality and game theory', Working Paper Series 37, Department of Economics, University of Verona.

EK



Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı



Cem Terzi

Ata Abi'ye[26]

Bir salgın hastalık gibi, 80'lerden itibaren hemen her ülkenin sağlık sistemi, Dünya Bankası (DB) orjinli neoliberal sağlık politikalarına maruz kalmıştır. 'Sağlık reformu' adı altında pek çok ülkenin sağlık politikaları liberalleştirilirken, sağlık hizmetleri

---

26 Türkiye sağlık emek hareketinde, özellikle Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nde, kendisinden büyük küçük herkesin 'abisi' olan Ata Soyer, 19 Mart 2013'de yaşamını yitirdi.
12 Eylül askerî darbesinin faşist Türkiye'sinde Ata Soyer, cezaevi, işkenceler, açlık grevleri, ölüm orucu, faili meçhuller, Kürt sorunu, eşitsizlik gibi çoğu insanın kaçtığıyakıcı sorunları kendisine çalışma alanı haline getirmiş bir aydındı. Bilgiyi toplumsallaşması için üretiyordu. Ata Soyer'in en önemli özelliği, TTB'yi bir demokratik kitle örgütü, Türkiye'nin emekçi mücadelesinin önemli bir bileşeni kılma çabasıdır. Bir hekim örgütü olarak TTB, hekim hakları, özlük hakları gibi alanlardan ziyade Türkiye'nin özgürleşmesi ve demokratikleşmesi mücadelesine adres olmuşsa bunda Ata Soyer'in emeği büyüktür. Halkın sağlığı ile sağlığın sosyal belirleyicileri; aş, iş, barınma arasındaki ilişkilerin kavranması, eşitsizliklerle, ayrımcılıkla mücadele etmeden herkese eşit ve ücretsiz kamusal sağlık hizmetinin savunulamayacağının özümsenmesi, TTB'nin Türkiye'nin sosyalist ve işçi hareketleriyle birlikte davranmasını sağlamıştır. Bu hattın oluşturulmasında, geliştirilmesinde ve sürekli kılınmasında Ata Soyer'in çok önemli rolü olmuştur.

ticarileştirilmiştir. Bu süreci sağlığın sermayeleşmesi olarak adlandırabiliriz. Türkiye'de hazırlığına 90'larda neoliberal hükümetler tarafından başlanan sağlık reformları, 2002'den itibaren AKP hükümetleri aracılığıyla 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' adı altında tam anlamıyla yaşama geçirildi. Programın temel özelliği sağlık hizmetlerinin piyasa temelli/uyumlu hale getirilmesidir.

DB'nın sağlık politikaları üzerinde gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler için farklı projeleri vardır. Bu projeler, 80 ve 90'lar (daha radikal), 2000'ler (daha tedbirli) gibi bazı dönemsel farklılıklar da göstermektedir. Ancak, temel ortak nokta, sağlık hizmetinde kamusal niteliğin azaltılması ve vatandaşların bireysel sorumluluğunun artırılmasıdır.

Sağlıkta reformlar ile ne yapılmak isteniyor?

Sağlık reformlarının yüzleri, farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde değişebilmektedir. Bu nedenle gerçekte yapılmak istenenin ne olduğunun anlaşılması bazen uzun yıllar alabilmektedir. Ancak, *nihai hedef, sağlığın anayasal güvence altında bir vatan-*

Soyer, 1955 yılında doğdu, 1972 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne girdi. Öğrencilik yıllarında da politik mücadele yürüten Ata Soyer, 1980 Kasım'ında Ankara Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü'nde asistanlığa başladı. 1981'de gözaltına alındı. 1982'de asistanlığının bitimine 20 gün kala görevine son verildi. 1987 yılında radyoloji uzmanlığını tamamladı. 1994'te mahkeme kararıyla Halk Sağlığı'na geri döndü. 1997 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD Bölümünde öğretim üyesi olarak işe başladı. 2006 Temmuz'unda emekli oldu.

1986-2006 tarihleri arasında Ankara Tabip Odası Genel Sekreterliği, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyeliği, Merkez Konseyi Genel Sekreterliği görevlerinde bulundu.

İnsan Hakları Derneği (İHD) üyeliği, Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV) ve Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Hekimler Derneği (NÜSHED) kurucu üyeliği yaptı. Ata Soyer, son dönemde TTB'nin çıkarttığı *Toplum ve Hekim Dergisi* Yayın Koordinatörlüğü ve Sağlık ve Politika Kurulu üyeliği ve TTB Merkez Danışma Kurulu Üyeliği yapmaktaydı. Ayrıca kuruluşundan beri Sağlık Emekçileri Sendikası (SES)'nın aktif bir üyesiydi. Ata Soyer'in sağlık politikaları, insan hakları, sağlık çalışanları ve sendikalaşma gibi konularda 30 kadar kitabı bulunmaktadır.

daşlık hakkı ve sağlık hizmetinin üretim, finansman ve uygulama olarak bir kamusal hizmet olmaktan çıkarılması en azından bu niteliğin ciddi ölçüde azaltılmasıdır.

Sağlık reformları ile, Avrupa ülkelerindeki (örneğin; İngiltere, Almanya, Fransa, İskandinav ülkeler vb. gibi) tüm vatandaşları kapsayan (üniversal) ve kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmetlerinin piyasa ile uyumlu hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık sistemleri çoğu kez tüm vatandaşları kapsamaktan uzak olan Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bir yandan sistemin daha çok insanı kapsamasına çalışılırken bir yandan da sağlık hizmeti özelleştirilmekte ve ticarileştirilmektedir. Sağlık hizmeti ve sağlık ekonomisinin oldukça karmaşık olan yapısı ise sağlık reformlarının niteliğinin ve uzun dönem sonuçlarının toplum tarafından öngörülmesini zorlaştırmaktadır. DB'nın temel ideolojisi neoliberalizmdir: Yıllar içinde ortaya çıkan sağlık harcamalarındaki artışlar nedeniyle zengin ülkelerin refah devletlerine, vatandaşlarına sunduğu kamusal sağlık hizmetinin artık sürdürülemez olduğunu telkin eder. Bu ülkelerdeki sağlık reformları ile vatandaşların sağlık hakkı olarak bugüne kadar ki kazanımlarını azaltmaya odaklanmıştır. DB, gelişmekte olan ülkeler için ise daha en başta sağlığın bir vatandaşlık hakkı ve kamu hizmeti olması yerine sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine açılmasını, kamudan özel sektöre devredilmesini ve her bireyin sağlık harcamasına kendi cebinden katkıda bulunmasını istemektedir. 80'lerden 2000'lere Avrupa ülkelerinin çoğunda sağlık harcamaları artmaya devam ederken, toplam sağlık harcamalarındaki kamu payı azalmıştır. Buna özel sağlık sigortacılığının yükselmesi eşlik etmiştir. Sağlık hizmeti finansmanı 2005 itibari ile Hollanda'da yüzde 23, Fransa'da yüzde 13, Almanya'da yüzde 10 oranında özel sigorta şirketlerine devredildi. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası hızla yaygınlaştı. 2000 yılı itibariyle Fransa'da nüfusun yüzde 85'i, Hollanda'da yüzde 60'ı, Belçika'da yüzde 30-50'si cepten

ödeme suretiyle özel sağlık sigorta şirketlerinden tamamlayıcı sağlık sigortası satın almak zorunda kalmıştır. Sağlık hizmetleri için vatandaşın cepten ödeme oranlarını artırmaya yönelik masraf paylaşımı/katkı payı sistemlerine geçildi ve cepten ödeme 2005'te bazı ülkelerde (Belçika, İtalya, Portekiz, İspanya Macaristan ve Polonya gibi) toplam sağlık harcamalarının yüzde 20'sinin üzerine çıktı.

Türkiye'de, kimi merkez kapitalist ülkelerin 'refah devleti' anlayışıyla oluşturduğu kamusal bir sağlık sistemi henüz kurulmamıştır. Tamamı genel bütçeden finanse edilen ya da başka finansman sistemleri ile de olsa vatandaşın sağlık için cepten harcama yapmadığı ya da çok az yaptığı ve tüm vatandaşların kapsam içi olduğu (üniversal) bir sağlık sistemi ülkemizde hiçbir zaman gerçekleşmedi. Bugün olan ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu özellikleri taşıyan bir sağlık sisteminin ulusal hedef olmaktan çıkarılmasıdır.

Türkiye'nin sağlık sistemi neydi? Neoliberal dönüşüm ile ne oluyor?

Türkiye'de hiçbir zaman herkesin ulaşabildiği, genel bütçeden finanse edilen bir sağlık sistemi olmamıştır. Sağlık hakkı büyük ölçüde sosyal sigorta (Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu-SSK ve yıllar sonra sisteme eklenen Bağ-Kur) kapsamındakilere sunulmuştur.

Buna *Bismarck tipi*, sosyal güvenlik sistemi denmektedir. Bismarck tipi modellerde devlet, refahı toplumdaki mevcut sınıf ve statü farklarını sürdürmek hatta güçlendirmek üzere dağıtır. Sosyal haklar istihdamdaki konuma ve kişinin prim katkısına göre sunulur. Devlet, refahı topluma dağıtırken eşitleme amacı gütmez. Bu modelin kurucusu olan Almanya'da sistem herkesi kapsamaktadır. Oysa, Türkiye'de büyük bir nüfus oluşturmasına rağmen enformel istihdam ve tarımda çalışanlar her zaman sis-

tem dışı kalmıştır. Bu sağlık sistemi *eşitsiz ve korporatist (ayrımcı)* bir sağlık sistemidir.

Türkiye'nin eşitsiz ve ayrımcı sağlık sistemi, nüfusun ciddi bir kısmını kapsam dışı bırakmakla kalmamış, kapsam içine aldığı gruplara sunulan sağlık hizmetinin niteliği de ayrımcı olmuştur.

Emekli Sandığı ile kamu kesiminde çalışan memur ve askerî personele, SSK ile işçiden kesilen primlerle işçilere ve Bağ-Kur ile ise belirli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf, sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşlara sosyal güvenlik sağlanmaya çalışılmıştır.

Eski sistem kendi içinde ciddi eşitsizlikler içermekteydi. En iyi hizmet ve en çok sağlık harcaması, Emekli Sandığı mensuplarına yapıldı. Daha sonra Bağ-Kur ve son sırada SSK'lılar yer aldı. Emekli Sandığı mensuplarına yapılan yıllık sağlık harcaması SSK'lıların 4-5 katı olmuştur. Emekli Sandığı mensuplarına üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilme ayrıcalığı tanınmıştır. Sevk zinciri hiçbir zaman işletilmemiştir. Emekli Sandığı mensupları ilaçlarını her eczaneden alabilirken SSK'lıların böyle bir imkânı olmamıştır.

Hemen her ülkede toplum *üniversal* bir sağlık sistemi talep eder ve bu talep pek çok merkez kapitalist ülkede 60'lardan itibaren karşılık bulmuştur. Avrupa ülkelerinin pek çoğunda tüm vatandaşların kapsam içinde olduğu, sağlık hizmeti finansmanının ağırlıkla kamu kaynaklarından yapıldığı ve sağlık hizmetinin ağırlıkla kamu kuruluşlarında üretildiği modeller geliştirilmiştir. İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkeler 60'lardan itibaren; İspanya, İtalya ve Yunanistan gibi ülkeler ise 80'lerden itibaren üniversal sağlık sistemlerini kurdular. *Beveridge Modeli* olarak adlandırılan üniversal sağlık sistemlerinde sağlık hizmeti devlet eliyle ücretsiz olarak verilir. Sağlık hizmetini kamunun yönetmesi asli unsurdur. Özel sektörün payı yok denecek kadar azdır (İngiltere, Norveç vb.). Almanya'nın kurucusu olduğu Bismarck Modeli'nde ise vatandaşlardan prim toplanır. Bu modelde de ge-

nellikle kamu sektörü ağırlıktadır (Fransa ve Belçika diğer örnekler olarak verilebilir). 1917 Sovyet Devrimi'nde, ardından 2. Dünya Savaşı sonrasında, Sovyetler Birliği'nde ve Avrupa'nın yarısında, 1949'da Çin'de, 1959'da Küba'da *sosyalist sağlık sistemleri* kurulmuştur. Bunlarda tüm sağlık hizmetleri herkese eşit ve ücretsiz olarak verilir. Özel sektörün yeri yoktur. Sağlık hizmetini kamu sunar.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bir istisna oluşturur. ABD'nin liberal rejiminde, sağlık sistemi bir aşırılık ve yoksunluk paradoksudur. Bazı insanlar (yaklaşık elli milyon) sağlık hizmetine hiç ulaşamazken ya da çok kısıtlı bir sağlık hizmeti alırken diğerleri de maliyeti çok yüksek ve bazen zararlı olabilen, aşırı olarak nitelendirilebilecek sağlık hizmeti almaktadır. Yeryüzünün en pahalı sağlık sistemidir. Sağlık hizmetleri kişisel ödeme ve özel sigortalarla sağlanmaktadır. Parası olanlar sağlık güvencesine sahip olur. Derin bir kriz içindedir. Piyasa güçlerince yönlendirilen, tamamen endüstriyel hale gelmiş, birinci basamak (koruyucu ve temel sağlık hizmetleri) yerine üçüncü basamağa (uzmanlaşmış hastanelerde tedavi edici sağlık hizmetleri) yönelmiş, toplumsal eşitlik ilkelerini asgari düzeyde bile karşılamayan, sınıf ve etnisite ayrımcılığı gösteren, temel sağlık sorunlarını çözmeye odaklanmamış, herkesin erişimine açık olmayan ve dezorganize bir sistemdir. Bu sistem serbest piyasa sistemidir. Sağlık hizmetlerinin üretimi de sunumu da özel sektör ağırlığındadır. Şu günlerde ABD'de "Obamacare" ismi ile anılan bir reform süreci ile sağlık erişimi kapsamı ABD vatandaşları için genişletilmeye çalışılmaktadır.

Türkiye'de vatandaşın cepten ödemeler (muayenehanelerde, özel hastanelerde, üniversite hastanelerinde öğretim üyesi katkı payı olarak vb.) ile sağlık harcamalarının bir kısmını üstlenmesi maliyet azaltıcı/paylaştırıcı bir yöntem olarak hemen her hükümet tarafından benimsenmiş, ücretsiz ve herkesin ulaşabileceği bir sağlık hizmeti anlayışı hiçbir zaman egemen olmamıştır.

Bir kamucu müdahale: Sosyalizasyon Yasası

Bu durumu değiştirmeye yönelik ilk ve tek çaba *60'lardaki Sosyalizasyon Yasası*'dır. Sosyalizasyon, İngiltere'de ve bazı Avrupa ülkelerinde geçerli olan, sosyal hakları insanların çalıştıkları işteki konumuna göre değil vatandaşlık konumuna göre tanımlayan, herkesi kapsayan (üniversal) ve vergilerle oluşan genel bütçeye dayalı; *Beveridge Modeli* sosyal güvenlik sitemini Türkiye'de kurma çabasıydı. Birbiri ile zıt iki sistem (Bismarck tipi korparatist ve Beveridge tipi üniversal) eş zamanlı devam ettirilmek istendi. Doğu ve Batı, kır ve kent arasında ciddi eşitsizlikler mevcuttur. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmak ve ülke kalkınmasını hızlandırmak üzere tasarlanır. Bu yasa ile *"Hizmetin bireyler için kişisel kazanç olmaktan çıkarılması, var olan olanaklardan herkesin eşit şekilde yararlanması, sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin parasal olanaklarıyla sınırlandırılmaması, hizmetin devlet eliyle yürütülmesi ve belirli bir programa göre geliştirilmesi"* amaçlanmıştı. Sosyalleştirilme yapılan il ve bölgede belirli bir nüfusun sağlığından sorumlu sağlık evleri ve sağlık ocakları açılmış, bütün sağlık kurumlarının tek elde toplanmasına ve sevk zincirinin işlemesine çalışılmıştır.

Hükümetler hiçbir zaman Sosyalizasyon Yasa'sının gereklerini yerine getirmediler ve sosyalizasyonun Türkiye'nin sağlık sitemi olmasını sağlamadılar. Sevk zinciri kurulmadı. Emekli Sandığı mensupları ve SSK'lılar sağlık ocağına uğramadan doğrudan hastanelerden hizmet aldı. Sağlık Ocakları yoksullara ve sağlık güvencesi olmayanlara sınırlı hizmet veren kurumlara dönüştürüldü. Uzman, laboratuvar ve teknik ekipman içeren kent tipi versiyonları geliştirilmedi. Formel sektörde istihdam edilen işçiler ve memurlar sosyalleştirme sistemini desteklemediler. Türkiye'de hâkim olan, enformel sektörde ve tarımda çalışanları dışlayan Bismarkçı hiyerarşik korporatist sistem, üniversal bir

sağlık sisteminin gelişimini engelledi. Birbiriyle çelişen iki farklı sağlık sistemi bir arada tutuldu ve korporatist sistem kazandı.

Sosyalleştirme döneminde bir iki defa ömürleri çok kısa olan yasal düzenlemeler ile kamuda çalışan hekimlerin serbest/özel hekimlik yapmaları yasaklanmışsa da yalnızca kamuda tam gün çalışma hiçbir zaman başarılamadı. 80 asker darbesi ile de kamuda çalışanlar için özel hekimlik engeli tamamen kaldırıldı.

Pek çok sağlık ocakları açılmasına rağmen sosyalleştirme tüm gerekleriyle bir devlet politikası olarak benimsenmedi. 70'li yıllar boyunca, tüm nüfusu kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası kurulmaya çalışılsa da asla başarılamadı. Sonuçta Emekli Sandığı, SSK veya Bağ-Kur'un kapsamında yer almayan enformel sektör ve tarım çalışanları, sağlık hizmetlerine yeterince erişemediler. Sağlık ocaklarında birinci basamak hizmetleri, aşılama, doğum öncesi ve sonrası bakım ücretsizdi. İkinci basamak sağlık hizmetlerine hastanelerde ulaşmak için kapsam dışı yoksul insanlar çok büyük zorluklar çektiler. Muhtarlardan yoksul belgesi almak zorunda kaldılar. Bu onur kırıcı bürokratik bir engel olmasının yanı sıra etkin de değildi.

Bu yılların temel özellikleri bölgesel ve toplumsal statüye dayalı eşitsizlik, ciddi altyapı sorunları ve yoksullara yetersiz ve kalitesiz sağlık hizmeti olarak özetlenebilir. 80'lere geldiğimizde Türkiye'nin sağlık siteminde durum kabaca buydu.

80'ler

80'ler ülkemiz için işte sürekliliğin, güvencenin yitirilmesinin, yoksullaşmanın ve güvencesizleşmenin yıllarıdır. Çalışma yaşamına esnek üretim, atipik işler, yarı zamanlı işler gibi yeni olumsuzluklar girmiştir. Toplumun alt üst olduğu bir dönemdir.

Bu yıllarda işlerini kaybeden, düzenli bir işi olmayan insanlardan prim toplamak da mümkün olmadı doğal olarak. Ülkemizin Bismarck tipi prim ödemeye dayalı sağlık sistemi iyice çalışmaz

hale geldi. SSK negatif bütçeye düştü. Pek çok insan primlerini ödeyemedikleri için Bağ-Kur güvencesini yitirdi. Geriye vergi toplayarak genel bütçeden sosyal hakların temini (Beveridge modeli) seçeneği kalmıştı. Ancak, o da yapılmadı. Devlet, gelir vergisi ve kurumlar vergisi yerine sosyal adaletle bağdaşmayan yöntemlerle vergi toplamaya; tüketim vergilerine (KDV vb.) yöneldi. Bu tip dolaylı vergiler toplumdaki eşitsizliği daha da arttırdı. 80 askerî darbesinden sonra sağlıkta özelleştirmeye de hız verildi. Devlet sadece personel maaşlarını karşılıyordu, hastaneler ayakta kalabilmek için parası ve güvencesi olmayan hastaları kabul etmemeye başladılar.

90'lara gelindiğinde sağlık sistemi ciddi bir krize girmişti. Hemen her gün hastane masraflarını karşılayamadığı için rehin tutulan yoksul hastalar ile karşılaşıyorduk. Tarım sektöründeki çöküşe ciddi bir kent yoksulluğu da eklendi.

Yeşil Kart

Yoksulların sağlık hizmeti alamadıkları hastane kapılarında süründükleri ya da hastanelerde rehin kaldıkları bir dönemde *Yeşil Kart* uygulamasına geçildi. Yeşil Kart ile, yoksul olduklarını kanıtlayan insanların, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında, sadece acil sağlık hizmetlerini ve yataklı tedavi hizmetlerini içerecek biçimde ücretsiz karşılanması bu dönemde başladı. Yeşil Kart yetersiz ve bütüncül olmayan âdeta sadaka gibi sunulan bir sosyal yardım sistemiydi. Genel sağlık sigortası kurulana kadar geçici bir önlem olarak tasarlanmıştı. Yeşil Kart, sağlığa erişimi ihtiyaç tespitine dayandırdığı için aslında neoliberal bir uygulamadır, ancak öncesindeki acımasız durumla karşılaştırıldığında yoksullara bir nefes aldırmıştır. Yeşil Kart sahibi olabilmek için aylık gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olması gerekiyordu. Yeşil Kart ile yoksulların hastane yönetimiyle karşı karşıya gelmesi önlenmeye çalışıldı. Daha önce her hastalandıklarında muhtar-

lardan yoksul olduklarını kanıtlayan belgeler almak zorunda kalan insanların artık bir kurtarıcıları, Yeşil Kart'ları vardı.

2001 Krizi ve Neoliberalizmin yerleşmesi

Neoliberalizm Türkiye'de 90'lı yıllarda iyice egemen olmaya başladı. AB ile imzalanan Gümrük Birliği anlaşması sayesinde sermaye ve mal hareketi tamamen serbestleşti ve Türkiye ekonomisi kriz ekonomisi haline geldi; 91, 94, 98'de ciddi ekonomik krizler oldu. En son yaşanan ve en ağır olan 2001 ekonomik krizinde, DB ve IMF'nin Güney Amerika ülkelerinde uygulayarak olgunlaştırdığı '*Yapısal Uyum Programı*' büyük bir hızla Türkiye'de uygulamaya konuldu. Bu program, sosyal harcamaların kesilerek kamu borcunun azaltılması, devlet mallarının yoğun biçimde özelleştirilmesi, ücretlerin (işçi/memur) düşürülerek devlet hazine gelirlerinin artırılması, ulusal mal piyasasının liberalizasyonu, ulusal finans piyasasının liberalizasyonu, dışsatım ekonomisine reoryantasyon ve ulusal paranın devalüasyonunu içeriyordu. Program aracılığı ile Türkiye için en önemli iç ve dış sorun, borç yönetimi haline getirildi. Sosyal bedeli ne olursa olsun dış borç ödemeleri birincil öncelik kazandı.

2001 krizinden DB ve IMF önderliğinde çıkmaya çalışan Türkiye'de, vatandaşların zihinleri kriz ablukasındaydı. Bu sayede serbest piyasa, kamu harcamalarında ciddi kısıntı ve özelleştirme programı, kolaylıkla yaşama geçti. Kamu sektörü art arda özelleştirilerek devlet küçültüldü ve piyasa ekonomisine bağlılık perçinlendi. Parasız sağlık ve parasız eğitim gibi yaşamsal destek alanları iyice daraltıldı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı Başlıyor

2002'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya başlandığında, 80 ve 90'ların neoliberal programları ve 2001 krizi

sayesinde ülkemizde sağlık güvencesi olmayan, yeşil kartı bile olmayan, işsiz ya da geçici iş bulan, barınma koşulları elverişsiz, kötü ya da çok kötü koşullarda yaşayan, sadece *gelir yoksulu* değil tamamen *toplum dışına itilmiş insanların sayısı* kimi çalışmalara göre *14 milyon, kimi çalışmalara göre de 21 milyonu* bulmuştu.

Bu dönemde neoliberal dönüşüm programlarının uygulandığı pek çok ülkede ortaya çıkan aşırı yoksullaşmanın niceliksel ve niteliksel boyutu DB açısından bir tehlike (toplumsal muhalefet riski ve bireylerin tüketici özelliklerini sürdürememe durumu) olarak görülmeye başlanmıştı. Dolayısıyla sağlık sistemlerini piyasalaştırma programında rötuşlar yapıldı; daha tedbirli, tedrici reform paketleri oluşturuldu.

Yeni Sağlık Sistemi: Genel Sağlık Sigortası

Genel olarak tüm Avrupa ülkelerinde neoliberal hükümetler kamu ve özel finansman modellerini birlikte kullanarak sağlık alanında kamusal harcamaları azaltmaya çalışmaktadır. Bunun için de hemen her neoliberal hükümet, vatandaşlardan topladığı sağlık sigorta primlerini ve vatandaşın katılım payı olarak ödediği miktarları artırmakta, kamu tarafından ödenmeyecek sağlık hizmetleri listesi oluşturmakta ve her gün bu listeye yeni ekler yapmaktadır. Bu uygulamalar toplumlarda büyük itirazlara yol açmakta ve politik olarak ciddi çatışmalar yaşanmaktadır.

Hükümetlerin neoliberal zihniyetlerinde yer alan her sağlık hizmetinin karşılanması için kaynakların yetersiz olduğu, bu nedenle önceliklerin belirlenmesi ve sağlık hizmetlerine sınırlandırmalar getirilmesi gerektiği retoriği, aslında yaşamda karşılık bulmamaktadır. Tam tersi, bunca gürültüye rağmen Avrupa'da bugün daha çok insan kamusal sağlık sigortası şemsiyesi altındadır ve kamunun karşıladığı sağlık hizmetleri sayısı ve çeşitliliği artmaktadır.

2000'lerden itibaren DB, bize ve Doğu Avrupa ülkelerine yalnızca *temel (minimum) sağlık hizmetlerinin* (ana çocuk sağlığı, aşılama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin) devletler tarafından finanse edilmesi, bundan daha fazlası için ise vatandaşların özel sigorta ve özel hizmet sunucularına yönlendirilmesini içeren bir sistem önermeye başladı. Temel (minimum) sağlık hizmetlerinin finansmanı için de maliyet artışlarını kontrol edebilmek gerekçesiyle vatandaşların sağlık güvencesi için prim ödemelerini zorunlu kılan bir sistem önerilmektedir. Bu sistemin Türkiye'deki adı *Genel Sağlık Sigortası* (GSS)'dır.

Aslında GSS sistemi ülkemize uygun bir sistem değildir. Türkiye'nin prim ödeyebilecek bir sosyoekonomik yapısı yoktur. İşsizlik oranı yüksektir. Çalışanların büyük bir kısmı kayıt dışıdır. Nüfusun önemli bir kısmı köylerde ve beldelerde yaşamakta, tarımla geçinmektedir.

Genel Sağlık Sigortası ile enformel sektörün (tüm çalışanların yüzde 50'si kayıt dışı) ve tarımdaki nüfusun büyüklüğü, prim toplamada yaşanan sorunlar ve hiçbir sağlık güvencesi/emeklilik hakkı/düzenli işi olmayan yoksul ve dışlanmış nüfus oranı (nüfusun yüzde 20'si, DB verisine göre nüfusun 1/3'ü) tamamen göz ardı edilmektedir. Çok açıkça söylemek gerekirse toplum, sağlık güvencesi için prim ödeyebilecek güçte değildir. Bu sistem pek çok insanın sağlık güvencesini yitirmesine yol açacak ve pek çok insan bütüncül bir sağlık hizmeti alamayacaktır.

Genel Sağlık Sigortası modeli *kamusal sigortacılık* olmasına rağmen Türkiye'de bu sistem içine aynı zamanda halkın yaptığı cepten ödemeleri, katkı paylarını, farkları da dahil ettiği için özeli de kapsayan *karma bir finansman modeli* durumunda gelişmektedir.

Genel Sağlık Sigortası, kazanandan vergi toplamak yerine orta ve alt sınıftan prim adı altında yeni bir vergi; *sağlık vergisi* almak demektir.

Üstelik halkı katkı payı ödemeye (cepten ödeme) ve özel sigortacılık sisteminden teminat paketinin dışında kalan hizmetler için sağlık sigortası satın almaya yöneltmektedir.

Türkiye gibi bir toplumda, vergi gelirleriyle değil de prim ödemeleriyle finanse edilen bir sağlık sistemi kurulması ilkesel olarak yanlıştır. Primlerin toplanamayacağı aşikar olmasına rağmen, yoksulların sağlık hizmetlerine erişimi ihtiyaç tespitine bağlanmaktadır. Vatandaşlık statüsündeki eşitlik yok edilmektedir.

Bu yeni sağlık sistemi de özü itibari ile Bismarck tipi yani eşitsiz ve ayrımcı bir modeldir. Toplum bu kez prim ödeyebilenler ve ödeyemeyenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Prim ödeyebilenlerden ek vergi alınacak, prim tutarları yıllar içinde giderek yükselecek, prim karşılığında sunulan sağlık hizmeti içeriği yetersiz kalacak daha fazlası için özel sağlık sigortası yaptırılmak zorunda kalınacak (tamamlayıcı sigorta) ve toplumun cepten harcama oranı artacaktır. Yoksullar ise sağlık hizmeti alabilmek için primlerini devletin ödemesini sağlamak üzere sürekli yoksul olduklarını kanıtlamak zorunda kalacaklar. Bürokratik engellerle karşılaşacaklar. Sadece mecbur olduklarında bu bürokratik çarka girecek, koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşamayacaklardır. Pek çok yoksul insan sağlık güvencesine kavuşamayacak ve sağlık hizmeti alamayacaktır.

Son 10 Yılda Neler Oldu?

Dünyadaki bir diğer yaygın neoliberal uygulama, harcamalar üzerinde kontrolü ve verimliliği artırmak iddiası ile sağlık hizmeti tedarikçilerine daha fazla özerklik ve sorumluluk vermektir. Bu bağlamda kamu hastaneleri özerkleştirilmiş ve vakıf örgütlenmeleri haline getirilmiştir. Özerkleştirilen kamu hastaneleri özel şirketlerle ticari girişim ortaklıkları kurmaya ve özel finans piyasalarından kredi almaya başlamıştır. Bu çeşit uygulamaları özellikle İngiltere'de görmekteyiz. İsveç'te ve pek çok

diğer Avrupa ülkesinde kamu hastaneleri halka açık şirketlere dönüştürüldü. Buna bağlı olarak büyük hastane ağları ortaya çıktı. Almanya başta olmak üzere bazı ülkelerde büyük kamu hastaneleri doğrudan özel sektöre satıldı. Özerkleştirilen kamu hastanelerinin genel bütçeden aldığı destekler azaltıldı, alt yapılarının korunması ve yatırımlar için verilen destekler çeşitli şartlara bağlandı. Bu hastanelerden harcamalarındaki öncelikli alanları belirlemeleri istendi. Geri ödeme sistemleri değiştirildi. ABD'nin geliştirdiği tanı ilişkili gruplar ("diagnosis-related groups", DRG) sistemine geçildi. DRG sisteminde, hastane yatış süresini kısaltmak ve masrafları azaltmak iddiası ile tedavi bedeli belli bir hasta için gerçekten yapılan harcamayı ödemek yerine her bir işlem ve hasta sınıfı için önceden belirlenmiş sabit fiyatlar üzerinden ödeme yapılmaktadır. Eskiden hastanenin sahibi, sağlık hizmeti sunumu ve geri ödeme kurumu tamamen kamu idi. 90'lardan itibaren AB ülkelerinde kamu sözleşmesi modeli ("public contract model") olarak adlandırılan yeni bir sisteme geçildi. Kamu, çeşitli bağımsız sağlık hizmeti tedarikçilerinden hizmet satın almak üzere sözleşmeler imzalamaya başladı. Bu model alıcı-tedarikçi ayrışmasını getirmiştir. Buna bağlı olarak, ABD, Avustralya ve AB ülkelerinde hastane geri ödemelerinde geleneksel global bütçe uygulaması terk edildi. Bunun yerine tanımlanmış hasta grupları için olgu başına finanslama modeline (DRG sistemi) geçildi. DRG sisteminin genel özelliği, hasta başı yapılan standart ödemenin o hastaya gerçekte yapılmış olan tüm masrafları karşılamaktan uzak olmasıdır.

Türkiye'de, 2002'de yeni hükümet, kamunun bundan böyle sağlık hizmeti üretmek istemediğini, sağlık hizmetini satın alacağını ilan etti. Son gelinen noktada da kamu hastanelerinin yerel yönetimlere devredilmesine ve istenirse özel sektöre satılmasına imkân tanıyan yasal düzenlemeler gerçekleşti (Kamu-Özel Ortaklığı).

2002'den bu yana Türkiye sağlık ortamı bir *şantiye* halindedir. Birer cümle ile radikal değişiklikleri özetleyelim:

- Tek elden sağlık hizmeti finansmanı, üretimi ve sunumu yapan ve bu sayede tanı ve tedavi maliyetlerini ciddi biçimde düşürmüş bir sistem olan, büyük bir halk kesimine yıllarca hizmet veren SSK, Sağlık Bakanlığı'na devredilerek tasfiye edildi. Bu sayede kamunun finansman, üretim ve sunumda tek olduğu model devre dışı bırakıldı.
- Hastaneler sağlık işletmesi haline getirildi. Kamu sağlık kurumlarına işletme kültürünün yerleşmesini sağlamak amacıyla önce bu kurumların bütçelerinden kesintiler yapıldı. Sağlık kurumları kendi yaratacakları döner sermaye gelirlerine bağımlı hale getirildi. Pek çok üniversite hastanesi iflas etti ya da negatif bütçeye düştü. Döner sermaye ek ödemeleri, personele ek gelir sağlamayacak duruma geldi. Personel geliri ise döner sermayeye dayandırıldı. Hizmet maliyeti ve giderleri arttı. Önümüzdeki süreç hastanelerin yerel yönetimlere (belediyelere, il özel idarelerine, hastane birliklerine devredilmesidir. Bu da yeni yönetsel yapı, yeni finansman biçimi ve mekanizmaları demektir.

Birinci Basamakta Aile Hekimliği Sistemi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan *Sağlık Ocağı* modeli yok edilerek, başvurana hizmet verilen *Aile Hekimliği Sistemi'ne* geçildi. Bu sayede, 60'larda planlandığı biçimde uygulama olanağı bulamamış, gerekli kaynak, yatırım ve işgücünden yoksun bırakılmış, nüfusa dayalı yapısı ortadan kaldırılmış *sosyalizasyon* uygulaması da tarihe gömüldü. Dar bölgede sağlık hizmeti sunmak yerine kişilerin seçimine bağlı coğrafi özellikleri olmayan bir sağlık hizmeti benimsenmiştir. Bu yoksulların aleyhine bir tercihtir. Temel sağlık hizmeti odak olmaktan çıkmıştır. Sağlık ocakları kapatılarak ayaktan tedaviye odaklı aile hekimliği modeline geçilmiştir. Topluma gidip sağlığı korumak,

izlemek, müdahale etmek yerine başvuruya dayalı tedavi edici anlayışa geçilmiştir. Aile Hekimliği, ekip hizmetini ortadan kaldıran ve birinci basamakta hekimler dâhil istihdam modelini sözleşmeli biçimine dönüştüren bir model olmuştur. Birinci basamağı koruyucu hizmet ağırlığından tedavi edici hizmete yöneltmiştir.

Performansa Dayalı Ödeme

Neoliberal sağlık anlayışı, hastane ödemeleri gibi hekim ödemelerini de ciddi biçimde değişmiştir. Almanya'da aile hekimlerine hastalara yazdıkları ilaçları karşılamak üzere belli miktarda bir finans verilmeye başlanmıştır. Hollanda'da aile hekimlerine yönelik karma bir sistem uygulanmaktadır. Hasta başı ödemenin yanında, bazı spesifik iş ve işlemler için ayrıca ödeme yapılmaktadır. Aile hekimlerin tıbbi teknoloji alt yapıları ise devlet tarafından desteklenmektedir. ABD'de "medicare" (yaşlıları ve çocukları kapsayan kamu sigorta sistemi) sistemi içinde bir süredir uygulanmakta olan performansa dayalı ödeme ("pay for performance") sistemi, 2000'lerde İngiltere'de aile hekimliğinde kullanılmaya başlandı. Bu sistemde bazı sağlık sorunlarında iyileştirme hedeflerine ulaşan hekimlere ek gelir olanağı oluşturuldu. 10 kronik hastalık için 146 kalite göstergesi belirlendi. Hasta tedavilerinde bu kalite göstergelerine ulaşan aile hekimlerine puan ve puan karşılığında para verilmeye başlandı. Performansa dayalı ödeme ile eş zamanlı olarak bir radikal adım daha atıldı. Kamuda çalışan hekimlere özelde de çalışma izni verildi ("dual pratice").

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde (hatta aile hekimliğinde) *performansa dayalı döner sermaye uygulamasına* geçilerek sağlık emek süreci, rekabet ve üretim artışını temel alan özel sektör emek süreci ile benzer hale getirildi.

Performans sistemi ile hekimler, gelirlerini finansal teşvik doğrultusunda hasta görme ve girişim yapmalarına göre temin

eder oldu. Hasta-hekim ilişkisi kamuda bile gelir artırma zeminine oturtuldu. Hekimin öncelikli motivasyonu, hastasını iyileştirmekten çıkarılmış, daha çok hasta bakarak, daha çok ameliyat yaparak daha çok gelir elde etmek haline gelmiştir. Hastalar endikasyonsuz, gereksiz tetkik ve müdahalelere açık hale getirildi. Daha geçenlerde bir kamu hastanesinde 45 dakikada 6 katarakt ameliyatı yapıldı (âdeta rekor denemesi) ve maalesef hastaların hepsi görme yeteneğini yitirdi.

Ayrıca hekimler, genel durumu kötü ya da tedavisi riskli ve zor hastalardan kaçmakta bunun yerine daha kolay ve rahat performans geliri elde edecekleri hasta ve hastalıkların tedavisine yönlenmektedirler. Hasta hekim ilişkisi bir daha düzelmeyecek şekilde bozulmuştur.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi: Kamu Hastane Birlikleri

Neoliberal sağlık politikaları, Batı'da kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılmasını ve bağımsız işletmeler dönemini başlatmıştır. Avrupa'da yaygın eğilim, kamu hastanelerinin çeşitli biçimlerde işletmelere dönüştürülmesidir. Bunun bir sonucu olarak kamu hastaneleri, en fazla kazanç sağlayan kısımlara yatırım yapmaya başlamıştır. Kurum içi iç piyasalar yaratılmıştır (örneğin; departmantal bütçelendirme). Sağlık hizmetlerinin giderek parçalara bölünmesi ve parça başı fiyatlandırmaya geçilmesi bu süreci desteklemektedir. Kamu hastanelerini işletmeleştirmeye yönelik tüm bu radikal değişimlerin sağlık çalışanlarına yansıması taşeronlaştırma olmuştur. Temizlik ve yemek hizmetleri ile başlayan taşeronlaştırma süreci, bilgi teknolojileri, muhasebe ve hatta tıbbi hizmetleri kapsamış durumdadır. Özelleştirmenin politik olarak mümkün olmadığı ülkelerde sağlık hizmetleri ve sorumlulukları özel sektörden satın alınmaya başlanmıştır. Bu uygulamada da iddia rekabeti artırarak maliyetleri düşürmek ve

etkinliği artırmaktır. En meşhur örnek 90'ların sonunda elektif cerrahi bekleme sürelerini azaltmak üzere, İngiltere'de NHS'in özel hastanelerden hizmet almaya başlamasıdır. Bu uygulama kısa sürede tedaviden tanıya ve diğer sağlık hizmetlerine genişletilmiştir. Aile hekimleri, hastaları kamu ya da özel hastanelere sevk etmekte özgür bırakılmıştır. Bu uygulama özel sektörün NHS içine daha fazla girmesine yol açtı. İsveç bu yöntemi hastanelerde ve birinci basamakta kullanmaktadır. İspanya ve Portekiz'de de özel sektörden hizmet alımı ve alıcı-tedarikçi ayrışması politikaları benimsenmiştir. Portekiz'de iç piyasa yaratmak üzere alıcı-tedarikçi ayrışması, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi, kamu hastane yönetimlerinin özel sektöre devri ve kamu-özel ortaklığı uygulanmaktadır.

Türkiye'de ise 2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısını Düzenleyen 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)" ile Sağlık Bakanlığı icracı olmaktan çıkarılıp, düzenleyici ve denetleyici bakanlık haline getirilirmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yapısını tamamen değiştiren, devlet hastanelerini ticari işletmelere dönüştüren Kamu Hastane Birlikleri düzenlemesi bu KHK ile yasalaşmıştır. Hastane Birlikleri'nin illerdeki CEO'su anlamına gelen "Genel Sekreterler" ve 10 300 sözleşmeli yöneticinin kadro atamaları yapılmıştır. Bu kişilerin maaşları sağlık sistemine ciddi bir mali yük getirmektedir. Kamu Hastane Birlikleri uygulaması, hastanelerin tamamen "işletme" olarak yönetileceği, çalışanların ise güvencelerine bakılmaksızın, çalıştıkları birliğin verimliliği-kârlılığı üzerinden birliğe bağlı hastaneler arasında çalışması ve gerektiğinde birliğin dışına çıkarılması anlamına gelmektedir. Kamu Hastane Birlikleri; A, B, C, D ve E olarak sınıflandırılmış hastanelerin tıpkı özel hastanelerde olduğu gibi katkı, katılım payı ve ilave ücretlerinin farkı nedeniyle, yoksulların daha "kalitesiz" hastanelere başvurmasına yol açacaktır. Kamu Hastane Birlikleri, birlik içindeki hastanelerin, hatta içindeki birimlerin

performansı üzerinden işletme hakkının devredilmesi, kiralanması ya da taşeronlaştırılmasına izin vermektedir. Sözleşmeli yöneticinin bu yetkileri mevcuttur. Kamu artık kamu değildir.

Kamu-özel ortaklığı

Özel sektörün başta hastaneler olmak üzere her türlü sağlık tesisini inşa etmek ve işletmek üzere kamu ile kurduğu informel ve staratejik işbirliğine kamu-özel ortaklığı denmektedir. Özel sektörün proje finansmanını üstlenmesi, finansman riskini daha iyi yöneteceği iddiasına dayanmaktadır. Bir diğer iddia da özel sektörün projeleri daha hızlı bitirdiğidir. Kamu-özel ortaklığı, altyapı inşası, tesislerin işletmesi ve yönetimi, hizmet geliştirilmesi ve sunumu için başvurulan bir yöntemdir. Yatırım kapitalinin ve risklerin özel sektör ile kamu arasında paylaşılması amaçlanmaktadır. AB Komisyonu, 1997'de kamu-özel ortaklığı modelini desteklediğini; bu model ile kamu harcamalarının azaltılması, hizmetlerin etkinliğinin artırılması ve özel sektör için yeni fırsatlar yaratılmasını amaçladıklarını ilan etmiştir. Bu yöntem aslında, günümüzde özelleştirme politikalarının ekonomik ve siyasal olarak sınırlarına ulaşmasının ardından keşfedilen, yeni bir özelleştirme modelidir. Kamunun cebinden para çıkmadan tesislere kavuştuğu algısı tamamen bir yanılsamadır. Aslen üretim hak ve yetkisinin kamuda olduğu bir alana parlak bir süsleme ile özel sektör dahil edilmiş olmaktadır. Proje finansman maliyeti dahil toplam maliyet, yıllık kira ödemesi şeklinde kamu tarafından ya da hizmetten yaralanan vatandaşlar tarafından özel sektöre yapılmaktadır. Dolayısıyla maliyet özel sektöre ait bir risk değildir, tam tersine kamu bu riski üstlenmektedir. Pek çok deneyim projelerin zamanında bitirilmediğini göstermiştir. Bu durum maliyetleri ayrıca artırmaktadır. Bu sözleşmelerde özel sektöre pek çok avantaj tanınmaktadır. Örneğin, vergi yükleri azaltılmaktadır. Bu da kamu gelirlerinin kamu otoritesi

eliyle azaltılması demektir. Özel sektör bu projeleri uluslararası finans kurumlarından borç alarak finanse etmektedir. Özel sektör borçlanmasında faiz oranları kamu borçlanmasına göre daha yüksektir. Yani kamu, bu tesisleri çok daha fazla faiz ödeyerek yaptırmaktadır. Üstelik özel sektör borçlarına devlet garantisi gerekmektedir. Borca kefil olunması ve çok uzun süren sözleşme yılları göz önüne alındığında kamunun özel sektöre risk devrinin olmadığı aşikardır. Kamu özel ortaklığı başta İngiltere olmak üzere Avusturya, Finlandiya, Fransa, İrlanda, İtalya, Portekiz ve İspanya'da çeşitli biçim ve seviyelerde kullanılmaktadır. İngiltere uzun bir süredir yeni hastane inşa etmek ve birinci basamak sağlık hizmetlerini yenilemek için bu yöntemi kullanmaktadır. 1999'da 3 milyar sterlin tutarında bir yatırım yapılmıştı. 2017'de İngiltere'nin kamu-özel ortaklığı projelerine 10.1 milyar sterlin kira bedeli ödeyeceği hesaplanmaktadır (İngiltere'de hâlihazırda okul, hastane gibi 717 tesis kamu-özel ortaklığı ile yapılmaktadır. Bu yatırımların şu anki bedeli 54.7 milyar sterlin iken, 20 yıl sonra yapılacak geri ödeme miktarı 301 milyar sterlin olacaktır). Kamudan çıkan bu çok büyük paralar ile özel sektörün daha hızlı ve daha uygun bütçe ile hastane inşa ettiğine dair herhangi bir kanıtta yoktur. İngiltere'de 1997'den bu yana tüm yeni NHS hastaneleri kamu-özel ortaklığı sistemi ile finanse edilmektedir. Yıllık ödemeler beklenenden yüksek seyretmektedir. Bu durum kamu-özel ortaklığı ile kurulmuş sağlık işletmelerinde verilen hizmeti doğrudan etkilemektedir. Zorunlu ödemeleri yapmak için hastaneler hizmetlerinde kesintiye gitmekte, sağlık hizmeti kalitesi düşmektedir. Geçtiğimiz on yılda İngiltere'de kamu-özel ortaklığı hastaneleri yatak sayısında ortalama yüzde 30, çalışan sayısında ortalama yüzde 25 azalma oldu. Üstelik bu şirketler bazı hizmetleri taşerona vermektedirler. Bu modelin en önemli sakıncalarından biri de kurulan dev hastaneler aracılığı ile ortaya çıkan kartelleşme eğilimidir. Sözleşme gereği sağlık dışındaki diğer gereksinimler için de bu dev entegre tesislerde, özel sek-

törden temin edilmek zorunda kalınmaktadır. Bir diğer önemli sakınca istihdam rejimini değiştirerek güvencesiz çalışma, esnek çalışma, düşük ücret, taşeronlaşma gibi sağlık çalışanları açısından son derece olumsuz koşulları sistem içine sokmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, toplam 16 milyar dolarlık yeni dev hastane ihalelerine (*Sağlık Kentleri*) başladı. Kamu-Özel ortaklığı adı altında, kamu kaynakları kullanılarak, ulusal ve uluslararası sermaye gruplarının sağlık alanına girmeleri sağlanmaktadır. 1000-3000 yatak kapasiteli bu dev hastaneler kent dışında kurulmakta, eski hastanelerin buralara taşınması ve şehir merkezindeki eski hastane yerlerinin ise yeni ticaret alanlarına (alışveriş merkezleri, oteller, rezidanslar vb.) dönüştürülmesi planlanmaktadır.

Ankara Etlik'te yapılacak olan hastanenin ihalesi bitmiş ve yaklaşık 2 milyar dolara bir İtalyan-Türk ortaklığına verilmiştir. Astaldi-Türkerler ortaklığının 2.4 milyar liraya sağlık kampüsünü tamamlaması ve 25 yılda devletten 8 milyar lira kira alması öngörülmüştür. Kampüsün tamamlanmasıyla Ankara'nın merkezi semtlerinde yer alan 7 hastane buraya taşınacaktır. Taşınan hastanelerin yerleri ise Astaldi-Türkerler tarafından otel, alışveriş merkezi gibi ticari alanlara dönüştürülecektir. Kamu-özel ortaklığı yolu ile yapılan hastaneler tamamlandığında, o şehirde özel şirketlerin işletmeyeceği 2. ve 3. basamak başka bir 'devlet hastanesi' kalmayacaktır. Kayseri, Ankara Etlik ve Bilkent, Elazığ, Yozgat, Manisa, Konya Karatay, İstanbul İkitelli, Mersin ve Adana'da kurulması planlanan dev hastaneler için 25 yılda ödenecek toplam kira bedeli 50 milyar TL olarak hesaplanmaktadır. Son dönemdeki gelişmeler finans kuruluşlarının ihaleye giren firmalara kredi vermeye yanaşmadıklarını, ihale fiyatlarının çok daha yüksek olması gerektiğini ve devletin müteahhit firmalara daha uzun yıl kira garantisi vermesi gerektiğini gösteriyor. Yani uluslararası finans kuruluşları daha çok kamu kaynağı istiyor!

Sağlık Turizmi

Sağlıkta dönüşüm programı, Türkiye'nin Avrupa, Ortadoğu, Afrika, Orta Asya ve Rusya bölgesinin sağlık turizmi merkezi olacağını ilan etmiştir. Son 10 yılda sağlık turizmi ciddi boyutlarda artmıştır. Yeni kurulan (lüks) özel hastane zincirleri pek çok ülkeye sağlık hizmeti satmaktadır. Hükümet bu hastanelere ve sektöre ciddi teşvikler uygulamaktadır.

Bir ülkenin kendi vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini garanti edememişken zengin yabancılara sağlık hizmeti teklif etmesi temel bir yanlıştır. Hükümet bu politikayı sıcak para beklentisi ile yürütmekte, halka ise elde ettiği geliri topluma kullanacağını söylemektedir. Aslında hükümet sağlık turizmini finanse ederek vatandaşların ödediği vergileri, yanlış biçimde zengin yabancıları çekeceği pahalı ve aşırı lüks hastanelerin yapılmasına harcamaktadır. Bu finansman doğrudan ve dolaylı çok çeşitli biçimlerde yapılmaktadır. Şehir hastaneleri projeleri de bu anlayışın bir parçasıdır. Bu yol zengin turistlerin yoksul halkı desteklemesi değil, yoksul halkın zengin yabancıları desteklemesi demektir. Kaynaklarını "dünya çapında" (!) hastaneler yapmaya harcayarak çekim merkezi olmaya çalışırken, zaten aldığı sağlık hizmeti sınırlı ve yetersiz olan halkın sağlık hizmetine erişimi daha güç hale gelmekte ve halka harcanabilecek kaynaklara el konmaktadır. Sağlık turizmi başlı başına sorunlu bir kavram ve yeni bir rant alanından ibarettir.

Sağlık Harcamalarında Rekor Artış ve Yön Değişimi

Son 30 yılın neoliberal politikaları ile küresel sağlık harcamaları 2011'de 6 trilyon doları geçti. Bu miktar, sermayenin seyirci kalamayacağı kadar büyüktür. Sağlık alanı sermayeleştikçe bu alandan beslenen çok uluslu şirket sayısı da artmaktadır. Almanya'da birleşmelerle 4 büyük özel hastane zinciri or-

taya çıktı. Diyaliz alanında faaliyet gösteren Fresenius, toplam 158.000 yatağı ve 27.000 çalışanı olan 58 hastane sahibi bir şirket olan Helios'u satın aldı. Fresenius dünya genelinde 2000 diyaliz merkezi işletmektedir. İsveçli Capio Grubu, Deutsche Kliniken GmbH'i 2006'da satın aldı. Yakın zaman önce Capio'nun çoğunluk hisselerini İngiliz Apax şirketi satın aldı. Capio, İsveç ve İspanya'nın en büyük özel hastane işletmecisi durumundadır. Ayrıca pek çok başka Avrupa ülkesinde hastaneleri vardır. Fransa'da Capio Sante adıyla ikinci büyük özel hastane zincirinin sahibidir. Capio, İngiltere'de 21 özel hastanenin sahibidir. Güney Afrika şirketi Netcare, İngiltere'de BMI adı altında 49 özel hastane işletmektedir. Fransa'da General de Sante şirketinin 206 hastanesi vardır. İsveçli Medicover Polonya, Romanya ve Çek Cumhuriyeti'nde özel sigorta ve özel hastane işletmeleri sahibidir. ABD'ne ait Euromedic şirketi, Macaristan, Bosna-Hersek, Romanya, Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan ve Rusya'da faaliyet göstermektedir.

Türkiye'de de sağlık harcamalarında rekor artışlar oldu, kişi başına yılda 624 dolara, toplamda yılda 44.6 milyar dolara (2008 yılı) ulaşıldı. 2007 yılına kıyasla artış oranı yüzde 13.5'dir. Toplam sağlık harcamasının ulusal gelirdeki payı yüzde 6'ya yükseldi. Sağlık harcaması yıllık artışı, ulusal gelirin yıllık büyüme hızının üzerindedir.

Bu dönemde sağlık harcamalarındaki artış merkez zengin ülkelere benzedi. Oysa, Türkiye refah sistemi güvensiz, sosyal ve teknolojik açığı olan, ulusal inovasyon sistemini geliştirememiş ve biyoteknolojik açıdan tamamen dışa bağımlı bir ülke olmaya devam etmektedir.

Buna rağmen Türkiye'nin geçmişteki sağlık harcamalarının çok düşük olduğu gerçeğini vurgulayarak bu artışı olumlu bulsak bile harcamaların bileşimi, sağlığın piyasalaştırıldığını ve özel sektör sermaye birikimini göstermektedir.

Bu harcamalar çok büyük oranda tedavi edici sağlık hizmetlerine, büyük oranda hastane hizmetlerine (yüzde 40) ve ilaca, asıl olarak da özel sağlık sektörüne yönelik oldu. Koruyucu hekimliğe yönelik harcama ciddi biçimde düşüktür.

Sayıları hızla artan özel hastanelere 2008 yılında kamu kaynaklarından 6 milyar dolar aktarıldı. Türkiye pek çok uluslararası hastane zincirlerinin devlet teşvikiyle kurulduğu bir ülke haline geldi.

Bu dönemde vatandaşların hekime başvuru sayısında, yapılan tetkik ve tedavi giderlerinde (başta ilaç olmak üzere) çok ciddi artışlar oldu.

Vatandaş şimdilik bu gidişattan memnundur. Ancak, özel sektör aracığı ile kışkırtılmış talep, toplumun gerçek sağlık gereksinimi ile örtüşmemektedir. Özel sektör arz artışını karşılamak için tedavici edici sağlık hizmetlerinde kışkırtılmış bir talep yaratmak sağlık sistemini ölümcül biçimde obezleştirmiştir.

Tek Geri Ödeme Kurumu SGK ve Özel Sektöre Kaynak Aktarımı

Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK birleştirilerek tek bir geri ödeme kurumu olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yaratıldı ve sosyal güvencesi olanların özel hastanelere başvurmasına olanak verildi.

Bu adım toplumda memnuniyet yaratmıştır. Daha önce belirttiğim gibi kendi içinde ayrımcı olan sağlık sistemimizde eşitleyici bir hamle olarak algılanmıştır toplum tarafından. Oysa, aşağıda açıklayacağım üzere sistemde tek ve güçlü bir geri ödeme kurumu kurulması ile kamu sağlık sistemi aleyhine, özel sağlık sektörü lehine bir geri ödeme politikasına geçilmiştir.

SGK ödemelerinde özel sektörün payı her yıl artarak yüzde 30'lara ulaşmış durumdadır.

SGK özel hastanelere ödediği gibi ilaç şirketlerine de büyük paralar ödemektedir. 2008 yılında SGK özel hastanelere 6 milyar, ilaç şirketlerine de 9.4 milyar dolar, toplamda özel sektöre 14.5 milyar dolar ödedi. Bu rakamlar, 2002 yılından 2008'e sadece 6 yılda, 6 kat arttı (2008 yılı kamu sağlık harcamasının paylaşımı: Sağlık Bakanlığı yüzde 58, Özel Hastaneler ve Özel Tıp Merkezleri yüzde 26, Üniversite Hastaneleri yüzde 17, diğer optik, tıbbi malzeme ve görüntüleme yüzde 4).

Sayıları 500 civarında olan ve kamudan 2008 yılında 6 milyar dolar aktarılan özel sağlık kurumlarına 'buna ek olarak' vatandaşın katkı payı ya da fark adı altında cepten ödemeler de yapmasına imkân tanındı. Fark ücretlerinin alınmaya başlandığı 2008 yılından beri devletin özel hastanelere yaptığı sağlık harcamaları son 5 yılda yüzde 64 artış gösterdi (2002).

Özel sektör son 8 yılda birkaç yüz hastane ile kamunun 80 yıllık binlerce hastanesi ve yüz binlerce çalışanı ile yaptığı birikimin yarısına ulaştı. Kamu sağlık harcamasındaki artış ile özel sağlık sektörü yaratılmaktadır.

SGK bütçesi her yıl daha fazla oranda açık vermekte ve bu açık merkezi bütçeden karşılanmaktadır. 2002-2008 döneminde SGK harcama artışı 3.5 kat, bütçeden yapılan harcama artışı 1.8 kat, Yeşil Kart'taki harcama artışı 6 kat oldu.

SGK sayesinde kamu finansman kurumları dışarıdan hizmet satın alan bir sektör haline getirildi. SGK hizmet satın alan ve özel sağlık hizmeti üreticilerine ciddi oranda kaynak aktaran bir yapı oldu.

Yeni İttifaklar

Bu bağlamda siyaset adamı, yüksek bürokrat, akademisyen, uluslararası ve ulusal sermaye sahiplerinin işbirliği dönemine tanıklık ettik.

İlk SGK Başkanı Tuncay Teksöz SGK Başkanlığından ayrılınca, dünyanın büyük ilaç firmalarından Pfizer'e sağlık politikaları danışmanı oldu. İkinci SGK Başkanı Tahsin Güney istifa edip, Türkiye'nin özel hastane zinciri, büyük hisse oranı kısa süre önce yabancı bir şirkete satılan Acıbadem Hastaneleri'ne danışman oldu. Aynı dönemde Hacettepe Üniversitesi ile Pfizer stratejik ortak oldu.

İlaç Piyasasında Büyüme

Türkiye'de ilaç piyasası yılda yüzde 10-15 büyümektedir; 2020 yılında ilaç piyasasının en büyük 10 aktörü arasında olacağı öngörülmektedir. Yerli ilaç şirketleri tek tek yabancı şirketler tarafından satın alınmaktadır (Eczacıbaşı ilaç 650 milyon dolara satılmıştır). 43 üretim tesisinin 14'ü yabancı şirketlere aittir. Yakın gelecekte bu pazardaki hızlı büyüme ve sermayenin uluslararasılaşması artarak sürecektir. 2012 itibariyle yalnızca SGK'nın ilaç harcamalarının 16 milyar TL olduğu belirtilmiştir. Diğer ilaç harcamalarıyla bu miktar toplamda 26 milyar TL'yi bulmuştur. İlaçlar büyük oranda ithaldir. Türkiye ilaç için ithalata yılda en az 10 milyar TL ödemektedir ve bu cari açığa ciddi katkıda bulunmaktadır.

Yeşil Kart Sayısında Dramatik Artış ve Hizmet İçeriğinde Genişleme

1992'de yürürlüğe girmiş olan *Yeşil Kart* uygulaması, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde nüfusun neredeyse yarısını içerecek biçimde *10 milyona* ulaştı. Aynı zamanda Yeşil Kart'ın hizmet içeriği genişletilerek, yatarak tedavi hizmetlerinin ve ilaç masraflarının kamu kaynaklarından karşılanmasına başlandı. Bu uygulamalar, toplumun yoksul kesimi için küçümsenemeyecek imkânlar sağladı. *Yoksullar için Yeşil Kart ölüm kalım meselesi-*

dir. Yoksullar, Yeşil Kart'ın sadece bir sosyal yardım olduğu, hak statüsünde olmadığı, verildiği gibi geri alınabileceği ya da her an kapsamının daraltılabilineceği gibi itirazlara sahip çıkacak gücü bulamamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir özelliği gibi sunulan Yeşil Kart sayısının ve içeriğinin artırılması, bu programın geniş toplum kesimlerinde bir umut olarak algılanmasına yol açmıştır.

Bir Sistem Olarak Cepten Ödeme

Daha önce sosyal güvence kapsamında olanlar için söz konusu olmayan halkın katkı payı (cepten ödeme) ile sisteme katılmasına yönelik yasal düzenlemeler yapıldı. Şu anda dikkat çekici oranlara çıkarılmayarak kontrolde tutulan muayene ve ilaç katkı paylarının zaman içinde artış göstermesi ve yataklı tedavi hizmetleri için de katkı payı talep edilmesi kaçınılmazdır.

Birinci basamakta aile hekimleri muayenesinden ve acil servis müracaatlarından katkı payı alınmaya şimdiden başlanmıştır. Özel hastaneler ise sosyal güvencesi olanlardan yüzde 30-70 oranlarında ek ödemeler almaktadır.

Toplam sağlık harcamalarında vatandaşın cebinden çıkan miktarın oranı 2002'de yüzde 19,8 idi. 2007'de bu oran yüzde 21,8 ve 2008'de yüzde 17,4 oldu. *Dikkat edilirse Sağlıkta Dönüşüm Programı ile vatandaşın cepten ödeme oranı azalmamaktadır. Bu para ağırlıkla özel hastanelere yapılan ek ödemelere gitmektedir.* Bu oran Beveridge tipi sosyal güvenlik sistemi olan (sosyalizasyon) ülkelerde, çok düşüktür, örneğin İngiltere'de yüzde 3'tür.

Vatandaşların sağlık hizmeti için cepten ödediği para 2008 yılında 10 milyar TL, 2012 yılında 11 milyar 750 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cepten ödeme sistemi âdeta yeni bir vergi sistemi halini almıştır.

Akademik Merkezler

Eğitim ve araştırma faaliyetleri nedeniyle akademik merkezlerde sağlık hizmeti maliyeti yüzde 30 daha yüksektir. Bu nedenle dünyanın hemen her ülkesinde eğitim ve araştırmanın vazgeçilmezliği nedeni ile bu fark devlet tarafından sübvanse edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bırakın sübvansiyonu üniversitelerin araştırma bütçeleri bile kendi yaratacakları döner sermaye gelirlerine bağımlı hale getirildi. Personel geliri döner sermayeye dayandırıldı. Kısa zamanda döner sermaye ek ödemeleri, personele ek gelir sağlamayacak duruma geldi. Hizmet maliyeti ve giderleri giderek arttı. Üniversite hastanelerinin geri ödemelerindeki SGK kesinti oranları, özel hastanelerin kesinti oranlarına kıyasla yaklaşık 10 katı yüksektir. *Çok açık biçimde üniversite hastaneleri özel hastanelerle rekabet edemeyecek duruma sokuldu.* En mükemmel yönetilen hastaneler bile karşılanmayan yüksek maliyetler karşısında iflas etti. Üniversite hastaneleri ekonomik ve insan gücü olarak çökmüş durumdadır. Tam gün yasasından sonra pek çok bilim insanı üniversite hastanelerinden ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nden ayrıldı. Bu kurumlarda öğrenci, asistan eğitimi ve karmaşık hasta hizmetleri yapılamayacak hale geldi.

Kamu kaynakları ile yetişmiş ve kamuya maliyeti çok yüksek olan bu değerli insan gücünün özel sektöre ittirilmesi ile ciddi bir kaynak transferi gerçekleşti. Özel hastaneler akademik merkezlerde yetişmiş insan gücünü, eğitim maliyetlerine hiçbir katkıda bulunmadan transfer ederek ciddi avantaj elde etti.

Tıp eğitimi

Finansal kriz özellikle eğitimi olumsuz etkiledi. Tıp fakültesi hastaneleri giderek daha çok hasta kabul etmekte, ancak daha az geri ödeme yüzünden gelir kaybetmeye devam etmektedir. Kısacası iş yükü artarken gelir azalmaktadır. Tıp fakülteleri bu

duruma başlangıçta hasta bakımını hızlandırarak, sürümden kazanmak şeklinde bir yanıt verdi. Bu refleks, iş piyasası mantığına uygun görünse de bedeli ağır oldu. *Günümüzde tıp fakültelerinin varlık nedenleri ve misyonları tehlikededir.* Bazıları ekonomik olarak ayakta kalmayı başarabilse de temel ilkeler yitirilmektedir. Başlangıçta piyasalaşmaya proaktif yaklaşan akademisyenler, bugün gelinen noktada akademik kalitedeki erimeden son derece rahatsızdır.

Günümüzde öğretim üyelerinin pek azı eğitici ve mentor olarak kullanılabilir durumdadır. Öğretim üyeleri klinik iş yüküne boğulmuş; daha çok ödeme yapan hastalara hizmet etme yarışı içindedirler. Öğretim üyesinin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmektedir. Öğrenci aktif katılımcı değil, pasif gözlemci durumundadır. Temel bilgi ve becerileri bu hızlı ortamda kazanmaları çok güçleşmiştir. Hastaneye yatmadan önce tanısı konmuş ve tedavi planı yapılmış bir hasta üzerinde öğrencinin problem çözme becerileri geliştirmesi olanaksızdır. Hastaların tanı ve tedavi süreçleri bir bütünlük içinde izlenememektedir. Çalışma ve eğitim ortamı çok ticarileşmiş durumdadır. Hastaların müşteri olarak kabul edildiği, en iyi vizitin en kısa vizit olduğu, sürekli para kaynaklarının kısıtlılığı ve para kazanma yollarının konuşulduğu bir ortamda, öğrencilerde ve asistanlarda doğru tutum ve davranış geliştirilebilme olanağı kalmamıştır.

Bu kurumlarda rekabet ve kâr gibi kavramların öncelikli hale gelmesiyle eğitim ve araştırma etkinliklerinin çok olumsuz etkilendiği, bununla birlikte üretilen sağlık hizmetinin de niteliğinin değiştiği görülmektedir. Rekabet ve kâr gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda, daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarına ağırlık verilir. Zor hasta bakımı, özellikli hasta hizmeti/karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler birer birer yok olacaktır. Bunun yerine bu merkezler döner sermaye gelirlerini artırmak amacı ile ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin

sağlık hizmetlerine yönelmektedirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi, butik hastanelere dönüşmesi demektir. Akademik merkezlerin temel görevlerinden biri olan alanında bilimsel olarak öncü/lider insan yetiştirmek görevi de böyle bir ortamda mümkün olmayacaktır.

Vatandaş memnun!

Sağlık alanında geçerliliği/yeri tartışmalı da olsa memnuniyet anketleri (örneğin TUİK, 2011) halkın sağlık politikalarından memnun olduğunu ortaya koymaktadır.

Sayıları 10 milyonu bulan Yeşil Kart'lılar ayaktan tedavilerinin ve ilaçlarının ödenmesinden; SSK'lılar üniversite hastanesine gidebilmekten, eczanelerden ilaç alabilmekten, vb. gibi memnundur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yeşil Kartlı sayısını artırarak, Yeşil Kart hizmet kapsamını genişleterek, yoksullar açısından imkânlar yaratmış, eski sağlık sisteminde yerleri olmayan insanlara yer açmış ve yoksul halk kesimlerinde memnuniyet yaratmıştır.

Güvence kapsamındakilere ise imkânlardan daha eşit yararlanma olanağı verilmiştir. Bu da başta SSK'lılar olmak üzere memnuniyet yaratmıştır.

Bu nedenle toplum, Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında yapılan eleştirileri, eski eşitsiz ve ayrımcı sistemin savunusu olarak algılamakta ve rahatsız olmaktadır.

Süreçten çıkarılacak en büyük derslerden biri yoksulların ve dışlanmışların bu dönemdeki kazanımlarını küçümseyerek ya da yok sayarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın deşifre edilemeyeceğidir. Vatandaşlara bu neoliberal dönüşümün orta ve uzun vadede özellikle yoksullar için çok olumsuz olacağı onların bugünkü kazanımlarına sahip çıkarak anlatılmalıdır.

GSS'nin etkileri görülmeye başlandı

Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasası 1 Ocak 2012'de yürürlüğe girdi. Özellikle sosyal güvencesi olmayan ve Yeşil Kart kullanan vatandaşlar, ne yapması gerektiğini bilmediği için SGK önünde uzun kuyruklar oluşturmaya başladı. Belirli bir sürenin sonuna kadar başvuruda bulunmayanlar, en yüksek prim olan 212 liradan cezalandırılacaklar. Başvuru yapanlar ise gelirine göre 35 TL'den 212 TL'ye varan prim vermek zorunda kalacaklar. Yeşil Kartla ilgili gerekli sorgulamaların ardından eğer bir kişi Yeşil Kartı hak ediyorsa, yani geliri asgari ücretin 3'te 1'inden azsa primini devlet ödemek kaydıyla sağlık hakkından yararlanmayı sürdürecek. Bu sayede Yeşil Kartlı sayısının ciddi biçimde azalacağı planlanıyor. Sonuçta yoksulların sağlık hizmetlerine erişimi, bu sefer de GSS ile ihtiyaç tespitine bağlanmış oldu. Vatandaşlık statüsünde eşitlik bir kez daha gerçekleşmedi.

Önümüzdeki günlerde, yoksul vatandaşlar Yeşil Kart'la sahip olduklarını yitirmeye, orta gelirli vatandaşlar ise her şey için katkı payı ödemeye ve özel sigortacılık sisteminden teminat paketinin dışında kalan sağlık hizmetleri için sağlık sigortası satın almaya mecbur kalacaktır. 2012 yılı itibari ile prim tahsilatı yüzde 3,5'te kaldı. Sistem açıkça iflas etti. SGK 8 milyar TL'lik prim alacağının sadece 300 milyon TL'sini tahsil edebildi. Oysa sosyal güvencesi olmayan 12,5 milyon insanın gelirine göre prim ödeyerek sağlık hizmeti olması amaçlanıyordu. Uzmanlar, gelir testi yöntemiyle vatandaşa çıkarılan sağlık primi borcunun tahsil edilmesinin imkânsız olduğunu belirtiyor. Öte yandan ciddi bir nüfus gelir testine girmedi. Borçlarını ödemediği için 4,5 milyon insan sağlık hizmeti alamamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın makroekonomiye etkisi ve sürdürülebilirlik

2011 yılında Türkiye ekonomisi için en büyük sorun olarak tanımlanan *cari açığın* önemli bir kısmının sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklandığı dikkat çekicidir.

Ekonomistler, bu ciddi boyutlardaki sağlık harcamalarına 2002-2010 yılları arasındaki likidite bolluğu ve konjonktürel olarak yakalanmış yüzde 8.5'lik büyüme hızlarının imkân verdiğini ancak küresel bir krize girilen önümüzdeki dönemde *sürdürülebilir olmadığını* düşünmekteler.

İlaç harcamalarında sorun yaşanmaya şimdiden başlandı. İki yılda global bütçe (2009'da 3 yıllık yapılmıştı) 1.2 milyar lira aşılmış durumda. Çaresizce 125 ilaca iskonto getirildi. Ancak, fiyat indirimleri ilaç firmaları tarafından kabul edilmedi. İlaçlarını piyasadan çektiler. Vatandaş kritik ilaçlara ulaşmakta ciddi sıkıntı yaşadı. Hükümet kararından vazgeçmek zorunda kaldı.

SGK, yakın bir zaman önce özel hastane sözleşmesini değiştirerek kısıntı getirmeye karar verdi. Özel hastaneler ayağa kalktı. Bir saatte bakılacak hasta sayısı 6 ile sınırlandırıldı. Branş doktorlarının yüzde 80'inin SGK'lı hastaya bakması zorunluluğu getirildi. 100 TL üzeri işlemlerde hastaya belge verilmesi şartı konuldu. Hastaneler, "bu şartlarda sözleşme imzalamayız" deyince Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı devreye girdi. Bakan Çelik, bütün özel hastane yöneticilerini Sosyal Güvenlik Kurumu'nda topladı. Önce, kamunun tedavi giderlerinin 2002 yılında 10 milyar lira iken, 2011 yılında 45 milyar liraya ulaştığını söyledi. Ardından kamunun özel hastanelere ödediği faturanın, 564 milyondan 6.4 milyar TL'ye çıkarak, 11 kat artış gösterdiğine dikkat çekti. Bunun sürdürülebilirliği için özel hastane sahiplerinden anlayış rica etti.

Öte yandan kamu sağlık hizmetlerine her geçen gün yeni katkı payları eklenmektedir. Kamu hastanelerinde 8 TL muayene ücreti alınmaya başlandı. Bunun üzerine ilaç, reçete payları adı

altında da para alınmaktadır. Şimdilik reçete başına 3 TL alınması gibi uygulamalar giderek artacak gibi görünmektedir.

SGK'nın 2013'te öngörülen 24,8 milyar TL'lik açık tutarının 21,4 milyar TL'lik bölümü ilk 3 ayda gerçekleşti. Açıktaki en büyük pay sağlık harcamalarından kaynaklandı. SGK'nın emekli aylığı ödemelerinin 105 milyar TL iken sağlık harcamalarına 44,1 milyar TL ödemiş olması, durumun vehametini ortaya koymaktadır.

Tüm dünyadaki örneklerde, sağlık piyasalaştıkça maliyet artmaktadır. Etkin, erişilebilir ve mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi ancak, güçlü kamusal sağlık hizmeti anlayışı ile mümkündür. Bunu yeniden keşfetmenin Türkiye ekonomisine bedeli ağır olacaktır.

Hekimlerin işçileşmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı hekimlerin sınıf ve statüsünü de değiştirmektedir. Çok az sayıdaki hekim dışında ezici çoğunluk işçileşmektedir. İşçileşme, hekimlerin gelirlerinin azalması ile değil, emek sürecindeki denetimlerini, mesleki özerkliklerini kaybetmeleri ve işgücü piyasalarında güvenceli pozisyonlarını yitirmeleri şeklinde gelişmektedir.

Hekimler, her toplumda ve her zaman toplumun geneline göre gelirleri itibarıyla ayrıcalıklı bir kesimidir. Hekim işçileşmesi tipik bir yoksullaşma süreci değildir; mesleki özerk konumlarını yitirmeleri ve piyasanın denetimine tabi olmaları sürecidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın aşağıdaki uygulamaları;

- Zorunlu hizmet yasası,
- Hastanelerin işletmeleşmesi,
- Performans sistemi,
- Finansman denetimi,

- Teknolojik ve bürokratik denetim (kartlı giriş çıkış, kamera sistemleri, hastane otomasyonu, medulla sistemi vb. gibi),
- Hasta memnuniyeti kavramının ağırlık kazanması,
- Malpraktis yasası,
- Özel sağlık kurumlarının sayısının artması,
- Kamu istihdamında güvencesiz çalışma, sözleşmeli hale geçilmesi

ile hekimler, kendi üretim süreçlerini kontrol edemeyecek duruma getirilmektedir.

Piyasacı sağlık hizmetinde hekim, kamu ya da özel sektörde, fabrikadaki üretim bandında çalışan işçilere dönüşmektedir. Bir farkla bu kez üretim bandının üzerinden nesne olarak hastalar akmaktadır...

Bu süreçte hekimler, gelir durumu açısından aralarında büyük farklar olan gruplara bölünmektedirler; pratisyen hekimler, aile hekimleri, kamuda çalışan uzman hekimler, özel sektörde çalışan uzman hekimler, tam zamanlı çalışan hekimler, yarı zamanlı çalışan hekimler, muayenehane/hastane/tıp merkezi sahibi ya da ortağı hekimler vb.

Kamu hastanelerinde çalışan hekimler için durum, kamu hastanelerinin kâr maksimizasyonu ve gider minimizasyonu ile özel sektörle rekabet edecek biçimde yapılandırıldığı, hekimlerin gelirini parça başı iş üreterek performans üzerinden elde ettiği için *yarı özel sektör* durumudur.

Tam Gün Yasası ve Hekim emeğinin ucuzlatılması

Bu durumda devlet, kamuda ya da özel sektörde hekimin emeği üzerinde pazarlık yapıcı gücünü baskılamak için devreye girmektedir.

Tam gün çalışma yasası, mecburi hizmet yasası, tıp fakültelerinin sayısının ve kontenjanlarının artırması, hekim sayısının

artması ve yabancı hekim çalıştırmak istenmesi, sağlığın sosyalleştirilmesi için değil, hekimlerin piyasanın denetimine tabi olmaları, *ucuz iş gücü* olmaları içindir.

2006'da 50 civarında olan tıp fakültesi sayısı 2012 itibari ile 83'e yükselmiştir. Ulusal ve uluslararası tıp eğitimi standartları hiçe sayılarak, her gün yeni bir tıp fakültesi kurulmaktadır. Yılda mezun olan hekim sayısı 5000'den 9000'e çıkarılmıştır. Hekim sayısını, yeterlilik kalitesini garanti altına almadan büyük bir hızla artırmak, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ucuz iş gücü oluşturma politikası ile ilgilidir. Yabancı hekim transferi de benzer bir amaçla yapılmak istenmektedir. Hekimlerin emekleri üzerindeki pazarlık gücünü kırmak için göçmen hekim gücü kartı oynanmaktadır. *"Sizin beğenmediğiniz ücret için can atan yabancı hekimler var"* söylemi ile karşı karşıyayız.

Tüm dünyada hekim göçü yoksul ülkelerden varsıl ülkelere doğrudur. Türkiye'ye de çalışmak için gelebilecek hekimler sosyoekonomik olarak stabil olmayan Türki Cumhuriyetlerden, Orta Doğu ve Balkan ülkelerinden, açlıkla savaşan Afrika ülkelerinden olacaktır. Dünyada da aşağı yukarı hekim göçünün yönü yoksul güneyden zengin kuzeye doğrudur. Dünya Sağlık Örgütü, uzun yıllardır zengin ülkelerin yoksul ülkelerin zaten kısıtlı olan sağlık insan gücünü çalmasını şiddetle eleştirmektedir. Bu en vahşi hırsızlık türlerinden biridir; yoksul ülkeler kısıtlı kamusal kaynaklarından finanse ettikleri tıp eğitimi ile yetiştirdikleri ve büyük ihtiyaç duydukları hekimlerini yitirdiklerinde o ülkelerin ulusal gelirlerinin bir kısmına el konulmakta ve toplumsal sağlık sorunlarının ağırlaşmasına yol açılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve Özel Hastane Sahipleri Derneği, 14.09.2011 tarihli toplantının mutabakat metninde, *hekim ücretlerini azaltma konusunda uzlaştıklarını* kamuoyuna açıkladılar: "...Özel Sağlık Sektörü ile kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin ortalama gelirleri arasında çok yüksek farklar olması, hekimlerin kamu ile özel sektör arasında geçiş yapmalarına ve personel da-

ğılım cetveli dengesizliğine yol açabilir. Bu sebeple özel ve kamu hastaneleri ve üniversiteler hastanelerinde çalışan hekim gelirlerinde anormal farklar olmamalıdır. Sağlık Bakanlığı, 15.02.2008 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği sonrasında kısıtlanan hekim ve branş ilaveleri sebebi ile Özel Hastanelerin yaşadıkları sıkıntıları giderme adına 1000 ek hekim kadrosunu 2011 Eylül ayı sonuna kadar özel hastanelere verecektir..."

Muayenehaneciliğin olumsuzlukları ve Tam Gün Yasası

Daha önce hekimler, kamusal istihdama dayalı kamusal sağlık hizmeti üretiminde çalışmakta ve emek sürecinin büyük bir kısmını denetlemekte idiler. Görece özerk ve yüksek statü sahibi idiler. Bazı hekimlerin bu durumu olumsuz kullandığını, kamu imkânları ile kişisel çıkar oluşturduklarını teslim etmek zorundayız. Özellikle hem kamuda hem özelde (muayenehane ve/veya özel hastanelerde) birlikte çalışma imkânı bulan hekimler, geniş bir kontrol alanı elde ettiler. Bir kısım uzman hekimin, kamu hastane olanaklarını kendileri için kullanmaları, hastane yataklarını fiilî olarak kendi kontrollerinde tutmaları, hastaların muayenehaneden geçmeden sağlık hizmeti alamamaları gibi pek çok olumsuzluklara yol açmaları toplumda ciddi bir rahatsızlık yarattı. Toplumun "bıçak parası" olarak isimlendirdiği yasal ve etik olmayan sorunlar yaşanmıştır. Asla kabul edilemeyecek bu durum hükümet tarafından tam gün yasası için bir gerekçe olarak kullanılmaktadır. Topluma bu olumsuzluklar, büyük bir çarpıtmayla, genel hekim tutumuymuş gibi sunulmakta ve tam gün yasasına yönelik hekimlerden gelen iyileştirme talepleri bertaraf edilmektedir. Oysa, bir sağlık sisteminin bu sorunlara açık olup olmaması, tamamen hükümetlerin tercihleri ile ilgilidir.

Aslında iyi niyetli bir tam gün yasası ile dual çalışmanın olumsuzlukları giderilebilir ve hekimlerle uzlaşılabilirdi. Hekimlerin talebi makul düzeyde; güvenceli gelir ve bunun emekliliğe yansıması gibi nesnel özlük haklarıdır. Bir uzman hekim, çok haklı

olarak, emekli olduğunda 1600 TL ile nasıl geçineceğinin hesabını yapmaktadır.

Emekliliğe yansımayan, performansa dayandırılmış hekim ücretlendirilmesi ile tam gün yasasını zorla gerçekleştirmeye çalışmak iyi niyetli değildir. Tam gün yasası ile hekimler, kamudan özel sektöre ittirilmekte, kamuda kalanlar ise ek gelir temini için aşırı çalışmaya zorlanmaktadır.

Ağustos 2011'de tam gün zorlaması ile akademik merkezlerden 1700'e yakın profesör ya da doçent tıp fakülteleri ve eğitim hastanelerinden ayrılmak zorunda kaldı. Özel hastaneler akademik merkezlerde yetişmiş insan gücünü transfer ederek ciddi avantaj elde etti. Üniversite hastaneleri ise bu kayıpla eğitim, araştırma ve hizmet açısından büyük bir darbe aldı. Üstelik hastane döner sermayeleri, bu insan gücünün incelmiş emeği ile elde edilen gelirden mahrum kaldı.

Tam gün yasasından sonra bazı hekimler muayenehanelerini kapatarak kapatılarak yalnızca kamu hastanelerinde çalışmayı tercih ettiler. Yapılan son düzeltme ile tam gün yasası üniversitede çalışan akademik pozisyondaki hekimlere muayenehane açmayı yasaklarken, özel hastanelerde çalışmayı teşvik etmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı muayenehanelere neden karşı?

Türkiye'de yaklaşık **120.000 hekimden** muayenehanesi olan hekim sayısı yaklaşık **2000** (yüzde **1.6**), muayenehanesi olan akademisyen sayısı yaklaşık **500** (yüzde **04**)'dür.

Hükümet kamu sağlık hizmetini güçlendirmek ve "bıçak parası" şeklinde sisteme yerleşmiş yolsuzluğu gidermek niyetinde olsaydı hekimler ve diğer sağlık çalışanları tam gün yasasını büyük ölçüde destekleyebilirlerdi. Aslında olan biten *hekim emeğinin konsolidasyonundan* ibarettir. Geleneksel 'solo' muayenehane hekimliği ve hizmet bedelinin ödenmesi sistemi ("fee for service") yerini, hekimlerin özel hastane çalışanı olmasına bırakmak-

tadır. Özel hastaneler, hekimleri maaş ya da maaş ve prim (performans) sistemi ile işe almaktadır.

Hekim emeği konsolide olduktan sonra sıra özel hastanelere gelecek ve hekimlere kıyasla hastanelerin konsolidasyonu çok daha büyük olacaktır. Özel hastaneler birkaç ulusal/uluslararası hastane zincirine satılacaktır. Kamu-Özel Ortaklığı projesi ile de piyasayı genişletmek ve sağlık kuruluşların altyapısını iyileştirmek gerekçeleri ile tüm sağlık kuruluşları daha çok kâr amacına yönelecektir.

Türkiye'de hekim geliri

Aslında ülkemizde hekimlerin büyük çoğunluğu uzun yıllar kamusal nitelikte sağlık hizmeti üretmiş emekçilerdir.

2005 yılını temel alırsak, pratisyen hekimlerin geliri ülkenin ortalama ücretinin 2 katı, uzman geliri 4 katıdır. OECD ülkeleri ile kıyaslandığında pratisyen hekim geliri, son sırada, uzman hekim geliri ise orta sıradadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hekim emek sürecinde yapmak istediği, hekim emeğini piyasa denetimine tabi hale getirmektir, ancak bunu yaparken meşruiyetini eskinin olumsuzlukları üzerinde temellendirmektedir. Halka eski olumsuz tablonun hem nedeni hem de sonucu olarak hekimler gösterilmektedir. Bu doğru değildir.

Gerçek, hekimlerin iş güvencelerini yitirmeleri, daha fazla baskı ve denetim altında aşırı çalışmaya zorlanmalarıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, hekimleri gelirleri ile farklı gruplara ayırmakta ve ortak geleceklerini kavramalarını güçleştirmektedir. Hızlıca *aile hekimleri* haline getirilen pratisyen hekimler şimdilik görece bir gelir artışına ve *girişimci hekim statüsüne* kavuştular. Sağlıkta Dönüşüm Programı'na itirazları bu yolla önlendi. Oysa devlet hastanelerinde çalışan uzman hekim grubunun biraz gecikerek de olsa gerçekle yüzleşmesi hatırlan-

malıdır. Birkaç yıl önce devlet hastanelerinde performans sistemi ile geçici olarak gelirlerini artıran uzman hekimler, ciddi bir yanılsama içine düşmüşlerdi. Performans ücretinden memnun olan hekimler, kısa sürede bu ücretin ciddi biçimde düştüğünü gördüler. Döner sermaye ek gelir kaleminin geleceği belirsiz olduğunu, yıllık izin ve rapor dönemlerinde verilmediğini, zaman içinde azaldığını ve emekliliğe yansımadığını gördüler.

Hekimler paragöz mü?

Hekimlerin işçileşme sürecine karşı çıkmaları, halkın gözünde *homo-ekonomikus* olarak algılanmalarına yol açmaktadır. Toplumun algısı, her hekimin sadece kendi çıkarını artırmaya çalıştığı şeklinde yönlendirilmektedir.

Oysa hekimlik mesleği seçimi, yalnızca bir kariyer tercihi değildir. Bu mesleği seçerken ve uygularken hümanizm ve insana hizmet etme güdüleri başat rol oynar. Tıp mesleğinin bu özelliği, hastalar ve toplum için binlerce yıldır büyük olumluluklara yol açmıştır. Hekimlerin meslekleri ile edindikleri insana hizmet etme ve hümanizm gibi değerler, bir birey olarak kişisel çıkarları doğrultusunda hareket etmelerine karşı güçlü bir denge oluşturmaktadır. Hekimlerin toplumsal olarak şekillendirilmiş bir bilinçle karar verdikleri kabul edilmektedir. Hekimlerin toplumsal eğitimleri birine, birinin ailesine ya da toplumun kolektif yapısına zarar verecek bir tercih yaptıklarında derin bir suçluluk duymalarına neden olmaktadır. Hekimlik, ontolojik olarak toplum çıkarına uygun davranmayı gerektirir.

Hekim-hasta ilişkisi, müşteri satıcı ilişkisi değildir. Hekim hasta ilişkisi, hastanın iyiliğini temel alan bir tıp etos'u çerçevesinde oluşan mesleki davranış kurallarına ve karşılıklı güvene dayanan bir ilişkidir.

Sağlığın piyasalaşması açıkça hekimliğin varoluşsal temelini değiştirmektedir. Âdeta hekimlik mesleğinin genetiğine müda-

hale etmektedir. Hekim hasta ilişkisini bir daha düzeltilemeyecek biçimde bozmaktadır.

Türkiye'de sağlıkta dönüşüm için balayı dönemi bitiyor mu?

Türkiye sağlık harcamalarına GSMH'nin yaklaşık yüzde 6'sını harcıyor ancak bu artış eğilimi ile yüzde 9'a çıkması beklenmektedir. Bu konuda hükümet içinde görüş ayrılıkları olduğu yakın zaman önce kamuoyuna yansıdı. Bırakın yüzde 9'a çıkmayı önümüzdeki yıllarda yüzde 6'yı sürdürmekte bile güçlük çekileceği anlaşılıyor. Sağlık sistemi üç büyük sorun ile karşı karşıya: Birincisi, Yaşlı nüfus artışı ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarındaki yükselme riski; İkincisi, 2012'den itibaren ekonomik büyümenin ciddi biçimde gerilemesi; Üçüncüsü, Türkiye'nin ilaç ve biyoteknolojik endüstri anlamında büyük ölçüde dışa bağımlı olması.

Sağlıkta dönüşüm programı yüzünden piyasalaşmış durumda olan sistem, sağlık harcamalarında artışa yol açmaya devam edecektir. Ekonomik küçülme yüzünden SGK prim toplamakta çok daha büyük zorluk yaşayacaktır. Aynı nedenle vatandaştan katkı payı aracılığı ile cepten daha fazla ödeme yapmasını beklemekde gerçekçi olmaz. Hükümetin daha çok kişiden prim toplamaya çalışması ya da primleri artırması ya da katkı paylarını artırması ya da hizmet paketini sınırlaması vatandaşlarda ciddi bir memnuniyetsizliğe yol açacaktır. 2014 yılının seçim yılı olduğu düşünülürse, hükümetin bu adımları atması kolay değildir. Geriye uluslararası ilaç firmalarını ikna ederek (!) ilaç fiyatlarını daha fazla baskılamak ve sağlık hizmeti veren uluslarasılaşmış özel sektöre mali kısıtlama uygulamak seçenekleri kalıyor. Türkiye'nin Avrupa'daki en düşük ilaç fiyatlarına sahip ülke olduğu düşünülürse bu alanda sınırlara yaklaşılmış olduğu da görülecektir. Özel sektöre mali kısıtlar getirmenin de Tayvan,

Güney Kore ve İspanya'nın yakın zamanlardaki deneyimleri incelenirse, pek kolay bir iş olmadığı anlaşılacaktır. Kısaca deniz bitti! Balayı sona eriyor.

Neoliberal dönüşümün özeti

1 Toplam sağlık harcamaları artmıştır. GSYH'den sağlığa ayrılan pay yükselmeye devam etmektedir.
2 Primler ile yürütülen SGK sürekli açık vermektedir ve SGK açığı bütçeden karşılanmaktadır.
3 Özel sağlık sigortacılığı büyümektedir.
4 Özel sigorta primleri orta sınıf ve yoksullar için ciddi biçimde yüksektir.
5 Özel sigorta primleri ve katkı payları giderek artmaktadır. Bu durum yoksullar için büyük gelir kaybı demek, bu da eşitsizliklerin artması demektir.
6 Özel sigorta şirketleri risk gruplarına farklı prim ödemeleri uygulamaktadır. Bu durum tamamen yoksulların aleyhine işlemektedir.
7 Vatandaşlar sağlık için cepten ödeme yapmak zorunda kalmaktadır ve cepten ödeme oranları artmaktadır.
8 Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı arasındaki ilişki bozulmuş, kontrolü güçleşmiştir..
9 Sağlık hizmeti sunumu özerkleşmiş ve kısmen özelleşmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda özelleşme ve uluslararasılaşma artmaktadır. Sağlık alanı sermayeleştikçe, Türkiye'ye giren çok uluslu şirket sayısı artmaktadır.
10 Özel sektör sağlık alanında uluslararası birleşmeler ile kamuya karşı büyük bir güce dönüşmek üzeredir; sağlık hizmeti değil, kâr maksimizasyonu yeni itici güç olmak üzeredir.
11 Kamuda bir tür iç piyasa oluşturulmuş, sağlık alanında kamu yarı özel sektör durumuna geçmiştir.

12 Kamu hastanelerinin özele satılma sürecine hazırlık yapılmaktadır.
13 Yeni özel hastanelerin sayısı ve uluslarrası ortaklı hastane zincirlerinin sayısı hızla artmaktadır.
14 Özel hastaneler masrafları azaltmak için standart gelir getirici işlemlere yönelmektedir. Karmaşık, zor hastaların tedaviye ulaşması güçleşmektedir.
15 Özel hastaneler kârı artırmak için iş yükünü yoğunlaştırmakta, çalışanlara düşük ücret ödemekte, mümkün olduğunca çok sayıda hizmeti taşeronlaştırmaktadır.
16 İstihdamda taşeronlaştırma yaygınlaşmıştır.
17 Performansa dayalı ödeme modeli ile meslek etiği riske edilmiş, hasta-hekim ilişkisi bozulmuştur. Toplumun hekimlere güveni azalmıştır. Hekime yönelik şiddet oldukça artmış ve âdeta günlük yaşamın bir parçası haline gelmiştir.
18 Kamu-özel ortaklığı ile özel sektöre yeni kaynak aktarımı yolu (para ve insan gücü) yaratılmıştır. Kamu-özel sektör ortaklığı ile yapılan dev hastaneler ve entegre tesisler sağlık alanında kartelleşmeye yol açacaktır.

Ne olacak?

Yukarıda özetlendi: Bu süreçte özel sermaye ciddi kazanç sağladı ve bu para vatandaşın cebinden çıktı. Kamusal sağlık hizmeti avuçlarımızdan kayıp gitmektedir.

Bu dönem kapandığında, Türkiye sağlık sistemi, her zamankinden daha endüstriyel, daha piyasacı, maliyeti çok daha yüksek, büyük ölçüde özelleşmiş ve uluslararasılaşmış, eşitlikçi olmayan, sınıf, statü ve bölge farkları artmış, toplumsal dayanışma duygusu zayıflamış bir sağlık sistemi haline gelecektir. O gün, Türkiye'nin genel bütçeden finanse edilecek, herkesi vatandaşlık temelinde kapsayacak, kamu eliyle üretilecek ve herkese ücretsiz

olarak sunulacak bir sağlık sistemine olan ihtiyacı daha da artmış olacaktır.

Ne yapmalı?

Hekimler ve sağlık çalışanları, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı yalnızca kendi hakları perspektifi ile mücadele etmeye çalışırlarsa, kaybetmeye mahkûmdurlar.

Bu nedenle hekimler, sağlığın piyasalaşmasına karşı çıkmadan, yalnızca tam gün çalışma yasasına, mecburi hizmet yasasına, tıp fakültelerinin sayısının ve kontenjanlarının artırılmasına, hekim sayısının artırılmasına, yabancı hekim çalıştırmak istenmesine karşı çıkarlarsa, bu isyan yetersiz ve dayanaksız kalır. Toplum tarafından da destek görmez. Şu günlerde yaşanan tam da budur. Trajikomik biçimde, Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlığı piyasalaştırırken, hekimlere karşı halkın desteğini arkasına almaktadır!

O halde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uzun vadede topluma neye mal olacağına yeniden bakılmalıdır. *Toplumun ve hekimlerin ve sağlık çalışanlarının iyiliği aynı taraftadır.*

Çevirisini yaptığım *Ulusların Sağlığı* kitabının yazarın Gavin Mooney'in kitap boyunca en çok kurduğu cümle, Türkiye için de geçerlidir: *"Asıl yok edilmesi gereken, neoliberalizmdir"*. Toplum örgütlü biçimde neoliberal dönüşümlere karşı mücadele vermeden bu saldırı püskürtülemez.

KAYNAKÇA

Ağartan T. İ. Turkish Health System in Transition Historical Background and Reform Experience (basılmamış doktora tezi). State University of New-York (New York 2008).

Belek İ. *Sağlıkta Dönüşüm*, İstanbul, Yazılama Yayınevi, 2011.

Buğra A, Keyder Ç. New poverty and the changing welfare regimes of Turkey. Prepared for the United Nations Developments Programme. Ankara, UNDP, 2003.

Cavit Işık Yavuz, İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde değişim: Hastanelere bakış. İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı *Almanak 2009* Analizleri, 2009.

Dawes R, van de Kragt J, Orbell J. Cooperation for the benefit of us – not me, or my conscience, Mansbridge J (ed): Beyond Self-Interest. Chicago, University of Chicago Press, 1990, pp 99-110.

Hamzaoğlu O., Sağlık hizmetleri metadır finansman kaynaklarının kökeni farklılık sömürü oranlarındaki farklılıktan kaynaklanır. İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı *Almanak 2009* Analizleri, 2009.

Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T ve Yoltar Ç. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar.* İstanbul, İletişim Yayınları, 2007.

Leys C, Player S. *The Plot Against The NHS. Pontypool*, The Merlin Press, 2011.

Navarro V. *Crisis, Health, And Medicine.* New York, Tavistock Publications, 1986.

Navarro V, Muntaner C. *Political and Economic Determinations of Population Health and Well-Being.* New York, Baywood Publishing Company. 2004.

Özkan Ö, Çatıker A., "Sağlık sektöründe esnek üretim ve sağlık emek gücüne etkileri". İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı *Almanak 2009* Analizleri, 2009.

Öztürk O., "Sağlık Hizmeti Sunumu Kapsamındaki Hak Değişimleri 2002-2009." İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı *Almanak 2009* Analizleri, 2009.

Panitch L, Leys C., *Kapitalizmde Sağlık: Sağlıksızlık Semptomları.* İstanbul, Yordam Kitap, 2011.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf

Sarı C., "2009 Yılında Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik". İstanbul, Sosyal Araştırmalar Vakfı *Almanak 2009* Analizleri, 2009.

Soyer A., "Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden Ak Partiye Sağlığın Öyküsü", Sorun Yayınları, 2004.

Sönmez M., *Paran Kadar Sağlık.* İstanbul: Yordam Kitap, 2011.

Teksöz T, Kaya Y. Hevacıoğlu, "Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi", TEPAV, 2009.

Terzi C., "Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi". Toplum ve Hekim, 2007;22(1-2):2-22.

Terzi C., "Sağlıkta Piyasa Metaforunun Örtüsünü Kaldırmak". *Yeniden İmece* 2006;13: 20-24.

Terzi C. "Prof. Dr. İzge Günal Olayı: Dokuz Eylül Üniversitesinde Yaşanan İşten Çıkarılma Örnekleri Üzerinden Sağlıkta ve Eğitimde Piyasalaşma". *Toplum ve Hekim* 2006;21(4):252–255.

Terzi C, Eryılmaz M, Erel S ve diğerleri *Türk Cerrahi Derneği Asistan Komisyonu Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu-2010,* Tuna Matbaacılık, Ankara, Eylül 2010.

Terzi C., "Performansa Göre Geri Ödeme Sistemi. TCD Genel Cerrahide Performans 2010, Terzi C, Ağalar F (ed): Ankara, BAYT Yayın, 2011 s. 11-17.

Ulutaş Ç Ü., *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü.* Ankara, Notabene Yayınları. 2011.

Sağlık hizmetlerine bu kadar çok kaynak ayrılmasına rağmen neden hâlâ bu kadar çok hastalık var ve neden sağlıkta eşitsizlik diz boyu? Bu çarpıcı kitapta, tanınmış sağlık ekonomisti Gavin Mooney, sağlık hizmetinin ekonomi politiğini gözler önüne seriyor. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin ne kadar az ele alındığını açığa çıkarıyor.

Bu kitap, aralarında Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Güney Afrika ve Küba'nın da bulunduğu pek çok örnek üzerinden, sağlık politikalarının hizmet ettiği topluma dönmesi gerektiğini gösteriyor. Mooney, küresel olarak sağlık ve sağlık hizmetlerine yaklaşımımızın yeniden ele alınmaya ihtiyacı olduğunu güçlü verilerle kanıtlıyor.

Kitabı Türkçeye kazandıran Prof. Dr. Cem Terzi'nin neoliberal sağlık politikalarının Türkiye'deki uygulamalarını tartıştığı yazısı, kitabı daha da cazip kılıyor.

"Okuyucu ilk sayfadan son sayfasına kadar elinden bırakamayacak... Bu kitap güncel bir ihtiyacı karşılamakla kalmayıp bir klasik haline gelecek."
Vicente Navarro

"Sağlık ekonomistleri sağlığın ekonomi politiğini dikkate almadıkça karşı karşıya olduğumuz sağlık sorunlarının çözümü çok zor olacaktır. Bu kitap bize bir yol gösteriyor."
Di McIntyrene (Cape Town Üniversitesi)

"Özgün bir yaklaşımı ve akıcı bir dili olan bu kitapta, Mooney, günümüze ait çarpıklıkları ustalıkla sergiliyor ve sorunların çoğunun altında neoliberal politikaların yattığını gösteriyor."
Thomas Rice (California Üniversitesi)

"Mooney, sağlık eşitsizliğinin politik ve ekonomik nedenlerini açıklıyor ve anlaşılmasını sağlıyor. Daha iyi bir dünya için çalışan, araştırma yapan veya mücadele eden herkesin mutlaka okuması gereken bir kaynak."
Alex Scott-Samuel (IMPACT yöneticisi)

THG
216010
BOÇ

18 TL. KDV DAHİL

ISBN: 978-605-4836-55-0
9 786054 836550

Yordam Kitap