

**PANEL**

## DÜNYADA "SAĞLIK REFORMLARININ" DİNAMIĞI

*Hans-Ulrich DEPPE\**

Sağlık hizmetlerinden bahsederken sağlık hizmetlerinin gömülü olduğu toplumlardan bahsetmemiz gerekir. Ve sağlık politikalarının siyasi spektrum ile ilgiliğine bakarken daha önemli olan siyasi alanlar olduğunu biliriz. Ancak bazen sağlık hizmetleri siyasi gündemin en üstündeki madde olur.

Sembolik resmi biliyorsunuz: Köpek kuyruğunu sallar, kuyruk köpeğini değil.

Bu açıdan, sağlık ve hastalık sadece fiziksel tıbbi nesnelere değildir. Ve sağlık hizmeti sadece mekanik bir teknik değildir. Ayrıca hayat koşullarının, iş koşullarının, kültürel davranışların ve sosyal ilişkilerin bir sonucudurlar. Sağlık ve hastalık toplum içinde kökleşmiştir. Biz şöyle diyoruz: Arabuluculuğu toplum ve toplumun tarihi tarafından yapılır. Ve lütfen sözde reformlarla ilgili "reform" tabiri hakkında bir şeyler söylememe izin verin. Geleneksel olarak sosyal reform toplumsal yapıların adım adım değişimi anlamına gelmekteydi. Ve sağlık reformu sağlık hizmeti sisteminde yapısal değişiklik yapılması anlamına gelmekteydi. Ancak bugün aşağı yukarı şu anlama geliyor: maliyet sınırlama.

Günümüzde neredeyse tüm devletler -farklı yoğunluklarda ve farklı aşamalarda- küreselleşme, hükümet denetimini kaldırma ve özelleştirme süreciyle karşı karşıya bulunmakta. Bu bizim neoliberal dalga dediğimiz şey! Ve ülkelerin çoğunun içerisinde kamu sektörü bu gelişmelerle oldukça yüz yüze. Küreselleşme -sermaye birikiminin uluslararası ölçekte genişlemesi-

sınırları belli olmayan bir kavram. Bazı yazarlar yeni emperyalizmden bahsediyorlar<sup>1</sup>. Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca dünya çapında sermaye birikimi süreci sosyalist devletlerin yıkılması ve mikro-elektronik teknoloji ile tetiklenen üretici güçlerin gelişmesi ile nispeten hız kazandı. Küreselleşme sürecinde en saldırgan olan açığı Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Ticaret Örgütü tarafından desteklenen finansal sermaye. Aynı anda bu sektör toplumun diğer sektörlerinin nasıl yapılandırılması ve bu sektörlerin ne yapması gerektiğini belirliyor. Bunu sağlamak için temel araçlar olarak özel koşullu finansal kredileri kullanıyorlar. Ve bu koşullar genellikle kamusal mülklerin özelleştirilmesi ile birleştiriliyor. Pazar ve rekabet daha sosyal ilişkileri düzenlemelidir.

İşletmecilik kategorisindeki görüş tüm sosyal hücrelere nüfuz ediyor ve bunları içine alıyor. İşletmeciliğin temel amacı kar elde etmek. Bu sürecin bir sonucu olarak dünya çapında bir istikrarsızlığa, belirsizliğe ve sosyal kutuplaşmaya -sadece zengin ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında değil, zengin ülkelerin içinde de- tanık olabiliriz. Sosyal sorun siyasi gündemin dışına itiliyor ve sorumsuz bir şekilde göz ardı ediliyor. Yoksulluk, -zengin ülkeler için nispeten yüksek bir düzeyde yeni bir yoksulluktan bahsediyoruz- şiddet ve göç dünyanın büyük bir kısmında artıyor.

Ve küresel sermaye birikimi krize girdiğinde, ki bu tipik bir durumdur ve beklenebilir, piyasanın ve rekabetin temel savunucuları devleti yardıma çağırıyor. Piyasanın kendi kendini iyileştiren kuvvetleri konusunda şüpheye düşüyor ve Alman Bankası patronu Josef Ackermann'ın bu yıl mart ayında yaptığı gibi devleti denetime ve mali zararları tazmin etmeye çağırıyor<sup>2</sup>.

\*MD., Sosyal Tıp ve Tıp Sosyolojisi Profesörü, J.W. Goethe University, Frankfurt a.M./ Almanya

Bu durum genel olarak devlet tarafından kontrol ve sübvansede edilen sosyal bir sektör olan sağlık hizmetinin sunulması için de geçerli. Yansıtılmayan ve kontrol edilmeyen ekonomik kanunların ekonomik olmayan durumlar ve problemlere kadar yayılması ekonomikleştirme ya da iktisadileştirme şeklinde tanımlanıyor. Gerçekten egemen olan neoliberal ekonomi modelinin belirli koşullarında bu ticarileştirme demek<sup>3</sup>. Bence bu bağlama neoliberalizmin fiziksel bir durum değil sadece bir model, kuruluş olduğuna vurgu yapmak faydalı olacaktır. Neoliberalizm sürecine dahil olan ideal bir birey "homo economicus"a, sözde doğal olarak bencil olan ve performansını maksimize eden bir bireye indirgenmektedir. Bu ekonominin genel hatlarıyla eleştirilmesinden ziyade, her şeye kadriliğinin reddedilmesidir. Sorun sadece ekonomik ilkelerin gereğinden fazla etkilerinden biri değil ayrıca kullanılan araçların duruma uygun olup olmamasıdır. Ve toplum, sermaye, piyasa ve rekabetin hegemonik gereklilikleri altında boş bir piyasa toplumuna indirgenmektedir. Bu nedenle, hangi belirli ekonomik modelin yönetim yapısı konusunda bir temel oluşturduğu sorusu önemlidir. Son gelişmeler sağlık hizmeti sistemlerinin temel yapılarına -sağlık, tıp ve toplum arasındaki ilişkinin geliştirilmesi ve yenilenmesine- yönelik temel soruları gündeme getirmiştir.

Sağlık hizmeti sistemleri izole sosyal yapılar değildir. Toplumlarının yapısından, kültüründen ve tarihinden köklenirler. Sermayenin küreselleşmesindeki artışın aksine sağlık hizmeti sistemleri ile ulus devletler arasında güçlü bir bağlantı vardır. Sağlık hizmeti sistemlerinin dönüşümü teknolojinin aşıkardan daha yüksek bir seviyede değiştiğini gösterir. Sağlık hizmeti sistemlerinin yapısal değişimi her zaman sosyal ve siyasi mücadelelerin bir sonucu olmuştur. Bu özel bir sağlık hizmeti sistemi için savaşılmaması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu genellikle sermaye ve işgücü arasındaki uzlaşmanın bir sonucudur. Dünyanın pek çok bölümünde sağlık hizmeti sistemleri devrimlerden ve savaşlardan, faşist ve askeri diktatörlüklerin yenilmesinden ya da sosyalist ülkelerin yıkılmasından sonra yapısal değişiklik göstermiştir. Sosyal sistem tehdit altında olduğunda değişmişlerdir. Ve bir sağlık hizmeti sistemi için verilen mücadele tek bir eylem değil, sürekli bir kavgadır. Sağlık hizmeti sistemi toplumun aynasıdır. Toplumun tarihini ver karakterini yansıtır. Bu nedenle her ülkenin kendi sağlık hizmeti sistemini geliştirmesi gerekmektedir.

Günümüzde, sağlık politikası finansal kaynak edinmek için aşırı şekilde bastırılmıştır. Bu gerçekten inanılmaz: Bir yandan dünya üzerinde, özellikle de zengin ülkelerde şimdiye dek olmadığından fazla para var. Ve öte yandan temel sağlık hizmeti ihtiyaçları için yeterli para yok. Bu temel olarak bir bölüşüm sorunu ve şunu algılamalıyız ki, bilimde bile, bu sosyal karar ve siyasi güç sorunu anlamına geliyor.

Neredeyse tüm sağlık sistemleri, özellikle de zengin ülkelerde "gereğinden pahalı" olarak görülüyor. 'Maliyet patlaması' efsanesi yayılmakta. Sağlık ile ilgili masraflar sadece ekonomik kalkınmaya bir külfet olarak görülüyor - ve şu ana kadar sadece küresel ekonomik rekabette sermayenin konumlandırılması ile ilgili bir sorun. Zengin ülkelerde sağlık politikası kavramı değişiyor. Geleneksel ve ulusla kökleşmiş ve ortaklaşa olarak finanse edilen sosyal riskin telafi edilmesinden özel sermaye birikimini destekleyen bir etmene doğru değişmekte. Sağlık hizmetinde dayanışma yerini bireysel ve özel çıkarlara bıraktı. Bu bir yeniden bireyselleştirme ve ticarileştirme süreci.

Bu arada sağlık hizmeti sistemlerinin neoliberal dönüşümünde ileri olan ülkelerin 'en iyi' olmak zorunda olmadığını biliyoruz. ABD -neoliberalizm modelinin ortaya çıktığı yer- bu kuralın en önemli örneği. Ancak tek örnek değil. ABD dünya çapında gayri safi milli hasılası ve kişi başı GSMH'sı ile karşılaştırıldığında en yüksek sağlık harcaması yapan ülke konumunda. Dokümantasyon masrafları oldukça yüksek. ABD'de tıbbi teknoloji oldukça gelişmiş durumda ancak sağlık göstergeleri bunu yansıtmıyor. Buna ek olarak ABD'de sosyal yoksulluğun yayılması sağlık hizmetlerinin sağlanmasında sosyal eşitsizliği artırıyor. Birleşik Devletlerde yaklaşık 45 milyon kişinin herhangi bir sağlık güvencesi yok. Ayrıca bu 45 milyondan daha fazlasının sigortası gerekenden az. Ve sigortasızların ya da gereğinden az sigortalanmış olanların sayısı artıyor<sup>4</sup>. Bu gerçek deneyden dersler çıkarmalıyız! - Bu bağlamda Michael Moore'un birkaç aydır sinemalarda olan ve Amerikan (Avrupa değil) sağlık hizmeti sistemini anlamak için oldukça ilginç olan "Sicko" adlı filminden bahsetmek ve filmi tavsiye etmek istiyorum.

Söz konusu kaygı ve gerçeklerin arka planında halkın genelinin hastalık ve sağlıkla ilgilenirken kullandıkları bazı temel ilkeleri yeniden gözden geçirmek mantıklı olacaktır.

Sağlık ya da hastalık meta karakterini benimseyemez. Neden? Neler metadır? Metalar satılmak için üretilmiş mal ve hizmetlerdir ve bu metaların piyasa için üretildiği anlamına gelir. Araştırmalarımızın sonuçlarından biri şudur: Dünya üzerinde sadece piyasa odaklı temeller üzerine kurulmuş hiçbir sağlık hizmeti sistemi yoktur. Birleşik Devletler'de bile kamu finansmanlı programlar Medicaid ve Medicare vardır. Bu durum diğer etmenlerin yanı sıra şu özelliklere bağlıdır:

- Sağlık varoluşla ilgili bir maldır. İçme suyu, hava, eğitim ya da trafik güvenliği ve yargı güvenliği gibi toplumlarımızda ortaklaşa ve kamusal olarak bulunan bir kullanım değeridir. Sağlık hizmeti sosyal bir ihtiyaçtır. Sağlık hizmetinin sosyal organizasyonu piyasa ve karlar tarafından belirlenen diğer amaç ve çıkarlara değil bu ihtiyaca dayanmalıdır.

- Bir birey, diğer tüketim ürünlerinde yapabileceğinin aksine hastalısız olmaya karar veremez. (Örnek: Benim ülkemde siyasi tartışmalarda çok ünlü bir örnek kullanılır. Bu araba tüketimi ile sağlık hizmeti tüketimini karşılaştıran bir örnektir. Şöyle derler: Eğer kendiniz için iyi bir şeyler yapacaksanız yüksek maliyetli konforlu bir Mercedes alabilirsiniz. Eğer konfor sizin için o kadar da önemli değilse daha az para vererek bir VW alırsınız. - Bu ticari davranış sağlık hizmeti konusunda da benzer olmalıdır! Otomobil toplumunda bu oldukça akla yatkındır. Ancak ben bunun yanlış olduğunu düşünüyorum. Çünkü bu farklı sektörleri birbirleriyle kıyaslayamazsınız. Eğer kesinlikle bir Mercedes sahibi olmak istiyorsanız bekleyip para biriktirebilirsiniz. Sadece biraz zamana ihtiyacınız vardır. Ya da o kadar pahalı bir araba almamaya karar verebilirsiniz. Bu sizin alım gücünüze bağlıdır. Ancak hastalık sizin alım gücünüzle ilgili bir durum değildir! Diyabet ya da kanser olmamaya karar veremezsiniz - ya da daha sonra olmaya. Bu aşamaya kadar karşılaştırmaların gülünç ve siyasi yönleri olduğunu düşünüyorum! Açık ki bu karşılaştırmayı kullanan insanlar hasta bir insanla bir araba arasındaki farkı bilmiyorlar!)

- Hasta gelecekte ne zaman ve ne sebeple hastalanacağını ve hangi hastalığa yakalanacağını bilemez. Hasta tedavinin uygun süresini, zamanlamasını ya da türünü belirleme yeteneğine sahip değildir. Bu genel bir hayati risk olur. Ve söz konusu risk genellikle tek başına birey tarafından yönetilemez.

- Bir hastanın tıbbi yardım alma talebi ilk başta belirgin değildir. Önce bir uzmanın yeterliliği bunu tanımlar ve belirgin hale getirir. Bir uzmanın ve bir hastanın uzmanlıklar ve bilgisi arasında ilgili bir fark vardır. Tıp profesyonelleri endikasyonları belirleme ya da hangi tanısal ve tedavisel önlemlerin alınacağına karar vermeye yönelik klinik kararlarda büyük bir takdir yetkisine sahiptir. Bu noktada doktorların birer girişimci olmasının ya da girişimci gibi çalışmasının ne demek olduğunu hayal edebiliriz. Ticarileştirmenin çok önemli bir yönü!!!

- Ve sonucusu ve en önemlilerinden biri: hasta genellikle korku ve utanma ile birleşmiş bir belirsizlik, zayıflık, bağımlılık ve ihtiyaçtan kaynaklanan bir kırılganlık hali içerisinde.

Hasta ve piyasa arasındaki ilişkinin kısa tanımı kamusal korumanın gerekli olduğunu göstermektedir. Pek çokları sağlık hizmeti sunulmasının arz ve talep mekanizmalarına müsait olmadığını göstermektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti sistemi ekonomik piyasa aksaklıkları teorisinin bir örneğidir. Piyasanın bölüşümü ilgili becerileri bu durumda yetersiz kalmaktadır. Piyasa yönelimi olmayan kör bir güçtür. Ona talimatlar ve amaçlar sunulmalıdır. Bu nedenle toplumun demokratik temsilcisi olan devletin siyasi

olarak sahip olduğu önemli sorumluluklar ve vermek zorunda olduğu yönetsel kararlar vardır.

Ayrıca ekonomik rekabette kaynaklanarak artan ek baskı durumu zorlaştırmaktadır. Tarihsel olarak ekonomik rekabet işgücü piyasasının yanı sıra burjuva ekonomisinin temel öğelerinden biridir. Bu 19. yüzyılda yeni bir sosyal boyut haline gelmiştir. Rekabet her zaman galipler ve mağluplar yaratır. Mağluplar en zayıf olanlardır -tıbbi anlamda: kronik ve ağır hastalar. Bu en fazla ve en acil tıbbi bakım ve sosyal desteğe ihtiyaç duyan sosyal gruptur. Rekabetin soğuk ve yağışlı rüzgarı kutuplaştırıcıdır- sosyal eşitsizlikleri artırır. Ve bu kötü niyet ya da eksik etik temeller ile ilgili bir sorun değil, rekabetin ilkelerinin bir sonucudur. Ve bu başlı başına seçim anlamına gelir. Ben rekabete tamamen karşı değilim. Rekabet ilkesi futbol sahalarda ya da borsada anlamlıdır- ama bir hastanede değil!

6. Günümüz ekonomik modelleri içerisinde mikro-ekonomik ve makroekonomik rasyonellik arasında farklılıklar var. Çünkü tek bir işletmenin çıkarlarına en iyi şekilde hizmet eden bir konu tüm ekonomi için anlamlı olmak zorunda değil. Bu iki boyutun çıkarları genellikle çelişir. Özel mülkiyet hakları işletme rasyonelliği ile sosyal rasyonellik arasında gerçekçi bir iletişim sağlamamaktadır. Bu durum özellikle çevrenin korunması veya atom endüstrisi konularında aşikardır. Günümüzde mikro-ekonomik rasyonelliğin yayılması genellikle toplumsal kaynakların aşırı ölçüde boşa harcanması anlamına gelmektedir. Bireysel bir şirket, toplu makroekonomik, sosyal ve ekolojik konulara müdahale edene kadar sosyal maliyetleri göz ardı eder. Bu fenomen sağlık hizmeti sisteminde bile görülebilir. Örneğin, maliyetleri ambulatuvar sektörden hastanecilik sektörüne kaydırmak tek bir kuruluş için avantajlı olabilir de daha büyük bir perspektiften bakıldığında bu daha maliyetli bir hal alacaktır. Sağlık ekonomistlerinin alaycı ancak doğru bir şekilde ifade ettikleri gibi mikro-ekonomik bakış açısından ve işletmeciliğin rasyonelliği açısından etkisiz ve hatta tehlikeli sağlık hizmeti sistemleri etkili ve yararlı olanlarla aynı karı getirebilir.

Zamanımızda kamusal sağlık hizmeti sistemleri güçlü bir baskı altında. Neredeyse tüm alanlarında kendi kendini yöneten piyasa mekanizmaları, ekonomik rekabet ve mikro-ekonomik yapılar uygulama olasılığına yönelik kızgın bir arayış var. Bu yolla ekonomik karlılık doktorların mesleklerinin temel kriteri olan tıbbi gerekliliği bastırma eğiliminde. Bu tıbbi paradigmanın bir ihtiyaçla ilgili hizmet yerine bir sermaye birikimi alanı olarak hizmete doğru değiştirilmesidir.

Şimdi etik konusuna gelelim!

Sağlık hizmetinin ticarileştirilmesinin artmasıyla iyi şekilde bilgilendirilmiş hastalar dahi zor ve karmaşık bir konuma düşecektir. Yani tıbbi anlamda tedavi

sırasında verilen gündelik tavsiyeler ve bilgiler - örneğin: bu tıbbi müdahalenin gerekli değil. Sizin durumunuzda bu müdahalenin riski çok yüksek. Ya da: Bu tedavi müdahalesi sizin durumunuzda etkili değil. Şu anlama geliyor - tıp bilgisi ve deneyimine uygun değil, veya sadece çok pahalı olduğu anlamına geliyor. Hasta doktorun kendisine bu tavsiyeyi neden verdiğini nereden bilebilir? Bu aslında hastalığı için gerekli olan en iyi tedavi yöntemi midir? Ona anlatılması gereken tedavi alternatifleri nelerdir? Söz konusu tavsiye ve reçeteler doktorun kariyerine ve işyerine ya da özel hastanenin hisse fiyatlarını ve kar paylarını belirleyen kredi almaya uygunluğuna mı bağlıdır? Hissedar değeri en iyi dileklerini sunar! -Bu noktada sağlık hizmetinde işletmecilik rasyonelliğinin sınırlarından şüphe edebiliriz. Söz konusu bir durumda işletmecilik rasyonelliği karlı olabilir ancak uygarlığımızın sosyal normlarıyla derin bir çelişki içerisinde. Ekonomik rekabetin ve sermaye birikiminin sağlık hizmeti üzerindeki baskısı tıpta kültürel değişikliğe neden olmaktadır.

Artan ticarileşme sadece sağlık hizmetinin uygulamasına yönelik değil aynı zamanda teorik tıbbın, araştırmalarını ve insanlarla yaptığı deneylerin de bir sorunuymuş gibi görünmektedir. Pek çok araştırmacı araştırmalarında gerekli olan ilgi ve sorumluluğu kaybetmektedir. Hastaların hakları yeterince korunmamaktadır. Buradaki neden tıbbi araştırmaların ticarileşmesinde yatmaktadır. Araştırmaların kısa süre içerisinde sonuca ulaştırılması gerekmektedir. Ancak insanların ve hastaların doğru ve adaletli bir şekilde aydınlatılması için zaman gerekmektedir. Bunun üzerine pek çok bilim insanı klinik çalışmalarda yaptıkları araştırmaların ürünlerinde ticari olarak yer almaktadır. Ve Alman bir eczacı şunu ifade etmiştir: Sağlık hizmetinin kalitesi endüstriyel sponsorların çıkarları dahilindeki araştırmacıların artan yorum yapmadan teslimiyetçilikleri tarafından tehdit edilmektedir. Bu devletin klinik araştırmacıları desteklediği çekmesinin bir sonucudur<sup>5</sup>.

- Burada sadece Güney Koreli kök hücreleri araştırmacısı Woo Suk Hwang'ın kök hücrelerinin klonlanabilmesi ihtimaliyle ilgili yayınlarındaki dolandırıcılığından bahsedeceğim. Ya da:

- Alman tıp derneği dergisinde yer alan şu şekilde başlıklardan<sup>6</sup>:

"Araştırma dolandırıcılığı, Her üç araştırmacıdan biri sahtekar -Bir ABD çalışması ilk defa tarihinin kötüye kullanılması ve bilimsel açıdan uygun olmayan davranışlar hakkında rakamlar sunuyor. Kendi cevabına göre son üç yıl içerisinde kendi araştırmalarında yer alan her üç araştırmacıdan birinin (%33) cezalandırılabilir bir suç işlemiş - genellikle tasarımlar veya ampirik çalışmaların metodolojisi veya sonuçları finansal sponsorların baskısı üzerine manipüle edilmiş." Bu çalışma saygın Nature dergisinde yayınlanmıştı (2005; 435: 737-738).

Bu aralar tüm Avrupa ülkelerinde -İsviçre ve Hollanda hariç - nüfusun çoğu için sağlık hizmeti özel sigortalar tarafından karşılanıyor. Kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından, dayanışma ilkesi üzerine kurulmuş ve devlet kontrolünde olan sosyal sağlık kuruluşları tarafından ya da doğrudan devlet tarafından (ulusal sağlık sistemi) finanse ediliyor. Tabi ki bu Avrupa ülkelerinde özel sağlık sigortaları da mevcut - çoğunlukla ek sigorta olarak ya da küçük bir grup için tam sigorta olarak. Bu yüksek ekonomik ve siyasi güce sahip -sadece sağlık politikası konusunda değil- büyük sağlık sigortalarına sahip ABD ile karşılaştırıldığında büyük bir farktır (Wahlkampf Finanzierung Clinton). Avrupa'da özellikle birlik haline gelme ve entegrasyon süreci içerisinde geçtiğimiz yüzyılın doksanlı yıllarından bu yana neoliberal dalga ile birlikte batı refah devletlerinin merkezinde dahi sosyal (sağlık) sigortaları konusunda artan bir baskıyla karşı karşıyayız. Özelleştirme ve ticarileştirme yönünde güçlü bir eğilim var. Bu kanuni sağlık sigortalarının özel işletme gibi çalışma yolunda oldukları anlamına geliyor. Git gide özel sigortaların daha çok ögesini almaya başlıyorlar (sigortalının sağlık hizmeti için yaptığı ödemeler, kişisel olarak seçilen değer, geri ödeme, vb.)<sup>7</sup>

Bugüne kadar AB sağlık politikası esas olarak ulus çapında Üye Devletlerde yapılmaktaydı. Ancak bir baskı söz konusu. Sağlık politikasına ekonomi dışında yargıyla ilgili ve siyasi kuruluşlardan da baskı geliyor.

Ampirik ve teorik araştırmalar temelindeki mesajım nedir?

Bu problemler dizisi, bir toplumun ortak refahı hedef alan ve piyasanın kör gücüne ve rekabetin denetimsizliğe yol açan gücüne emanet edilemeyecek koruma altında olan sosyal sektörlere sahip olması gerektiği sonucunu ortaya çıkarıyor. Toplumumuzda, insani ve sosyal değerlere ters düşeceği ve zarar vereceği için özelleştirilmemesi ve ticarileştirilmemesi gereken alanlar olduğuna ziyadesiyle ikna olmuş durumdayım. Toplumlarımızda içerisinde iletişimimizin ve işbirliğinin ticarileştirilmediği ve hizmetlerin meta özelliği taşımadığı alanlara saygı göstermeli ve bu alanları korumalıyız. Söz konusu korunmuş sektörler kırılgan gruplarla (çocuklar, yaşlılar, psikiyatrik hastalar vb.) ilgilenilme şekline, beraberlik ve eşitlik gibi kırılgan sosyal amaçlara ya da kırılgan iletişim yapılarına -özellikle de sağlık çalışanı- hasta ilişkisi gibi güven üzerine kurulmuş yapılara - tekabül eder. Eğer doktorlar girişimciler gibi çalışmak zorunda kalırsa ve tıbbi kuruluşlar öncelikli olarak kar amacı güderlerse yönelim ve yön belirleme yanlış olacaktır. Aslında bu korunmuş sosyal sektörler insani bir sosyal modelin temelini oluşturur. Ve bence bu modelin etkin kamusal ve kar amacı gütmeyen yapısı için mücadele etmek gereklidir ve bu mücadeleye değer.

Tabi ki bu kolay değil. Bu sürecin oldukça ilerlediğini ve geri dönüş noktasının çoktan geçildiğini



tekrar tekrar - hatta akademik kuruluşlardan bile duyabiliriz. Ya da karşı koymamız gereken objektif gereklilikler olduğunu. Ancak ekonomik modelleri insan eliyle yapılmış yapılardır, doğa kanunları değil. Ve -bildiğimiz üzere- insanların yaptığı yapılar yeni insan fikirlerinin uygulamaya geçirilmesiyle değiştirilebilir.

Bu tartışma sadece siyasi bir tartışma değildir. Aynı zamanda içerisinde Evrensel Sağlık Hizmeti Sistemleri (UHCS) başlığı altında bilimsel topluluk için de - konferans ve kongrelerde - bir tartışma konusudur. Ve Evrensel Sağlık Hizmetleri Sistemlerinin genel karakteristik unsurları şunlardır:

- Sağlık hizmeti sadece tıbbi ihtiyaca yönlendirilmelidir.

- Nüfusun tamamının sağlık hizmetlerine serbest erişimi vardır.

- Tıbbi hak herkes için -kişisel mali olanaklardan bağımsız olarak- eşittir.

- Sağlık hizmetleri dayanışma temelinde vergiler veya harçlar yoluyla finanse edilir. Eğer öncelikli olarak vergi ile finanse ediliyorlarsa ulusal vergi yapısının tam olarak nasıl yapılandırıldığına ve bu yapının kimin çıkarına olacağına ve zararına olacağına bakmalıyız. Ve sonucusu ve aynı derecede önemlisi

- Toplum sağlığı faaliyetleri yüksek önceliğe sahiptir.

Farklı ülkelerde halihazırda UHCS'ler bulunmaktadır. Brezilya gibi gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra zengin refah devletlerinde de bulunmaktadırlar. Hepsi birbirinin aynısı değildir, çünkü farklı tarihleri vardır. Tamamen kapsanan, kısmi olarak kapsanan ya da hiç kapsanmayan hizmetler konusunda birbirlerinden ayrılırlar. Ancak tamamı farkı dayanışma şekillerini temel almaktadır! Ve bence bu noktadan -dayanışmanın anlamından- sağlık hizmetinin geleceğine bakmalıyız. Neoliberalizmin baş aktörlerinden biri olan Thatcher, şu parolayı benimsemekle hata yaptı: BAY (Başka alternatif yok). Dayanışma, neoliberal ticarileşmenin alternatifiydi ve hala da öyle. Ve dayanışma olmadan insan sağlığı sistemi oluşturmak mümkün değildir.

Alternatif neden dayanışma olmalı? Dayanışma kavramının işçi hareketlerinin tarihi ve siyasi olarak bastırılmış olan sosyal gruplar ile güçlü bir ilişkiye sahip bir tarihi var. Piyasada hareket eden bencil bireylere değil ortak bir zemine dayanıyor. Dayanışma ortak değerler ve ortak deneyimler anlamına geliyor - ortak bilinç anlamına geliyor. Problemleri dayanışma ile çözme gücü ortak bir güç olacaktır. Toplumun her bir üyesi adaletlilik koşulları altında kişisel olanakları tarafından belirlenen bir katkıda bulunur. Dayanışma,

işsizlik, yoksulluk, hak eksikliği ya da sağlık hizmeti gibi büyük problemlerle başa çıkmak için ortak bir zemin üzerine kurulmuş bir bilince ihtiyaç duyar. En güçlü dayanışma alt kesimlerin yüksek katılımıyla oluşan organize formlu olanıdır.

Sona geliyorum:

Görebildiğimiz gibi, hastalık ve sağlık konuları hiçbir açıdan dışta ya da kenarda kalan sosyal fenomenler değildir. Sağlık ve hastalık hakkında konuşur ve sağlık ve hastalığı incelerken çabucak merkezi sosyal, ekonomik, siyasi ve kültürel problemlere geliyoruz. Aslında sağlık hakkı bir insan hakkıdır. Bu nedenle Birleşmiş Milletler 1970'lerde Alma Ata'da "Herkes için sağlık" programını ilan etti. Nadiren, temel sosyal değerlerin utanmaz bir şekilde maskelenmiş özel çıkarlar için araçsallaştırılması insan haklarının anlamının onların istismarında yattığı varsayımına yol açıyor. Ancak, ben insan haklarının ticarileştirilmemesi gerektiğini düşünüyorum; insan hakları anlamlarına değer verilmeden pazarlanmaya uygun değil. Ve bu sağlık için genel olarak siyasi ve ayrıca temel bir bilimsel olarak bir parola anlamına geliyor: Sağlık meta değildir! Sağlık satılık değildir!<sup>8</sup>

## DİPNOTLAR

1. D. Harvey, Der Neue Imperialismus, Hamburg 2005.

2. "Es reicht nicht mehr, die Banken zu gegenseitiger Hilfe aufzufordern. Es gibt keinen Liquiditätsengpass, sondern einen Investorenstreik. Daher kann die Finanzmarktkrise insgesamt nur mit Hilfe der Notenbanken eingedämmt werden. Ich glaube hier nicht allein an die Selbsteilungskräfte der Märkte." So Josef Ackermann laut Frankfurt Allgemeine Zeitung vom 19 März 2008.

3. H.U. Deppe, Zur Sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2005, S. 163 ff und 185 ff.

4. D. Himmelstein, St. Woolhandler, I. Hellander, Bleeding the patient, the consequences of corporate health care, Monroe 2001.

5. P. Schönhöfer, Missbrauch, Betrug und Verschwendung, in: H.U. Deppe, W. Burkhardt (Hrsg.), Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 119.

6. DÄ, H. 26, 2005, S.1475

7. R. Schmucker, Gesundheit als "Dienstleistung von Allgemeinem Interesse", in: G. Elsner, Th. Gerlinger, K. Stegmüller (Hrsg.), Markt versus Solidarität, Hamburg 2004, S. 181-193.

8. H.U. Deppe, Zur Sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2005.