

KAPİTALİZMİN OLAĞAN SEYRİ İÇİNDE SAĞLIK AÇISINDAN PROJEKSİYONLAR

İlker Belek*
Onur Hamzaoğlu**

I- Giriş: Kriz-Sağlık İlişkisi Nasıl Tanımlanabilir?

Kriz sorunu son bir yıldır Türkiye'nin gündemini önemli oranda dolduruyor olsa da, yeni olmadığı kesindir. Ne Türkiye'de, ne de dünyada. Esasen bütün kapitalist sistem 1970'lerin ortalarından beri kriz diye nitelenen derin bir çalkantının içindedir.

Kriz denilince ilk akla gelen onun ekonomik niteliği olsa bile, olay daha ciddidir ve kriz sosyal, siyasal boyutları da olan bir sorunu ifade etmektedir. Ancak yine de, şu anda içinde bulunduğumuz krizin özelliklerine bakılarak, en azından özünün ekonomik nitelikli olduğu söylenebilir.

Öte yandan, kriz yalnızca içinde bulunduğumuz konjonktüre ilişkin, geçici, rastlantısal, dar kapsamlı bir sorun da değildir. Tam tersine yapısaldır. Kapitalist paradigma çerçevesinde neredeyse ritmik tarzda yinelenir. Yalnızca döviz kurlarında dalga-

lanma, borsada çalkalanma, enflasyon gibi mali göstergeleri değil, üretim ve tüketim kapasiteleri, sağlık ve refah durumu gibi daha kapsayıcı nitelikli toplumsal göstergeleri de etkileyen bir özelliğe sahiptir.

Krizin kalıcı ve yapısal nitelikleri onun kapitalizmin krizi olmasıyla ilişkilidir. Bu nedenle kriz ve sağlık konusu ele alınmadan önce ve özellikle de çözüm konusundaki kafa karışıklıklarının giderilmesi isteniyorsa mutlaka kapitalizm ile kriz ilişki üzerinde durulması gerekir. Ancak, böyle bir değerlendirme sonrasında sürecin sağlık boyutuna sıra gelebilir.

Bu yazıda da böyle yapılacaktır. Yazının temel amacı içinde bulunduğumuz ve Cumhuriyet tarihinin önemli krizi olarak nitelenen bu sıkıntılı dönemin, Türkiye sağlık sistemi ve toplumumuzun sağlık düzeyi üzerindeki etkilerini ortaya çıkarabilmektir. Bu amaçla, yukarıda gerekliliği belirlenen temel girişten sonra sağlığın sosyoekonomik belirleyici-

* Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

** Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

leri üzerinde durulacak, krizlerin sosyo-ekonomik belirleyiciler üzerindeki olumsuz etkilerinden hareketle, kriz sağlık ilişkisi genel olarak ortaya çıkarılacaktır. En sonunda ise, krizlerle sağlık sistemi ve toplumsal sağlık düzeyi arasındaki ilişkiler daha somut düzlemde değişik örnekler aracılığıyla ele alınacaktır.

İçinden geçtiğimiz krizin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek, ancak, bir yandan Türkiye’de, bir yandan da başka ülkelerde yaşanan geçmiş kriz dönemleri için bir sağlık değerlendirmesi yapılarak olanaklı olabilir. Bunun nedeni, krizin sağlık üzerindeki etkilerinin en az 5-10 yıllık değerlendirmelerle ortaya çıkabilmesidir. Şüphesiz kısa dönemde de sağlığın olumsuz etkilenmesine ilişkin kimi veriler elde etmek olanaklıdır. Örneğin, tıbbi malzemelerin, ilaçların piyasadan kaybolması, sağlık hizmetlerinin kullanımını sırasında, dar gelirli, sosyal güvencesiz denilmeden herkesten daha çok para alınmaya başlanması, hastanelerdeki ameliyat sıralarının malzeme eksikliği nedeniyle uzaması, sağlık kurumlarındaki kaloriferlerin çalıştırılmaması böyledir. Ancak özellikle krizin toplumsal sağlık düzeyi üzerindeki etkilerinin ortaya çıkarılması hedefleniyorsa, o zaman daha sabırlı davranmak, daha uzun dönemli incelemeler yapmak gerekir. Bu nedenle, kriz ile toplumsal sağlık durumu ilişkisi konusunda bugünden bir şeyler söylemek, önemli oranda geleceğe ilişkin tahminlerde bulunmak anlamına gelecektir. Bunun için de geçmiş kriz dönemlerinin

somut verilerini ele almaktan başka çare yoktur. Bu yazıda da, incelemenin bu boyutuna ilişkin olarak, böyle yapılacaktır.

II- Kapitalizm ve Kriz

Sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri incelenmeden önce, kısaca krizin yapısına değinilmelidir. Bunun için iki öncülle başlanabilir: Bu öncüllerden ilki, dünyanın egemen ekonomik sisteminin kapitalizm olduğu gerçeğidir ve Türkiye de bu sistemin içindedir. İkinci öncül ise Türkiye’nin bu sistem içindeki konumuna ilişkindir. Türkiye kapitalizmin periferinde bulunan, bu nedenle kapitalist üretim ilişkilerini kendine özgü, ancak kendisi gibi perifer ülkelerdekine benzer biçimde daha da ağır sorunlarla yaşayan bir ülkedir.

Kapitalizm bir metalar dünyası, kapitalist üretim de bir meta üretimi sistemidir. Kapitalizmde üretilen her şey piyasada değiştirilmek üzere üretilir. Üretilen metaların gerçek bir gereksinimi karşılamaya yarayıp yaramadıklarının, hatta gereğince tüketilip tüketilmediklerinin bile bir önemi olmayabilir. Üretilenlerin satılması yeterlidir. Gereksinimlerin tatmininin ise ilgili metaların satılmasını garantilemenin ötesinde herhangi bir anlamı yoktur. “Meta üretebilmek için o kimsenin yalnızca kullanım değeri değil, başkaları için kullanım değerleri üretmesi gerekir. Bir ürünün meta olabilmesi için kullanım değeri olacağı başka bir kimseye, değişim yoluyla devredilmesi gerekir.” (Marx K, 1978: 55)

Meta üretiminin burada ele alınan konu bakımından iki önemi vardır. Bunlardan ilki meta üretiminin aynı zamanda bir sömürü ilişkileri süreci olmasıdır. İkincisi ise, ilkiyle bağlantılı biçimde, meta üretiminin kaçınılmaz biçimde krizleri doğurmasıdır.

Meta üretimindeki sömürü artı değer sömürüsüdür. Metayı üreten esasen emekçi, işçi iken, emekçinin, işçinin sahip olduğu emek gücünün kendisi de bir metadır. Kapitalist işveren emek gücünü en ucuza mal etmek, bunun için ücretleri düşürmek, çalışma saatlerini uzatmak, iş ortamını olabildiğince sıkı biçimde denetlemek, bütün bunlara karşılık da üretim süreci sonunda elde ettiği metalarını en yüksek fiyattan satmak ister. Meta üretiminin sömürü ilişkilerine dayanmasının nedeni bu nesnel ekonomik süreçtir. Bir meta üretimi döngüsünde yeni üretilen değerlerin parasal karşılığı işçinin ücreti ve kapitalistin karı olarak karşımıza çıkar. İşçi, ücretini, kendisini ertesi gün yeniden iş başında tutacak yaşamsal gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanır. Sağlık da bu gereksinimlerden birisidir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, ücretin de, karın da esasen emekçi tarafından üretilmiş, buna karşılık bir kısmına (kara) kapitalist tarafından el konulmuş olmasıdır. İşte kapitalizmde artı değer sömürüsü denilen gerçek budur ve bir yandan da toplumsal sınıflaşmayı yansıtır. Sömürü aynı zamanda kapitalist meta üretiminin krizli yapısını anlamak bakımından başlangıç noktasını oluşturur (Marx, 1978: 202-214).

Kapitalizmde üretimin piyasa dengesi içinde gerçekleşeceği varsayılır. Buna karşılık kapitalist piyasanın dengeye gelmesinin olanağı yoktur. Bunun nedeni, piyasanın arz ve talep boyutları arasındaki dengesizliktir. Daha doğrusu, kapitalist piyasada talep, arzdan her zaman küçüktür. Talep arzı karşılamaya yetmez. Talebin arzdan küçüklüğünün nedeni, meta üretimi sürecinde kapitalist tarafından el konulan ve kar olarak ortaya çıkan bölmedir. Kapitalist piyasada talep, arzdan, her zaman için kar kadar küçüktür. Kar ne kadar büyürse, ücretler, bir başka ifade ile talep de o kadar küçülür. Sömürü ne kadar artarsa piyasa o kadar daralır.

Öte yandan kapitalist sistemde kapitalistler hep karlarını artırma, piyasada rekabet üstünlüğü elde etme, bunun için de sömürüyü derinleştirme güdüsü içindedirler. "Serbest rekabet, kapitalist üretimin içinde yatan yasaları, tek tek her kapitalist üzerinde güce sahip zorlayıcı dış yasalar olarak ortaya çıkarır (Marx, 1978: 284). Yani krize zemin hazırlayanlar ve krizi tetikleyenler kapitalistlerin kendileri, onların doymak bilmez, ancak nesnel karakterli kar hırslarıdır. Bu nedenle kapitalizmin krize girmesi kaçınılmazdır.

Kriz kapitalistler arasındaki rekabeti kızıştırır. Krizden ayakta kalarak çıkabilmek için rekabet üstünlüğü sağlamak, metaları diğer kapitalistlerden daha ucuza mal etmek, bütün bunlar için de emeği daha fazla sömürmek, maliyeti ve bağlantılı bi-

çimde ücretleri düşürmek gerekir. O nedenle, her kriz, varlığı çok ciddi teknolojik yenilenmelere ve sabit sermaye yatırımlarına gerek gösteren üretkenlik artışı ücretlerde görece bir yükselmeye olanak tanımadığı sürece, talebi daha da daraltıcı bir potansiyele sahiptir. Sonuç olarak, her kriz sağlığı ve sağlık sistemlerini olumsuz etkiler.

Meta üretimi kaçınılmaz biçimde piyasayı daraltır ve krize yol açar. Krizden çıkış ise üretkenliği artırarak, emek maliyetlerini üretkenliğe göre düşürerek, üretkenliği artıracak yeni teknolojiler, yeni emek örgütlenme modelleri, yeni yönetim biçimleri kullanarak sağlanabilir. Bütün bu nedenlerle krizden çıkış emek sömürüsünün derinleştirilip, yeniden düzenlenmesine bağlıdır.

Yukarıdaki analizden ortaya çıktığı gibi, kapitalizm bir kriz-rahatlama-kriz sarmalıdır. Kapitalizmin bu sarmal dinamiğini ilk kez Kondratief isimli bir Rus iktisatçısı, 20. yy başlarında, istatistiksel olarak, çeşitli ekonomik göstergeleri kullanarak göstermişti. Daha sonradan Marxist iktisatçı Mandel bu sarmal dinamiğin esasen daha uzun dalgalar biçiminde kendisini ortaya koyduğunu saptadı ve hem krizin, hem de rahatlamasının etkenlerini ayrıntılı biçimde ortaya çıkardı (Mandel E, 1986: 11-38).

Tarihsel olarak, bu sarmal yapının 1800'lerin ortalarından itibaren net biçimde izlenebildiği anlaşılmaktadır: 1826-1847 krizini, 1848-1873 rahatlaması, 1874-1893 krizini,

1894-1913 rahatlaması, 1914-1939 krizini, 1940(48)-1970'ler rahatlaması ve onu da halen devam etmekte olan kriz dönemi izlemiştir (Mandel, 1986: 12).

Her yükseliş ve refah evresi kar oranlarında ve üretken sermaye birikimindeki artışla karakterizedir. Kriz dönemlerinde ise tam tersi olur (Mandel, 1986: 19). Her kriz dönemi ekonomik göstergelerin tümü bakımından (ihracat, ithalat hacimleri, istihdam düzeyi, ücretler, v.b.) olumsuz etkiler gösterir. Bu nedenle her kriz döneminden sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi sosyal sektörlerin de aynı biçimde etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu neden böyledir? Bu soru "sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri" kavramı ile ilişkilidir ve bundan sonraki alt bölümde bu kavram üzerinde durulacaktır.

III- Sağlığın ve Sağlık Sisteminin Sosyo-ekonomik Belirleyicileri

Toplumsal sağlık düzeyi ve sağlık sistemlerinin yapısı (kısaca sağlık) pek çok şeyden etkilenir. Örneğin, toplumların sağlık düzeyi üzerinde toplumların yaş ve cins yapısının önemli etkileri vardır. Daha yaşlı toplumların (65 yaş üzerindeki insanların toplam nüfustaki oranının %7'yi geçtiği toplumlar) sağlık sorunları ile genç toplumların sağlık sorunları birbirinden önemli derecede farklıdır. Yaşlı toplumlarda kronik hastalıklar, genç toplumlarda ana çocuk sağlığı sorunları daha sıktır. Ancak sağlığı asıl belirleyenler, sağlık için ayrılan kaynaklar ile politik, ekonomik, çevresel ve sos-

yal ortama ilişkin faktörler olduğu öteden beri bilinmektedir (Abelin T, 1986: 354). Sağlığa ilişkin bu sosyo-ekonomik nitelikli belirleyiciler şu şekilde sıralanabilir:

1- Ülkelerin genel ekonomik politik sistemleri: Bir zamanlar sosyalist ülkelerdeki sağlık düzeyinin, aynı gelir grubunda yer alan kapitalist ülkelerden daha iyi olduğu bilinmektedir (Cereseto S, Waitzkin H 1986: 654). Bu gerçek, doğrudan doğruya sosyalist sistemin sağlık ve diğer refah hizmetlerini önceleyen, geliri eşitlikçi dağıtan politik tercihlerine bağlanabilir. Sağlık düzeyi üzerinde politik sistem yapısının, yüksek düzey demokrasinin, güçlü sol rejimlerin ve sol rejimlerdeki güçlü devlet müdahalesinin, insan haklarındaki gelişmenin, cins eşitliğinin, sosyal sektörlere gerekli harcamaların yapılışının belirleyici derecede ve pozitif yönde etkili olduğu çeşitli ampirik analizlerle de gösterilmiştir (Lena HF, London B 1993: 597; Gough I, Thomas T 1994; Moon BE, Dixon WJ 1985: 679).

2- Kişi başına düşen ulusal gelir: Yukarıda anılan araştırmaların hemen tümünde gelir düzeyi, sağlık, diğer refah göstergeleri ve sağlık sistemlerinin yapısı üzerinde en çok etkili olan değişken olarak saptanmıştır.

3- Gelir dağılımı ve yoksul nüfus oranı: Gelir dağılımı, gelirin kendisi kadar olmasa bile, sağlık üzerinde etkilidir. Gelir dağılımı eşitsizleştikçe (Ram R, 1985: 592) ve yoksulluk düzeyi arttıkça (Carrin G, Politi C, 1996: 15) sağlık kötüleşmektedir.

4- Sosyo-ekonomik statü ve sınıf-

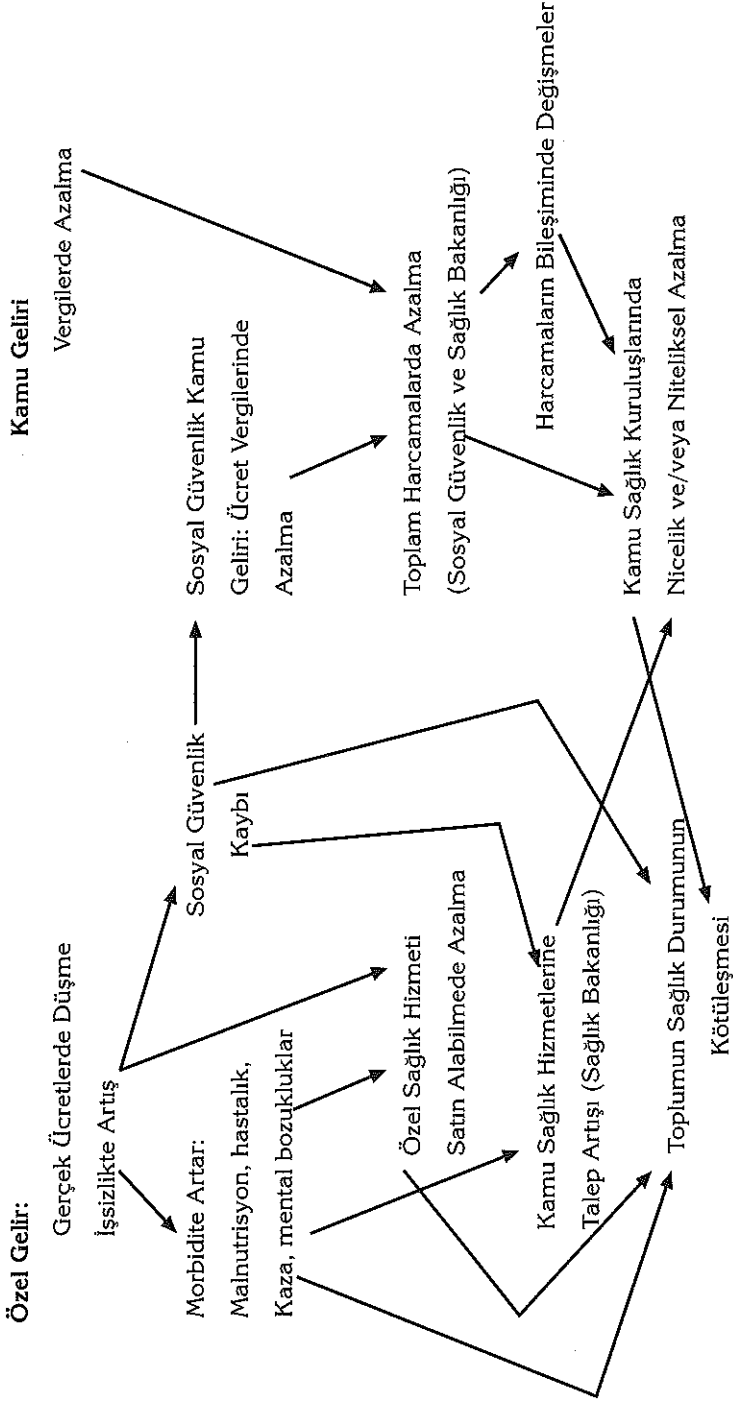
sal konum: Gelir, eğitim ve meslek bakımından daha iyi durumda bulunan toplumsal sınıfların sağlığının daha iyi olduğu bilinmektedir (Wright EO, 1995; Kaplan G, 1996). Bu nedenle, toplumsal sınıflar arasındaki farklılıkların, sınıfsal heterojenitenin arttığı dönemlerde toplumsal sağlığın da kötüleşmesi beklenmelidir.

5- Sağlık hizmetlerinin sunumunda hükümetlerin ve genel olarak kamunun ağırlığı: Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun belirleyici olması gerektiği genel olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni, hükümetlerin sağlık için ayırdıkları para ile ortalama yaşam süresi arasında ileri derecede pozitif ilişki olmasıdır (WHO, 1993: 59). Hükümetler sağlığa ne kadar çok kaynak ayırıyorsa ortalama yaşam da o kadar uzar. Kamunun sağlıktaki rolünün azaltılmasının ve özelleştirme politikalarının olumsuz sonuçları ise özellikle son yıllarda belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Eski sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması sonrasında ortalama yaşam süresinin 5-6 yıl kısalması (Tulchinsky TH, 1996: 313), Çin'deki liberalizasyon sonrasında bebek ölümlerinin iki katlık artışı (Hsiao CL, Liu Y, 1996: 431) bu gerçeğin örnekleridir.

Kriz dönemlerinde yukarıda sıralanan sosyoekonomik nitelikli etkenlerin tümü olumsuz yönde değişim gösterdiği için toplumsal sağlık düzeyi de kötüleşir. Musgrove ekonomik krizin toplum sağlık durumuna olan doğrudan ve dolaylı etkisini aşağıdaki gibi şematize etmiştir (Musgrove P, 1987:424):

GELİRİN AZALMASI

YATIRIMLARIN AZALMASI



Şekil: Ekonomik Krizin Sağlık Durumuna Doğrudan ve Dolaylı Etkileri

IV. Krizin Sağlık Sisteminin Yapısı Üzerine Etkileri

Kapitalizmin 1970'lerden beri yeni bir uzun krizin içinde olduğu yukarıda saptanmıştı. Bu dönem, kriz ile sağlık sisteminin yapısı ve toplumsal sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu konularda geleceğe yönelik öngörülerde bulunmak bakımından son derece zengin bir veri tabanı sunmaktadır.

Son 25-30 yıldır süregelen kriz, genel anlamda sağlık paradigmasında önemli değişiklikler yaratmış ve sosyal devletçi sağlık anlayışının kökten değiştirilmesine vesile olmuştur.

Bilindiği gibi, sosyal devletçi sağlık paradigması İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen son rahatlama döneminin başlarında oluşturulmuştu. Buradan hareketle rahatlama ve kriz dönemlerinin kendilerine özel sağlık paradigmalarının bulunduğu söylenebilir. Son rahatlama döneminin paradigması sosyal devletçi iken, içinde bulduğumuz son uzun kriz dönemindeki, neoliberal sağlık paradigmasıdır.

Sosyal devletçi paradigma, savaş sonrası dönemde teknolojinin tümüyle yenilediği, bütün gelişmiş kapitalist ülkelerin ciddi sanayileşme atacağına geçtikleri, toplumsal artı ürünün arttığı ve bundan geniş toplum kesimlerine pay dağıtmanın olanaklı olduğu bir tarihsel dönemde ortaya çıkmıştı. Açıkçası, o dönemde, teknolojinin gereksindiği emek gücünün gerekli nitelikleri de eskisine göre daha kapsamlı ve nitelikli sağlık hizmetlerinin sunumunu zorunlu kılmıştı. Kısa-

cası, sanayileşme atılımı için sağlıklı emek gücü gerekiyordu ve sağlıklı emek gücünün yeniden üretimini doğrudan devlet üstlendi. Sağlıklı emek gücü, emekçi sınıfların sağlık hizmeti dışında, eğitim, sosyal güvenlik hizmetlerine de rahat ulaşımını zorunlu kılıyordu. Bunlar da devletçe yerine getirildi. Sağlıklı emek gücünün yeniden üretiminin doğrudan devletçe üstlenildiği ve bu sürecin finansmanına bir sınıf olarak burjuvazinin de katkıda bulunmayı kabul ettiği bu model sosyal devletçi sağlık paradigması olarak adlandırılabilir.

Anlaşılabileceği gibi, sosyal devletçi paradigma sınıflar arasındaki bir konsensus durumunu ifade ediyordu ve bu konsensus devlet tarafından güvence altına alınıyordu. Devlet sağlık hizmetlerinin üreticisi, finansmanına katkıcısı ve burjuvazinin katkısının denetleyicisi konumundaydı. Burjuvazi, doğrudan kendi gereksinimleri için kullanılmayacak kamu sağlık fonlarına kaynak aktarmayı kabul ediyordu. Bunda, şüphesiz, İkinci Dünya Savaşı yıllarında biriken sınıfsal beklentilerin ve sosyalist sistemin ortaya çıkardığı ideolojik çekimin de etkileri vardı.

Krizle birlikte ortaya çıkan değişiklik yukarıda belirlenen politik konsensusun, karı artırmak amacıyla, burjuvazi tarafından tek taraflı olarak geçersiz ilan edilmesidir. Burjuvazi artık, kendisinin kullanmayacağı kamusal fonlara kaynak aktarmayı reddetmekte, bu yapıların olabildiğince kısıtlanmasını savunmakta ve sağlık gereksiniminin diğer metalarda olduğu gibi piyasadan karşılanması gerektiğini

ileri sürmektedir. Bu yapılırken de yeni sağın ortaya attığı (sağlığa devlet müdahalesinin piyasa dengelerini bozduğu gibi) pek çok tez süslenerek sosyal pazarlama teknikleriyle piyasaya sürülmektedir. Yeni anlayış kamunun, hükümetlerin sağlık sistemindeki etkisinin sınırlanmasını ve bir yandan da sağlık alanının özel yatırımcılara bırakılmasını savunmaktadır.

Böylece son 25-30 yıldır sağlık sektöründe gözlenen en önemli değişiklik sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve piyasaya açılması sürecidir. Özelleştirme denildiğinde akla gelenler, sağlık hizmetlerinden hizmetin

kullanım anında para alınması, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamının daraltılması, eskiden sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan yararlanımların paralılaştırılmasıdır. Piyasa ilişkileri ise, sağlık hizmeti üreten kurumlar arasına rekabet sokulması ve hizmetin üretimi ile finansmanının ayrılması ile yaygınlaştırılmaktadır. Bu politikaların tümündeki amaç kamu üzerindeki sağlık "yükü"nü hafifletilmesidir. Neoliberal sağlık paradigması sağlık hakkını bir maliyet unsuru olarak tanımlamaktadır. Özelleştirmeci politikalar, toplu biçimde aşağıdaki tabloda görülebilir.

Tablo-1: Özelleştirmeci Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üretiminden çekilmesi, işlevlerini koordinasyon ve denetimle sınırlaması
Sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere dolaylı nitelikli ek tüketim vergileri konulması
Kamu sağlık hizmetlerinin hedeflerinin küçültülmesi
Hizmeti kullanım anında alınan kullanıcı ödentileri
Temel sağlık hizmetleri için toplumdan aynı/ nakdi yardım toplanması (toplum finansmanı yöntemi)
Sağlık kurumlarının blok satışı
Sağlık kurumlarındaki kimi hizmetlerin taşeron firmalara devri
Kamu sağlık hizmetlerinde sözleşme sistemine geçiş
Kamu kurumlarının özel sektörden hizmet satın alması
Kamu kurumlarının özel hizmet sunmaya başlaması
Maliyet sınırlaması stratejileri:
Kaynakların kısıtlanması
Sağlık insan gücünün azaltılması
Hastanelerin kapatılması
Hastane yatak sayılarının azaltılması
Maliyet paylaşımı stratejileri:
Ön ödeme
Katkı payı
Sigortalı payı
Teminat tavanı
Cepten ödeme tavanı
Ekstra faturalama

Sosyal güvenlik sistemindeki yararlanım paketinin kapsamının daraltılması

Özelleştirmeci ve piyasacı politikalar istisnasız bütün kapitalist ülkelerde gündemdedir. Ancak en göze batar biçimde uygulandıkları ülkeler yine kapitalist sistemin periferinde yer alanlardır. Öte yandan, sosyal devletçi paradigma döneminde sağlık hizmetlerinin en fazla oranda kamulaştırıldığı İsveç ve İngiltere gibi merkez ülkelerde de özelleştirmenin boyutları daha çarpıcıdır.

İlaç ve teknoloji maliyetlerinin hastalara paylaşılması en sık kullanılan özelleştirme stratejilerinden

yeti de artmaktadır.

Bütün özelleştirmeci politikaların özellikle dar gelirli toplumsal sınıfları olumsuz biçimde etkilemesi kaçınılmazdır. Bunun nedeni, sağlıktaki özelleştirmeci politikaların yaygınlaştığı bu dönemde, sosyoekonomik eşitsizliklerin de artmakta olmasıdır (Sağlık sistemlerinde neoliberal dönemdeki özelleştirmeci ve piyasacı değişimlerin nedenleri, uygulamaları, sonuçları konusunda kapsamlı bir analiz için bkz Belek İ, 2001: 231-334).

Tablo-2: Bazı Avrupa Ülkelerinde Hastaların İlaçta Maliyet Paylaşımı (Saltman RB, Figueras J, 1997: 181)

Ülke	İlaç İçin Maliyet Paylaşımı
Belçika	Sabit oran artı sıfır, fiyatın %25'i, %50'si, %60'ı, %80'i, %100'ü
Danimarka	Sabit oran artı sıfır, fiyatın %50'si, %75'i ya da %100'ü
Fransa	Sıfır, %35, %65 ya da %100
Almanya	İlaç kutusunun büyüklüğüne göre 3 DM, 5 DM, 7 DM
Yunanistan	Sıfır, fiyatın %10'u ya da %25'i
İtalya	3000 Liret ya da 3000 Liret artı %50 tutarında sabit oran
Lüksemburg	Sıfır ya da %20
Portekiz	%30, %60, %100
İspanya	Sıfır ya da %40
İsveç	İlk ilaç için 160, sonrakiler için 60 İsveç Kronu
İngiltere	5.25 Sterlin tutarında sabit miktar

birisidir. Aşağıdaki tabloda değişik ülkeler için ilaçta maliyet paylaşımı stratejileri özetlenmiştir. Bu tür stratejiler giderek yaygınlaşmakta ve ilacın hasta tarafından paylaşılan mali-

V- Bazı Ülke Örneklerinde Krizin Sağlığa Etkileri

Bu bölümde literatür taramasında ulaşılabilen ülke örnekleri üzerinden,

ekonomik kriz ile toplumun sağlık durumundaki değişimlerin ilişkileri ampirik olarak sunulmaya çalışılmaktadır.

V.a. Türkiye

Kapitalizmin yetmişli yıllarda başlayan son büyük bunalımı konjonktüründe, Türkiye'de de ekonomik ve sosyal politikalarda çalışanların ve yoksulların aleyhine önemli değişiklikler yaşanmıştır. 24 Ocak kararları olarak bilinen ekonomik paket ve bunun uygulanmasının önündeki engellerin kaldırılması temel hedefli 12 Eylül 1980 darbesi bunalımın "anahtarı" olarak kullanılmıştır.

Bütçenin dolaysız vergiler yerine, dolaylı vergilerin büyük ağırlığı ile oluşması ve yüksek gelirli kesimin vergi yüklerinin azaltılması sağlanmıştır. Ulusal gelir içinde tarımın, ücret ve maaşın payı azaltılırken, rant, faiz ve karın payı hızla yükselmiştir. Devleti küçültme ve serbestleşme gerekçesi ile eğitim ve sağlık başta olmak üzere, sosyal alanların özelleştirilmesine gidilmiştir. Sendikal faaliyetler önce durdurulmuş sonra da emekçilerin aleyhine kısıtlamalarla yeniden düzenlenmiştir.

12 Eylül rejimi çıkardığı anayasa ve yasalarla Türkiye'de hem ekonomik hem de sosyal alanı, ulusal ve uluslararası sermayenin çıkarları doğrultusunda yeniden düzenlemiştir. Söz konusu düzenlemelerin sonucunda dış borçlar artmış, enflasyon yükselmiş, düşük gelirli adına gelir dağılımı bozulmuştur.

Türkiye'de 12 Eylül rejimi ile uygulanan ekonomik ve siyasal politikaların sağlığa etkisini değerlendiren bir çalışmada sağlıktaki eşitsizliklerin arttığı saptanmıştır (Belek, I, Hamzaoğlu O, 2000:265-277).

Sözü edilen çalışmada ilki 1968, sonuncusu da 1998 yılında gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verileri kullanılmıştır. Adı geçen çalışmada kullanılan değişkenler sınırlı olmakla birlikte, Belek ve Hamzaoğlu (2000) toplumsal sağlık düzeyiyle ilgili göstergeler (Bebek Ölüm Hızı (BÖH), postneonatal bebek ölüm hızı (PNBÖH) vb.) ile sağlık hizmetleriyle ilgili göstergelerden (doğum öncesi bakım almayan gebeler, vb.) bazılarını kullanarak, sağlıktaki eşitsizliklerin boyutunu ve yıllara göre değişimini hesaplamışlardır (Tablo-3, Tablo-4). Kullanılan iki eşitsizlik göstergesinden "Hız Oranı", en kötü ve en iyi durumdaki sosyo-ekonomik grupların karşılaştırmasını, "Nüfusa Atfedilen Risk (NAR)" ise incelenen toplumun sosyoekonomik durumunun, sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini vermektedir.

Tablo-3'de de görüldüğü gibi, bebek ölüm hızının kır/kent oranı 1978'de 1.23 iken, 1998'de 1.56'ya, Doğu/Batı oranı da 1.36 iken, 1.88'e yükselmiştir. Postneonatal bebek ölüm hızının kır/kent oranı da 1978'de 1.38'den 1998'de 2.17'ye, Doğu/Batı oranı da yine aynı yıllar için 2.12'den 3.85'e yükselmiştir.

Tablo-3: Türkiye’de Toplum Sağlık Düzeyindeki Yıllara Göre Değişim (%)

	1978	1998
Bebek Ölüm Hızı		
<i>Yerleşim Yeri</i>		
Kır/Kent	1.23	1.56
NAR(%)	11.2	17.6
<i>Bölge</i>		
Doğu/Batı	1.36	1.88
NAR (%)	19.4	23.2
Postneonatal Bebek Ölüm Hızı		
<i>Yerleşim Yeri</i>		
Kır/Kent	1.38	2.17
NAR(%)	17.6	30.8
<i>Bölge</i>		
Doğu/Batı	2.12	3.85
NAR (%)	31.1	55.6

Tablo-4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yıllara Göre Değişim(%)

	1988	1998
Doğum Öncesi Bakım Almayan Gebeler		
<i>Yerleşim Yeri</i>		
Kır/Kent	1.65	2.21
NAR(%)	22.8	31.1
<i>Bölge</i>		
Doğu/Batı	2.03	4.36
NAR (%)	33.5	55.9

Kır ile kent arasındaki sosyo-ekonomik eşitsizlikler giderildiğinde doğum öncesi bakım alamayan yüz gebeden 22.8’i 1988 yılında bakım alabilecekken, 1998’de söz konusu eşitsizlik giderildiğinde yüz bakım alamamış gebeden 31.1’inin doğum öncesi bakım alabileceği hesaplanmıştır. Aynı şekilde, Türkiye’de böl-

geler arasındaki sosyo-ekonomik eşitsizlikler giderildiğinde doğum öncesi bakım alamayan gebelerin 1988’de %33.5’i engellenebiliyor-ken, 1998’de %55.9’u engellenebilir hale gelmiştir. Bu veriler, Türkiye’de bölgeler ve yerleşim yerleri arasında var olan eşitsizliklerin yıllar içinde arttığını göstermektedir.

V.b. Tayland

Asya Kaplanları'nın krizi ya da Doğu Asya krizi olarak da adlandırılan 1990'lı yılların sonundaki ekonomik kriz Tayland'da 1997 Temmuzunda bütün şiddetiyle yaşanmıştır. Bu ülkede yaşananların sağlığa etkisi 1998-1999 yıllarını kapsayan iki yıllık süre içinde planlı izlem ve görüşmelerle ortaya konmaya çalışılmıştır.

1997 yılına gelindiğinde Tayland ekonomisi; yabancı sermayeye aşırı bağımlılığı, üreten değil, tüketen bir ülke olması ve hemen bütün sektörlerde özelleştirmeler, özellikle de yabancı şirketlere satışlarla gerçekleştirilmiş özelleştirmelerin yaygınlığı ile tanımlanabilir. O yıllarda benzer gelir düzeyindeki ülkeler arasında en fazla bütçe açığı vermesiyle de bilinen Tayland'da finans sektöründe hızlı büyüme, yatırım açıkları ve yapısal azalma dikkat çekicidir.

Krizle birlikte reel gelir ilk üç ayda %11.5 oranında azalmıştır. 1996 yılında 6.9 milyon olan yoksul sayısı, %14.5 artışla 1998 yılında 7.9 milyona yükselmiştir. Yoksulların %46'sının marjinal (geliri %80-100 oranında azalmış olmak) yoksullar olması dikkat çekicidir. 7.9 milyon yoksulun 3.1 milyonunu çocuklar oluşturmaktadır.

Kriz sonrasında bütçe gelirlerinden bütün alanlara yönelik olarak harcama kısıtlamaları getirilmiş olmakla beraber, en fazla eğitim, sağlık ve sosyal güvenlikte kısıtlama yapılmıştır.

Kriz öncesi hastane yataklarının %23'ü kamu, %77'si özel hastanelerde olan Tayland'da, görüntüleme merkezleri ve ileri teknoloji gerektiren sağlık alanlarında da benzer durum hakimdi. Kriz sonrasında, özellikle son dönemde açılan özel sağlık kuruluşlarının hemen tamamı kapanmıştır.

Kriz sonrasında toplumun tüm kesimlerinde hane halkı sağlık harcamaları azalmış, sağlık harcama kalıpları değişmiştir (Tablo-5). Daha önce sağlık sorunu olduğunda sağlık kurum ve kuruluşları tercih edilirken, kriz sonrası evde kendi kendine sağlık müdahaleleri yaygınlaşmıştır. Ayrıca, yoksulların evde kendi kendine sağlık müdahalesinin yanında, serbest eczacıları da tercih ettikleri gözlenmiştir. 1996 yılında nüfusun en fakir %10'luk kesimi sağlık hizmet gereksiniminin %28'ini, ikinci %10'luk dilimi de %24'ünü kendi kendine bakımla karşılarken, 1998 yılında bu oran sırasıyla %31 ve %28'e yükselmiştir. Aynı yıllarda yedinci %10'luk dilimde %17'den %27'ye, en zengin %10'luk dilimin de %15'den %19'a yükseldiği saptanmıştır. Dokuzuncu gelir grubunun dışında bütün gelir düzeylerindeki nüfus için sağlık sorunlarını kendi kendine çözme eğilimi artmış, kurumsal hizmeti kullanma azalmıştır.

Tablo-5: Tayland'da Hanehalkı Sağlık Harcama Kalıpları 1996-1998 (%)

Gelir Düzeyine Göre Nüfus	1996		1998		1996-1998 Değişim	
	Kurumsal Bakım	Kendi Kendine	Kurumsal Bakım	Kendi Kendine	Kurumsal Bakım	Kendi Kendine
En fakir %10	72	28	69	31	-3	3
2.%10	76	24	72	28	-4	4
3.%10	72	28	68	32	-4	4
4.%10	76	24	73	27	-3	3
5.%10	80	20	74	26	-6	6
6.%10	78	22	75	25	-3	3
7.%10	83	17	73	27	-10	10
8.%10	82	18	75	25	-7	7
9.%10	80	20	81	19	1	-1
10.%10	85	15	81	19	-4	4

Kriz sırasında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada toplumun bütün kesimlerinde intihar düşüncesinde ve umutsuzlukta artış olduğu saptanmıştır. 1996 yılında 145 bin olan sıtmalı sayısı, 1998 yılında 166 bin olmuştur, artış %14.5'tir. Kriz öncesi ve sonrası aşılama ayrılan bütçe diğerlerine göre yüksek olmasına karşın, difteri uygulamalarının yüksekliği dikkat çekicidir (Tangcharoensathie et al, 2000: 789-807).

V.c. Latin ve Güney Amerika Ülkeleri

Latin ve Güney Amerika ülkelerinde (Arjantin, Bahama, Bolivya, Brezilya, Kolombiya, Kosta Rika, Şili, Ekvador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaika, Meksika, Nikaragua, Panama, Paraguay, Peru, Venezüella) kişi başına düşen Gayri Safi Milli Ha-

sıla 1984 yılında 1970 yılına göre daha yüksek olmasına karşın, 1982 yılında başlayan dış ekonomik krizin bu ülkelerdeki benzer yansıması sonucu 1980-1983 arasında belirgin düşüş görülmüştür.

İşsizlik artmış, ücretler azalmış, sosyal güvenlik kaybı ortaya çıkmıştır. Beslenme, barınma, temiz su vb. temel gereksinimlerin karşılanmasında ortaya çıkan kısıtlılıklar hastalıklarda belirgin bir artışa neden olmuştur. Sağlık hizmetlerine gereksinim artmıştır. Ancak hem kamusal alanda sağlığa yapılan yatırım ve harcamaların azalması (bu ülkelerde merkezi hükümetler tarafından yapılan kişi başına sağlık harcamaları 1982 ve 1983 yılında %20 ile %40 oranında azalmıştır), hem de hekim, ilaç ücretlerinin de artmasına karşın kişilerin gelirlerinin azalmış olması nedeniyle özel sektörden de karşı-

lanma olanağının olmaması, toplumun sağlık durumunun belirgin düzeyde kötüleşmesine neden olmuştur. Morbidite ve mortalite krizi takiben yükselmiş, özellikle çocuklarda önlenebilir hastalıklardan ölüm artmıştır. Hastane kayıtlarının düzenli tutulduğu bir ülke olan Bolivya'da bu durumu rakamlarla göstermek mümkün olabilmiştir (Tablo-6). (Musgrove, 1987:411-441).

yılında 19 şehir merkezinde tüm çocukların %45'inin kızamık, %40'ının kabakulak, %45'inin polio, %40'ının DBT3 aşuları yapılmamıştır) siyahlarda ve şehir merkezinde yaşamayanlarda düşüş daha yüksektir. 1982-1983 yıllarında %16.2 olan kızamık insidansı, 1984'ün ilk yarısında %60.6'ya yükselmiştir.

Doğum öncesi bakım alan gebe sayısı siyahlarda daha fazla olmak

Tablo-6: Bolivya'da Hastaneye Başvuran Çocukların Beslenme Durumları ve Hastanedeki 1 Yaş Altı Ölümlerin Nedenleri (%) 1979-1983

	YILLAR				
	1979	1980	1981	1982	1983
Beslenme Durumu (Yaşa Göre Ağırlık)					
Normal	54	55	41	47	44
Malnutrisyon					
Derece 1	13	12	15	12	7
Derece 2	19	20	30	26	26
Derece 3	14	13	14	15	23
Ölüm Nedenleri					
İshal	23	21	22	28	42
Zatürre	11	15	12	5	12
Menenjit	6	15	10	5	5
Tüberkuloz	0	5	7	3	5
Sepsis	7	19	17	19	20
Dizanteri	6	5	17	17	7
Diğer	47	20	15	23	9

V.d. Amerika Birleşik Devletleri

ABD'de dünya ekonomik krizinin (1982) çocuk sağlığı üzerine etkilerini belirlemek üzere 1984 yılında ülke genelini temsil eden bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Aşılama oranları genel olarak düşmekle birlikte (1983

üzere düşmüştür. 1981 yılında siyah kadınların %62'si, beyaz kadınların %79'u doğum öncesi bakım alabilmişlerdir.

1980 ve 1981 yıllarında düşük doğum ağırlıklı ve erken doğum oranı %8.9'dan %9.0'a yükselmiştir. Si-

yah kadınlarda düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma sıklığının diğer kadınlara göre 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

1981 yılında 5-14 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan 167 intihar gerçekleşmiştir. Madde kullanımını %37 oranında artmıştır.

Sayıları 500 bini bulan altı yaş altı fakir çocukların %7'sinde anemi, %8.5'inde de gelişme geriliği saptanmıştır (Miller CA, Coulter EJ et al 1985:431-450).

VI- Sonuç

Ekonomik kriz kapitalizm için yarısalıdır. Kapitalizm varsa, krizi de olur. Ekonomik krizin sağlık üzerindeki etkileri, sağlığın belirleyicilerinde ortaya çıkardığı değişikliklerden dolayımlanır.

Kriz gelir dağılımındaki eşitsizliği derinleştirdiği, işsizliği, yoksulluğu artırdığı, ulusal gelirden düşmeye neden olduğu, sosyal sektörlere aktarılan kaynaklarda kısıntıya neden olduğu için sağlıkta durumunu bozar, sağlıktaki eşitsizlikleri artırır.

Bütün bunlar kapitalist ekonomik sistem için kaçınılmaz sonuçlardır. Ülke ekonomilerinin güçlerine göre bu kaçınılmaz sonucun etkilerinden kısmen korunmak olanaklı olabilir. Bu nedenle sistemin merkezindeki ülkeler daha az etkilendirilir. Ancak bu durum kaçınılmazlık olgusunu değiştirecek bir nitelik değildir.

Bütün bunlardan dolayı, krizin etkilerinden korunmak gelir dağılımında eşitlik sağlayacak kamucu bir ekonomik politika ve sosyal sektörlerle kaynak aktarımı gerektirir. □

KAYNAKLAR:

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

Belek, I., Hamzaoglu, O. (2000), "Son Yirmi Yılda Sağlıktaki Değişim: 12 Eylül Rejiminin Yarattığı Olumsuzluklar", *Toplum ve Hekim*, 15(4):265-277.

Belek, I. (2001), "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası", *Sorun Yayınları*, 2. Baskı, İstanbul,

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.

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

Hsiao, C.I., Liu, Y. (1996), "Economic Reform and Health: Lessons from China", *New England Journal of Medicine*, 335(6): 330-332.

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.

Mandel, E. (1978), "Kapitalist Gelişmenin Uzun Dalgaları", Yazın Yayıncılık, İstanbul.

Marx, K. (1978), *Kapital Cilt 1*, Sol Yayınları, Ankara.

Miller, C.A., Coulter, E.J., et al (1985), "1984 Update on The Economic Crisis and The Children: A United States Case Study", *International Journal of Health Services*, 15(3): 431-450.

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.

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

Saltman, R.B., Figueras, J. (1997), "European Health Care Reform", WHO.

Tangcharoensathien, V., Harnvoravongchai, P., Pittayarangsarit, S, Kasemsup, V. (2000), "Health Impacts of Rapid Economic Changes in Thailand", *Social Science and Medicine*, 51:789-807.

Tulchinsky, T.H. (1996), "Addressing The Epidemiologic Transition in The Former Soviet Union", *American Journal of Public Health*, 86(3): 313-320.

WHO. (1993), *Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services*, Geneva.

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