

**DOSYA/DERLEME****KAPİTALİZMİN KRİZİ VE SAĞLIK:  
TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

Onur HAMZAOĞLU\*

*Kapitalist üretim, sürekli olarak, kendi niteliğinden gelen bu engellerin üstesinden gelmeye çalışır, ama bunu ancak, bu engelleri tekrar kendi yoluna ve hem de daha heybetli ölçekte koyarak becerir. Kapitalist üretimin gerçek engeli, bizzat sermayenin kendisidir.*

*Karl Marx, Kapital, Cilt III*

**GİRİŞ**

Uzun zamandan beri kapitalizmin krizi; durgunluk, konut kredilerinde sorun, bankaların kredilerini geri çağırılmalarının etkisi, üst yönetici maaşlarının yüksekliği vb. biçimde adlandırılarak, gizleme, çarpıtma çabalarına rağmen, artık saklanamamaktadır. Burjuva medyası ve akademisyenleri de yaşananları yalnızca finansal bir kriz olarak tanımlama çabasından vazgeçmiyor. Oysa, kapitalist üretim biçimi krizedir. Kriz, kapitalizmin doğasından kaynaklanır. Yalnızca bu bile kapitalizmin akıl dışılığının temel göstergesidir. Kısaca değinelim:

Kapitalizmde meta üretim sürecinde patron tarafından kar adı altında el konulan bölüm nedeniyle talep arzdan, daima kar kadar küçüktür. Kar ne kadar artarsa ücretler o kadar küçüleceğinden, talep de o kadar küçülür. Bunun için üretimin piyasa dengesi içerisinde gerçekleşebilme olasılığı yoktur. Beraberinde kapitalist sistem içerisinde patronların, ne pahasına olursa olsun hep karlarını artırma eğiliminde olmaları sömür oranında artışı getirdiğinden piyasa daralır. Özetle, kapitalizmde krizi yaratanlar patronların - kapitalistlerin- kendileridir.

Kapitalizmin yapısal krizine bağımlı bir şekilde, seksenli yılların başından itibaren sağlık sistemlerinin

krizi de söz konusudur. Nedenleri olarak; kaynak sıkıntısı ve kaynakların kötü yönetimi, harcamaların aşırı artarken, buna karşın maliyet-etkisizliğin ve eşitsizliklerin de beraberinde seyrettiği söyleneğelmektedir. Bununla birlikte, endüstrileşmeyi sanayileşmiş Batı toplumlarının doğasını açıklamada kuramsal bir çerçeve olarak kullananlar, teknolojinin toplumsal örgütlenmeyi bir bütün olarak belirlediğini iddia ederek, teknolojinin sağlık sisteminin örgütlenmesini ve krizini biçimlendirdiğini varsaymaktadırlar. Bu kavramlaştırma aslında Max Weber'den köken alan ve toplumların doğasını da belirlediği varsayılan teknolojik determinizme dayanmaktadır. Söz konusu kavramlaştırmanın sahipleri, sınıf mücadelesini, mülkiyeti vb. kavramları dışlamakta iktidarın sanayileşmenin gereksinim duyduğu yöneticilere -teknokratlara- geçtiğini ve sanayi toplumlarının kapitalist toplumların yerini aldığını iddia etmektedirler. Oysa günümüzde yaşanmakta olan hem toplumsal kriz hem de bu krizin sağlık sektörüne yansımaları ve sonuçları üretim araçlarının mülkiyeti, sınıf, sınıf mücadelesi, kapitalizm ve emperyalizm kavramları ele alınmadan değerlendirilmesi büyük bir eksiklik, yanılıdır. Bu kavramlar krizin tanımlanması ve analizinin merkezinde yer almalıdır.

Kapitalist toplum biçimi Homo Sapiens'den Homo Faber ve Homo Consumens insan tipine geçiş ile de anlatılmaya çalışılmaktadır. Aklını ve gücünü hayatta kalabilmek için kullandığından tüketici davranışını fetişleştirmeyen insan tipinden, sürü psikolojisi ile tüketimi fetiş haline getiren ve sürdüren insan tipine geçiş. Bu insan tipi patron sınıfının yönlendirmesi altında olduğunu da fark edememekte, günümüzde artık üreticiler tüketicileri hemen her şeyi ile yönlendirebilmektedir.

\*Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Kapitalist iktisatçılar, daha çok yanlış siyasal kararlar, ani dışsal şoklar gibi engellenebilir nedenlere bağladıkları kapitalizmin yapısal krizi yerine de iş çevrimleri, konjonktür dalgaları vb. tanımlamaları kullanmaktadır. Oysa Marksist iktisatçılar kapitalizmin kriz(ler)ini; aşırı birikim, kar oranlarının gerilemesi, kar sıkışması ve sektörler arasında dengesizlik gibi kapitalist sisteme içkin organik dönüşümlerle açıklamaktadırlar. Bu nedenle krizi kapitalizmin kendisinin yarattığını ve buna mahkum olmak zorunda olduğunu göstermektedirler. Söz konusu mahkumiyet, kapitalizmi Kondratief ve Mandel'den devraldığımız, bir kriz-rahatlama-kriz sarmalı biçiminde tanımlayabilmemizin de temelini oluşturur. Kapitalist iktisat öğretisinde krizin neden(ler)i: a) siyasal yanlış kararlar b) ani dış şoklar gibi geçici/arızı sebepler gösterilmekte, bunda ısrar edilmektedir.

Yinelemek pahasına söz konusu tutumun, bilim dışı olduğunu vurgulamak gerekir. Çünkü kapitalizm:

a) makineleşme nedeniyle daha az emek-gücü kullanarak işsizlik yaratmakta, böylece artan üretime karşın piyasalar genişleyememekte

b) teknoloji düzeyi-kullanımı yükseldikçe-artıkça üretim sürecinde istihdam edilen emek-gücü ile sermaye arasındaki gelir bölüşümü emek aleyhine genişlediğinden piyasa daralmakta ve

c) günümüzde karlılık genel olarak yükselirken, üretim sektörünün karlılığı finans sektörünün karlılığının gerisinde kalmış ve bu farklılık sermaye sahibi sınıfın finans sektörünü tercih etmesine neden olmuştur. Finans sektörü büyürken, üretim sektörü görece olarak küçülürken, 2000'li yılların ilk yarısında var olabilmesi için finans sektöründe artık değer üretimi sınıra dayanmıştır.

Özetle kapitalist üretimde makineleşme ve teknoloji artıkça emek-gücüne gereksinim azalmaktadır. Bir başka ifadeyle, piyasa genişleyememekte ve tüketim artamamakta, sömürü oranı artıkça ücretler azalmakta buna bağlı olarak tüketim azalmakta, üçüncü olarak da artık değer üretim sektörüne yeterince dönmediğinden üretim sektörü görece olarak küçülmektedir. Alanın terminolojisi ile ifade edecek olursak; aşırı birikim, kar oranlarının gerilemesi, kar sıkışması ve sektörler arasındaki dengesizlik kapitalizmin yapısındaki organik dönüşümlerin temel nedenidir. 2008 yılı sonu, 2009 yılı başı itibarıyla kapitalizmin gizlenemez hale gelen durumunu yukarıda sıralanan ilişkiler üzerinden açıklayabilmek mümkündür.

### TOPLUM BİÇİMLERİ VE SAĞLIK

Sağlığı ister "fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali", isterse "soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel

bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesi" olarak tanımlayalım, bu durumun sağlanabilmesi ve devamlılığı için öncelikle organizma olarak vücudun yapı taşları, enerji vb. gereksinimlerinin karşılanması gerekir. Bu gereksinimleri karşılayabilmenin yolu, insanın uygun nitelikteki havayı soluyabilmesi, yeterli ve dengeli beslenebilmesi, temiz ve yeterli içme ve kullanma suyuna ulaşabiliyor olmasından geçmektedir. Soğuktan ve sıcaktan korunabilmesi için bir eve, evin de bilinen asgari koşullara sahip olması gerekir. İçinde yaşadığı çevrede sağlığı bozucu etkenlerin olmaması, içinde yaşadığı toplumun sosyokültürel faaliyetlerinde yer alabilmesi, ulaşım, eğitim, spor vb. alanlardan yararlanabiliyor olması gerekir. Kısaca insanın sağlıklı olabilmesi, sağlığının bozulmaması içinde yaşadığı toplumsal yaşantının belirleyiciliğine bağlıdır. Söz konusu saptamalar, sağlıklı olmanın kişisel bir durum olmayıp, toplumsal yaşantının bir ürünü olduğunun verileridir. Bu durumun küçük bir istisnası biyomedikal faktörlerdir.

Bu aşamadan sonra, ikinci bir soruya daha yanıt aramamız gerekir. Bu soru: toplumsal yaşantının belirleyicileri ne(ler)dir? Bu sorunun yanıtının, içinde yaşanmakta olan "toplum biçimi" olduğu yüzyılı aşkın bir süredir bilinen bir gerçektir. Toplum biçimi olarak adlandırdığımızın da egemen olan üretim ilişkileri ile düşün biçiminin bütünü olduğunu söylemeliyiz. Kısaca alt yapı kurumu olarak iktisadi yapıdan söz ederken, öncelikle bunun belirleyiciliğinde gelişen üst yapı kurumları olarak da eğitim, sağlık, hukuk, siyaset, kültür vb. yapılardan söz edebiliriz. İktisadi alt yapı ile üst yapı kurumları tek yönlü değil, karşılıklı bir dinamizm ve çift yönlü ilişki içindedir. Sağlık da bir üst yapı kurumu olduğu için, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve diğer özellikleri mevcut üretim biçimine göre belirlenmekte, onun gereksinimine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla, her üretim biçiminin gereksinimini karşılayacak kendisine özgü bir sağlık sisteminden bahsedebiliriz. Bu durum, alt yapı tarafından belirlenen bir üst yapı ilişkisini göstermektedir. İlişkinin diğer bir yönü de, üst yapı kurumlarının alt yapıyı etkilemesi ile ilgilidir. Bu bulgular ışığında sağlık durumunun, insan yaşamının bütün alanları tarafından belirlenen bir sonuç olduğunu saptamak yanlış olmayacaktır. Özetlersek, emek sürecine doğrudan ve/veya dolaylı olarak etki eden bütün alanlar kişinin ve toplumun sağlığının temel belirleyicisidir.

Tarihsel süreç içerisinde egemen olan toplum biçimlerine göre farklı sınıfların sağlığı da bu nedenle farklı olmuştur. Köleci toplum biçiminde köle sahipleri kölelerinden, feodal toplum biçiminde derebeyiler serflerinden ve kapitalist toplum biçiminde de patronlar işçilerinden hep daha sağlıklı olmuş ve daha uzun yaşamışlardır. Bu durum, sağlığın, üretici güçlerin ve üretim ilişkilerinin bir çıktısı olarak ele alınmasının doğruluğunun da kanıtı olarak ele alınmalıdır.

Toplumun bütün üyelerinin benzer düzeyde sağlıklı olabilmeleri için biyomedikal faktörler dışında, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, toplumun ürettiği tüm olanaklardan toplumun bütün üyelerinin eşit olarak - gereksinimine göre- yararlanabiliyor olması gerekir. Bu sağlanmadığında sağlık durumundaki farklılıklar-eşitsizlikler- "istendik" bir sonuç olarak kabul edilmelidir.

### KAPİTALİZM VE SAĞLIK

Emek-gücünün yaşamaya devam etmesi ve yeniden üretilmesi, kapitalizmde sermayenin yeniden üretilmesi için zorunlu bir koşuldur. Kapitalist toplum biçiminde sağlık hizmetlerinin temel işlevi, emek-gücünün yeniden üretimidir. Kapitalistler sağlık hizmeti aracılığıyla sağlıklı emek-gücü elde ederler.

Sağlık hizmetleri üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına karşın, metaları üreten emek-gücünün sağlıklı olması için gerekli unsurlardan birisidir. Çünkü emekçilerin gelişkin üretim araçlarını kullanabilmesi için eğitilmiş, sağlıklı vb. özelliklere sahip olması gerekir. Bu noktada, sağlık hizmetleri beslenme gibi günlük olarak alınması zorunlu olmasa da gereksinim ortaya çıktığında karşılanmaması kişiyi olduğu kadar, üretim sürecini de derinlemesine etkilemektedir. Bu yüzden patronlar, emek-gücünün yeniden üretim sürecinde özellikle emek-gücünün niteliğinin artırılmasında sağlık hizmetlerini göz önüne almak zorundadır. Bu nedenle, kapitalist üretim biçiminin belirli bir döneminden sonra sağlık hizmetleri düzenli olarak topluma sunulmuştur. Ne var ki, kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetlerinin hedefi, bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır; ancak, bu hizmet bile özünde patronlar için bir maliyettir. Bu nedenle patron, sağlık hizmetlerinin maliyetine üretkenliği artıracak emek-gücü üretimini sağladığı ve sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu sürece ve ölçüde katlanır.

Kapitalist toplum biçiminde sağlık hizmetlerinin içerik ve örgütleniş biçimini belirleyen diğer temel dinamik, işçi sınıfının mücadele düzeyidir. 1880'lerden itibaren sağlık hizmetlerinin finansmanının sistemleşmesinde ve kamu sağlık sigortası fonlarının Almanya'da Bismark döneminde kurulmaya başlanıp, 1900'lerin başlarında Kıt'a Avrupa'sında büyük bir ivmeyle yaygınlaşmasının arkasında işçi sınıfının yükselen talepleri ve gelişen mücadelesinin varlığı görülmelidir. Bismark'ın kamu sağlık sigorta fonunu kurarken ki hedefi, öngörüsü sınırlı bazı patronlardan gelen eleştirilere verdiği "elimizdeki her şeyi almamaları için bunu vermeliyiz" yanıtında net bir biçimde görülmektedir. Bu yanıt, işçi sınıfı mücadelesinin belirleyiciliğini tanımlamak açısından da önemlidir. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından başlatılan sosyal devlet uygulamaları ve sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanının yaygınlaşması da yine işçi sınıfının yükselen mücadelesi ile ilişkilendirilebilir. Benzer biçimde 1970'lerden itibaren kamunun sağlık

hizmetlerinden çekilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin yerini prim sisteminin alması ve cepten ödemelerin yaygınlaşmasında patronların gereksiniminin yanında, işçi sınıfı mücadelesindeki "geri çekilme"nin de etkili olduğunu söyleyebiliriz. Özetle, kapitalist toplum biçiminde sağlık hizmetlerinin kapsamı ve örgütleniş sınıfların karşıt çıkarlarının çatışmasıyla ortaya çıkar.

Kapitalist toplum biçiminde de sınıflar arasındaki sağlık farkı kapitalizmin doğasından -sınıflı yapısından- kaynaklanmaktadır. Kapitalizm devam ettiği ya da görece müdahale edilmediği sürece de farklılık kalıcıdır. Merkez kapitalist ülkeler arasında sağlıkta dahil, sosyal alanlardaki hizmetleri toplumsal bölüşümü düzenlemek adına kamusal olarak sunan ülkelerde toplumsal sağlık göstergeleri diğerlerine göre daha iyi iken, sınıflar arasındaki farklılıkların da azalması dikkat çekicidir.

Kapitalist toplumsal yaşantıda sermaye nerede birikiyorsa, sağlık hizmetleri de yukarıdaki aktarılan gerekçeler nedeniyle orada sunulmaktadır. Kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sağlık düzeylerindeki kır/kent ve bölgesel farklılıkların temelinde bu yatmaktadır.

Dünya genelinde sağlık sektöründe, yetmişli yıllarla başlayıp, seksenli ve doksanlı yıllardan itibaren belirgin bir değişim yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması ya da doğrudan sermaye denetimine tabi olması, bu alanda önemli bir sermaye birikimine yol açmıştır. Sağlık sektörü zaman içinde uluslararası ekonomiye giderek artan oranda eklenmiştir. Bugün, dünyada uluslararası ticaretin yaklaşık beşte birini hizmet sektörü oluşturmakta olup, bunun içinde sağlık sektörü en hızlı büyüyen sektör olarak kabul edilmektedir. Örneğin, dünyada sağlık alanında son yirmi yılda doğrudan yabancı sermaye yatırımı 20 kat artarak, 27 trilyon dolara ulaşmıştır. OECD ülkelerinde sağlık sektöründen yılda dört trilyon dolar kar edilmektedir. Örneğin, ABD dışındaki ülkelere Kanada sağlık sistemine yılda yaklaşık 40 milyar dolar bir girdi sağlamaktadır. Böylesi bir ticarileşme; ileri tıbbi teknolojinin kullanılmasına ve geri teknolojilerin emperyalist ülkelere onlara kaynak aktaran ülkelere yoğun olarak transfer edilmesine ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılmasına yol açmıştır.

Özetle çeyrek yüzyıldan beri sağlık alanındaki tüm bu köklü değişiklikler; bir yandan uluslararası sağlık piyasasında rekabet edebilmeyi sağlayacak nitelikli sağlık emek-gücüne olan gereksinimi ortaya çıkarırken, sağlık sektöründe yeni ve ileri teknolojilerin kullanımı, diğer yandan sektöre yatırım yapmış sermayenin kar oranını artırma hedefi sağlık hizmetlerini pahalılaştırmıştır. Sağlık sektörü dışındaki sermaye için de hizmetler sürekliliği artan bir maliyet unsuru haline gelmiştir. Sağlık sektörüne yatırım

yapmış patronlarla, diğer sektörlerdeki patronların çıkarlarının bu nokta üzerinden de çelişik olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

### SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nüfus yapısı birbirinden farklı toplumlarda sağlık düzeyinin de farklılığı beklenen bir durumdur. Örneğin 65 yaş üzerindeki nüfusun toplam nüfusun %7-10'unun üzerinde olduğu toplumlarda kronik hastalıklar daha sık görülürken, nüfusu daha genç toplumlarda anne ve çocuk sağlığı sorunları daha sık görülmektedir. Tanımlanan durumda olduğu gibi, birçok biyomedikal özellikler yönünden farklılığın toplumların sağlık düzeylerinde etkili olduğu gösterilmektedir.

Ancak sözü edilen bu özelliklerin, toplumların sağlık düzeylerinin ortaya çıkışındaki -oluşumundaki- etkileri yönünden öncelik -etki- sıralamalarına göre ele alındığında arka sıralarda yer aldıkları, daha önceki bölümde de ayrıntılı olarak belirtildiği gibi, asıl belirleyicinin toplumda egemen üretim biçiminin ve bölüşüm ilişkilerinin olduğudur. Bunu sağlık alanında konunun daha iyi anlaşılması açısından "toplumsal etken" olarak kavramsallaştırabiliriz. Toplumsal etkeni de, bilimsel gelişmeler sonucu çeşitli sağlık sorunlarının ortadan kaldırılabilmesi mümkünken ve dünyanın kimi yerlerinde bu başarılmışken ya da çeşitli olası kaynak aktarmaları ile daha ileri düzeylere erişmenin olasılığı varken, tamamen egemen toplum biçimi nedeniyle kimi ülkelerin, bazı toplum kesimlerinin veya bütün olarak insanlığın aynı sorunu halen yaşıyor olması biçiminde tanımlayabiliriz. Özetle toplumsal etken ile işaret edilmek istenen, toplumsal yapının sağlık üzerindeki belirleyiciliğidir. Bu içeriği ile toplumsal etken, sömürüye dayanan üretim ilişkilerinin kendisidir ve toplumun uzlaşmaz sınıflı yapısından kaynaklanan nedenlerle öncelikle emek-gücünü satmak zorunda olanların sağlığını tehdit eder ve sağlık ölçütlerinin kötüleşmesine yol açar. İnsan sağlığını bozan etkenler olarak gruplanan biyolojik, fiziksel, zihinsel, kimyasal ve mekanik etkenlerin ortaya çıkışı, insanların yaşadıkları ortamlarda bulunması, insanlara ulaşması vb. aşamalar hemen hemen bütünüyle toplumsal etkenin belirleyiciliğinde şekillenir. Bu nedenle egemen öğretide hastalıkların, sağlık sorunlarının kaynağı olarak tanımlanmış olan yukarıda gruplanan etkenleri son neden(ler) olarak tanımlamamız mümkündür. Örnekleyecek olursak zatüreden etkeni, bu etkenin yok edilmesi, zatüreden korunma yolları, buna rağmen hastalanan olduğunda tedavisi için gereken ilaçlar biliniyorken toplumun bir sınıfında veya dünyanın bir bölümünde halen hastalandırmaya ve öldürmeye devam ediyorsa, burada toplumsal etken somut olarak incelenebilir durumdadır. İş kazaları, meslek hastalıkları, beslenme bozukluğu ve yetersizliğine bağlı hastalıklar ile hastalık görülme ve ölüm sıklıklarının sınıflar ve kır-kent ile bölgeler arasındaki farklılıkları günümüzde toplumsal etkenin nesnel -ölçülebilir- olduğunun göstergesidir.

Örnek olarak; seksenli yıllarda yapılan araştırmalarla; benzer gelir grubundaki sosyalist ve kapitalist ülkeler toplumsal sağlık göstergeleri üzerinden karşılaştırıldıklarında, sosyalist ülkelerin daha iyi düzeyde olduklarıyla ilgili saptamaları gösterebiliriz.

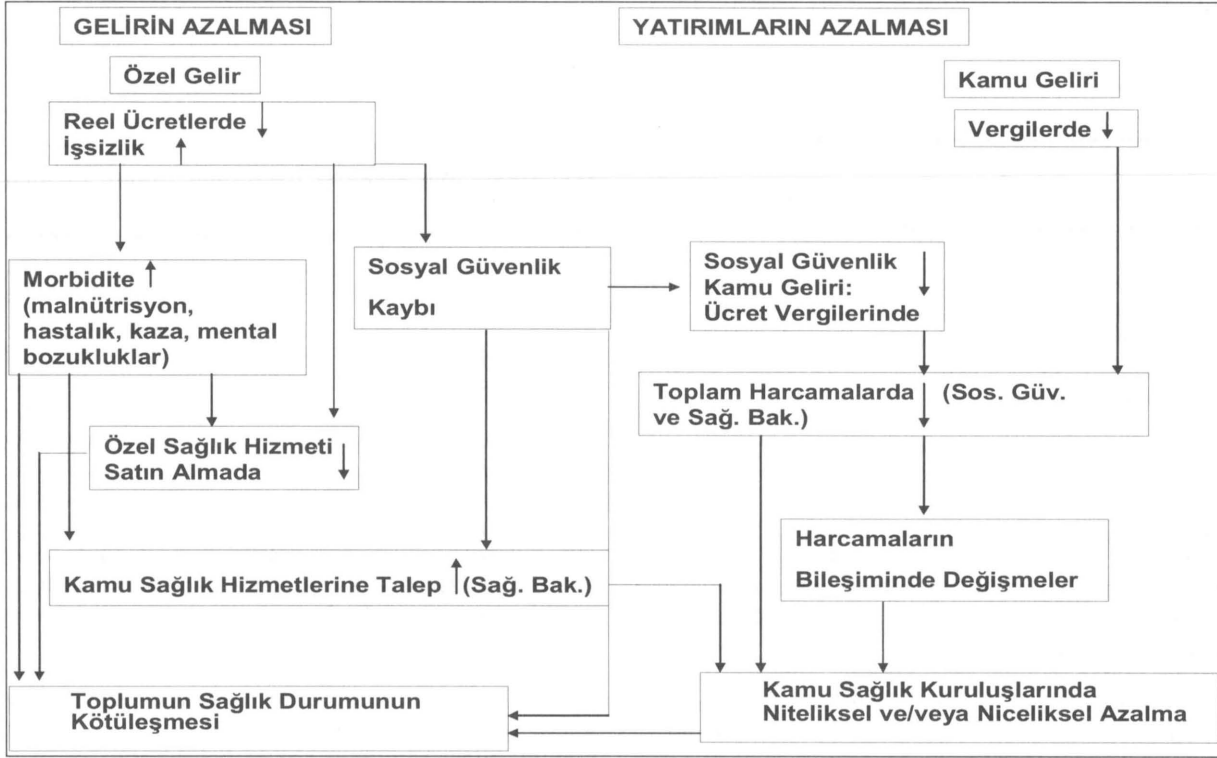
Toplumsal etkenin son nedenler olarak tanımladığımız etkenler üzerinden sağlığı bozucu etkisi, ara etkenler olan adlandırabileceğimiz ekonomik, politik, sosyal ve çevresel ortam ile sağlığa ayrılan kaynaklar üzerinden gerçekleşmektedir. Sosyalizm ve kapitalizm farklılığının (toplumsal etkenin varlığı, yokluğu) dışında, sosyal haklardaki gelişkinliğin, sosyal alanlara yapılan harcamaların, kamusal müdahalelerin, cinsiyet eşitliğinin, eğitimin toplumsal sağlık düzeyine olumlu etkilerde bulunduğu gösterilmiştir. Örneğin, gelir dağılımından bağımsız olarak ülkelerin zenginliğinin artması toplumsal sağlık düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Bununla birlikte, gelir dağılımının da sağlık durumu ile ilişkisini gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur. Gelir dağılımındaki eşitsizlikler azaldıkça benzer gelir düzeyindeki ülkelerin sağlık durumu diğerlerine göre olumlu yönde gelişmektedir. Pek çok araştırmada tersi sonuçlar da gösterilmiştir. Örneğin, ülkelerin gelir dağılımı bozuldukça sağlık düzeyleri de gerilemektedir. Bir diğer konu, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar ve hizmet sunumundaki kamunun payını belirtmemiz gerekir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümünün genel bütçeden karşılandığı, hizmet sunumunda kamu sağlık kurumlarının daha fazla yer aldığı ülkelerde toplumsal sağlık göstergeleri olumlu yönde etkilenmektedir.

### KAPİTALİZMİN KRİZİ SAĞLIĞI NASIL ETKİLİYOR?

Bir önceki bölümde sağlığın temel belirleyicisinin toplum biçimi -toplumsal etken- olduğunu, bunun ara etkenler ile son etkenler üzerinden toplumların sağlığını biçimlendirdiğini, ara etkenlerin toplumsal açıdan olumlu geliştiği dönemlerde toplumların sağlık durumlarında -düzeylerinde- pozitif yönde bir değişim beklendiğini belirtmiştik. Ara etkenlerde olumlu gelişmeler olduğunda toplumların sağlık düzeyleri iyileşirken, olumsuz gelişmeler yaşandığında da toplumsal sağlık göstergeleri kötüleşmektedir. Kapitalizmin krizlerinde de sözü edilen ara etkenlerin pek çoğu olumsuz yönde değişim gösterdiklerinden, kapitalizmin krizlerinde toplumların sağlığı olumsuz yönde etkilenir.

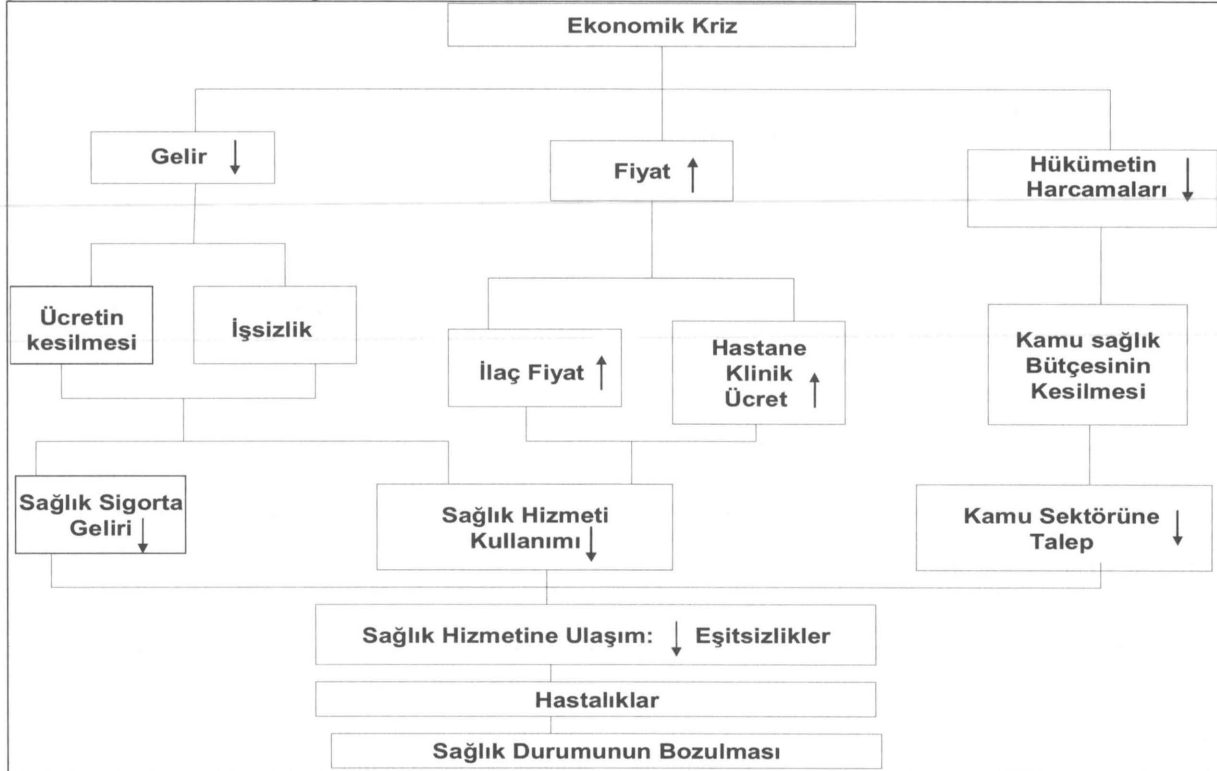
Öncesinde de incelenmiş olmakla birlikte, özellikle doksanlı yılların sonunda güney yarım küredeki bazı ülkelere yaşanmış olan kapitalizmin krizinin toplumların sağlığına etkileri ve etki mekanizmasının yoğun olarak incelendiği literatürlere de yoğun olarak yansımıştır. Birbirlerine yakınlığını göstermek ve ilgilileri ile eldeki bilgiyi paylaşmak adına konuyla ilgili ulaşılabilen şemalaştırmalardan öncelikle üçünü paylaşmak gerekirse;

Şekil 1. Ekonomik krizin sağlık durumuna doğrudan ve dolaylı etkileri



Kaynak: Musgrova, P. (1987), *The Economic Crisis and Its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. International Journal of Health Services*, 17(3):311-441.

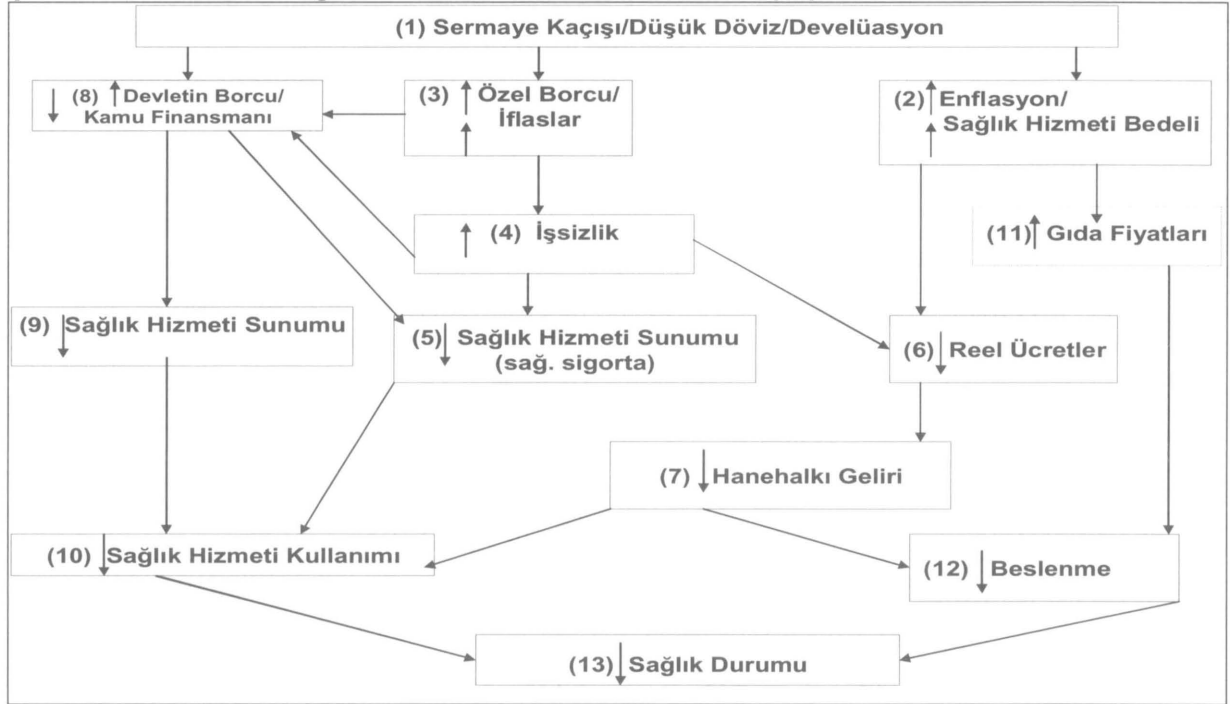
Şekil 2. Ekonomik krizin sağlık sektörüne etkisi.



Kaynak: Yang BM, Prescott N, Bae EY. (2001). *The Impact of Economic Crisis on Health-care Consumption in Korea. Health Policy and Politics*, 16(4):372-85.



Şekil 3. Ekonomik krizin sağlık üzerine etkilerini analiz etmede bir çerçeve



Kaynak: Waters H, Saadah F, Pradhan M. (2003). The Impact of the 1997-98 East Asian Economic Crisis on Health and Health Care in Indonesia. Health Policy&Planning, 18(2): 172-181

Sunulan üç şekildeki saptamaları ortaklaştıracak olursak, kapitalizmin krizlerinin sağlığa etkilerinin iki temel alanda olduğunu söyleyebiliriz. Bunlardan ilki, patronlar emek-gücüne "gereksinimleri" azaldığı için emek-gücünün yeniden üretimi ile ilgili alanlardan elini çekmesi nedeniyle yaşananlardır. Emek-gücünü satmak zorunda olanlar, kendi ve aile üyelerinin birlikte emekleri ile yaşayanlar işsizlik, gelir düzeyinde azalma ve beraberinde yaşanmakta olan yoksullaşma ile karşılaşılıyorlar. Bu durum günlük yaşantıya yaşam koşullarının kötüleşmesi, beslenmede dengesizlik ve yetersizlikte artış, zihinsel gerilim ve gerginlik ile zaman zaman da açlık biçiminde ara bir durum olarak yansımaktadır. İkincisi, kamusal kaynakların "kurtarma" gerekçesi ile patronlara aktarımında artış, vergi indirimleri vb. uygulamalar, sosyal alanlara kamu yatırım ve harcamalarında azalma, doğrudan sağlıkla ilgili olarak kamu sağlık harcamalarının azalması, işsizlik-prim ödeyememe vb. nedenlerle sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusta azalma, sosyal güvenlik kapsamında sunulmakta olan hizmetlerde kısıtlamalar, ilaç fiyatlarındaki artış ile sağlık hizmetlerine ulaşmak için cepten harcamalara gereksinimin artışı olarak sayılabilir. Bu iki alanın etkisi ile toplumlarda bebek ölüm hızında, düşük doğum ağırlıklı bebek sıklığında, beş yaş altı çocuklarda ve bebeklerde malnütrisyon sıklığında, özellikle işten atılanlarda ve işini kaybedenlerde depresyon ve intihar, alkol ve sigara tüketimi ve kullanımında artışlar izlenmektedir. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların sıklığında artışlarla birlikte, salgınlar da ortaya çıkmaktadır. Kronik hastaların ilaca ulaşmada yaşadıkları zorluklar nedeniyle, düzenli

tedavileri aksamakta bu nedenle hastalıkların seyrinde kötüleşmeler, sakatlık ve ölümlerde artışlar görülmektedir (Şekil 4).

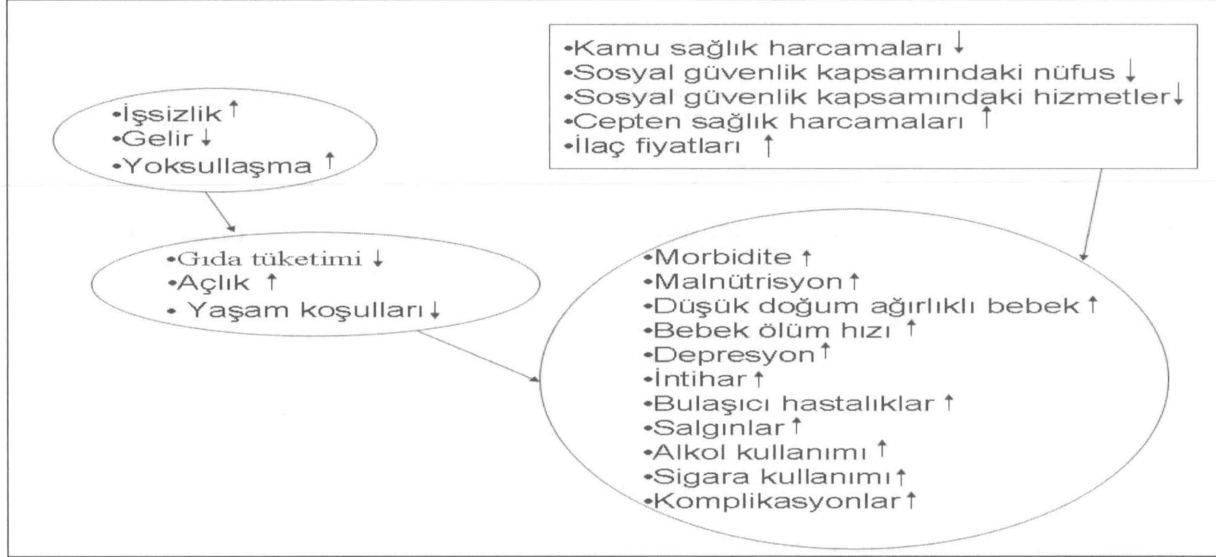
Krizlerin ardından tüm toplum kesimlerinde hane halkı sağlık harcamalarında azalma, sağlık harcamaları kalıplarında değişiklikler de ortaya çıkmaktadır. Kriz öncesinde sağlık sorunlarının çözümünde hastane vb. sağlık kurum ve kuruluşlarına yönelik tercihler, kriz sonrasında yaygınlaşarak yerini evde kendi kendine sağlık müdahalelerine bırakmakta, eczanelerin ilk başvuru birimiymiş gibi kullanımı belirgin bir biçimde artmaktadır.

İlk bölümde, kapitalizmin krizlerinden bahsederken kökeninde "kapitalizmin akıl dışılığı"nın yattığını ifade etmiştik. Bu bölümde, insanların -toplumun- işsizlik, yoksulluk vb. sebeplerle bozulan sağlıkları nedeniyle öncesine göre daha fazla sağlık hizmetlerine gereksinimleri oldukları bir dönemde, sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve ulaşımında sistemin sahiplerinin kendi kurtuluşları için yarattıkları, yaratmak "zorunda" oldukları kısıtlılığı görerek; kapitalizmin "insana-insanca olana karşılığı"nın ortaya koymuş oluyoruz.

#### TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Kapitalizmin krizlerinin Türkiye'de sağlığa yansımalarını göstermek adına zengin bir arşive sahip olduğumuzu ifade edebiliriz. Kapitalizmin yetmişli yıllarda başlayan büyük bunalımı çerçevesinde, Türkiye'de patronların sorunu emekçilerin üzerinden

Şekil 4. Kapitalizmin yapısal-kronik krizlerinde ara etkenler ve sağlık sonuçları



Tablo 1. Türkiye'de yerleşim yeri ve demografik bölgelere göre bebek ölüm hızı (binde)(1978-2003)

	1978	1983	1988	1993	1998	2003
<b>Yerleşim yeri</b>						
Kent	119	67.4	50.1	44.0	35.2	23.0
Kır	146	128.3	105.7	65.4	55.0	39.0
Kır/Kent	1.23	1.90	2.11	1.49	1.56	1.70
TAR(%)	11.2	33.7	35.5	16.4	17.6	20.7
<b>Bölge</b>						
Batı	108	82.5	44.5	42.7	32.8	22.0
Güney	109	-	96.3	55.4	32.7	29.0
Orta	151	97.6	90.0	57.9	41.3	21.0
Kuzey	141	112.5	-	44.2	42.0	34.0
Doğu	147	137.4	103.0	60.0	61.5	41.0
Doğu/Batı	1.36	1.67	2.32	1.41	1.88	1.86
TAR (%)	19.4	18.8	42.7	18.8	23.4	27.6
<b>Toplam</b>	<b>134.0</b>	<b>101.6</b>	<b>77.7</b>	<b>52.6</b>	<b>42.7</b>	<b>29.0</b>

çözebilmeleri için hazırladıkları ve 24 Ocak (1980) kararları olarak bilinen ekonomik ve sosyal planın o günün koşullarında örgütlü geniş halk kesimlerinin direnci ile karşılaşınca, 12 Eylül 1980 asker darbesiyle uygulamanın önündeki engelleri kaldırdılar. Yeniden yapılan Anayasa ve çıkartılan yasalarla ülkede ekonomik ve sosyal alan hem uluslararası hem de ulusal sermayenin çıkarları doğrultusunda, tüm emekçilerin aleyhine yeniden düzenlendi. Sözü edilen dönemde uygulanmaya başlanan ekonomik, siyasal ve sosyal politikaların sağlığa etkisini değerlendiren çalışmalarda sağlıktaki eşitsizliklerin arttığı gösterilmiştir. Örneğin, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının verileri kullanılarak yapılan bir dizi hesaplamada, Türkiye'de sağlıktaki eşitsizliklerin yıllar içindeki sürekliliği dikkat çekicidir.

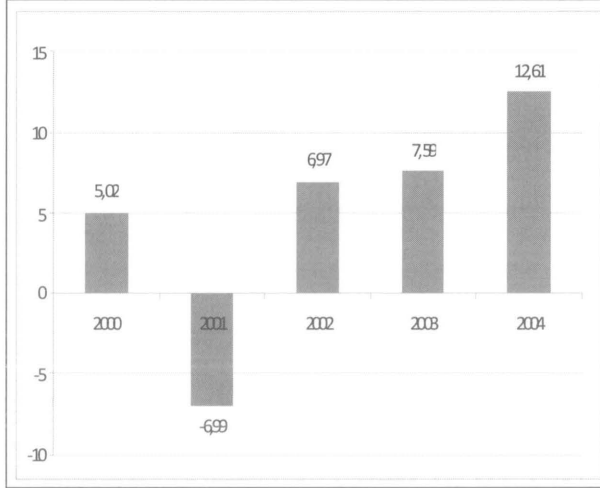
Tablodaki verilere göre Türkiye'de, 1978 yılında bin canlı doğumdan 134'ü birinci doğum gününden önce ölmüş, 2003 yılında ise bu sayı 29'a düşmüştür. Bu

değerlendirmeleri sağlığa eşitsizlik ölçütleri olarak kabul edilen hız oranı ve topluma atfedilen risk hesaplamaları ile de sürdürülebiliriz. Hız oranı, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırmasını, topluma atfedilen risk de, incelenen toplumun sosyoekonomik durumunun, sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir. Buna göre, 1978 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.23 bebek ölürken, 2003 yılında kentteki bir bebek ölümüne karşılık kırdaki 1.70 bebek birinci doğum gününü göremeden ölmüştür. Söz konusu durum demografik bölgeler arasında da izlenmektedir. 1978 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.36 bebek ölürken, 2003 yılında Batı'daki bir bebek ölümüne karşılık Doğu'da 1.86 bebek ölmüştür. Bu ölçütler üzerinden değerlendirdiğimizde, 1978 yılında kırsal sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırılsa bebek ölümlerinin %11.2'si önenebilir durumdayken, 2003

yılında aynı koşullar sağlandığında önlenebilir ölümlerin oranının %20.7'ye yükseldiğini görmekteyiz. Benzer biçimde ülkenin bütününün sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığında, bebek ölümlerinin 1978 yılında %19.4'ü önlenebilirken, 2003 yılında bu oran %27.6'ya yükselmiştir. Yukarıda sunulan bulgular, Türkiye'de bölgeler ve yerleşim yerleri arasında var olan eşitsizliklerin yıllar içinde arttığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Doksanlı yılların sonu ve ikibinli yılların başında çevre kapitalist ülkelerde yaşanan kriz, Türkiye'de "2001 Krizi" olarak yaşanmıştır. Bu dönemle ilgili veriler konuyla ilgili beklentileri ve bilgileri doğrular niteliktedir. Örneğin DPT, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2006) verileri kullanılarak yapılan hesaplamalarda, aktif sigortalı çalışan sayısında 2001 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık %7'lik bir gerileme (işten çıkarma) yaşanmış ve sayı 5.283.234'den 4.913.939'a düşmüştür (Şekil-5).

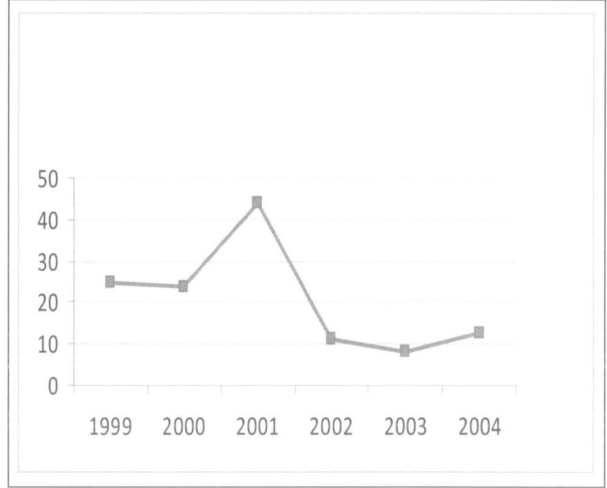
Şekil 5. Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamındaki çalışan sayısının yıllık değişimi, 1999-2004(%)



DPT'nin aynı veri seti incelendiğinde, yine beklentiler ile paralel olarak toplumun büyük çoğunluğunun gelirlerinin azaldığı görülmektedir. 2001 yılında özel sektörde çalışanlar başta olmak üzere bütün ücretliler reel gelirlerinde kayıplarla karşılaşmışlardır (Tablo 2).

Çevre kapitalist ülke olan Türkiye'de, yaşanan krizle birlikte istihdam alanında, çalışanlar aleyhine yaşananlara paralel olarak sağlık alanında da yine çalışanlar ve yoksullar aleyhine beklenen gelişmelerin yaşanmış olduğunu görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007 kitapçığında sunulan veriler incelendiğinde, hem kişi başına sağlık harcamalarında hem de genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan payda dramatik azalmalar dikkat çekicidir (Tablo 3).

Sağlık alanındaki gelişmeleri özel sektörün alana yatırımları üzerinden de izlemek mümkün görülmektedir. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Şekil 6. Türkiye'de kızamık periyod prevalansı, 1999-2004 (yüzbinde)



Tablo 2. Net ele geçen ücretlerdeki reel değişim(1999-2004) (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
İşçi	Kamu	42.1	6.9	-11.5	-9.2	1.3	-4.4
	Özel	11.6	1.1	-20.3	-1.0	-0.4	-
Memur	4.5	-11.5	-3.8	5.7	-0.9	2.6	
Asgari Ücret	34.4	-14.4	-14.1	8.0	3.7	24.3	

Tablo 3. Kişi başına toplam sağlık harcaması ile Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı ve yıllık değişimler (1999-2004)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kişi başına toplam sağlık harcaması (\$)	178	194	161	194	259	323
Değişim (%)		8.99	-17.01	20.50	33.51	24.71
Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçedeki Payı (%)	2.9	2.4	2.3	2.6	2.6	3.2
Değişim (%)		-17.24	-4.17	13.04	-	23.08



**Tablo 4. Türkiye'de özel hastane ve özel hastane yatak sayıları ile yıllara göre değişim (1996-2007)**

Yıllar	Özel Hastane	Değişim (%)	Yatak Sayısı	Değişim (%)
1996	159		6057	
1997	184	15.72	6406	5.76
1998	212	15.22	8504	32.75
1999	232	9.43	10121	19.01
2000	234	0.86	10074	-0.46
2001	239	2.14	10020	-0.54
2002	241	0.84	11870	18.46
2003	246	2.07	11824	-2.46
2004	253	2.85	11774	-0.42
2005	268	5.93	12339	4.79
2006	305	13.81	13707	11.08
2007	331	8.52	15340	11.91

Kurumları İstatistik Yıllığı 2001-2007 verileri kullanılarak yapılan hesaplamalara göre bir durgunluk, hatta gerileme yaşandığı izlenmektedir (Tablo 4).

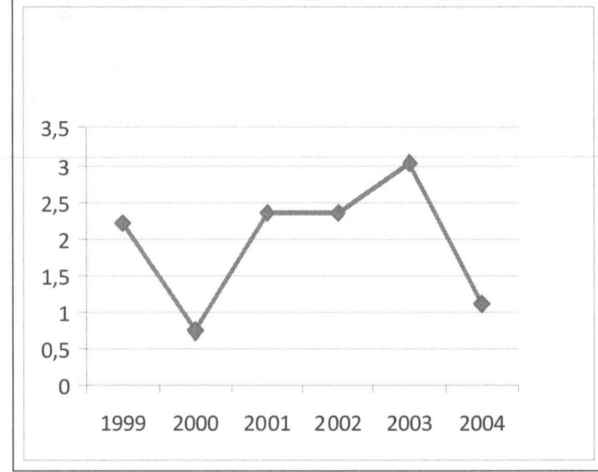
Kriz döneminde istihdam, gelir düzeyi ve sağlık alanına yönelik kamusal harcamalarda çalışanlar ve yoksullar aleyhine yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlıkla ilgili bazı olumsuzlukları da göstermek mümkün olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2004 yılı Çalışma Raporuna ait verilerinden yararlanılarak yapılan hesaplamalardan görüldüğü gibi, bulaşıcı hastalıklarda sınırlı ölçüde de olsa bir artışın söz konusu olduğu izlenmektedir (Şekil 6-8).

Bulaşıcı hastalıkların yanı sıra, psikiyatrik hastalıklarla ilgili olarak ulaşılabilen verileri değerlendirdiğimizde de benzer bir duruma karşılaştığımızı görmekteyiz (Şekil 9).

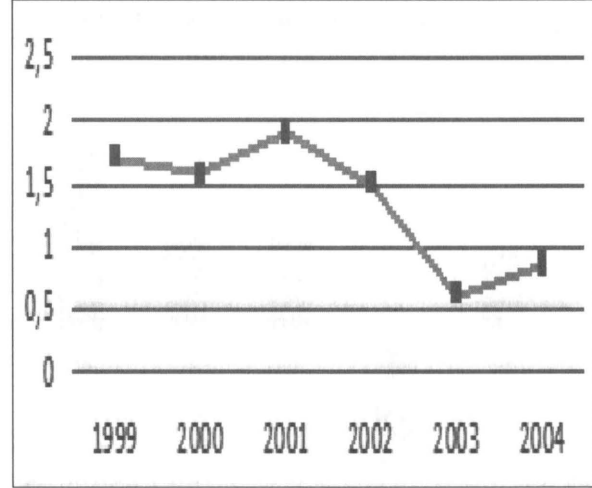
Yukarıda paylaşılan verilere paralel olarak aynı döneme ilişkin, ülkenin önemli-büyük sanayi kuruluşlarının bulunduğu Kocaeli'de yapılan tanımlayıcı bir çalışmada da benzer sonuçlar daha ayrıntılı olarak ortaya konulmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, 2001 krizi Kocaeli'de işsizlik ve kişi başına düşen gelirden azalma ile kendini göstermiştir. Krizin sağlık ile ilgili sonuçları ise ölü doğum hızında, aşıyla korunabilir hastalıklarda ve psikiyatrik sorunlarda bir artış şeklinde belirlenmiştir. Araştırma kapsamında, yeşil kart almak için yapılan başvurularda artış, gebelikten korunmada modern yöntem kullanımında ise azalma saptandığı görülmüştür.

Doksanlı yılların sonu ile ikibinli yılların başında çevre kapitalist ülkelerde yaşanan ve genellikle o ülkelerle sınırlı kalan krizin ardından, 2008 yılının son

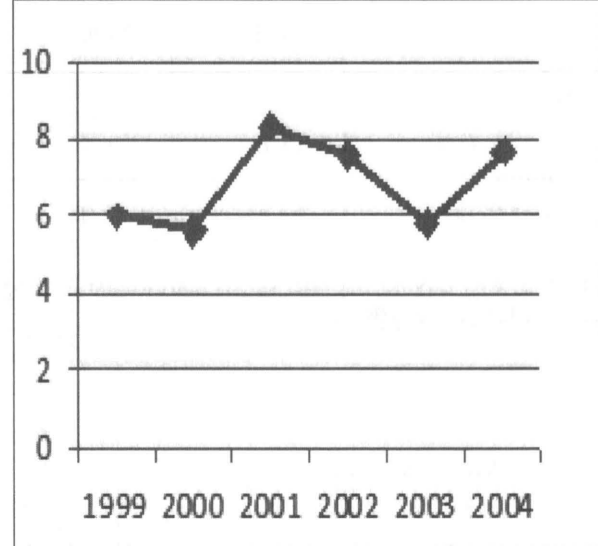
**Şekil 7. Türkiye'de neonatal tetanoz periyod prevalansı, 1999-2004 (yüzbinde)**



**Şekil 8. Türkiye'de basilli dizanteri periyod prevalansı, 1999-2004 (yüzbinde)**



**Şekil 9. 112 acil vakaların ön tanıları içinde psikiyatrik hastalıkların payı, 1999-2004 (%)**



çeyreğinde herkes tarafından görünür hale gelen kriz, merkez kapitalist ülkelerde başlayıp çevre ülkelere yayılma eğilimi gösteriyor. Daha şimdiden işsizlik, gelir kayıpları, kamu kaynaklarının patronların sorunlarının çözümü adına kullanılması, bütçe gelirlerinde patronlardan alınan vergilerde kısıntıya gitme ve sosyal alanlara yapılacak harcamalarda kısıtlamalar gibi ivedi düzenlemelere tanık oluyoruz. Görünen o ki 2009 ve 2010 yıllarında kapitalizmin yapısal krizi bütün şiddetiyle yaşanacak. Eğer sisteme karşı emekçi sınıflardan yana bir iktidar mücadelesi yürütül(e)mez ve kapitalizm devam ederse, buhran 10-15 yılı bulacak bir süre devam edecek ve emek-gücünü satmak zorunda olanlara, küçük burjuvalara yaşamı dar edecek gibi görünüyor. Bu süreçte kapitalizmin yapısal krizlerinin sağlığa etkileriyle ilgili de pek çok bulgunun ortaya çıkışına yeniden tanıklık etmek zorunda kalacağız.

#### KAYNAKÇA

**Abelin, T.** (1986), Positive Indicators in Health Promotion and Protection. *World Health Statistical Quarterly*, 39: 353-364.

**Belek I, Hamzaoğlu O.** (2001), Kapitalizmin Olağan Seyri İçinde Sağlıkta Projeksiyonlar. *Toplum Sağlık Eczacı Dergisi*, 1(1)37-52.

**Belek I., Hamzaoglu O.** (2002), Changes in Health in the Last Two Decades in Turkey: Negative Impacts of Export-Oriented Development Strategy on Health. *International Medical Journal*, 9 (3): 177-184, September.

**Carrin, G., Politi, C.** (1996), Exploring The Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure. WHO, Geneva.

**Cereseto, S.B., Waitzkin, H.** (1986), Capitalism, Socialism, and Quality of Life. *International Journal of Health Services*, 16(4): 643-658.

**Etiler N, Çağlayan Ç, Özcan U, Erdoğan M S, Yavuz C I, Hamzaoğlu O.** (2002), 2001 Şubat Krizinin Kocaeli'de Sağlık Üzerine Etkileri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Diyarbakır, Eylül.

**Gough, I., Thomas, T.** (1994), Why Do Levels of Human Welfare Vary Among Nations? *International Journal of Health Services*, 24(4): 715-748.

**Hamzaoğlu O, Nalçacı E, Belek I.** (2000), Kapitalizm - Sosyal Politika - Sosyal Devlet - Sosyal Güven(siz)lik. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 1(1):5-12.

**Hamzaoğlu O.** (2007), Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. *İktisat Dergisi*, Sayı: 479-480: 58-65.

**Hamzaoğlu O.** (2006), Sağlık Tek Başına Sınıf Mücadelesinin Bir Aracı Olabilir mi? Tarihsel Süreci Yeniden İnceleme: Bismarck Öncesinde Sosyal Güvenlik. *Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 330-334.

**Hamzaoglu O.** (2002), Is GNP an Appropriate Indicator for the Development Level of a Country? . *International Medical Journal*, 9 (4): 257-260, December.

**Kaplan, G.A.** (1996), People and Places: Contrasting Perspectives on the Association between Social Class and Health. *International Journal of Health Services*, 26(3): 507-519.

**Lena, H.F., London, B.** (1993), The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross-National Analysis. *International Journal of Health Services*, 23(3): 585-602.

**Marx, K.** (1986), Kapital Cilt 1, 3. Baskı, Sol Yayınları, Ankara.

**Marx, K.** (1990), Kapital Cilt 3, 2. Baskı, Sol Yayınları, Ankara.

**Moon, B.E., Dixon, W.J.** (1985), Politics, The State, and Basic Human Needs: A Cross-National Study. *American Journal of Political Science*, 29: 661-694.

**Musgrova, P.** (1987), The Economic Crisis and Its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17(3):311-441.

**Nalçacı E, Hamzaoğlu O.** (2003), Üretim İlişkileri ve Sağlık. *Toplum ve Hekim*, 18(3):164-168.

**Navarro V.** (1978), Modern Kapitalizmde Batı Sağlık Sisteminin Krizleri, *International Journal of Health Services*, 8 (2): 179-211 (Çev.: Özkan Ö., Balta E. *Toplum Sağlık Eczacı Dergisi*, 1(1)61-84.

**Önder, I.** (2009): Kriz. *Kızılılık*, Sayı:35: 10-17, Kış.

**Ram, R.** (1985), The Role of Real Income Level and Income Distribution in Fulfillment of Basic Needs. *World Development*, 13(5): 589-594.

**Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.** (2004), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.** (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı.** (2002-2008), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001-2007.

**Sağlık Bakanlığı.** (2005), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2004, Ankara.

**SOL Meclis Sağlık Komisyonu** (2003), Sosyalist Türkiye'de Sağlık, Nazım Kültürevi Kitaplığı: İkinci Baskı, İstanbul. (ISBN 975-8271-48-2)

**Waters H, Saadah F, Pradhan M.** (2003). The Impact of the 1997-98 East Asian Economic Crisis on Health and Health Care in Indonesia. *Health Policy&Planning*, 18(2): 172-181

**Wright, E.O.** (1995), The Class Analysis of Poverty. *International Journal of Health Services*, 25(1): 85-100.

**Yang BM, Prescott N, Bae EY.** (2001). The Impact of Economic Crisis on Health-care Consumption in Korea. *Health Policy and Politics*, 16(4):372-85.