



# KAPİTALİZMİN KRİZİ VE SAĞLIK CRISIS OF CAPITALISM and HEALTH

Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği  
Avrupa Birimi XVI. Konferansı  
XVI. Conference of  
International Association of Health Policy in Europe

**29 Eylül -2 Ekim 2011**  
**September 29 - October 2, 2011**

Çankaya Belediyesi Çağdaş Sanatlar Merkezi  
Kennedy Cad. No: 4 Kavaklıdere / Ankara



Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı  
XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe

# KAPİTALİZMİN KRİZİ VE SAĞLIK CRISIS OF CAPITALISM and HEALTH

**29 Eylül -2 Ekim 2011**  
**September 29 - October 2, 2011**

ISBN 978-605-5867-50-8



International Association of Health Policy

**Onursal Başkan /Honorary  
President of the Conference**

Hans-Ulrich Deppe

**Konferans Başkanları /The Presidents of the Conference**

Alexis Benos, IAHPE Başkanı/President of IAHPE

Eriş Bilaloğlu, TTB Başkanı/President of TMA

Bülent Tanık, Çankaya Belediye Başkanı /Mayor of Çankaya

**Konferans Sekreterleri /The Secretary of the Conference**

Özlem Kurt-Azap

Özlem Özkan

Elias Kondilis

Stathis Giannakopoulos

**Düzenleme Kurulu /Organizing Committee**

Feride Aksu-Tanık

Aytuğ Balcıoğlu

Alexis Benos

Murat Civaner

Sabriye Feyzioğlu

Stathis Giannakopoulos

Onur Hamzaoğlu

Haydar Han

Elias Kondilis

John Lister

Reci Meseri

Kayıhan Pala

Zeliha Öcek

Osman Öztürk

Hakan Tüzün

Reyhan Uçku

Cavit Isık Yavuz

Savaş Yorgancı

Mehmet Zencir

## **Bilimsel Danışma Kurulu /Scientific Advisory Committee**

Lila Antonopoulou	Gazanfer Aksakoğlu	Matt Anderson
Hamdi Aytekin	Necla Aytekin	İlker Belek
Alexis Benos	Arzu Çerkezoğlu	Meltem Çiçeklioğlu
Meltem Çöl	Necati Dedeoğlu	Hans Ulrich Deppe
Çetin Erdolu	Muzaffer Eskiocak	Julian Tudor Hart
David Himmelstein	Ali Osman Karababa	Ferit Koçoğlu
Asa Christina Laurell	John Lister	Hani Serag
Ferda Özyurda	Angelo Stefanini	Alicia Stolkiner
Şafak Taner	Carolina Tetelboin Henrion	Meral Türk
Jean-Pierre Unger	Aynur Uysal	Howard Waitzkin
Steffie Woolhandler	Pol de Vos	Theodore Zdoukos
Ata Soyer		

# İÇİNDEKİLER/CONTENT

▪ İÇİNDEKİLER/CONTENT .....	5
▪ Kapitalizmin Krizinin Ekonomik Analizi .....	19
<i>The Economical Analysis of the Crisis of Capitalism</i> .....	21
▪ Kriz, Ticarileşme ve Hasta Hekim İlişkisi.....	23
<i>Crises, Commercialization and Doctor-Patient Relationship</i> .....	24
<b>1980 Sonrası Sağlık Reformları The Health Care Reforms After 1980 .....</b>	<b>25</b>
▪ Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası .....	25
<i>Pandemic of Health Care Reform: Why and How? Political Economy of Health</i> .....	29
▪ Dünya Sağlık Örgütü'nün "Yeni Yönetişim" Reformu: Hükümetlerin Yerine Kamu-Özel 'Gözetim' Üstyapısı .....	33
<i>"New Governance" Reform of the World Health Organization: Replacing Governments with A Public-Private 'Oversight' Super Structure</i> .....	37
▪ Kamu Tarafından Finanse Edilen Halk Sağlığı Araştırmalarının Özel Sektörün Kontrolüne Geçtiğinden Kuşkulananmayı Gerektiren Nedenler .....	41
<i>Reasons to Suspect THAT Public Research in Public Health Has Been Subdued By Private Interests</i> .....	46
<b>Sağlık Reformu Pandemisi "Ülke Örnekleri" Health Reform Pandemics "Country Examples" .....</b>	<b>50</b>
▪ Sağlık Sistemlerinin Piyasalaşma Yoluyla Reformu: İngiltere, Malezya ve Yeni Zelanda'da Piyasalaşmanın 30 Yıllık Karşılaştırmalı Analizi .....	50
<i>Reforming Health Systems Through Marketisation: Comparative Analysis of Effects of Three Decades of Marketisation in England, Malaysia and New Zealand</i> .....	52
▪ Latin Amerika'da Neoliberal Sağlık Reformları ve Yıkıcı Sonuçları.....	53
<i>Neoliberal Health Reforms in South America and the Disasterous Impacts</i> .....	57
▪ Ülke İçinde ve Dışında ABD Şirketleri ve Sağlık Sistemi Reformu .....	61
<i>US Corporations and Health System Reform at Home and Abroad</i> .....	62
<b>Sağlık Reformu Pandemisi "Ülke Örnekleri" Health Reform Pandemics "Country Examples" .....</b>	<b>63</b>
▪ İşgal Altındaki Filistin Topraklarında Sağlık Sektörü ve Sağlık: Uluslararası Toplumun Rolü .....	63
<i>Health Sector and Health in the Occupied Palestinian Territory: The Role of The International Community</i> .....	65
▪ Türkiye'de Sağlık Reformları.....	67
<i>Health Reforms in Turkey</i> .....	69
▪ Yunanistan'da Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Reformu .....	71
<i>Capitalism Crisis and Health Care Reform in Greece</i> .....	73
<b>Sağlık Sektöründe Piyasalaşma Örnekleri Marketing Examples in Health Sector .....</b>	<b>75</b>
▪ Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma Mekanizmaları.....	75
<i>Mechanisms of Marketization in Health Services</i> .....	77
▪ Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi .....	80
<i>Pharmaceutical Industry in Global Capitalism</i> .....	82
▪ Küresel Kapitalizmde Aşılar .....	84
<i>Vaccines in Global Capitalism</i> .....	86

**Neoliberal Ekonomik Politikaların Sağlık Çalışanlarına Etkisi The Effects of Neoliberal Economic Policies on Health Care Workers..... 88**

- Sağlık Çalışanlarının Esnek İstihdamı .....88  
*Flexible Employment of Health Care Workers..... 92*
- Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi.....96  
*Flexible Pricing of Health Care Workers..... 99*
- Esnek Üretimin İdeolojik Yansımaları .....103  
*Ideological Reflections of Flexible Production..... 107*
- Taşeron Sağlık Emekçilerinin Mücadele ve Kazanımları.....111  
*The Struggle and Acquirements of Subcontractors' Health Workers ..... 112*

**Posterlerin Kısa Sunum ve Tartışması/ Oral Poster Presentations and Discussion .....113**

- Hollanda Hastane Bakımında Performansa Dayalı Ödeme: Performans Ölçümüne Verilen Profesyonel Yanıtlar Çalışması .....113  
*Pay for Performance in Dutch Hospital Care: A Study of Unintended Professional Responses to Performance Measurement..... 115*
- Performansa Dayalı Ödeme Finans Modelinin Paradoksu: Kanada British Columbia'dan Bir Örnek .....117  
*The Paradox of Pay for Performance Financing Models: an example from British Columbia Canada..... 121*
- Sağlık Sisteminin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması Üzerine Etkisi: Kamu Sektörüne Karşılık Özel Sektör .....125  
*Impact of Health Care System on Total Health Expenditure Per Capita: Public Sector Driven VS Private Sector-driven..... 126*
- Yunanistan'da Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Düzenlenmesi: Başarısızlık mı Yoksa Sadece Bir Mit mi? .....127  
*Regulation of Private Health Providers in Greece: Failure or Just a Myth? ..... 129*

**Posterlerin Kısa Sunum ve Tartışması Oral Poster Presentations and Discussion .....131**

- Kamu-Özel Ortaklıkları bir İlerleme midir? .....131  
*Are Public- Private Partnerships the Way Forward? ..... 133*
- Sağlık Bakımı İyileştirme Planları: Ne İçin ve Sıradaki Ne?.....134  
*Health Care Recovery Plans: What's for and What's Next?..... 135*
- Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Aile Hekimliği Uygulamasının 2003- 2011 Döneminin Değerlendirilmesi.....136  
*Health Transformation Program in Turkey, Introduction of the Family Medicine Implementation: Evaluation of 2003-2011 Process..... 138*
- Türkiye'de Aile Hekimliği Modeli: Halk Sağlığı Hemşireliğinden Aile Sağlığı Elemanına Geçiş.....140  
*Family Medicine Model in Turkey: Transition from the Public Health Nursing to the Family Health Personnel..... 143*

**Neoliberal Politikalara Karşı Mücadele için Dayanışma Solidarity for Struggle Against Neoliberal Economic Policies.....146**

- Arjantin'deki Kriz Sonrası Sağlık ve Toplum: Işık ve Gölgeler .....146  
*Health and Society After the Crisis in Argentina: Lights and Shadows ..... 151*
- Yunanistan Sağlık Hakkı Hareketi .....156  
*The Movement for The Right to Health in Greece..... 157*

- İyi Hekimlik ve Nitelikli Sağlık Hizmeti ve Sağlık Hakkı İçin Çok Ses Tek Yürek Mücadele Kampanyası..... 158  
*“Many Voices-One Heart” Struggle Campaign for Good Medicine, Good Quality of Health Care and Health Right.....162*
- Uluslararası Kar Etme Barbarlığını Defetmek İçin Uluslararası Bir Harekete İhtiyaç Var: Halkın Sağlığı Hareketi Bakış Açısı ..... 166  
*International Profit Making Barbarism Needs an International Movement to Overthrow It: The People's Health Movement Perspective .....168*
- Tıp, Halk Sağlığı ve Bir İmparatorluğun Sonu mu? Alternatif bir Geleceğin İnşası...170  
*Medicine, Public Health, and the End of Empire? Building an Alternative Future...174*

## **POSTERLER POSTERS ..... 178**

- Türkiye’de Sağlık Reformlarının Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri ..... 178  
*The Effects of Health Care Reforms on Women’s Health in Turkey.....180*
- 2006 başındaki Gazze Şeridi Kuşatması Sonrasında Düşük Doğum Ağırlıklarında Psikososyal, Ekonomik ve Siyasal Gerilim Etmenlerinin Etkisi: Bir Eşleştirilmiş Olgu-Kontrol Çalışması..... 182  
*Impact of Psychosocial, Economic, and Political Stressors on Low Birth Weight following Siege of Gaza Strip in Early 2006: A Matched Case-Control Study.....184*
- Toplu Anlatı Uygulaması, “Yaşamımızı Depresyonun Etkisinden Kurtarma” Şili, Gloria Navales’teki Yaşlıların Ortak Belgesi..... 186  
*Collective Narrative Practice, “Reclaiming Our Life From The Influence of Depression”, Collective Document of The Elderly People of Glorias Navales, Chile .....188*
- Malaria Enfeksiyonu ve Nijerya’daki Kadınların Üreme Sağlığı Koşulları Üzerindeki Sosyoekonomik Etkileri ..... 190  
*Malaria Infection and Its Socio-economic Implications on the Reproductive Health Conditions Of Women In Nigeria.....191*  
*Capitalism Versus the Struggle for Health: The Pedagogy of Community Paralegal Worker.....192*
- Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ..... 193  
*Problems of Primary Health Care Services in Turkey .....195*
- Sağlık Piyasasının Temel Aktörleri: Doktorlar ve Hemşireler..... 197  
*Main Actors of The Market For Health: Doctors and Nurses.....199*
- Egemenliğin Kullanımı Bakımından Dünyada Uygulanan Demokrasi Türleri İle Ülkelerin Sağlık Düzeyleri Arasında İlişkinin Araştırılması ..... 201  
*Sovereign Power in The World in terms of Types of Democracy Applied to Investigate the Relationship between Countries' Health Levels .....203*
- Kaçak Göçmenler ve Sağlık ..... 205  
*Illegal Immigrants and Health .....207*
- Gıda Krizi ..... 209  
*Food Crisis.....213*
- Kriz, Parasal Yaptırım Mekanizmaları (MEMs) ve Sağlık: Yunanistan Olgusu .....217  
*Crisis, Monetary Enforcement Mechanisms (MEMs) and Health: the Case of Greece .....219*
- Kamudaki Özel.....221  
*Hidden Private in Public Health Services.....222*

## **Biliriz nedir bizi hasta eden!**

Sanırım hepimizin bildiği ve benim de tıp fakültesine girdiğim ilk yıllarda okuduğum Brecht'in ünlü şiiri böyle başlar: Biliriz nedir bizi hasta eden!

Söylenir bizi senin iyileştireceğin  
hastalandığımız zaman.  
Diyorlar ki, sen, tam on yılda

öğrenmişsin hastaları iyi etmesini  
halkın parası ile yapılan  
güzel okullarda.  
Dünyanın parasını dökmüşsün  
olmak için bilgi sahibi.  
Senin elinde öyleyse iyileştirmek bizi.  
Ne dersin, elinde mi?

Seni gelince görmeye,  
çıkartıyorlar üstümüzdekileri,  
zor değil hastalığımızın nedenini anlamak,  
şöyle bir bak üstümüze başımıza,  
o saat öğrenirsin her şeyi.  
Çünkü elbisemizi yıpratana neyse,  
odur vücutlarımızı da yıpratana.

Rutubetten diyorsun, vücudumuzdaki ağrı.  
Duvarlarımızda ki leke de ondan.  
Söyle öyleyse bize:  
Rutubet neden?

Ezdi bitirdi bizi  
çok çalışmak, az yemek.  
Sense öğüt verirsin,  
dersin, kanlı canlı olun!  
Suda büyüyen kamaşa  
demeye benzer bu:

çık başka yerde yaşa.  
Ne kadar vakit ayırırsın bizim için?  
Baksana, evinde bir halın var,  
en azından beş bin muayene eder.

Haklı çıkarmak için kendini  
bunda benim suçum yok  
diyeceksin ister istemez.

Bizim evin duvarındaki  
ıslak lekeye git sor:  
o da bundan başka bir şey demez



Evet sanırım Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği'ni 1977'de kuran sağlıkçılar "bundan başka bir şey deme" arzusundaydılar. Onlar insanları içinde yaşadığımız çağda hasta edenin kapitalizm olduğunu bilen ve bunu ısrarla söyleyenlerdi. Türk Tabipleri Birliği için ne güzel ki bugün, burada bu yaklaşımı her zaman destekleyen Çankaya Belediyesi ile birlikte Uluslar arası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi'nin XVI. Konferansına ev sahipliği yapıyoruz. Hoşgeldiniz dostlarımız.

Hastalıkların gerçek nedenini biliyoruz. Ne var ki yetmiyor, yetmez. İşte dünya ölçeğinde kapitalizm krizde ve bunun faturası da yine dünya halklarının üzerinde. Özel olarak Türkiye –ki çokça konuşacağız üç gün boyunca- piyasacı sağlık politikasının tam bir laboratuvarı olarak kullanılıyor. Yaşadıklarımız kapitalizmin krizi ve sağlık başlığının ancak buna karşı mücadele edenlerce doğru ele alınabileceğini gösteriyor. O nedenle, bu toplantıyı çok önemsiyoruz. Dünya ölçeğinde katılımı değerlendirme, farklı deneyim, gözlemlerin paylaşılacağı toplantı hepimizin mücadelesi için hem moral hem bilgi hem de mücadele iddiamızı büyütme katkısı sunacak.

Bu etkinliğin gerçekleşmesinde emeği geçen çok sayıda arkadaşımız var. Ama ben burada bunu hepimiz adına hepimiz için görünür kılan ve bu işin yükünü omuzlayan üç kişiyi adlarıyla anmak istiyorum: sevgili Feride'ye, Alexis Benos'a, Bülent Tanık'a ve onların şahsında bütün katkı sunanlara teşekkür ediyorum. Elbette bugünden başlayarak oturumları izleyecek, katkı sunacak ve en önemlisi buradan çıktıktan sonra herkes için eşit, ücretsiz, nitelikli bir sağlık hakkı mücadelesinde yer alacak, sürdürecektir bütün dostlarımıza başarılar ve kolaylıklar diliyorum.

***Eriş Bilaloğlu, Türk Tabipleri Birliği Başkanı***

---

## **We know what makes us ill\***

Brecht's famous poem that I think we all know and I also have read in first years at the faculty of medicine begins like this: We know what makes us ill!

We know what makes us ill  
When we are ill, we are told  
That it's you who will heal us.

For ten years, we are told  
You learned healing in fine schools  
Built at the people's expense  
And to get your knowledge  
Spent a fortune.  
So you must be able to heal  
Are you able to heal?

When we come to you  
Our rags are torn off us  
And you listen all over our naked body  
As to the cause of our illness  
One glance at our rags would  
Tell you more. It is the same cause that wears  
Our bodies and our clothes.

The pain in our shoulder comes  
You say, from the damp; and this is also the reason  
For the stain on the wall of our flat.  
So tell us; where does the damp come from?

Too much work and too little food  
Makes us feeble and thin  
Your prescription says;  
Put on more weight  
You might as well tell a bulrush  
Not to get wet.

How much time can you give us?  
We see: one carpet in your flat costs  
The fees you earn from  
Five thousand consultations.

You'll no doubt say  
You are innocent. The damp patch  
On the wall of our flats  
Tells the same story.\*

I think that the health care workers who established International Association of Health Policy in 1977 desired “to say something different from this”. They were the ones who knew and told insistently it’s capitalism that makes the people ill in present era. How nice for Turkish Medical Association that we are hosting today XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe here in cooperation with the Municipality of Çankaya, which always supported this approach. Welcome, our friends.

We know actual causes of diseases. However, it’s not enough. Here it is, capitalism is in the crisis all over the world and peoples of world pick up the bill once again. Turkey –where we will talk a lot about during these three days-, particularly, is used as a complete laboratory for market-oriented health care policy. Our experiences show that, the heading of ‘crisis of capitalism and health’ can be addressed correctly only by those who struggle against it. Therefore, we consider this conference very important. This meeting, through which the assessments, different experiences and observations can be shared will contribute to improve our morale and knowledge in our common struggle and to enlarge our ambition for struggle as well, with worldwide participation.

There are many friends contributed to realization of this event. But, I would like to mention the names of three persons who made it visible for and on behalf of all of us and carried the burden of the work on their shoulders: I would like to thank dear Feride, Alexis Benos, Bülent Tanık, and through them, all contributors. Of course, I wish success and good luck to all our friends who will watch the sessions and contribute to the conference starting from today, and most importantly, who will take their places in the struggle for the right of equal, free and quality health care for all, after leaving here.

***Eriş Bilaloglu, President of Turkish Medical Association***

---

\* Bertolt Brecht’s poem named “A worker’s speech to a doctor” (1938); translated by Frank Jones. Can be found in *Bertolt Brecht: Poems, Part Two 1929-1938*, London: Eyre Methuen, 292-3.

Sevgili arkadaşlar,

Bugünlerde giderek derinleşen küresel ekonomik ve politik kriz ve özellikle bunun dünya nüfusunun büyük çoğunluğunun günlük yaşamı üzerindeki yıkıcı etkileri, doğal olarak birçok önemli soruyu gündeme getirmektedir. Acaba bu kriz, kapitalizmin yapısal bir krizi midir?

Kar odaklı politikaların etkileri ve bunların artan sosyal eşitsizliklerle ilişkisi nedir? Piyasa odaklı sağlık politikalarının, tüm dünyada halkın sağlık durumu ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri nelerdir? Kapitalizm insan ve çevre sağlığı açısından ciddi bir risk etmeni midir?

Bu önemli sorular, hepimizi, deneyimlerimizi paylaşmak, görüşmek ve tartışmak ve sonunda, sağlığı toplumsal bir hak olarak savunmak ve onu bir meta olarak gören değerleri ve güçleri yenilgiye uğratmak için ne yapabileceğimizi saptamak ve kararlaştırmak üzere buraya, Çankaya Belediyesi'ne ve Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği (IAHPE) Avrupa Birimi XVI. Konferansı'na getirdi.

IAHPE 1977'de, sağlık politikaları alanında hem akademisyen hem de mücadele insanları olan Hans-Ulrich Deppe, Vicente Navarro, Giovanni Berlinguer, Julian Tudor Hart gibi kişiler tarafından kuruldu. Kuruluşumuzun zengin uluslararası dayanışma geleneğini sürdüren konferansımızın, bugün Türkiye'de ilk kez açılışını yapmaktan gerçekten mutlu ve gururluyum. Bu konferans, sağlığın savunmamız gereken bir toplumsal hak olduğunu savunan dünyadaki bütün insanlar için etkinlikleri ve mücadeleleri ile parlayan bir ışık olan Türk Tabipleri Birliği'nde görev yapan meslektaşlarımız ve arkadaşlarımız sayesinde gerçekleşmekte. Teşekkürler Dr. Eriş Bilaloğlu, tutarlılığınız ve mücadelenizle bize esin kaynağı olduğunuz için!

Bizi burada biraraya getirmek için, yüreğimizin ve aklımızın eşgüdümünde olağanüstü bir iş gerçekleştiren yerel organizasyon komitesine ve IAHPE başkan yardımcısı Prof. Dr. Feride Aksu-Tanık'a da teşekkür etmek istiyorum. Teşekkürler Prof. Dr. Feride Aksu-Tanık ve tüm ekibi, dayanışmanız ve mükemmel çalışmanız için.

Son olarak, Çankaya Belediyesi'nin yerel örgütü ve onun vizyon sahibi başkanı Sayın Bülent Tanık'ın nezaketi ve bu kadar önemli bir etkinliğe ev sahipliği yapma konusundaki politik iradesi sayesinde burada olduğumuzu unutamayız. Teşekkürler Sayın Bülent Tanık, sıcak karşılamanız ve eşsiz konukseverliğiniz için.

Ev sahiplerimiz sayesinde çok ilginç ve dostça bir konferans yaşayacağımızdan eminim.

Hepinize, Çankaya Belediyesi'nde verimli ve keyifli bir konaklama dilerim.

**Alexis Benos, IAHPE Başkanı**

Dear friends,

The global economic and political crisis that is continuously deepening nowadays, and especially its devastating effects on the everyday life of the great majority of the world population is naturally raising a lot of critical questions. Is this crisis a structural crisis of capitalism?

What are the effects of profit centred policies and their relationship with the growing social inequalities?

What are the implications of market oriented health policies both on the health status of the population and the health care services all over the world?

Is capitalism a serious risk factor for human and environmental health?

These crucial questions drove all of us here in Cankaya Belediye and the XVIth Conference of the International Association of Health Policy in Europe (IAHPE), in order to exchange our experiences, debate and discuss and finally detect and decide what we can do in order to defend health as a social right and overthrow the values and powers that are considering it as a commodity.

IAHPE was founded in 1977 by both academics and militants in health policies such as Hans Ulrich Deppe, Vicente Navarro, Giovanni Berlinguer, Julian Tudor Hart, etc. Continuing its rich tradition of international solidarity I am really glad and proud today, to open our conference for the first time ever in Turkey.

This event is a reality thanks to all our colleagues and friends of the Turkish Medical Association, the activities and struggles of which are a shining light for all the people in the world that believe that health is a social right we have to defend. Thank you Dr. Eris Bilaloglu for inspiring us with your consistency and struggles!

I want also to salute the local organizing committee which has done a tremendous work to gather us here, under the coordination of our heart and mind and IAHPE vice president Prof Feride Aksu Tanik. Thank you Prof Feride Aksu-Tanik and all your team for your solidarity and perfect work

Finally we can not forget that we are here because the local community of Cankaya Belediye and its visionary leader Mr Bulent Tanik had both the kindness and the political will to host such a critical event. Thank you Mr Bulent Tanik for your warm welcome and your unprecedented hospitality.

I am sure that we are going to have a very interesting, challenging and friendly conference thanks to our hosts.

Wish you all a fruitful and pleasant stay in Cankaya Belediye.

**Alexis Benos**, *President of IAHPE*

---

## Kapitalizmin Krizi ve Sağlık

“kriz var kriz var, ekonomi tıkrında”

Kapitalizm için kriz ne kadar kaçınılmaz ise o kadar da istenen bir şeydir. Krizden, felaketlerden kendini yenileyerek çıkma özelliği sistemin bugüne kadar yaşamasının kaynağını oluşturur. Kriz, en güçlü ve büyük olanların diğerlerini ortadan kaldırdığı veya kendisine katarak, büyümesini en çoğa çıkardığı dönem anlamına da gelir. Bu özellikleri nedeniyle kriz güçlünün değil zayıfın olumsuz etkilendiği dönemdir. Başka bir deyişle krizin olumsuz etkileri homojen-eşit dağılmaz. En zayıftan başlayarak en güçlüye doğru azalan, güçlü tarafta “fırsat” olarak da değerlendirilen bir süreçtir. Kaybedenin daha hızlı daha çok kaybettiği, kazananın daha hızlı daha çok kazanma potansiyeli olan kapitalizmin krizinin topyekün çöküşe dönüşme olasılığı da bugün yok değildir.

Krizden çıkış için 1929’da 1945’e kadar süren kanlı ve küresel bir yol izlenmişti. Ekonomilerin talep esnekliği olmayan savaş sanayiine dönüşmesi ve savaşın yıkımının açacağı pazarlar ile başlayan yeni canlanma dönemleri daha önce yaşanmış durumlardır. Daha sonraki yıllarda bölgesel çatışmalar ile krizin ötelenmesi başarılabildiği. Günümüzde Akdeniz coğrafyasından orta doğuya uzanan yeni çatışmalar kuşağı bu anlamda ne işlevler görüyor henüz ölçümlenebilir konumda değildir. Bölgesel barış ve demokrasi savunusuna, adil gelir dağılımı, dengeli ve yeterli kalkınma ve özgür yaşam ortamı taleplerinin de eklenmesi gerekir. Öte yandan kriz dönemlerinden yeni can kazanan sistem, sağlık sektörünü de ihtiyacın bedeli ne olursa olsun karşılanma zorunluluğu olan, bu yönüyle talep esnekliği olmayan bir diğer sektör olarak dikkatle değerlendirmektedir. Sağlık da doğal felaketler ya da savaş gibi insanlığın çaresiz kaldığı ve teslim olmaya hazır olduğu bir çeşit “siyasal felaket” alanı olabilmektedir. Sağlık alanının kamusal bir yükümlülük alanı olmaktan çıkartılması, özelleştirilmesi-piyasalaştırılması bu yönde atılmış olumsuz büyük bir adımdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de son on yılda artan ama çok daha uzun süredir hazırlanan politikalarla sağlık piyasalaştırılmış ve tekelleştirilmiştir. Bu süreç devam etmektedir.

Özelleştirme adı altında sağlığa ilişkin toplumsal ve devlet sorumluluk alanı daraltılmış, sağlığın doğuştan temel bir insan hakkı olduğu anlayışı terkedilmiştir. Kamusal sorumluluklar Pazar mekanizmalarına bırakılıp, sağlık alınıp satılan bir mal haline gelmiştir. Sağlığa erişim parasal varlıkla koşutlanmış, güçsüz ve parasız kesimlerin sağlık hakkından yoksun bırakılmaları sürecine girilmiştir.

Gerçek uygulamalar, seçim gibi siyasi dönüm noktaları gözetilerek ötelenmiş ve kitlelerin gözünden gizlenmiştir. Giderek daha çok ticarileşen sağlık alanı ve sosyal güvenlik anlayışının etki ve sonuçları yeterince anlaşılabilmiş değildir.

Oysa yaşanan dönüşümlerle sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcılığının daraltılması, temel sağlık hizmetlerine ulaşmanın önündeki engelleri artırmış, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmet sunumunda ise görünür gerilemeler olmuştur.

Yerel yönetimler de ulus ötesi sermayenin bu saldırı döneminden paylarına düşeni almıştır. Uygulanan politikaların gereği belediyeler ile ilgili mevzuatta değişiklikler yapılmış, yeni yasalar çıkarılmış, belediyelerin şirketleştirilmesi, “taşeron hizmet satın alımı” için uygun koşullar yaratılmıştır. Sağlık hizmet sunumunun piyasaya aktarılmasının gerçekleştirildiği bu dönemde eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti iddiasının belediye hizmetleri içinde sunulabilmesinin koşulları, yapılan yasal düzenlemelerle ortadan kaldırılmış ve sınırlandırılmıştır.

Dünyanın ve ülkemizin karşı karşıya olduğu tüm bu olumsuzluklara karşın daha iyi, daha özgür, daha yaşanabilir bir dünya için umudumuz ve mücadele etme gücümüz vardır.

Çankaya Belediyesi "Yeni Toplumcu Belediyecilik" programını temel alan bir yaklaşım ile Çankaya'nın sağlıklı kent olmasını hedeflemektedir. Temel hedeflerimizden biri, hiçbir vatandaşın kimseye muhtaç olmadan yaşayabileceği herhangi bir sorun oluştuğunda da kimsenin yalnızlığa terk edilmeyeceği bir toplum ve kent oluşturmaktır. Bu amaca ulaşmak için üretime ve istihdama dayalı yeni bir toplumsal dayanışma modelini Çankaya'da adım adım inşa etmekteyiz. Belediyemiz tarafından koruyucu sağlık ve sosyal hizmet politikalarının geliştirilip yaygınlaştırılması, böylece insanların daha sağlıklı ve güvenilir bir çevrede yaşamalarına yönelik çalışmalar yapılmakta, neoliberal politikalardan en çok etkilenen dezavantajlı grupların; çocukların, kadınların, engellilerin, yaşlıların yaşanan bu küresel krizden daha az etkilenmelerini sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmektedir.

“Kapitalizmin Krizi ve Sağlık” başlığıyla düzenlenen “Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı”na ev sahipliği yapmaktan duyduğumuz mutluluk ve onuru ifade ederken, bu konferansa katılacak olan dünyanın pek çok ülkesinden ve ülkemizden değerli bilim insanlarının katkısı ile gerçekleşeceğini bildiğim gelecek güzel günlere olan inancımı paylaşmak isterim.

**Bülent Tanık**, Çankaya Belediye Başkanı

## **The Crisis of Capitalism and Health**

“There is a crisis, the economy goes swimmingly”

The crises are so inevitable under capitalism and yet so desired. The survival of the system up to this time has its sources in its characteristics of renewing itself while coming out of the crises, disasters. The crisis also denotes a period, in which most powerful and biggest ones eliminate the others or maximize their self growth by absorbing them. Due to these features, crisis is a period when only weak ones are exposed to negative effects, not powerful ones. In other words, the negative effects of the crisis do not disperse homogeneously-equally. It is a process that begins with the weakest, by diminishing gradually toward most powerful and is also considered as an “opportunity”, by powerful side. Today, the probability that the crisis of capitalism may turn into a total collapse exists, in which the loser potentially loses more and faster and the winner may win more and faster.

A bloody global pathway had been pursued from 1929 to 1945 in order to come out of the crisis. The recovery periods beginning with the transformation of the economies into the war economies, which did not have elasticity of demand, and with the opening of new markets through the devastation of war have been experienced previously. In the following years, the crisis could be postponed through regional conflicts. Today, corresponding functions of the zone extending from Mediterranean geography to middle east, in which new conflicts take place can not be evaluated yet. Equitable distribution of income, balanced and adequate development and the environment to live freely should also be included in the arguments for regional peace and democracy. On the other hand, capitalist system, which revived through the crisis periods, carefully reviews the health care sector as another area that necessitates meeting all of the needs regardless of the costs, thus, doesn't have elasticity of demand. Health care may become a kind of “political disaster” field as well, such as natural disasters or wars, in which humanity becomes helpless and ready to surrender. Removing the state's obligation to provide health care services and privatization-marketization of public health care are the major negative steps in this direction.

As carried out in many countries under the name of “Health Transformation Program”, the health care has been marketized and monopolized in Turkey as well, through the policies that have been intensified over the last ten years but have been designed for a long time. This process still continues.

The areas of social and governmental responsibility concerning health care have been limited under the name of privatization; the mentality that considers the right to health as “a naturally acquired fundamental right” has been given up. Health has become a commodity that is bought and sold, as public responsibilities have been left to the market mechanisms. The wealth has become a prerequisite for access to health care; a process,



in which the weak and poor sections of society are deprived of right to health, has been entered.

Real practices have been postponed by paying regard to the political turning points such as elections and concealed from public. The effects and consequences of the approach to health care that has been commercialized gradually and to social security were not yet adequately understood.

In fact, narrowing the comprehensiveness of social security systems through the transformations experienced was increased the obstacles in access to health services, visible declines have occurred in provision of preventive health services for people and environment.

Local governments have also got their share in this period, in which the attacks of transnational capital have taken place. In accordance with the policies in practice, certain changes in relevant legislation have been made, the new laws have been issued and the conditions appropriate for corporatization of municipalities and “purchasing subcontract services” have been created. During this period, in which the delivery of public health care services has been transferred into the market, the conditions of realizing the ambition for equal, free and accessible health care within municipal services have been eliminated and limited through the regulations.

Despite all these negative situations encountered by world and our country, we have the hope for a better, more emancipated, more livable world and power to fight.

Çankaya Municipality aims to make Çankaya a healthy city through the approach based on the “New Community Based Municipality” program. One of our main goals is to create a society and a city, where all the citizens can live self-sufficiently, and nobody would be left to loneliness when a challenge occurs. To achieve this goal, we are building a new model of social solidarity based on production and employment in Çankaya, step by step. The studies toward development and generalization of preventive health care and social service policies that will contribute to establishment of healthier and safe environments for the citizens are being carried out by our Municipality. Besides, several studies are conducted to reduce the impacts of the crisis on disadvantaged groups; on children, women, people with disability, elderly, who are most affected by neoliberal policies.

As we express our great pleasure and honor to host XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe titled “Crisis of Capitalism and Health”, I would like to share my belief in future beautiful days that will be realized through the contributions of the dear scientists from Turkey and many countries of the world, who attend the meetings.

**Bülent Tanık**, Mayor of Cankaya

---



**Konferans /Conference****Oturum Başkanları/Chair Persons:**

Necati Dedeoğlu, Alexis Benos

19

***Kapitalizmin Krizinin Ekonomik Analizi****Korkut Boratav, Profesör Dr., Emekli Öğretim Üyesi. Ankara, Türkiye.*

2007 sonlarında ABD’de patlak vererek, hızla Avrupa ve Japonya’ya, 2008 sonlarına doğru da emperyalist sistemin çevresinde yer alan ekonomilere yayılan kriz kapitalist sistemin ve emperyalizmin krizidir.

Kapitalist ekonomilerde krizlere yol açan temel etkenler bu kez de işlemiştir. Metropol ekonomilerinde, öncelikle ABD’de kâr haddinin düşme eğilimi ile finans kapitalin aşırı kazanç tutkusunun birleşmesi, kriz ortamının nesnel ön-kosullarını oluşturmuştur.

Bu birliktelikten kaynaklanan gerilimin ekonomik krize dönüşmesi, ABD’nin süper-emperyalist konumunun yarattığı olanaklar nedeniyle ertelenmiştir. Doların dünya parası olması sayesinde, ABD kendi parasıyla borçlanabilen, para basarak (veya sınırsız borç senetleri ihraç ederek) dış borçlarını ödeyebilen; böylece dış dünyadan sınırsız kaynak aktarabilen bir ayrıcalıklı bir konuma sahip olmuştur. Son otuz yıl boyunca, adım adım pekiştirilen, kötüye kullanılan bu konum sayesinde, Amerika’da hane halkları, emekçiler gelirlerinin, ücretlerinin üzerinde (ve abartılı boyutlarda) tüketim düzeylerini sürdürebilmişler; şirketler ulusal tasarrufların sınırları üzerinde harcama yapabilmişler; ABD devleti ise, emperyalist yayılcılığın, savaşların yol açtığı masrafları, yüksek bütçe açıkları sayesinde rahatça karşılayabilmiştir. Bu olanaklar, Amerikan ekonomisinin astronomik dış açıklarına yol açmış; dış dünyadan bu ülkeye aktarılan net kaynaklar her yıl ABD millî gelirin yüzde 6’sı civarında seyretmiştir.

Bu dönem içinde dünya ekonomisinin tüm büyük blokları, ABD’nin dış kaynak gereksinimlerini (dış açıklarının finansmanını) karşılamak işlevini üstlenmişlerdir. Ne var ki, bu sürecin içinde Amerikan finansal sistemi, reel sistemden giderek kopan kâğıttan varlıkların kesintisiz şişkinleşmesine dayanan bir borç ekonomisine dönüşmüştü ve ortaya çıkan finansal balonlaşmanın sürdürülmesi giderek güçleşmekteydi. Öte yandan, doların ayrıcalıklı konumunun, ABD’nin alacaklıları (örneğin Çin, Japonya ve petrol ihracatçıları) tarafından er veya geç ciddi boyutlarda sorgulanması ve bir “dolardan kaçma” senaryosu gündeme gelebilecekti.

Bu durumun sürdürülemeyeceğini; abartılı boyutlarda şişen finansal balonun ya dıştan, ya da içten kaynaklanan bir dürtüyle foslayacağını öngörmek için kâhin olmak gerekmiyordu. Sonunda, ipotekli konut piyasasından kaynaklanan şiddetli bir patlama, uluslararası krizi tetikledi. Finansal sistemin küreselleşme derecesi, krizin hızla tüm Batı ekonomilerine

yayılmasına yol açtı. Metropol kaynaklı sermaye hareketlerinin durması; talep daralmalarının dış ticarete yansması, çevre ekonomilerinin de krizden farklı boyutlarda etkilenmeleriyle sonuçlandı.

Milli gelirlerde 2008-2009'da gerçekleşen daralmalar, 2010'da son bulmuş; ancak, krizin aşılması için izlenen politikalar büyük ölçüde finans kapitalin gündemi doğrultusunda biçimlenmiş; kamu maliyesinde zamansız kemer sıkma önlemleri yaygınlaşmıştır. Bu gelişmeler sonunda dünya ekonomisinin bir *büyük durgunluk* dönemine sürüklenmiş olma ihtimali güçlenmektedir.

Öte yandan son kriz, kapitalist sistemin çıplak yüzünü, ahlâkî çöküntüsünü, devlet aygıtının sınıfsal içeriğini, egemen sınıfların ikiyüzlülüğünü ortaya çıkarmıştır. Ve aslında ekonomik kriz, kapitalizmi çok ağır bir meşruiyet bunalımı içine de sürüklemiştir. Ekonomik krizler, er-geç son bulur. Hatta, kapitalizm kendi sorunlarını, ekonomik krizler aracılığıyla aşar. Ne var ki, bu krizin yol açtığı meşruiyet bunalımı kapitalizme kalıcı bir leke bulaştırmıştır. Ve bu meşruiyet bunalımı, bir sistem olarak kapitalizmin aşılmasına dönük toplumsal muhalefetlerin güçlenmesini sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Kapitalizm, kriz, emperyalizm.

# *The Economical Analysis of the Crisis of Capitalism*

*Korkut Boratav, Professor, Emeritus Ankara, Turkey.*

The crisis that broke out in USA in late 2007 spread across Europe and Japan immediately and around the economies surrounding imperialist system towards the end of 2008 is the crisis of capitalist system and imperialism.

The main factors, which lead to crises in capitalist economies functioned in the present instance as well. Primarily, the association of downward trend in profit limits in USA and excessive ambition of finance capital to make money composed the objective preconditions of the crisis platform in metropolitan economies.

The opportunities derived from the super-imperialist position of USA caused a delay for the stress created by this association to turn into crisis. Due to the fact that US dollar is a global currency, USA had a privileged position in which it could borrow in its own currency, pay the foreign debts by printing money (or by issuing unlimited debt securities), thus, could be capable of transferring unlimited resources from the outside world. Through this position, which has been strengthened gradually and misused, the households and laborers in USA could preserve the consumption levels that have been more than their incomes, salaries (or consume excessively); the companies have been able to spend over the limits of national savings; due to the high budget deficits, the US government could easily met the expenses caused by imperialist expansion and wars during the last thirty years. These opportunities have led to an astronomical foreign deficits in US economy; the net resources transferred from the outside world to this country have hovered around 6 percent of US national income each year.

All large blocks of the world economy have undertaken the function to meet the foreign resource requirements of USA (to finance its foreign deficits) during this period. However, in this process, American financial system had been turned into a debt economy based on a continuous swelling of the paper assets detached from the real system gradually and it has become increasingly more difficult to maintain financial ballooning that had been emerged. On the other hand, the privileged status of US dollar might seriously be questioned by the creditors of USA (such as China, Japan and the oil exporters) eventually and an “escape from dollar” scenario might be brought on the agenda.

It was not necessary to be a stoohsayer to predict that this situation was unsustainable; the financial balloon, which has been swallow excessively would fail by a stimulus derived either from inside or outside. Eventually, a

violent explosion caused by mortgage market triggered the international crisis. The extent of globalization of financial system led to rapid spread of the crisis across all Western economies. Discontinuation of the capital movements originating from metropolitan areas; reflections of shrinking in demand into foreign trade resulted in exposure of peripheral economies to the crisis as well at different extents.

The shrinkages in national incomes that has taken place in 2008-2009 came to an end in 2010; but the policies pursued to overcome the crisis were shaped substantially according to the agenda of finance capital; untimely belt-tightening measures became widespread within public finance. In consequence of these developments, the world economy was likely to be dragged into a *major recession* period.

On the other hand, the last crisis revealed the naked face and moral corruption of capitalist system, class content of state apparatus, hypocrisy of the ruling classes. And in fact, economic crisis also dragged capitalism into a very heavy legitimacy crisis. Economic crises come to an end sooner or later. Furthermore, capitalism overcomes its own problems through the economic crises. However, the crisis of legitimacy caused by this economic crisis permanently stained capitalism. And this crisis of legitimacy will facilitate strengthening the social opposition aimed at overcoming capitalism as a system.

**Keywords:** Capitalism, crisis, imperialism

## ***Kriz, Ticarileşme ve Hasta Hekim İlişkisi***

Hans-Ulrich Deppe, Hekim, Profesör Dr., Emekli. Frankfurt, Almanya.

E-posta: [Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de](mailto:Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de)

23

"Kriz, Ticarileşme ve Hekim-Hasta İlişkisi" üzerine söz söylemek, tıptaki belirli etkinliklerin genel toplumsal gelişimiyle ne kadar ilgili ve bağlantılı olduğunu göstermeyi gerektirir. Bu, küresel bir sorun olduğu halde, bir süredir yalnızca topluma ilişkin bir konu olarak ele alınmıştır. Hasta ve hekimlerin günlük davranışlarının krizden, özellikle de diğer birçok krizin temeli olarak görülen ekonomik krizden nasıl etkileneceği gösterilecektir. Krizin kökenleri ve krizi çözmesi beklenen araçlar, neo-liberal ekonomiden, bu ekonominin neredeyse tüm toplumsal alanları piyasalaştırma ve toplumsal maliyetleri düşürme amacından doğar. Bu da, refah devletinin unsurlarının ve sınıf mücadelesi ile elde edilenlerin yok edilmesi anlamına gelir.

Bu sunum, bir süre için süreç dışında tutulmuş bir toplumsal alanın ekonomik kullanımı ve ticarileşmesi sürecine eleştirel bir bakıştır. Piyasanın ve rekabetin hekimler ve hastalar arasındaki ilişkiye etkisi açıklanacak ve çözümlenecek ve önemli değişikliklere vurgu yapılacaktır. Bunlardan birisi, hastaların giderek daha çok müşteri konumuna geleceği ve hekimlerin giderek daha çok girişimci kategorisine uygun davranacağı ve düşüneceğidir. Hekimlerin, tıbbi bulgular ve tedavi girişimlerine ilişkin takdir kararlarına da önemli etik yönleriyle değinilmektedir. Analizin gösterdiği sonuçlardan biri, piyasanın ve rekabetin gizli gücünden kamu tarafından korunan tıbbi alanlara gereksinimimiz bulunduğu, çünkü hastaların savunmasız insan grubu olduğudur. Dünyada, işleyişi yalnızca piyasa tarafından düzenlenen hiçbir sağlık sisteminin bulunmaması belli bir yere kadar anlaşılabilir. Genellikle, devlet kimliğindeki kamu, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde egemen konumda olmuştur, çünkü sağlık, insan ve toplum yaşamının temel bir unsurudur. Burada sağlık, bir ticari meta olarak değil, bir insan hakkı olarak görülmelidir. Tıbbi kurumların ticarileşmesi sürecinin alternatifi, dayanışma ilkesine dayanan sağlık hizmeti yöntemleridir.

**Anahtar kelimeler:** Kriz, ticarileşme, hekim, hasta, ilişki, rekabet.

# ***Crises, Commercialization and Doctor-Patient Relationship***

*Hans-Ulrich Deppe, MD, Professor, Emeritus. Frankfurt, Detchland.  
E-mail: [Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de](mailto:Ulrich.Deppe@em.uni-frankfurt.de)*

To speak about Crisis, Commercialisation and Doctor-Patient Relationship” implies to show how specific activities in medicine are mediated and connected with the general social development. For some time it was only a question of the society meanwhile it is also a global question. It shall be shown how the everyday behaviour of patients and doctors will be influenced by the crises – especially the economic crisis which is seen as the basis for many other special crises. The origins who lead to the crisis and the instruments which should solve the crisis are born out of the neo-liberal economy with its intention to marketise almost all social spheres and to cut social costs. That means to terminate parts of the welfare state, parts which were achieved by class struggle.

The presentation is a critical look at the process of economising and commercialisation of a social field which was exempted for some time. The impact of market and competition on the relation between physicians and patients will be described and analysed. Important changes will be stressed. One is that the patients will become more and more the position of a customer and the physician acts and thinks more and more in categories of an entrepreneur. It touches the discretionary decisions of physicians for medical indications and therapeutic interventions with important ethical aspects. A result of the analysis is that we need medical areas which are publicly protected from the blind power of the market and competition because in the care of the sick and ill are vulnerable structures and vulnerable groups of people. Insofar it is understandable that we have no health care system in the world which is regulated by the market only. Normally the public in form of the state had and has a dominating role in the regulation of health care because health is one basic element of human and social life. Here health is seen as a human right and not as a commodity. The alternative to the process of commercialisation of medical institutions are forms of care which are based on the principle of solidarity.

**Keywords:** Crises, commercialization, doctor, patient, relationship, competition.



**Oturum Başkanları /Chair Persons:**  
Saadet Ülker, John Lister

25

## **1980 Sonrası Sağlık Reformları** **The Health Care Reforms After 1980**

---

### ***Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl?*** ***Sağlığın Ekonomi Politikası***

Onur Hamzaoğlu, Hekim, Profesör, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli, Türkiye.  
E-posta: [ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr](mailto:ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr)

Emek-gücünün yeniden üretimi için gerekli hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetleri, kapitalist toplum biçiminde patron için maliyet unsurlarından bir tanesidir. Sağlık hizmetleri, hem karın en üst düzeye çıkartılması hem de kapitalizmin yapısal krizlerinin aşılması hedefi için maliyetin en aza indirilmesi çabalarının ana konularından birisidir. Bununla beraber, önceden ilaç sanayi ile sınırlıyken, son üç dektattır hem tıbbi teknoloji hem de sağlık hizmetleri alanı kapitalist sistemin büyük kar elde ettiği “yeni” bir sektör olarak gündeme gelmiştir. Bunun için sağlık sektörü kapitalizmin 1970’li yıllarla birlikte yaşamaya başladığı krizin de ana konularından birisi konumundadır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Bretton Woods Anlaşması kapsamında kapitalizmin yeniden inşasına katkıda bulunmak üzere kurulmuş olan Dünya Bankası (DB), 1980’li yıllardan itibaren (kapitalizmin yetmişli yıllarda başlayan yapısal krizine çözüm arayışı olarak) ülkelere yapacağı yardımları kendisi tarafından belirlenmiş olan “yapısal uyum programlarının” uygulanması koşuluna bağlamıştır. Yapısal uyum programı, genel olarak kamusal sistemin yeniden yapılandırılması ve özelleştirmelerle iç piyasaların düzenlenmesini hedeflemektedir. DB, 1980’lere kadar yalnızca uluslararası ekonomik kuruluş olarak tanımlanan işlevi ve kimliğini o yıllarla birlikte, yapısal uyum politikalarıyla ilgili hedefini gerçekleştirilebilmek için bilgi kuruluşu kimliği ile sürdürmektedir. DB’nin “Yoksulluk” raporu ile “Sağlık Hizmetini Finanse Etmek: Reform İçin Gündem” isimli yayınları bu saptamalara kaynak olarak gösterilebilir.<sup>1,2,3</sup>

Pandemi, birçok ülkeye yayılmış salgınlara verilen isimdir. Bir hastalık veya tıbbi durum sadece yaygın olması ve çok sayıda insanın ölümüne yol açması nedeniyle pandemi olarak nitelendirilemez, aynı zamanda bulaşıcı

olması gereklidir. DB, yapısındaki “Nüfus, Sağlık ve Beslenme” bölümü aracılığıyla, 1980’li yıllarla birlikte birçok ülkede, sağlık alanı analizleri gerçekleştirip, raporlar hazırladı. Söz konusu raporlarda; bütün ülkelerde sağlık alanında maliyet artışından kaynaklandığını gösterdiği bir ‘sağlık krizi’nin varlığını tanımlandı. Ülkeler farklı ekonomik yapı ve gelişmişlik düzeyleri ile farklı sağlık sistemlerine sahip olmalarına karşın, hepsinde aynı çözüm önerilerini içeren reform paketleri, benzer sistemlerle uygulanmaya başlandı. Sağlık alanı araştırmaları DB’nin her ülkeye ilk adımı olarak gerçekleşti. Yine ülkeler arasında fark gözetmeyen bir biçimde DB’nin ikinci adımı; ülke yöneticileri ve akademisyenlerle sağlık alanının analizlerinin ardından hazırlanan raporları geçerli tek veri olarak kabul eden ve kullanan, düzenli toplantılar gerçekleştirilerek sağlık alanı analiz sonuçlarının paylaşılması oldu. Bu toplantılarda, krizin çözümü için reçete olarak da ‘sağlıkta reform’ önerisi katılımcılara benimsetildi. Üçüncü aşama olarak sağlık bakanlıklarının idari yapılanmaları dışında tutulan sağlık reform birimleri kuruldu, hükümetlere düşük faizli krediler verilerek sürecin hızla başlatılması sağlandı. Verilen kredilerin çok büyük bölümünün DB tarafından önerilen-atanan danışmanlara ödenmesi de önemli bir özellik olarak dikkat çekti. Kamuoyuna, reform paketinin uygulanması ile nüfusun tümünün sağlık hizmeti kapsamına alınacağı ve farklı sosyal güvenlik kurumlarından kaynaklanan “eşitsizlikler”in çözüleceği mesajları verildi. Özetle, DB, yine DB’nin terminolojisiyle ifade edersek; ülkelerde maliyet-etkililik temelli uygulamalar olmadığı için “sağlık krizi” yaşandığını, içeriğini desantralizasyon ve özelleştirme olarak iki ana başlıkta topladığı sağlık reformları uygulamaları ile ülkelerin sağlık sistemlerinin etkililiği ve etkinliğinin artırılacağını, hakkaniyet ve müşteri memnuniyetinin sağlanacağı mesajını veriyor, uygulamanın hızla başlayabilmesi için de her yolu deniyordu.<sup>4,5</sup>

Reform paketinin içeriğinde; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetlerinin sunumuyla finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık sektöründe kamu kurumlarının varlığını olabildiğince sınırlayıp, kamu dışı aktörlerin sağlık sektörüne girişinin sağlanması, piyasa mekanizmalarının çok daha yoğun kullanılması ile sağlık bakanlıklarının hizmet sunan işlevlerinden arındırılıp yalnızca “düzenleyici kurum”lara dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kişilere yönelik ve hekim temelli olarak sunulmasını sağlayacak aile hekimliği sisteminin kurulması, ve yerinden yönetime dayanan bir sistem kurulması bulunuyordu. Bütün paketlerin içeriği “her şeyin olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de bir maliyeti olduğu bu nedenle hizmeti kullanacak olanların bu maliyeti paylaşması gerektiği gerekçe gösterilerek” herkesin sağlık primi ödemesi, “hizmetin gereksiz kullanımının engellenmesi gerektiği gerekçe gösterilerek” katılım ve katkı payı ödemelerinin düzenlenmesini de kapsıyordu. Bunların yanı sıra, sağlık emek-gücü istihdamında esnek çalışma biçimleri ile özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek-gücü kullanımının yaygınlaştırılması da yer almaktaydı.<sup>6</sup>

Öncelikle, Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan, Yeni Zelanda ve Filipinler’de 1980’lerin ilk yıllarında gerçekleştirilen sağlık reformlarını benzer amaçlarla gerçekleştirilmiş olmakla birlikte izlenen yol ve kullanılan araçlar olarak incelediğimiz pandeminin dışında tutmamız, yalnızca haber vericisi olarak değerlendirmemiz gerekir. Sağlık reformu pandemisi, dünya tarihinde bilinen diğer pandemilerden farklı olarak etkeni laboratuvar koşullarında geliştirilmiş ve ülkelere yine o laboratuvarın sahiplerinin kararı ile çalışanları tarafından bulaştırılmıştır. DB kaynaklı sağlık reform pandemisinin ilk adımları 1985 yılında Zambia’da, 1986’da Türkiye’de ve Andorra’da görüldü. Henüz ne olduğu tanımlanamadan 1987 yılında Tayvan, Sri Lanka, Uruguay ve Uganda’da, 1988 yılında da Brezilya, Almanya ve Trinidad & Tobago’da 1989’da İspanya ve Polonya’da görülürken Belçika’da doksanlı yıllardan önce varlığına rastlandı. 1990-1995 yılları arasında da salgın yayılarak devam etti: 1990’da İngiltere, Kanada, ABD, Birleşik Arap Emirlikleri ve İsrail, 1991’de Zimbabwe, Guatemala, Portekiz, Romanya, Bulgaristan, Belarus ve Rusya, 1992’de Avusturya, İtalya, Yunanistan, Slovakya ve Çek Cumhuriyeti, 1993’de Kolombiya, Macaristan, Danimarka, Finlandiya, Sierra Leone, Güney Kıbrıs, Letonya, Moldova Cumhuriyeti ve Litvanya, 1994’de Kırgızistan ve Türkmenistan, 1995’de de Arnavutluk, Avustralya, Kosta Rika, Kazakistan ve Malta sağlık reformunun bulaştırıldığı ülkeler oldu. Sağlık reformu pandemisi doksanlı yılların sonuna kadar 1996 yılında Tayland, Özbekistan ve Ermenistan, 1997 yılında Tacikistan ve İsveç, 1998’de El Salvador, 1999’da Çin ve Fransa’ya ulaştı. 2000 yılında Hindistan, Estonya ve Ukrayna, 2001’de İrlanda ve Norveç ile 2006 yılında da Azerbaycan’da görüldü.<sup>6,7,8,9</sup>

Yukarıda paylaşılan tarihlerin hemen çoğu sağlık reformu ile ilişkili ilk faaliyetleri, dolayısıyla etkenin ülkeye girişini belirtmektedir. Söz konusu tarihlerden sonra her ülkedeki kuluçka süresi-inkubasyon periyodu farklılık göstermiştir. Bununla birlikte, hemen hiçbir ülkede tamamlandığı söylenemez. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumu ve buna bağlı bileşenler üzerinden para kazanmanın en üst sınırına gelindiği ile ilgili emareler henüz yoktur. Pandeminin işçiler, işsizler, köylüler, yoksullar gibi yaşayabilmek için emek-gücünü satmak zorunda olanlara yönelik tahribatı giderek artmaktadır. Söz konusu tahribat kendiliğinden sonlanmayacaktır. Sonlanabilmesi için etkenin ve kaynağının ortadan kaldırılması gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık reformu, sağlık politikası, pandemi.

### Kaynaklar

1. Laurel A C, Arelló OL. (1996) Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *International Journal of Health Services*, 26(1):1-8.
2. World Bank. (1987) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington.

3. World Bank. (1990) World Development Report 1990, Poverty. Oxford University Press, New York.
4. World Bank (1993). World Development Report 1993, Investing in Health. Oxford University Press, New York.
5. Homedes N, Ugalde A. (2005) Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy, 71: 83-96.
6. Hamzaoğlu O. (2007) Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. Toplum ve Hekim, 22(3), 239-240.
7. <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>
8. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/>
9. <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5519.pdf>

## ***Pandemic of Health Care Reform: Why and How? Political Economy of Health***

Onur Hamzaoglu, MD, Professor, Kocaeli University Medical Faculty,  
Public Health Department, Kocaeli, Turkey.

E-mail: [ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr](mailto:ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr)

Health services, which are one of the services necessary for the reproduction of labor-power are the element of cost for employer in capitalist form of society. These services are one of the main issues of the efforts to maximize the profit as well as the efforts to minimize the cost to achieve the goal of overcoming structural crises of capitalism. However, for last three decades, both of medical technology and healthcare services areas were brought to agenda as a “new” sector, through which capitalist system makes a large profit, while it has previously been limited to pharmaceutical industry. Therefore, health sector is one of the main issues of the crisis as well, which capitalism had experienced since seventies.

The World Bank (WB), which has been established after the Second World War in accordance with the Bretton Woods Agreement to contribute to the reconstruction of capitalism, made the loans to the countries (in pursuit of solution for structural crisis emerged in seventies) conditional on the implementation of “structural adjustment programs” since 1980s that were specified by the WB itself. Structural adjustment program, in general, aims to restructure public system and to regulate domestic markets by privatization. WB, which has been defined as only an international economic institution until 1980s, carries on its function and identity as an information agency since then, to achieve its purpose related to the structural adjustment policies. World Bank’s report named “Poverty” and another publication of WB named “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform” can be referred to as sources for these statements.<sup>1,2,3</sup>

Pandemic is an epidemic that spread across several countries. A disease or a medical condition can not be considered a pandemic only with regard to its prevalence or consequences causing the death of large numbers of people, it has to be communicable as well. WB conducted health field analyses in many countries and provided reports since 1980s through its “Population Health and Nutrition Division” and identified the presence of a ‘health care crisis’ in these reports, arising from the increase in costs of health services in all countries. Although these countries had different economic structures, different levels of development and different health systems, the reform packages involving the same suggestions for solution began to be implemented by using similar systematic. Health services researches were the first steps of WB into each country. The second step, also disregarding the differences between the countries, was to share the

results of health field analyses through regular meetings held with the attendance of government executives and academicians. At these meetings, the reports that were prepared after the health field analyses were approved and used as only valid data. WB has made the participants adopt the health care reform offer, as a prescription for solution of the crisis at these meetings. In the third stage, separate health care reform units apart from the administrative structures of the ministries were established, the governments were provided with low interest loans to immediately start the process. It was remarkable that a very large portion of these loans has been paid to the consultants recommended-appointed by WB. The messages were given to the public asserting that whole population would be covered under health services, and “inequalities” due to different social security institutions would be resolved through the implementation of reform package. In brief, WB, in its own words, was stating that the “health care crisis” occurred since the cost-effective based practices haven’t existed in the countries; effectiveness and efficiency of the health systems would be increased, equity and customer satisfaction would be provided through implementation of health care reforms, which have been summed up under two main headings ‘decentralization’ and ‘privatization’. WB was also making every effort to start the implementation rapidly.<sup>4,5</sup>

The content of the reform package was composed of restructuring of social security institutions by gathering them under one roof, separation of financing and delivery of health services, limiting the presence of public institutions in health sector as far as possible and ensuring the entrance of non-public actors into this sector, elimination of service delivery functions of ministries of health and turning them only into “regulatory authorities” by using market mechanisms much more intensively, establishment of family practice system, which would ensure the provision of individual-oriented and physician-based primary health care services and forming a system based on decentralization. The contents of all packages were also including that everyone should pay health care premiums depending on the justification that “those who will use services should share the cost since health services also have a cost as much as anything else” and the need for the regulations on patient shares and contribution rates depending on the statement that “unnecessary use of services should be avoided”. Besides, flexible working conditions in employment of health labor-power and extensive usage of intermediate labor-power particularly in provision of medical practice and nursing services also took place in the scope of the package.<sup>6</sup>

Even though the health care reforms carried out in early 1980s in Chile, Argentina, Mexico, India, New Zealand and the Philippines had similar purposes, they should be left out of pandemic considering the path followed and the tools used; these practices must be evaluated just as precursors. The health care reform pandemic, differently from other known pandemics in world history, has an agent developed under laboratory conditions and this was also communicated to the countries by staff of this

laboratory depending on the decisions of the owners of same laboratory. The first steps of WB-originated pandemic of health care reform were seen in Zambia in 1985, in Turkey and Andorra in 1986. It took place in Taiwan, Sri Lanka, Uruguay and Uganda in 1987, also in Brazil, Germany and Trinidad & Tobago in 1988, in Spain and Poland in 1989, while it has not yet been identified. Belgium encountered it shortly before nineties. The epidemic continued to spread between 1990-1995: in 1990 Great Britain, Canada, USA, United Arab Emirates and Israel, in 1991 Zimbabwe, Guatemala, Portugal, Romania, Bulgaria, Belarus and Russia, in 1992 Austria, Italy, Greece, Slovakia and Czech Republic, in 1993 Colombia, Hungary, Denmark, Finland, Sierra Leone, South Cyprus, Latvia, Republic of Moldova and Lithuania, in 1994 Kyrgyzstan and Turkmenistan, in 1995 Albania, Australia, Costa Rica, Kazakhstan and Malta were the countries, where the health care reform was transmitted. Until the end of nineties, health care reform pandemic was reached Thailand, Uzbekistan and Armenia (in 1996), Tajikistan and Sweden (1997), El Salvador (1998), China and France (1999). It was seen in India, Estonia and Ukraine in 2000, in Ireland and Norway in 2001 and in Azerbaijan in 2006.<sup>6,7,8,9</sup>

Most of the dates that were shared above indicate when the first activities associated with health care reform took place, thus, the year of the entry of the agent into the country. After these dates, the incubation period varied in each country. However, it cannot be said that it was completed in respect of almost any county, because, there is no sign yet of reaching the upper limit to make money through the delivery of health services and related components. The destruction caused by pandemic to those such as workers, unemployed, peasants and poor, who are obliged to sell their labor-power in order to survive is increasing. This destruction will not be over spontaneously. The agent and its source must be eliminated to stop it.

**Keywords:** Health reform, health policy, pandemic.

## References

1. Laurel A C, Arelló OL. (1996) Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *International Journal of Health Services*, 26(1):1-8.
2. World Bank. (1987) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington.
3. World Bank. (1990) *World Development Report 1990, Poverty*. Oxford University Press, New York.
4. World Bank (1993). *World Development Report 1993, Investing in Health*. Oxford University Press, New York.
5. Homedes N, Ugalde A. (2005) Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 71: 83-96.

6. Hamzaoglu O. (2007) Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar. Toplum ve Hekim, 22(3), 239-240.
7. <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>
8. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/asset/64122.pdf)
9. <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5519.pdf>



## **Dünya Sağlık Örgütü'nün “Yeni Yönetişim” Reformu: Hükümetlerin Yerine Kamu-Özel ‘Gözetim’ Üstyapısı**

*Garance F. Upham, Ekonomist, UFAL Ofisi. Halkın Sağlığı Hareketi, Engellilik ve Ekonomi Grubu Başkanı. STK Sağlık Forumu Yürütme Komisyonu Üyesi. J, Le Prieure, 01280 Preveessin, Fransa. E-posta: [fannie.upham@gmail.com](mailto:fannie.upham@gmail.com)*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Olağanüstü Yönetim Kurulu, bir Denetim komisyonu ve 2012’de gerçekleşmesi kararlaştırılan bir “Dünya Forumu” ile ‘Yeni Yönetişim’ sürecini başlatmak üzere 1-3 Kasım 2011 tarihleri arasında toplanacaktır. Toplantının açıklanan amacı “sağlık sistemlerini güçlendirmek”tir. Buna ek olarak, bir Küresel Sağlık Fonu oluşturulmasına ilişkin görüşmeler de yapılacaktır. Küresel “Sağlık Yönetişimi”nin yeni biçimlerine ilişkin öneriler, Dünya Sağlık Asamblesi’nde (DSA, 16-22 Mayıs 2011) olduğu gibi, DSÖ’nün ciddi bütçe sıkıntılarının olduğu bir zamanda ortaya atılmaktadır.

Küresel sağlığa ilişkin olarak Birleşmiş Milletler (BM) sisteminde neyin yaşanmakta olduğunu, hükümetlerin mali ve ticari konulardaki yetkilerini ciddi biçimde zayıflatan uluslararası organların güçlendirilmesi bağlamında yerli yerine oturtmak önemlidir. Bunun son örnekleri, borçluluğu azaltma ve bütçeyi “denkleştirme” girişimi bahanesiyle, kamu harcamalarının azaltılmasını ve kamu mallarının özelleştirilmesini “denetlemek” amacıyla Avrupa’ya dayatılan IMF gibi kuruluşlardır. Sağlıkla ilgili bir diğer örnek, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ)’nün dünya ticaret sisteminin yerini almak üzere, ülkelerin fikri haklara ilişkin düzenlemeleri denetleme yeteneklerini azaltmak amacıyla oluşturulan Sahteciliğe Karşı Ticaret Anlaşması (ACTA)’dır.

Sağlık politikaları alanında, serbest piyasa savunucuları ve önemli düşünce kuruluşları, “Kamu-Özel Ortaklıkları”ndan birkaç yıl sonra, şimdi de, sağlık sistemlerinin küresel yönetimi için, hükümetlerin yetkilerini azaltan, yeni ve daha yetkili bir “Ortaklık” sistemini desteklemeye yönelmektedir. Özel çıkar grupları, dünyanın her yerinde, ulusal sağlık sistemleri üzerindeki kontrolü ele geçirmeye hazırlanmakta olabilir.

DSÖ içinde duyulan, Kamu-Özel Ortaklıkları’ndaki artışın aslında DSÖ’nün sağlık politikaları üzerindeki denetimini ve finansmanını engellediği kaygısı, özel sektörün güç kazanma çabalarını kolaylaştırmaktadır. Bugün, DSÖ bütçesinin yalnızca %13’ü bireysel hükümet ya da kuruluşların finansmanı dışındadır; büyük özel ‘finansörler’ arasında en tanınmış olan olan Bill ve Melinda Gates Vakfı, şimdi DSÖ’ne ilk sırada, herhangi bir devletin tek başına yaptığı katkıdan daha fazla katkı sağlamaktadır.

Dünya Ekonomik Forumu Davos “Yeniden Tasarım” projesi ve DSA’nin demokratik denetimini devre dışı bırakan benzer modellerden, çevre

sorunlarına ilişkin çerçeve olarak yararlanılmaktadır. Moskova’da gerçekleşen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ilkbahar zirvesinde başlatılan “Küresel Sağlık Forumu”, önerilen “Küresel Sağlık Yönetişimi” sistemleri arasındadır.

Diğer projeler arasında, Uluslararası Sağlık Finansmanı Ortaklığı, Sağlık Sistemlerini Güçlendirmesi İçin Küresel Fon ve Küresel Sağlık Fonu yer almaktadır. Bunlardan sonuncusu, Küresel AIDS, Tüberküloz, Sıtma Fonu’nun (GFATM) benzeri bir yapıdır. GFATM bu hastalıkların tedavisi için yaptığı para yardımları nedeniyle iyi bir ün kazanmış olmakla birlikte, temelde, DSA’nin denetiminde olmayan ve bir ulusun iyeliğinde bulunmayan, İsviçre merkezli ‘özel’ bir örgüttür; herhangi bir kişi için herhangi bir zamanda ilaç sağlamayı durdurabilir (bunun son örnekleri Fildişi Sahili ve Nijerya’da yaşanmıştır). Küresel bir sağlık sistemleri fonu, tek tek ülke yönetimlerinin ulusal sağlık politikaları üzerindeki denetimini ortadan kaldırabilir ve şu anda birçok Avrupa ülkesinde uygulanan türde, ‘özel’ mali kazançları insanların gereksinimlerinin üzerinde tutan ‘yönetim’ muhasebesi yaklaşımlarını dayatır.

Bir çeşit ‘küresel yardım sistemi’ oluşturan, ulusötesi denetiminin ve bir tür ‘yeni sömürgeciliğin’ temellerini atan bu ve benzeri anti-demokratik önerileri inceleyeceğiz. Bunların, finansal kapitalizmin güçlendirilmesi ile, özellikle onun ‘ultra liberal’ önemli aktörleri ve Meksika eski Sağlık Bakanı Dr. Julio Frenk gibi savunucuları ile paralelliği ortadadır. Bu çabanın bir parçası olarak gelişmekte olan ülkelerde sendikalı emeğe yönelik güçlü saldırı, ‘küresel yönetim’ altında birinci basamak sağlık hizmetleri veren küçültülmüş bir kamu sektörü, sağlık sistemleri üzerindeki küresel mali denetim, karlı olan herşeyin özelleştirilmesi, en üst düzeyde karlılığa yönelik küresel düzenlemeler ve DSA’nin demokratik denetiminin devre dışı bırakılması, bu önermelerin temel unsurlarıdır.

### **Önce bunların arka planı inceleyeceğiz:**

Daralmış finansman–Araç olarak, borç ve azaltılmış bütçeler –Devlet finansmanın yerine dış yardımın geçmesi.

Özel yönetim ve Kamu-Özel Ortaklıkları

Seçilmiş hükümetlerin rolünü azaltan küresel çözüm (“kahyalık” yapan hükümetler)

### **Ardından, ne söylemek istendiğini kavramak için ilgili belgeleri inceleyeceğiz:**

**Yönetişim:** DSÖ için önerilen ‘Yeni Yönetişim; BM’in orijinal sağlık yönetişimi kavramından önemli bir uzaklaşma.

**Forum:** DSÖ Yönetim Kurulu’na yardımcı olmak üzere önerilen bir küresel Forum

**Taraflar:** Sivil toplum yönetime getirilmektedir. Bu, sağlık alanında çıkarı olan özel şirketlerin, ilaç endüstrisinin, tıbbi malzeme endüstrisinin ve ayrıca

alkolsüz içecek endüstrisinin, tarım-gıda sektörünün, bilgisayar ve medya sektörünün herhangi biri ya da tümü anlamına gelmektedir.

**Mali sorumluluk:** Bir Denetim komisyonu kurulacaktır. DSÖ'nün işleyişinin denetlenmesinin yanı sıra, yeni denetleme biçimleri uygulanacaktır. Süreç, bir hastanenin “bütçesini denkleştirme”, bir bölgenin sağlık maliyetleri ve gelirlerini “dengeleme” süreçlerine benzemektedir. Bu, sağlık harcamalarına yönelik bir muhasebe yaklaşımıdır.

**Ölçme:** Ya da istatistiğin diktatörlüğü. Ölçme ve muhasebe el ele gider. Tipik örneği, bilgisayar devinin finanse ettiği sağlık ölçüm enstitüsünün desteğiyle küresel olarak on ana sağlık riskini ölçmeyi amaçlayan Davos LEAD girişimidir.

**Sağlık Sistemleri ve Sağlık Sistemlerinin ‘Güçlendirilmesi’:** Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporundan yararlanarak, düşünürler, sağlık sistemlerini güçlendirmek için çoğunlukla yerleşik sağlık sistemlerinin ‘dışına’ çıkmayı önermektedir. Riskleri azaltmak amacıyla (sigaraya karşı, kondom kullanımı için, egzersiz yapılması için-Mc Donald's'ın günde 5 meyve/5 sebze kampanyasına katılımına bakınız-, medyayı (medya şirketlerini) ve eğlenceyi (eğlence endüstrisini) kullanarak davranış değiştirme kontrolünü önermektedirler. Yoksul ülkelerde ya da, zengin ya da gelişmekte olan ülkelerin yoksul kesimlerinde sağlık kadrolarının aşırı azalmasına, temel gereçlerin bulunmayışına ilişkin çok az şey söylenmiştir. Komisyonun, sağlığın temelleri olarak içme suyu, sanitasyon ve beslenme konularında ısrarcı olması, alkolsüz içecek ve gıda endüstrilerinin sağlık politikalarının oluşumuna katılmasını sağlayacak, Davos'u temsil eden bir öneri haline getirilmektedir!! Sağlık sistemlerinin özel sektörce finanse edilmesine ilişkin olarak önerilen ‘yenilikçi’ yaklaşımlar, aynı anda, küresel sağlığın ultra liberal aktörleri tarafından oluşturulan IHP+LEAD gibi paralel girişimlerle de önerilmekte ve derinlemesine analiz edilmektedir.

**Oyuncular “kim” ve “kaynaklarımız neler” sorularını yanıtlamaya çalışacağız:**

Sözünü sakınmayan düşünce kuruluşları; ketum düşünce kuruluşları, Sağlık Yönetimi Örgütleri; Sağlık-dışı sektör: Pepsi Cola, Nestlé. Kapsayıcı hedeflerin iki tür olduğu görülmektedir: 1) Özel sağlık sistemlerinden ve “halk sağlığı” kampanyalarını (kondomlar, tütün kullanımının azaltılması, katkı maddesi içeren yiyecekler vb.) yürüten özel şirketlerin kamu tarafından finanse edilmesi sonucu elde edilen kar 2) Yönetimsel denetim ve gözetim.

Sonuç olarak, ülkelerin hükümetleri ve sağlık alanındaki gerçek kamu aktörleri için, özel çıkar sahiplerinin ve lobicilerin neyin arayışında olabileceğini analiz etmek ve kavramak önemli olsa da, burada yaptığımız gibi, reform konusunda tek taraflı bir görüş sunmak adil olmaz. Gelişmekte olan ülkelerin farklı gündemleri ve ülkelerin kendi içinde farklı görüşleri

vardır. Başlangıçta, DSÖ'nün güçlendirilmiş sağlık sistemlerine ilgisi, örgütün Koreli eski Genel Direktörü J. W. Lee ile birlikte doğmuştu. O sırada, Evrensel Sosyal Güvenlik Sistemleri'ni desteklemek amacıyla Brezilya'da bir hükümet-sivil toplum ortak girişimi oluştu. Brezilya'daki Konferans Aralık 2010'da başladı. Önemli. Kendi ülkelerinde bir sosyal güvenlik sistemi kurmaya çabalayan birçok yoksul ülkenin Çalışma Bakanı, gelişmekte olan ülkelere birçok bakan ve orta düzey yönetici katıldı. Brezilya, bu sonbaharda Rio de Janeiro'da, Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun izinde bir konferans düzenleyecektir.

**Anahtar kelimeler:** Küresel sağlık yönetimi, küresel sağlık fonu, küresel sağlık forumu, Dünya Sağlık Örgütü.

## **“New Governance” Reform of the World Health Organization: Replacing Governments with A Public-Private 'Oversight' Super Structure**

*Garance F. Upham, Economist. UFAL Bureau. Chair, Disability and Economics Circle, People's Health Movement Member, Steering Committee, NGO Forum for Health J, Le Prieure, 01280 Preveessin, France. Email: [fannie.upham@gmail.com](mailto:fannie.upham@gmail.com)*

An extraordinary Executive Board of the World Health Organization (WHO) will meet Nov 1-3rd, 2011, to begin the process to initiate a “New Governance”, with an Audit commission and a “World Forum”—set to occur in 2012. The stated purpose is to 'strengthen health systems'. In addition there is talk of the creation of a Global Health Fund. As initiated in the World Health Assembly (WHA-May 16-22, 2011), proposals for new forms of global 'New Health Governance' are being acted on at a time of severe budgetary difficulties for the WHO.

It is important to locate what is happening in the United Nations (UN) system regarding global health, in a context where supranational bodies are strengthened which severely undermines the power of governments in financial and trade matters. Recent examples are the IMF like structures imposed on Europe to 'oversee' public expenditures reduction and privatization of public assets under the pretext of an attempt to reduce indebtedness and 'balance' the budget. Another health related example is the Anti Counterfeiting Trade Agreement (ACTA) set to replace the world trade system of World Trade Organization (WTO), to decrease the capacities of countries to overcome the intellectual property regimes.

After several years of Public-Private Partnerships' in health policy, proponents of the free market and major think tanks are moving forward advocating a new and more powerful system of 'Partnership' for global management of health systems, shrinking governments' power. Private interest groups may be poised to take control over national health systems the world over.

The drive for private control is facilitated by the concern within the WHO that the exponential increase in Public-Private Partnerships is in fact depriving the WHO from any funding or control over health policy : today only 13% of the WHO budget is not earmarked for pet programs of individual funding governments or entities, the best known among the big private 'funding players' being Bill and Melinda Gates Foundation, now the first contributor to the WHO, more than any individual State's contribution.

The models are the framework used for environmental issues, the World Economic Forum Davos 'Redesign' and similar models bypassing the

democratic control of the WHA. Among the proposed system of 'Global Health Governance' is a new "Global Health Forum" which was initiated in the spring summit on Non-Communicable Disease in Moscow.

Among other projects are the International Health Financing Partnership, the Global Fund to Strengthen Health Systems, and the Global Fund for Health. The later along the lines of the Global Fund for AIDS, TB, Malaria (GFATM). While the GFATM has acquired a good reputé from its assistance to pay for treatments, it is basically a 'private' organization based in Switzerland without the governmental control of the WHA, or national ownership, it can cut off drug supplies anytime to anyone (recent examples are Ivory Coast and Nigeria). A global Fund for health systems could deprive individual State governments of control over national health policy, and would impose 'managerial' accounting approaches of the type now implemented in many European countries, placing financial 'private' gains over people's needs.

We will review these and other similar anti-democratic proposals, which are establishing a sort of 'global welfare system' and laying the basis for transnational control and a type of 're-colonization'. The parallel with the strengthening of a financial capitalism is evident, notably with the its 'ultra liberal' major actors, and proponents, such as the former Health Minister of Mexico, Dr Julio Frenk. A strong attack on unionized labor in developing countries being part of the drive, a shrunk public sector for primary health care under 'global management', global financial control over health systems, privatization of all that is profitable, Global regulations for maximal profitability and the bypassing of the democratic control of the WHA are central elements to the propositions.

**First, we will examine the background:**

Shrunk funding -Debt and reduced budgets as tools -Replacing State funding by foreign aid.

Private managing and Public-Private-Partnerships

Global shift to shrink the role of elected governments (gov't as 'stewardship')

**Then we will examine the relevant documents to attempt to grasp what is meant by:**

**Governance:** proposed 'New Governance' for the WHO, a radical departure from the UN original concept of health governance.

**Forum:** A global Forum is proposed to assist the Executive Board of the WHO

**Stakeholders:** Civil society is brought on board to manage. That means any and all Private Corporation with an interest in health, the pharmaceutical industry, the medical industry, and also the soft drinks industry, the ago-food sector, the computer and media sector.

**Accountability:** An Auditing commission will be set up. WHO functioning is to be examined but also new forms of accountability. Process appears similar to that established for individual hospital to 'balance their budgets', regions to 'balance' their health costs and revenues. It is an Accounting approach to health expenditures.

**Measurement:** Or the dictatorship of statistics. Measurement and accounting go hand in hand.

Typical is the Davos lead initiative to 'measure' the ten major risks for health globally with support from computer giant funded institute for health measurement.

**Health Systems and the 'Strengthening' of Health Systems:** Using the report of the (very progressive) Commission on the Social Determinants of Health, the thinkers propose mostly to go 'outside' of established health systems for strengthening. They propose behavior modification control using the media (corporations), and entertainment (industry) to promote risk reduction (against smoking, for exercise—see Mc Do's involvement in 5 fruits/5 vegetables a day- condom use). Very little said about the extreme depletion of health staff in poor countries or poor communities of emerging or rich countries, the lack of basic equipment. The commission's insistence on potable water, sanitation and nutrition as basics for health, becomes the Davos representative proposal to include the soft drink industry, and the food industry in health policy making!!

Proposed 'innovative' approaches to private sector financing of health system is meanwhile proposed and analysed in depth in parallel initiatives such as IHP+ lead by ultra liberal actors in global health.

**We will attempt to answer the questions of 'Who' are the players, what are our sources:**

Outspoken think-tanks; discreet think-tanks; HMOs -Health Management Organizations;

Non Health sector: Pepsi Cola, Nestlé. Overarching objectives appear of two sorts: 1) profits from private health systems and from public funding for private corporations lead 'public health' campaigns (condoms, tobacco reduction, additive fortified foods etc.) and 2) managerial control and oversight.

In conclusion, while it is very important for country governments and genuine public actors in health to analyze and grasp what private interests and lobbyists may be looking for, as we do here, it would not be fair to present a one sided view of the reform. Emerging countries have different agendas, and there are differing factions within countries themselves. Initially, the WHO interest in strengthened health systems came with the Korean former director General of the WHO, J.W. Lee. Meanwhile a common government-civil society Brazilian initiative to promote Universal Social Security Systems. Brasilia conference was initiated in December

2010. Of note: many Labor Ministers from a poor country came, struggling at home to establish a social security system, many Ministers and middle level manager from developing countries. This fall Brazil is organizing a conference in Rio de Janeiro on the follow up to the Commission on the Social determinants of health.

**Keywords:** Global health governance, global health fund, global health forum, World Health Organization.



## **Kamu Tarafından Finanse Edilen Halk Sağlığı Araştırmalarının Özel Sektörün Kontrolüne Geçtiğinden Kuşkulananmayı Gerektiren Nedenler<sup>a</sup>**

*Jean-Pierre Unger, Hekim, (MPH, DTM&H, PhD), Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü, Belçika. E-posta: [jpunger@itg.be](mailto:jpunger@itg.be)*

*Patrick Van Dessel, Hekim (MPH, DTM&H), Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü, Belçika.*

*Pierre De Paepe, Hekim (MPH, DTM&H), Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü, Belçika.*

*Alicia Stolkiner, Profesör ve Araştırma Yöneticisi, Buenos Aires Üniversitesi, Arjantin.*

**Arka Plan:** Araştırma uygulamaları, dikey stratejilerin baskın olmasına yol açmakta ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik kanıta dayalı politika oluşturma çabalarının başarısını sınırlandırmaktadır. Örneğin, mali kaynaklar konusundaki rekabet ve uluslararası tanınma kaygısının, sağlık araştırmacılarını dikey girişime yönelttiği görülmektedir.<sup>1</sup> ABD’de, 20. yüzyılda yaşam beklentisinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine bağlı olarak 30 yıla kadar uzadığına gönderme yapan bazı yazarların<sup>2</sup> prematüre ölümlerinin çok büyük bir çoğunluğunun tıbbi bakım koşullarıyla ilişkili olması nedeniyle<sup>3</sup>, bir araştırma önceliği olarak çok işlevli sağlık hizmetine (aile hekimliği ve hastanede bakım) erişimi göz ardı etmemeleri gerekirdi.

Halk sağlığı araştırmacılarının büyük bir çoğunluğu, çok işlevli sağlık hizmetine erişimi göz ardı ederken, uluslararası sağlık politikalarının belirlediği yaklaşımı izlemişlerdir. 1993’ten<sup>4</sup> bu yana Dünya Bankası, bir hedef olarak düşük ve/veya orta gelirli ülkeler (LMIC)’de genel sağlık hizmetlerine erişimi bir kenara bırakmış, ulusal (uluslararası) politikalar, iddia ettikleri sözüm ona maliyet bundan kaçınmayı gerektirecek geçerli bir sav oluşturmadığı halde, bu durumu 15 yıl boyunca görmezden gelmişlerdir.<sup>5</sup> Doksanların sonunda, Birleşmiş Milletler (BM) temsilcilikleri, özel hizmet sağlayıcıların kamu tarafından güçlülükle finansmanına alternatif bir çözüm ve sözüm ona bir düzenleyici olarak topluluk sigortalarını özendirmeye başlamıştır.<sup>6-8</sup> (Binyıl Kalkınma Hedefleri [MDGs] kapsamında tanımlanan) sınırlı sayıdaki sağlık programına evrensel erişimi özendirdikten sonra, BM bir U dönüşü yapmış ve–sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu-özel karma finansman biçimlerini desteklemeye başlarken<sup>b</sup>–sağlık hizmetinin metalaştırılmasının yanı sıra, sunum anında ücretsiz sağlık hizmeti için topyekün bir kampanya başlatmıştır.<sup>9</sup>

Sağlık politikalarının ekonomik ve mali payları çok büyüktür: 2007’de toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki oranı, ABD’de

%15.7 iken, Avrupa bölgesinde % 8.8'dir.<sup>10</sup> Bu pazarın ulaşacağı büyüklük göz önüne alındığında, sağlık politikaları konusundaki kararlar, vahşi hukuki ve finansal taktikler, siyasal nüfuz ve bilimin çarpıtılmasına ilişkin sorunlardır.<sup>11</sup> Bu bireysel araştırmacıların tercihlerinin dayanağını, akademik yönelimlerin hangi ekonomi politikası oluşturmuştur?

**Yöntem:** Hem bilimsel kaynaklar hem de gri yayınlar üzerinde bir inceleme yapılmıştır.

**Bulgular:** 1953'ten bu yana ABD yasaları, şirketlere, doğrudan kar elde etmeyecekleri durumlarda para bağışlama izni vermektedir. Bununla birlikte, şirketler bağışlarını, dolaylı olarak, kendi bağışlarının yönetimi ve kararlar üzerinde etkili olmak amacıyla kullanmaktadır.

10 milyar USD aktif varlığı bulunan ve yıllık 2.5 milyar USD tutarında bağış yapan 2733 şirket vakfı (2009)<sup>12</sup> yasal olarak paydaşlarının karlarını en üst düzeye çıkartmakla yükümlü olduğu gibi, kamu araştırmalarını kendi çıkarlarına en uygun sıraya koyma olanağına sahiptir. Bill ve Melinda Gates Vakfı'nın işletme bütçesi Dünya Sağlık Örgütü'nün mali kaynaklarını aşmıştır. Bu arada, hükümetler devlet üniversitelerine kaynak aktarımını azaltmıştır. Böylece, kamu araştırmaları giderek artan bir payla, çoğu kez kamu finansmanını %50'nin üzerinde aşan bir oranda özel sektör tarafından finanse edilir hale gelmiştir.<sup>13</sup>

Devlet üniversiteleri, kendi bilim insanlarını özel sektörün çıkarlarına uygun davranmaya yönlendirmek amacıyla çeşitli mekanizmalar geliştirmiştir. Önemli öğretim elemanları yasaklanmış ya da üniversitelerdeki görevlerine son verilmiştir<sup>14</sup>. Kariyer ve kurumsal kaynaklara erişim, araştırmacıların kuruma çektiği bağışların önemine -kendi araştırmalarının hayır kurumlarının gündemleriyle ne ölçüde uyduğuna- ve bibliometric göstergelerle derecelendirilen yayımlara ilişkin koşullara bağlanmıştır<sup>c</sup> Etkisi yüksek biyomedikal dergilerinin sahipleri, çoğunlukla, sağlık hizmeti sunumu, tıbbi ürün ve sağlık finansmanı alanlarında yatırım yapan kuruluşların paydaşlarıdır. Bu kişiler, konuların, yazarların, hakemlerin ve yöntemlerin seçimini yaparak, yayınları ve dolayısıyla araştırmaları yönlendirir-araştırmalar, aynı zamanda çalışmaların giderlerini karşılayanların da etkisi altındadır.<sup>15</sup> Bu dergiler artan ölçüde, sağlık hizmeti politikası ve biyomedikal konularındaki makaleleri karma olarak yayımladığından, bir çıkar çatışması söz konusudur. Meslek birliklerinin de aynı etkiye sahip bilimsel dergileri bulunmaktadır: kendi kendini denetim, kendi çıkarlarına hizmet etme temelinde sorgulandığında<sup>16,17</sup> bu dergilerin de, yayınları politikalar üzerinden yönlendirmesi olasıdır. Dahası, etik kurullar, insan bilimleri bileşeni bulunan araştırma protokollerini sansürleme yetkilerini arttırmış görünmektedirler.<sup>18</sup>

**Sonuçlar:** Hayır kurumları tarafından finanse edilen ve gıda, tütün ve tıbbi ürün üreten şirketlerin kontrolünde olan halk sağlığı araştırmaları alanındaki çıkar çatışmalarının çok büyük olduğu görülmektedir. Sağlık

sistemleri araştırma ve eğitimi alanında da benzer çatışmalar bulunmaktadır.

Devlet üniversitelerinde, özel kuruluşlar çoğu kez kolaylıkla satılabilir buluşlara (örneğin ilaçlar, aşılar ve tanı) <sup>19</sup> ve ‘küresel sağlık girişimleri’ne– hastalıkları kontrol etme ve ürünler için pazar açma amaçlı kamu-özel ortaklıklarına- katılıma yönelik araştırmalara parasal kaynak sağlar. Bu kuruluşların çıkarları, istihdamdan sermaye getirisine ve ticaretten danışmanlığa kadar birçok alana uzanır.

Parasal kaynak sağlama yoluyla kamu üniversitelerinde piyasa-yanlı mesajlar yayan, makaleler yayımlayan, bilimsel toplantılarda sunumlar gerçekleştiren, konferanslar ve atölye çalışmalarına ev sahipliği yapan, bilim insanlarına konuşmacı olarak ücret ödeyen ve araştırma ekiplerini belirleyen özel kuruluşlar, halk sağlığı araştırma konularının seçimini yönlendirmektedir. Bu nedenle, özel sermayenin, kamu tarafından yönetilen *sağlık sistemleri araştırmalarını* kendi çıkarlarına en uygun biçimde yönlendirdiğinden kuşku duymak için nedenler bulunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, hastalık kontrol programları ve bunlarla ilgili düzenli bakım hizmetleri özenle gerçekleştirilirken, sağlık sistemlerinin sağlık hizmeti sunumu işlevleri ihmal edilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Araştırma, halk sağlığı, dikey strateji, rekabet, özel fon.

### Dipnotlar:

<sup>a</sup>Burada yer verilen görüşlerden bazıları Health, Culture and Society’de sunulan “The production of critical theories in health systems research and education. An epistemological approach to emancipating public research and education from private interests” isimli makalede ortaya konmuştur.

<sup>b</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Sağlık Raporu 2010 isimli raporunda, orta sınıfların pazardan sağlık sigortası satın almasına yol açan, yoksullara yönelik kamu finansmanına odaklanılması ve sağlık hizmetlerini finanse etmek anlamına gelen vergilerin kaldırılması yönünde bir görüş belirtmiştir. DSÖ tarafından desteklenen bu odaklanma ilkesi, bu yüzden kökten bir biçimde Avrupa sağlık sistemlerinin mantığına ters düşmektedir.

<sup>c</sup> Değerlendiricilerin, çoğunlukla, bir akademisyenin değerlendirilmesi bağlamında bir makaleye ilişkin açık niteliksel yorumlar yapmak zorunda olmadığı dikkate alınmalıdır.

### Kaynaklar

1. Béhague DP, Storeng KT. (2008) Collapsing the Vertical–Horizontal Divide: An Ethnographic Study of Evidence-Based Policymaking in Maternal Health. *American Journal Public Health*, 98:644–649.
2. Nolte E, et al. (2002) The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science and Medicine*, 55:1905-1921.
3. <http://www.clickpress.com/releases/Detailed/1413005cp.shtml>
4. The World Bank. *Investing in Health*. Washington, 1993
5. Unger J.-P., Killingsworth J. R. (1986) Selective Primary Health Care: Methods and Results. *Social Science and Medicine*, 22: 1001-1013.

6. Arjona R, Ladaique M, Pearson M. (2001). Growth, Inequality and Social Protection. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
7. Bennett S, Creese A, Monasch R. (1998) Health insurance schemes for people outside formal sector employment. Geneva, Switzerland: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organisation. ARA Paper number 16, WHO/ARA/CC/98.1.
8. Bennet S, Hanson K, Kadama P, Montagu D. (2005). Working with the non-state sector to achieve public health goals. Geneva: World Health Organization. Making Health Systems Work: working paper no. 2.
9. WHO. (2010) World Health report 2010, Geneva.
10. WHO. (2010) World Health Statistics. WHO, Geneva, Switzerland. available from: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf).
11. Stuckler D, Basu S, McKee M (2011) Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed? PLoS Med 8(4): e1001020. doi:10.1371/journal.pmed.1001020
12. Bill Wiist. Philanthropic Foundations and the public health agenda. Corporations and health Watch. <file:///C:/Documents%20and%20Settings/jpunger/My%20Document/s/PUBLICAT/%C3%A9pist%C3%A9mologie%20th%C3%A9orie%20de%20HSR/health%20culture%20and%20society/submitted/Article%20%20%20Corporations%20and%20Health%20Watch=quote.htm> accessed on August 15, 2011
13. London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2011. Financial Statements for the year ended on 31 July 2009. available from: [http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/annualreport/financial\\_statements\\_2008\\_09.pdf](http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/annualreport/financial_statements_2008_09.pdf).
14. Chomsky N. (2003) Understanding Power: The indispensable Noam Chomsky, 1st ed. New York, Random House, Inc.
15. de Sardan, J.-P.O. (2010) Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes.... Anthropologie & Santé, 1, available from: <http://anthropologiesante.revues.org/86>.
16. Baldwin R, Cave, M. (1999) Understanding regulation: theory, strategy and practice. 1st ed. Oxford, UK, Oxford University Press.
17. Bennett S, Dakpallah G, Garner P, Gilson L, Nittayaramphong S, Zurita B, Zwi A. (1994) Carrot and stick: state mechanisms to influence private provider behavior. Health Policy and Planning, 9

(1):1-13. available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10133096>.

18. Becker, H.S. 01-Mar-2011. Quand les chercheurs n'osent plus chercher. Le Monde Diplomatique available from:  
<http://www.monde-diplomatique.fr/2011/03/BECKER/20226>.
19. Widdus R, White K. ( 2004) Combating Diseases Associated with Poverty: Financing product development and the potential role of public-private partnerships, 1st ed. Geneva, Switzerland, The Initiative on Public-Private Partnerships for Health, Global Forum for Health Research.

## ***Reasons to Suspect THAT Public Research in Public Health Has Been Subdued By Private Interests<sup>a</sup>***

*Jean-Pierre Unger, (MD, MPH, DTM&H, PhD), The Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. E-mail: [jpunger@itg.be](mailto:jpunger@itg.be)*

*Patrick Van Dessel (MD, MPH, DTM&H), The Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.*

*Pierre De Paepe (MD, MPH, DTM&H), The Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.*

*Alicia Stolkiner, Professor and Research Director, University of Buenos Aires, Argentina.*

**Background:** Research practices contribute to the dominance of vertical strategies and limit the success of evidence based policymaking for strengthening health systems e.g. because competition for funds and international recognition appear to push health researchers toward vertical initiative.<sup>1</sup> They shouldn't have neglected access to multifunction health care (family medicine and hospital care) as a research priority since the vast majority of premature deaths is related to conditions amenable to medical care, some authors<sup>2</sup> attributing up to 30 years life expectancy gains attributable to preventive and curative health services in the USA during the 20<sup>th</sup> century.<sup>3</sup>

In overlooking access to multifunction care, the bulk of public health research workers followed the paradigm international health policies. Since in 1993<sup>4</sup> the World Bank dismissed access to general care in LMIC as an objective, (inter)national policies ignored it during 15 years -although their alleged cost was an invalid argument to deny it<sup>5</sup> At the end of the nineties, United Nations (UN) agencies started promoting community insurances, as a substitute for ailing public financing of private providers and an alleged regulator<sup>5-7</sup> After having promoted universal access to a limited number of health programs (defined by the MDGs), the UN made a U turn and launched an all-out campaign for care free at the point of delivery<sup>9</sup> – as they began promoting public private mixes in health care financing<sup>b</sup> - at the side of health care commoditization.

The economic and fiscal stakes of health policies are simply huge: in 2007, the total expenditure on health as a proportion of GDP was 8.8 % in the European Region against 15.7 % in the USA<sup>10</sup>. Given the size of this market-to-be, policy decisions are issues of fierce legal, financial and regulatory tactics, political influence and distortion of science.<sup>11</sup>

Which is the political economy of academic orientations underpinning these individual researchers' preferences?

**Method:** We performed a review of both scientific and grey literature.

**Results:** Since 1953 US law permits companies to donate money to causes from which they do not directly make profit. Indirectly, however, companies use their donations to influence management of their endowments and grant making decisions.

With assets of 10 billion USD and annual donations of 2.5 billion, the 2733 corporate foundations (2009)<sup>b</sup> have the means to align public research to the best of their interest, as they are legally bound to maximize shareholders profits. The operating budget of the Bill and Melinda Gates Foundation has exceeds WHO funds<sup>12</sup>. Meanwhile, governments reduced their funding of public universities. An increasing share of public research thus became privately funded, often exceeding public financing of the same by more than 50 %<sup>13</sup>

Public universities developed several mechanisms leading their scientists to abide by private interests. Critical academics were barred or dismissed from universities<sup>14</sup>. Career and access to institutional resources became conditioned on the importance of grants attracted by researchers-that is on the extent to which their research accords with the charity foundations' agendas - and on publishing, which is measured by bibliometric indicators<sup>c</sup>. High impact biomedical journals are often owned by shareholders investing in health care delivery, pharmaceuticals and health financing. They orient publications and thus research by selecting issues, authors, reviewers and methodologies—the latter being also influenced by those who pay for the studies<sup>15</sup> A conflict of interest thus exists since these journals increasingly mix health policy papers with biomedical ones. Professional associations also own scientific journals, with the same effect: if self-regulation has been questioned on the ground of self-serving interests<sup>16,17</sup> these journals are likely to orient publications on policies as well. Furthermore, ethical committees have shown expanded their mandate towards censorship of research protocols with a human sciences component.<sup>18</sup>

**Conclusions:** Conflicts of interest in public health research financed by charity foundations controlled by corporate manufacturers of food, tobacco and pharmaceutical goods have been shown to be paramount **Hata! Yer şareti tanımlanmamış**. Similar conflicts in Health Systems Research and Education do exist.

In public universities, private foundations often funded research into marketable devices (e.g. drugs, vaccines, and diagnostics)<sup>c</sup> and participation in 'global health initiatives'-public-private partnerships intended to control diseases and to open outlets for products. Their interests span from jobs to capital return and from trade to consultancy.

With funding, private foundations oriented topic selection in public research, disseminating pro-market messages in public universities, publishing papers, making presentations at scientific meetings, hosting conferences and workshops and paying scientists as spokespersons<sup>19</sup> and

by specializing research teams. There are thus reasons to suspect that private funds oriented publicly led *health systems research* to the best of their interest. As a consequence, this latter neglected the medical/health care delivery function of health systems, while elaborating disease control programs and the related managed care.

**Keywords:** Research in public health, vertical strategies, competition, private foundation.

### Footnotes:

<sup>a</sup> Some of the arguments presented here are developed in a paper submitted to *Health, Culture and Society*: "The production of critical theories in health systems research and education. An epistemological approach to emancipating public research and education from private interests"

<sup>b</sup> Notice that evaluators are rarely compelled to make explicit qualitative comments on a paper in the context of an academic's assessment.

<sup>c</sup> Notice that evaluators are rarely compelled to make explicit qualitative comments on a paper in the context of an academic's assessment.

### References

1. Béhague DP, Storeng KT. (2008) Collapsing the vertical–horizontal divide: An ethnographic study of evidence-based policymaking in maternal health. *American Journal Public Health*, 98:644–649.
2. Nolte E, et al. (2002) The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science and Medicine*, 55:1905-1921.
3. <http://www.clickpress.com/releases/Detailed/1413005cp.shtml>
4. The World Bank. *Investing in Health*. Washington, 1993
5. Unger J.-P., Killingsworth J. R. (1986) Selective primary health care: methods and results. *Social Science and Medicine*, 22:1001-1013.
6. Arjona R, Ladaique M, Pearson M. (2001). *Growth, Inequality and Social Protection*. OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
7. Bennett S, Creese A, Monasch R. (1998) *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, Switzerland: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization. ARA Paper number 16, WHO/ARA/CC/98.1.
8. Bennet S, Hanson K, Kadama P, Montagu D. (2005). *Working with the non-state sector to achieve public health goals*. Geneva: World Health Organization. *Making Health Systems Work: working paper no. 2*.
9. WHO. (2010) *World Health report 2010*, Geneva.



10. WHO. (2010) World Health Statistics. WHO, Geneva, Switzerland. available from: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf).
11. Stuckler D, Basu S, McKee M (2011) Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed? PLoS Med 8(4): e1001020. doi:10.1371/journal.pmed.1001020
12. Bill Wiist. Philanthropic Foundations and the public health agenda. Corporations and health Watch. <file:///C:/Documents%20and%20Settings/jpunger/My%20Document/s/PUBLICAT/%C3%A9pist%C3%A9mologie%20th%C3%A9orie%20de%20HSR/health%20culture%20and%20society/submitted/Article%20%20%20Corporations%20and%20Health%20Watch=quot e.htm> accessed on August 15, 2011
13. London School of Hygiene & Tropical Medicine. 2011. Financial Statements for the year ended on 31 July 2009. available from: [http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/annualreport/financial\\_statements\\_2008\\_09.pdf](http://www.lshtm.ac.uk/aboutus/annualreport/financial_statements_2008_09.pdf).
14. Chomsky N. (2003) Understanding Power: The indispensable Noam Chomsky, 1st ed. New York, Random House, Inc.
15. de Sardan, J.-P.O. (2010) Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes.... Anthropologie & Santé, 1, available from: <http://anthropologiesante.revues.org/86>.
16. Baldwin R, Cave, M. (1999) Understanding regulation: theory, strategy and practice. 1st ed. Oxford, UK, Oxford University Press.
17. Bennett S, Dakpallah G, Garner P, Gilson L, Nittayaramphong S, Zurita B, Zwi A. (1994) Carrot and stick: state mechanisms to influence private provider behavior. Health Policy and Planning, 9 (1):1-13. available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10133096>.
18. Becker, H.S. 01-Mar-2011. Quand les chercheurs n'osent plus chercher. Le Monde Diplomatique available from: <http://www.monde-diplomatique.fr/2011/03/BECKER/20226>.
19. Widdus R, White K. ( 2004) Combating Diseases Associated with Poverty: Financing product development and the potential role of public-private partnerships, 1st ed. Geneva, Switzerland, The Initiative on Public-Private Partnerships for Health, Global Forum for Health Research.

**Oturum Başkanları/Chair Persons:**  
Gazanfer Aksakoğlu, Garance Upham

## **Sağlık Reformu Pandemisi “Ülke ÖrneKleri” Health Reform Pandemics “Country Examples”**

---

### **Sağlık Sistemlerinin Piyasalaşma Yoluyla Reformu: İngiltere, Malezya ve Yeni Zelanda'da Piyasalaşmanın 30 Yıllık Karşılaştırmalı Analizi**

*John Lister, Sağlık Politikaları ve Sağlık Gazeteciliği Öğretim Üyesi Coventry  
Universitesi. İngiltere, E-posta: [J.Lister@coventry.ac.uk](mailto:J.Lister@coventry.ac.uk)  
Kai-Lit Phua, Associate Professor, Monash Universitesi(Sunway Kampüs)  
Malezya. E-posta: [phua.kai.lit@med.monash.edu.my](mailto:phua.kai.lit@med.monash.edu.my)  
Gerardine Clifford, Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı, Yeni Zelanda.  
Gary Jackson, Manukau İlçesi Sağlık Kurulu, New Zealand.*

Refah devletinin süre giden genişlemesine karşı muhalefet ile birleşen sağlık sistemlerinin verimliliği konusundaki memnuniyetsizlik, 1970'lerin sonu ve 1980'lerin ilk yıllarından başlayarak, kamu sağlık sektöründe piyasalaştırma stratejisinin benimsenmesiyle sonuçlanmıştır.

Bu stratejinin savunucuları, piyasa güçlerinin ve piyasa-benzeri mekanizmaların kamu sektörüne girmesinin birçok yarar sağlayacağını öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada, sağlık sistemlerinin piyasalaştırılmasının, İngiltere, Malezya ve Yeni Zelanda gibi, bu stratejileri ilk önce ve heyecanla benimseyen ülkeler üzerindeki üç on yıllık etkileri incelenmiştir. Gerçek etkileri tartışmakta ve bunları, piyasalaştırma savunucularının sözünü ettiği sözde yararlarla, yani hasta açısından kazanımlarla (seçenek ve güç kazanımı, kolaylık, daha hızlı hizmet, daha yüksek memnuniyet ve toplamda daha nitelikli sağlık hizmeti) ve daha yüksek ekonomik verimlilik ve diğer “verimlilik artışları” (atıkların yok edilmesi, paranın değerinin artması, sağlık hizmeti kaynaklarının akıllıca kullanımının kolaylaştırılması, yeni teknolojinin benimsenmesinin desteklenmesi, girişimcilik becerilerinin ve yeni ürün geliştirmenin özendirilmesi, kamu sektörü üzerindeki baskının giderilmesi) olarak tanımlanan yararlarla karşılaştırılmıştır. Bunun yanında, hekimler ve hemşireler gibi önemli sağlık hizmeti sunanların bu reformlara nasıl baktığı tartışılmıştır.

Ayrıca İngiltere'deki farklı bir piyasalaştırma uygulamasını, yani İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin bazı sektörlerinde hizmet sunumunun seçmeli olarak özelleştirilmesini, gerçekte, özel sektörün kamu harcamalarından daha büyük pay almasını güvenceye almaya yönelik bir girişimini inceleyeceğiz.

**Anahtar kelimeler:** Piyasalaştırma, karşılaştırmalı analiz, İngiltere, Malezya, Yeni Zelanda, sağlık sistemi.

# ***Reforming Health Systems Through Marketisation: Comparative Analysis of Effects of Three Decades of Marketisation in England, Malaysia and New Zealand***

*John Lister, Senior Lecturer In Health Journalism And Health Policy Coventry University, England. E-mail: [J.Lister@coventry.ac.uk](mailto:J.Lister@coventry.ac.uk)*

*Kai-Lit Phua, Associate Professor, Monash University (Sunway Campus) Malaysia. E-mail: [phua.kai.lit@med.monash.edu.my](mailto:phua.kai.lit@med.monash.edu.my)*

*Gerardine Clifford, Ministry of Health, New Zealand*

*Gary Jackson, Counties Manukau District Health Board, New Zealand.*

Dissatisfaction with the performance of health systems coupled with opposition to the continued expansion of the welfare state resulted, beginning in the late 1970s and early 1980s, in the adoption of the strategy of marketisation in the public health sector. Proponents of this strategy argued that the introduction of market forces and market-like mechanisms into the public sector would result in many gains.

In this paper, we examine the effects of three decades of marketisation on the health systems of early and enthusiastic adopters such as England, Malaysia and New Zealand. We discuss the actual effects and compare these to the alleged benefits mentioned by proponents of marketisation, i.e. benefits to patients (choice and empowerment, convenience, speedier service, greater satisfaction and better quality of care overall) and better economic performance and other “efficiency gains” (eliminating waste, enhancing value for money, promoting prudent use of healthcare resources, promoting adoption of new technology, encouraging entrepreneurial skills and new product development, relieving pressure on the public sector). We will discuss how major healthcare providers such as doctors and nurses regard these reforms.

We will also examine a variant of marketisation evident in England, i.e. selective privatisation of provision in certain sectors of the English National Health Service (NHS); in actuality, an attempt of the private sector to secure a bigger share of public spending.

**Keywords:** Marketisation, comparative analysis, England, Malaysia, New Zealand, health care system.

# Latin Amerika'da Neoliberal Sağlık Reformları ve Yıkıcı Sonuçları

Carolina Tetelboin Henrion, Profesör, Özerk Metropolitan Üniversitesi, México D.F., E-posta: [ctetelbo@correo.xoc.uam.mx](mailto:ctetelbo@correo.xoc.uam.mx)

**Arka plan:** Latin Amerika, yirminci yüzyılın son on yıllarından başlayarak, güçlüklerine ve sorunlarına karşın, kamu sağlık sistemlerinin ve sosyal güvenlik yapısının oluşturulması konusunda neoliberal bir deneyim geçirmiştir. Simgesel olarak Şili, Kolombiya ve Meksika örneklerinde, çözümler, devletten çok piyasaya yöneliktir. Son zamanlarda, sağlık hakları, halk sağlığı ve devletin rolünü kapsayan yeni deneyimler söz konusudur.

**Amaç:** Bu sunum, yaşadıkları neoliberal politik süreçler bağlamında bu üç ülkeye ağırlık vererek, 80'lerden bugüne dek Latin Amerika'da gerçekleştirilen sağlık sistemleri reformunu tartışmaktadır. Sunumun yaklaşımı, özellikle yasal düzenlemeler, finansman ve sağlık hizmetleri sunumu alanlarındaki dönüşümü yönlendiren ana eksenlere odaklanmıştır.

**Bulgular:** En önemli sonuçlardan bazıları şunlardır: Değişikliklerin formel demokrasiye uygun biçimde yasallaşmasına olanak sağlayan mevzuat değişiklikleri; kamu ve özel (önceden var olan ya da yeni) kuruluşlar açısından yeni bir mantık, yeni bir işleyiş ve yetki; finansman, özellikle kaynaklarının kökeni ve dağılımı açısından sağlık harcamaları konusundaki değişiklikler ve son olarak halkın ilgisine ilişkin bazı sonuçlar.

**Sonuçlar:** Kısaca, sağlık hizmetlerinin işleyişi açısından yararlı, esas olarak özelleştirme ve özel sektör gelişiminin ekonomik mantığından bağımsız unsurlar dışında, bu süreçlerin bakım ve sağlık harcaması kavramlarını ayırttığı, sağlık sistemlerine yatırımı aile desteği pahasına arttırdığı ve devletlerin neye ve kime hizmet verecekleri konusunda yeni bir seçicilik yarattığı sonucuna varabiliriz.

**Anahtar kelimeler:** Neoliberalizm, Latin Amerika, sağlık sistemleri.

## Kaynakça

1. Celia A. (2006) Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. Rev. Bienestar y política social, vol. 2, N1, CISS-UIA, México, pp. 135-175.
2. Mundial B. (1988) Informe sobre el Desarrollo Mundial. Oportunidades y riesgos en la gestión de la economía mundial, Washington, D.C.

3. Mundial B. (1993) Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial, Washington D.C., Cap. 6.
4. CEPAL, OPS. (1994) Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Serie Documentos reproducidos N°41, OPS, Washington, D.C., marzo, 1994, capítulos IV y V, pp 37-102.
5. Marcelo Gi, , Olivier L, Nguyen VH. (xxx) México, a comprehensive development agenda for the new era, The World Bank, Washington, USA, pp. 57-509.
6. Ginés GG. (2001) “Las Reformas Sanitarias y los modelos de gestión”. Revista Panamericana de Salud Pública 9(6):406-412.
7. Mario H. (2000) El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N: La Salud está grave. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2000:133-64, Colombia.
8. Mario H. (2000) La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. (Disertación). Universidad Nacional, Colombia.
9. Infante, Alberto, de la Mata, Isabel, y Daniel López Acuña (2000) Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2):13-20.
10. Cristina L. (1997) La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa, Ediciones ERA.
11. Cristina L. (2009) América Latina. Interrogándonos sobre las políticas sociales y de salud, Ponencia Magistral al Honoris Causa por la Universidad de Buenos Aires, XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Consejo Consultivo de la Secretaría de Salud del Gobierno Legítimo de México, 27 p.
12. Eliana LM. (1995) Modos de formulación de política e intermediación de intereses en el sector salud chileno, en Revista chilena de Administración Pública, octubre, pp. 32-53.
13. Leal G. (2000) Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social, UAM-X, México, pp. 25-101.
14. Mora F, Lodoño JL. (1997) Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, Rev. Salud y Gerencia, Colombia.

- 15., Fernando M, et. al. (2000) Las funciones esenciales en salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2):126-134.
16. Mushkin SJ. (1992) *La Salud como inversión*, White, Kerr L., editor principal, Investigaciones sobre servicios de salud; una antología, Publicación Científica N°534, OPS-OMS, Washington, D.C., pp. 265-288.
17. Organización Panamericana de la Salud (1997) *Las cooperación de la organización Panamericana de la salud ante los procesos de reforma sectorial*, Washington, DC., marzo, 70 p.
18. OPS/OMS. (2000) *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Informe de la secretaría. 107ª reunión Consejo ejecutivo, 14 de diciembre. 6p.*
19. OPS/OMS. (2002) *Evaluación del desempeños de los sistemas de salud: Informe de la secretaría. 111ª reunión Consejo ejecutivo, 12 de diciembre. 4p.*
20. OPS/OMS. (2002b) *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, publicación científica y técnica N. 589, Washington, DC., 400 p.
21. OPS/OMS. (2007) *Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud*. Informe sobre la salud de las Américas. Capítulo 4, en: [www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf](http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf)
22. Rodríguez, JA, Jesús YdeM, (1990) *Salud y Poder*, Centro de Investigaciones Sociológicas, COLMEX, Siglo veintiuno editores, España, pp. 1-51.
23. Trujillo RM. (1997) *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
24. Secretaría de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001) *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Capítulo I, pp. 23-70 Poder Ejecutivo Federal. I Informe de Gobierno, anexos estadísticos.
25. Secretaría de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007.  
[http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)
- 26., Hernán R, Andersson YB. (2000) *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2):118-125.

27. Salinas D, Tetelboin Y C. (2005) Las condiciones de la política social en América Latina”, en Rev. Papeles de Población, abril-junio, N. 44, UAEM, México, pp. 83-108.
28. Mario T. (2002) Análisis de instituciones hipercomplejas”, en Merhy, Emerson Elias y Rosana Onocko, Agir em saúde. Un desafio para o público, Editora Hucitec, Sao Paulo, Brasil, pp. 17-70.
29. Carolina T. (2003) La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile, 1973-1990. Reformas de primera generación, UAM-X, México, pp. 247-263.
30. Carolina T, Granados, JA. (2003) Una lectura sobre el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de México”, Revista Argumentos, N° 45, UAM, agosto.
31. Carolina T. (2006) Políticas y Reformas a los sistemas de salud en América Latina, En Jarillo, E. y Enrique Guinsberg, La Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos, Lugar Editorial, Bs. As., Argentina.
32. Carolina T. (2010) Evaluación de propuestas internacionales y regionales en el recurrir de las políticas y las instituciones de salud en América Latina. en Francisco Mercado y Abel Mercado (coord.), Evaluación emergente de políticas y programas de salud: avances y desafíos en América Latina, UADY/ Consorcio de Universidades Mexicanas, pp. 25-50, México.
33. Daniel T, Uthoff AY, Jimenez L.F. (2000) Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad”, Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2):112-117.
34. Twaddle, A. (1996) Health system reforms toward a framework for international comparisons”, Social Science and Medicine, 43(5): 637-654.
35. United Nations (2002) Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April, New York.
36. Whitehead M. (2000) The concepts and principles of equity and health, Regional Office for Europe, Copenhagen, WHO
37. World Health Organization. (2002) Active aging: A policy framework. Geneva: WHO; Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>



# Neoliberal Health Reforms in South America and the Disasterous Impacts

Carolina Tetelboin Henrion, Professor, Universidad Autónoma Metropolitana, México. E-mail: [ctetelbo@correo.xoc.uam.mx](mailto:ctetelbo@correo.xoc.uam.mx)

**Background:** Latin America underwent from the last decades of the twentieth century committed neoliberal experience progress in setting up public health systems and social security, despite their misfortunes and problems. The solutions are geared to less state and more market in the emblematic cases of Chile, Colombia and Mexico. Recently there are new experiences which take up health rights, the role of public health and the state.

**Aim:** The presentation discusses the reform of health systems carried out since the 80s to the present in Latin America, with emphasis in these three countries, as part of their neoliberal political processes. The approach focuses on the main axes that guided its transformation, specifically in the regulation, financing and delivery of health services.

**Results:** Among the most important results include: changes in regulation that allowed their legalization in conditions of formally democracy; a new rationality, operation and weight of the institutions (existing or new) public and private; changes in funding, especially spending on health in terms of the origin of their sources, fate and distribution of resources, and finally some impacts on the attention of the population.

**Conclusions:** In short, we can conclude that these processes but introduced elements useful for the operation of health services, primarily the privileged of economic logic of privatizing and development the private sector, segmented the notion of care and health spending, increased the investment of the health system at expense of the family support and create a new selectivity of the states on what and who they serve.

**Keywords:** Neoliberalism, Latin America, health systems.

## Bibliography

1. Celia A. (2006) Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. Rev. Bienestar y política social, vol. 2, N1, CISS-UIA, México, pp. 135-175.
2. Mundial B. (1988) Informe sobre el Desarrollo Mundial. Oportunidades y riesgos en la gestión de la economía mundial, Washington, D.C.
3. Mundial B. (1993) Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial, Washington D.C., Cap. 6.

4. CEPAL, OPS. (1994) Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe, Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Serie Documentos reproducidos N°41, OPS, Washington, D.C., marzo, 1994, capítulos IV y V, pp 37-102.
5. Marcelo Gi, , Olivier L, Nguyen VH. (xxx) México, a comprehensive development agenda for the new era, The World Bank, Washington, USA, pp. 57-509.
6. Ginés GG. (2001) "Las Reformas Sanitarias y los modelos de gestión". Revista Panamericana de Salud Pública 9(6):406-412.
7. Mario H. (2000) El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N: La Salud está grave. Santafé de Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; 2000:133-64, Colombia.
8. Mario H. (2000) La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. (Disertación). Universidad Nacional, Colombia.
9. Infante, Alberto, de la Mata, Isabel, y Daniel López Acuña (2000) Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2):13-20.
10. Cristina L. (1997) La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa, Ediciones ERA.
11. Cristina L. (2009) América Latina. Interrogándonos sobre las políticas sociales y de salud, Ponencia Magistral al Honoris Causa por la Universidad de Buenos Aires, XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Consejo Consultivo de la Secretaría de Salud del Gobierno Legítimo de México, 27 p.
12. Eliana LM. (1995) Modos de formulación de política e intermediación de intereses en el sector salud chileno, en Revista chilena de Administración Pública, octubre, pp. 32-53.
13. ,Leal G. 2000) Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social, UAM-X, México, pp. 25-101.
14. Mora F, Lodoño JL. (1997) Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, Rev. Salud y Gerencia, Colombia.
15. , Fernando M, et. al. (2000) Las funciones esenciales en salud pública: Un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2):126-134.
16. Mushkin SJ. (1992) La Salud como inversión, White, Kerr L., editor principal, Investigaciones sobre servicios de salud; una antología, Publicación Científica N°534, OPS-OMS, Washington, D.C., pp. 265-288.
17. Organización Panamericana de la Salud (1997) Las cooperación de la organización Panamericana de la salud ante los procesos de reforma sectorial, Washington, DC., marzo, 70 p.

18. OPS/OMS. (2000) *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Informe de la secretaría*. 107ª reunión Consejo ejecutivo, 14 de diciembre. 6p.
19. OPS/OMS. (2002) *Evaluación del desempeños de los sistemas de salud: Informe de la secretaría*. 111ª reunión Consejo ejecutivo, 12 de diciembre. 4p.
20. OPS/OMS. (2002b) *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*, publicación científica y técnica N. 589, Washington, DC., 400 p.
21. OPS/OMS. (2007) *Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud*. Informe sobre la salud de las Américas. Capítulo 4, en: [www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf](http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%SPA%20cap%204.pdf)
22. Rodríguez, JA, Jesús YdeM, (1990) *Salud y Poder*, Centro de Investigaciones Sociológicas, COLMEX, Siglo veintiuno editores, España, pp. 1-51.
23. Trujillo RM. (1997) *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
24. Secretaría de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2001-2006. (2001) *La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Capítulo I, pp. 23-70 Poder Ejecutivo Federal. I Informe de Gobierno, anexos estadísticos.
25. Secretaría de Salud de México, Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007.  
[http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf)
26. , Hernán R, Andersson YB. (2000) *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2):118-125.
27. Salinas D, Tetelboin Y C. (2005) *Las condiciones de la política social en América Latina*”, en *Rev. Papeles de Población*, abril-junio, N. 44, UAEM, México, pp. 83-108.
28. Mario T. (2002) *Análisis de instituciones hipercomplejas*”, en Merhy, Emerson Elias y Rosana Onocko, *Agir em saúde. Un desafio para o público*, Editora Hucitec, Sao Paulo, Brasil, pp. 17-70.
29. Carolina T. (2003) *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile, 1973-1990. Reformas de primera generación*, UAM-X, México, pp. 247-263.
30. Carolina T, Granados, JA. (2003) *Una lectura sobre el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de México*”, *Revista Argumentos*, N° 45, UAM, agosto.

31. Carolina T. (2006) Políticas y Reformas a los sistemas de salud en América Latina, En Jarillo, E. y Enrique Guinsberg, La Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos, Lugar Editorial, Bs. As., Argentina.
32. Carolina T. (2010) Evaluación de propuestas internacionales y regionales en el recurrir de las políticas y las instituciones de salud en América Latina. en Francisco Mercado y Abel Mercado (coord.), Evaluación emergente de políticas y programas de salud: avances y desafíos en América Latina, UADY/ Consorcio de Universidades Mexicanas, pp. 25-50, México.
33. Daniel T, Uthoff AY, Jimenez L.F. (2000) Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad”, Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2):112-117.
34. Twaddle, A. (1996) Health system reforms toward a framework for international comparisons”, Social Science and Medicine, 43(5): 637-654.
35. United Nations (2002) Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April, New York.
36. Whitehead M. (2000) The concepts and principles of equity and health, Regional Office for Europe, Copenhagen, WHO
37. World Health Organization. (2002) Active aging: A policy framework. Geneva: WHO; Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>

## Ülke İçinde ve Dışında ABD Şirketleri ve Sağlık Sistemi Reformu

Matt Anderson, Hekim, MSc, Editör, Sosyal Tıp. Aile ve Toplum Hekimliği Bölümü, Montefiore Tıp Merkezi. 3544 Jerome Ave. Bronx, NY, 10467, ABD. E-posta: [mattanderson@socialmedicine.org](mailto:mattanderson@socialmedicine.org)

Alma Ata Konferansı sonrası sağlık gündemi, sağlık hizmetlerinin, büyük çokuluslu şirketlerin kar birikimi yararına bir diğer arenaya dönüştüğü neo-liberal program tarafından belirlenmektedir. ABD'de 2009 sağlık reformu tartışmaları, (çareyi en sonunda sivil itaatsizliğe başvurmakta bulan) ilerici sesleri kasıtlı olarak dışlamıştır. Sonuç, sağlık hizmeti sunumunu kar amaçlı sigorta şirketlerine devreden bir plan olmuştur. ABD'de sağlık hizmetlerinin güncel sunumu, giderek artan bir oranda, şirketlerce tanımlanmış "verimlilik" kavramına vurgu yapan doğruluğu kanıtlanmamış modeller çerçevesinde yönlendirilmektedir.

Sağlık çalışanları, kendi dışlarında oluşturulmuş normlara uyması beklenen işçilere dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetlerine toplumun katılımı görüşü rafa kaldırılmıştır. Hastalar şimdi, hastane tarafından önerilen "ürün hatları"na ilişkin memnuniyet anketlerini dolduran tüketicilerdir. Meslek kuruluşları ve halk sağlığı kurumları şirketler tarafından ele geçirilmiştir; Amerikan Aile Hekimleri Akademisi Coca-Cola ile ortaktır, Ulusal Sağlık Enstitüleri Diet Pepsi'nin ortağıdır. ABD ticaret politikası ilaç şirketlerinin çıkarları gözetmektedir. İkili TRIPS-plus anlaşmaları, ilaçlar üzerindeki patent haklarını etkin bir biçimde beş yıl uzatmaktadır. Uluslararası araştırmalar, artık Helsinki Bildirisi'ne uymayan kar amaçlı şirketler tarafından yürütülmektedir. Bu şirketler, tersine, kendi özel kurumsal etik kurullarını istihdam etmektedir. Gates Vakfı ve Columbia Üniversitesi Yeryüzü Enstitüsü gibi ABD vakıfları, uluslararası sağlık gündemini, ölçülebilir sonuçlar ve işletimsel verimlilik başlığı altında belirli hastalıklar için teknik çözümler yönünde değiştirmede önemli bir rol oynamışlardır. Bununla birlikte, sağlığın toplumsal belirleyicilerini irdeleyen daha geniş bir çerçeveye entegre olmuş, birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı, kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemlerini öngören Alma Ata ideallerinden esinlenen alternatiflere ve neoliberal gündeme karşı önemli ve anlamlı bir muhalefet vardır. Ancak bunlar, genellikle ufak, yalıtılmış, yeterli mali desteği olmayan ve ulusal düzeyde bile tutarlı bir hareket oluşturmayan çabalardır.

**Anahtar kelimeler:** Almaata sağlık ajandası, sağlık sistemi reformu, şirket.

## ***US Corporations and Health System Reform at Home and Abroad***

*Matthew Anderson, MD, MSc, Editor, Social Medicine, Department of Family and Social Medicine, Montefiore Medical Center. 3544 Jerome Ave. Bronx, NY, 10467, USA. E-mail: [mattanderson@socialmedicine.org](mailto:mattanderson@socialmedicine.org)*

The post-Alma Ata health agenda has been dominated by a neo-liberal program in which health care has become one more arena for the accumulation of profit by large multi-national corporations. In the US, the 2009 health reform debate deliberately excluded progressive voices (who ultimately resorted to civil disobedience). The result was a plan which ceded health care delivery to for-profit insurance companies. The actual delivery of health care in the US is increasingly dominated by unproven models which stress corporate-defined “efficiency.”

Health care professionals are turned into workers who are expected to conform to externally-generated norms. The vision of community participation in health care has been shelved; patients are now consumers who complete satisfaction surveys regarding the “product lines” offered by the hospital. Professional societies and public health institutions are wooed by corporations; the American Academy of Family Physicians partners with Coca-Cola, the National Institutes of Health partners with Diet Pepsi. US trade policy favors the interests of pharmaceutical companies; bilateral TRIPS-plus agreements effectively extend patent rights on drugs by five years. International research is conducted by for-profit companies which no longer follow the Helsinki declaration. Instead, they hire their own private institutional review boards. US foundations, such as the Gates Foundation and Columbia University’s Earth Institute have played a major role reorienting the international health agenda towards technical solutions to specific diseases under the banner of measurable results and operational efficiencies. However there is significant and meaningful opposition to the neoliberal agenda and alternatives inspired by the Alma Ata ideals of primary-care based, publicly-funded health care systems which are integrated into a broader framework that addresses the social determinants of health. These efforts, however, are typically small, isolated, underfunded, and do not form a coherent movement even on a national level.

**Keywords:** Alma Ata health agenda, health system reform, corporations.

**Oturum Başkanları /Chair Persons:**  
Ferda Özyurda, Jean Pierre Unger

63

## **Sağlık Reformu Pandemisi “Ülke Örnekleri”** **Health Reform Pandemics “Country Examples”**

### **İşgal Altındaki Filistin Topraklarında Sağlık Sektörü ve Sağlık: Uluslararası Toplumun Rolü**

*Angelo Stefanini, Araştırmacı, Uluslararası Sağlık Merkezi Direktörü, Bologna Alma Mater Üniversitesi, Via San Giacomo, Bologna, İtalya. E-posta: [Angelo.stefanini@unibo.it](mailto:Angelo.stefanini@unibo.it)*

Bu sunum, sürecin tümü için önemli bir belirleyici olarak uluslararası toplumun rolüne odaklanarak, işgal altındaki Filistin topraklarında etkin bir sağlık sektörü oluşturmanın ve sağlığı geliştirmenin önündeki en önemli engelleri analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Görünüşte Filistin sağlık sisteminin geliştirilmesi ve toplumun sağlığının iyileştirilmesine adanmış olan uluslararası ortakların birincil amacı, herhangi bir zarara yol açmamak için, öncelikle, yaygın olarak düşünüldüğünden daha düzenli bir biçimde sonuç almak olmalıdır. Gerçekten de, Uluslararası Adalet Divanı'na göre, işgal altındaki Filistin topraklarında bağışçılar, İsrail'in uluslararası insani hukuka saygı göstermesini sağlamak ve işgalci güce ait olan sorumlulukları üstlenmemek için, bu güç tarafından yaratılan durumun sürmesine yol açacak yardımda bulunmamakla yükümlü tutulmuştur. Bu tür davranışların pek çok örneği bulunmaktadır.<sup>1</sup>

Filistin sağlık sektörünün gelişmesinin önündeki en önemli engellerin kaynağı: a) İsrail askeri işgalinin tecrit ve yalıtım politikaları nedeniyle süre giden siyasal karışıklık ve bunun sonucu oluşan sistem istikrarsızlığı. b) Her birinin kendi gündemi olan, yardımların uyumlaştırılmasından hoşlanmayan ve Filistinli mevkidaşlarıyla ikili çalışmalar yapmayı yeğleyen çok sayıda bağışçıdan gelen yabancı yardımlara yüksek bağımlılık. c) Hem sınırlar, hareket, sağlığın toplumsal belirleyicileri, ekonomik özerklik gibi temel araçlar üzerinde bir ülkeyi yönetmek için gereken denetimin bulunmayışı nedeniyle, hem de iç uyumsuzluklar, yolsuzluk, mali denetimsizlik ve saydamlık gibi konulara bağılı olarak Filistin liderliğinin karşı karşıya olduğu iç güçlüklerdir.<sup>2</sup>

İşgal altındaki Filistin topraklarında çok önemli bir sağlık belirleyicisi insan güvenliği<sup>3</sup> yani İsrail işgal politikalarının neden olduğu, Filistinlilerin yaşamlarına yönelik doğrudan (ölümler, yaralanmalar, tahrip edilen evler) ve dolaylı, yapısal şiddet biçimindeki ağır ve yaygın tehditlerden korunmadır. Bunlardan ikincisi (dolaylı tehditler), birbirine bağlı kontrol noktaları ağının, ayırıcı bariyerlerin, yaygın yoksulluğa, toplumsal dışlanmaya ve yoğun acılara yol açan korkunç bir izin sisteminin neden olduğu hareket özgürlüğü eksikliği biçiminde ortaya çıkmaktadır. Filistinliler kendilerini koruyacak bir devlete sahip olmadığından, bu görev uluslararası topluma düşmektedir.

İsrail askeri işgalinin Filistin toplumunun gelişiminin önündeki en önemli engel olduğu ve işgal altındaki Filistin topraklarına, hareket özgürlüğü olmaksızın yapılan yardımların büyük ölçüde boşa harcandığı<sup>4</sup> çok açıktır. Bu nedenle, başışçıların Filistin halkının sağlığını iyileştirmeye yönelik çabaları, aralıksız teknik yardımı, birbiriyle yarışan ortaklar arasındaki ilişkinin uluslararası hukuk kurullarına dayalı bir çerçevede sürmesini sağlayacak tutarlı bir siyasal anlaşmayla uzlaştırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** İşgal, Filistin, sağlığın toplumsal belirleyicileri, uluslararası hukuk, insan güvenliği, yapısal şiddet, sağlık.

### **Kaynaklar**

1. Stefanini A, Pavignani E. (2010) The unhealthy aid provided for the health of Palestinians. *The Lancet*, published on line July 2, 2010; <http://www.thelancet.com/health-in-the-occupied-palestinian-territory-2010>.
2. Mataria A, Khatib R, Donaldson C, Bossert T, Hunter DJ, Alsayed F, Moatti J-P. (2009) The health-care system: an assessment and reform agenda. *The Lancet*, 4 April 2009 373( 9670): 1207-1217. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60111-2.
3. Batniji R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V, Giacaman R, Sarraj E, Punamaki Ra, Saab H, Boyce W. (2009) Health as human security in the occupied Palestinian territory. *The Lancet* - 28 March 2009, 373(9669): 1133-1143. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60110-0.
4. The World Bank. Investing in Palestinian economic reform and development: report for the pledging conference. [http://www.prospectsforpeace.com/Resources/Statements/World\\_Bank-Palestinian\\_Economic\\_Reform\\_and\\_Development.pdf](http://www.prospectsforpeace.com/Resources/Statements/World_Bank-Palestinian_Economic_Reform_and_Development.pdf)



## ***Health Sector and Health in the Occupied Palestinian Territory: The Role of The International Community***

*Angelo Stefanini, Researcher, Director of the Centre for International Health, Alma Mater Universita' di Bologna, Via San Giacomo, Bologna, Italy. E-mail: [Angelo.stefanini@unibo.it](mailto:Angelo.stefanini@unibo.it)*

The purpose of this presentation is to analyse the major obstacles to the development of an effective health sector and to improve health in the occupied Palestinian territory focusing on the role of the international community as a crucial determinant in the whole process.

The primary objective of international partners ostensibly committed to develop the Palestinian health system and improve population's health should be, firstly, to do no harm, an outcome more frequent than commonly thought. Indeed, according to the International Court of Justice, donors in the occupied Palestinian territory (oPt) are under the obligation not to render aid that might maintain the situation created by the occupying power, to ensure Israel's respect for international humanitarian law, and not to substitute for the responsibility of the occupying power. Examples of such conduct are plenty.<sup>1</sup>

The main obstacles to the Palestinian health sector development result from (a) the ongoing political disorder, and the consequent system instability, due to Israeli military occupation policies of isolation and segregation; (b) high dependence on foreign aid from a multitude of donors, each with its own agenda, who dislike harmonization and favor bilateral deals with the Palestinian counterpart; (c) internal difficulties of the Palestinian leadership due to both lack of control over the basic resources necessary to run a (would-be) country, i.e. borders, movement, social determinants of health, economic autonomy, and domestic divisions, corruption, lack of accountability and transparency.<sup>2</sup>

A critical health determinant in the oPt is human security<sup>3</sup> i.e. protection from the severe and widespread threats to Palestinian lives brought by Israeli occupation policies in the form of direct (deaths, injuries, homes destroyed) and indirect, structural violence. The latter is embodied in the lack of freedom of movement, due to an interlocking network of checkpoints, the separation barrier, a dreadful permit system that cause pervasive poverty, social exclusion and intense suffering. As Palestinians do not have a state to protect them, this role should fall on the international community.

As it is abundantly evident that Israeli military occupation is the main obstacle to the development of Palestinian society and that aid to the oPt without freedom of movement is largely squandered<sup>4</sup> donors' efforts to

improve the health of Palestinian people should reconcile solid technical assistance with a coherent political commitment to maintain relationships between contending partners within a framework based on international laws.

**Keywords:** Occupied, Palestinian, social determinants of health, international law, human security, structural violence and health.

## References

5. Stefanini A, Pavignani E. (2010) The unhealthy aid provided for the health of Palestinians. *The Lancet*, published on line July 2, 2010; <http://www.thelancet.com/health-in-the-occupied-palestinian-territory-2010>.
6. Mataria A, Khatib R, Donaldson C, Bossert T, Hunter DJ, Alsayed F, Moatti J-P. (2009) The health-care system: an assessment and reform agenda. *The Lancet*, 4 April 2009 373( 9670): 1207-1217. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60111-2.
7. Batniji R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V, Giacaman R, Sarraj E, Punamaki Ra, Saab H, Boyce W.(2009) Health as human security in the occupied Palestinian territory. *The Lancet* - 28 March 2009, 373(9669): 1133-1143.DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60110-0.
8. The World Bank. Investing in Palestinian economic reform and development: report for the pledging conference. [http://www.prospectsforpeace.com/Resources/Statements/World\\_Bank-Palestinian\\_Economic\\_Reform\\_and\\_Development.pdf](http://www.prospectsforpeace.com/Resources/Statements/World_Bank-Palestinian_Economic_Reform_and_Development.pdf)

## Türkiye’de Sağlık Reformları

Meltem Çiçeklioğlu, Doç. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye. E-posta: [meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr](mailto:meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr)

67

Türkiye’de sağlık reformları 1980’lerde başlayıp, halen devam eden bir süreçtir. Ancak bu süreci sadece “Türkiye” ya da sadece “sağlık” alanı ile sınırlamak hem eksik hem de yanlış olur. Kapitalist üretim tarzının karakteristik özelliklerinden biri olarak 70’lerde başlayan kapitalizmin krizi sürecinde şekillenen neoliberal ekonomi politikalarının sağlık sistemi üzerindeki en temel yansıması 80’lerde ortaya atılan ve 90’larda uygulanmaya başlanan “sağlık reformlarıdır.

Dünya Bankası, Dünya Kalkınma Raporu’nu 1993’de ilk kez *Sağlığa Yatırım* başlığıyla sunmuştur. Raporla, sağlık hizmeti sunarken, insanların ne denli sağlıklı olduklarından çok, oluşan hastalıkların çalışmayı ve üretimi ne denli engellediğini dikkate almanın daha önemli olduğu vurgusu yapılmıştır. Bu yaklaşım tesadüfî bir durum değildir; Neoliberal politikalar tarafından eleştirilen Keynes’in ekonomik yaklaşımına dayalı refah devleti anlayışındaki yapısal değişiminin bir uzantısıdır. Neoliberal yaklaşıma göre; Keynesyen refah devletinin özellikleri olan, emeğin yeniden üretimi için yapılan kurumsal düzenlemeler (sosyal güvenlik, sağlık hizmeti, eğitim vb. ) emek- gücü maliyetlerini artırmaktadır, özellikle de kapitalizmin krize girdiği dönemlerde bu maliyet artışları azaltılmalıdır, hatta hizmet sektöründeki yüksek karlılık oranları artışı dikkate alınarak sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi gereklidir. Bu çerçevede, sağlık reformlarının gerekçesini ve sürecini anlamamız için kilit noktaları bize sunmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler ve özelliklede sosyalist rejimden ayrılan ülkelere yapısal uyum programları çerçevesinde sağlık reformları dayatılmıştır. Sağlık Reformları; hizmetin finansmanının vergilerden değil, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payıyla karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sisteminin oluşmasını, sağlık emek-gücü istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını önermektedir.

Türkiye’de 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yasası ile somut olarak ilk adımı atılan, sağlık reformları 90’ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikaları gündeme getirerek, kamu sağlık hizmetlerinin çokertilmesi sürecini hızlandırmıştır. 2003 Sağlıkta Dönüşüm programı ile ise piyasa tarzı reform süreci bütün hızıyla uygulanmaya başlamıştır. Bu dönemde sağlık finansmanı tek elde toplanarak, özel sektörde dahil olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan hizmet almaları modeli oluşturulmuştur. Birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışının egemen olduğu Aile Hekimliği uygulaması başlamıştır. Kamu hastanelerinin yarı otonom hale

getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi süreci başlatılmış, kamu-hastane birlikleri oluşturulması ile bu sürece son noktanın konması beklenmektedir. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir.

Türkiye’de sağlık reformları, sağlık hizmetini ekip hizmeti özelliğini yok ederek bütünlükçü özelliğini parçalamış, devletin garantisi ve korumasından çıkarıp, piyasa koşullarına terk etmiş, kamusal hizmet olmaktan çıkararak kar elde edilen bir alan haline getirmiştir. Bunun sonucunda da Türkiye, sağlık alanında çalışan çok uluslu şirketler için yatırımların cazip, karlılığın ise garanti altına alındığı bir ülke haline gelme sürecinde hızla ilerlemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık reformu, sağlıkta dönüşüm, Türkiye.

## Health Reforms in Turkey

Meltem Ciceklioglu, MD, Associate Professor, Ege University Medicine Faculty  
Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr](mailto:meltem.ciceklioglu@ege.edu.tr)

69

Health reforms in Turkey have initiated in 1980's and it is a currently continuing period. Nevertheless, it would be both imperfect and misleading to restrict the period under consideration solely in terms of "Turkey" or "health" field. "health reforms" beginning in 1970's and being one of the most characteristic features of capitalist mode of production and taking form as a neoliberal economy policy as a consequence of capitalism crisis process are the basic reflection on health system which put forward in 1980's and started to be applied in 1990's.

The World Bank presented World Development Report in 1993 under the title of *Investment to Health* for the first time. In the report, as highlighting the importance of some facts while providing health service, it was signified that instead of emphasizing how healthy people are, to what extent developing diseases prevent labor and production. This approach is not accidental but it is an extension of structural change in the welfare state understanding based upon Keynes's economic approach criticized by neoliberal policies. According to neoliberal approach, institutional arrangements being the characteristics of Keynesian welfare state (social insurance, health service, education and etc.) to regenerate labor increase the workforce cost. Particularly in periods when capitalism goes through a crisis, the so-called incremental costs must be curtailed and considering high profitability ratios in service sector, social services must be privatized as well. This outline offers us the key aspects in order to understand the reason for health reforms and their process. Within the frame of structural adjustment programmes, health reforms have been imposed to developing countries and especially countries which left the socialist regime. Health reforms suggest that service finance not be covered from taxes but from social security premiums and contribution margins, delivery of health care and finance be broken apart, health facilities be privatized, a system based upon decentralization and facilitation of competition be formed, flexible employment in health labor and performance-related pay become widespread.

The collapsing period of public sector predominated health care in Turkey has been accelerated by the first concrete pace called Health Services Fundamental Law in 1987 and followed by health reforms until the end of 1990's by bringing forward cost restrictive policies. Reform period according to market fashion has been put into practice at full speed as of Transformation in Health Programme in 2003. In this period, health finance was centralized in one focus and a model was created to get service from Social Security Institution without excepting health service

providers in private sector. Family Medicine practice based on service delivery to patient instead of community oriented health service was initiated as a primary health care. Public hospitals were changed into semiautonomous form similar to the ones located in market and it is expected to put an end to this period by the formation of public-hospital unions. Healthcare workers were pulled in competitive charging mechanism by means of a payment system based upon circulating capital and performance-based salary.

Health reforms in Turkey have broken down the integrative characteristic of health services by annihilating team service understanding and left to market conditions by removing state guarantee and transformed health services into a profitable market conditions. As a result of this, Turkey has become a country where multinational companies in the healthcare sector are willing to invest and profitability is under the guarantee.

**Keywords:** Health care reform, health transformation program, Turkey.

## Yunanistan'da Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Reformu

*Stathis Giannakopoulos, MD PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [gianstat@gmail.com](mailto:gianstat@gmail.com)*

*Elias Kondilis, Hekim, PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. E-posta: [elias.kondilis@gmail.com](mailto:elias.kondilis@gmail.com)*

*Magda Gavana, Hekim, Msc, PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [magda.gavana@gmail.com](mailto:magda.gavana@gmail.com)*

*Emmanouil Smyrnakis, Hekim, Msc PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [smyrnak@gmail.com](mailto:smyrnak@gmail.com)*

*Thomai Stardeli, Hekim, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [starth96@yahoo.com](mailto:starth96@yahoo.com)*

*Alexandros Panos, Hekim,, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [alexpanos2000@yahoo.gr](mailto:alexpanos2000@yahoo.gr)*

*Theodoros Zdoukos, Hekim, Msc, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [teozduk@otenet.gr](mailto:teozduk@otenet.gr)*

*Alexis Benos, Hekim, Profesör Dr., Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Yunanistan. E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

Yunanistan'da kapitalizmin krizi, kendini, Avrupa bölgesinin istikrarına, hatta varlığını sürdürebilmesine ilişkin potansiyel sonuçları nedeniyle uluslararası endişeye yol açan borç krizi biçiminde göstermiştir. Avrupa Komisyonu, Avrupa Merkez Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Yunan hükümeti, Yunan ekonomisine mali yardım konusunda ekonomik ve mali politikalar memorandumunu (MEFP) olarak adlandırılan bir anlaşma yaptı. Bu yeni ekonomik programın bir parçası olarak, kamu sektörü ve kamu yönetiminde yapısal düzenlemeler hızla yürürlüğe konurken, sert mali önlemleri getirilmiştir.

Kamu sağlık hizmetleri ve sosyal sağlık sigortaları, memorandumun öngördüğü yeni politikaların ana hedefi olmuştur. Bir kez daha, 1970'lerin başındaki petrol krizinde olduğu gibi, kamu sektörü (sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik dahil), karşılanamaz bir kamu borcu yaratacak biçimde giderek daha fazla kaynağı tüketmekle suçlanmıştır. İflas korkuları, kamu varlıklarının herhangi bir engel olmaksızın tasfiyesi ve kamu sağlık sektörünün piyasalaştırılması için mükemmel bir fırsat sunarken, kamu sektörü bürokrasisi, yolsuzluk, denetim eksikliği ve doğasında bulunan verimsizlik ('80lerin bilindik Yeni Kamu Yönetimi görüşleri'-NPM), bir kez daha yeni reform gerekçesi olarak ortaya çıkmıştır.

Yukarıda değinilen geçmiş deneyimlere karşılık, 2011'de hükümetin sağlık bütçesinde 800 milyon Euro kesintiye gidilmiş, sağlık çalışanlarının ücretleri % 10-20 oranında azaltılmış, yeni personel alımları durdurulmuş, sağlık hizmeti alanların kesintileri Yunan Ulusal Sağlık Sistemi'ne aktarılmış,

sosyal sigorta sağlık yardımları önemli ölçüde azaltılmış ve sayısı giderek artan sigortasız nüfusa (işsizler ve göçmenler) minimum sağlık güvencesi sağlama yoluna gidilmiştir. Ayrıca, hükümet 1.500-10.000 hastane yatağının (kamu hastaneleri toplam yatak kapasitesinin % 4-25) hizmete kapatılmasını ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin, hasta başına sabit bir ücret alan genel pratisyenlerin yeni bir birleşik sigorta fonu ile sözleşmeli olduğu bir model temelinde yeniden düzenlenmesini planlamaktadır.

Memorandumun Yunan sağlık sistemine uyguladığı şok tedavisi, gerçekte bir tedaviden çok bir şok gibi görünmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin, karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimlerinin, artan özel sağlık harcamalarının, yüksek yönetim maliyetlerinin, Yunanistan'daki sağlık reformunun uzun dönemdeki tek sonucu olması, sürecin tümünü toplumsal olarak dayanılmaz hale getirmesi beklenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık politikası, sağlık reformu, finansal kriz, Yunanistan.



## Capitalism Crisis and Health Care Reform in Greece

*Stathis Giannakopoulos, MD PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [gianstat@gmail.com](mailto:gianstat@gmail.com)*

*Elias Kondilis, MD PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. E-mail: [elias.kondilis@gmail.com](mailto:elias.kondilis@gmail.com)*

*Magda Gavana, MD Msc PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [magda.gavana@gmail.com](mailto:magda.gavana@gmail.com)*

*Emmanouil Smyrnakis, MD Msc PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [smyrnak@gmail.com](mailto:smyrnak@gmail.com)*

*Thomai Stardeli, MD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [starth96@yahoo.com](mailto:starth96@yahoo.com)*

*Alexandros Panos, MD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [alexpanos2000@yahoo.gr](mailto:alexpanos2000@yahoo.gr)*

*Theodoros Zdoukos, MD Msc, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [teozduk@otenet.gr](mailto:teozduk@otenet.gr)*

*Alexis Benos, Professor, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. E-mail: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

Capitalism crisis in Greece manifested in the form of debt crisis, causing international concern because of its potential consequences on Eurozone stability, even viability. European Commission, European Central Bank, International Monetary Fund and the Greek government reached an agreement on the financial assistance of the Greek economy; the so called memorandum of economic and financial policies - MEFP. As part of this new economic program harsh austerity measures have been adopted, while structural adjustments of the public sector and public administration are being rapidly implemented.

Public health services and social health insurance schemes became a major target of the memorandum's new policies. Once again, identically to the oil crisis at the beginning of the '70s, public sector (including health services and social security) was incriminated for consuming more and more resources, resulting to an unaffordable public debt. Public sector's bureaucracy, corruption, lack of accountability and per se inefficiency (the known from the '80s ideas of New Public Management - NPM) once again offered the rationale of the new reform, while fears of bankruptcy offered an excellent opportunity for the unimpeded liquidation of public assets and the marketization of the public health sector.

Against the above background, government health budget was cut down by €800m in 2011, health personnel's salaries were reduced by 10-20%, hiring of new personnel seized, users' co-payments were introduced in the

Greek National Health System, social insurance health benefits were significantly reduced and minimum health coverage was now offered to the growing uninsured population (unemployed and immigrants). Additionally, the government is planning the closure of 1.500-10.000 hospital beds (4-25% of total public hospital bed capacity) and the reorganization of primary health care based on the model of capitated general practitioners, contracted to a new unified insurance fund.

Memorandum's shock therapy of the Greek health care system seems in fact more a shock than a therapy. Health access inequalities, unmet health care needs, escalated private health expenditure, high administrative costs are expected to be the only long-term outcomes of health care reform in Greece, making the whole process socially unbearable.

**Keywords:** Health policy, health reform, financial crisis, Greece.

**Oturum Başkanları/Chair Persons:**  
Ata Soyer, Stathis Giannakopoulos

75

## **Sağlık Sektöründe Piyasalaşma Örnekleri** **Marketing Examples in Health Sector**

### ***Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma Mekanizmaları***

*Kayihan Pala, Hekim, Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Bursa, Türkiye. E-posta: kpala@uludag.edu.tr*

Kapitalist üretim ilişkilerinin odağında yer alan ve kar maksimizasyonu için temel araçlardan biri olan “piyasa” istem, sunum ve fiyattan oluşur. Normal koşullarda fiyatın istem ve sunum tarafından oluşturulan bir denge ile belirlenmesi beklenir. Ancak tekelci piyasada olduğu gibi piyasanın çeşidine göre fiyatın belirlenme yöntemi değişiklik gösterebilir. Günümüzde küresel kapitalizm sağlık alanında hem isteme ve sunuma müdahale etmekte hem de fiyatı kendisi belirlemeye çalışmaktadır.

İstem gereksinim değildir. İstem gereksinimin kişinin satın alma gücüne bağlı olarak belirlenen bölümüdür. Bir başka deyişle, istem gereksinimin kişinin “müşteri olabilme” potansiyeli ile ilgilidir. Bu nedenle piyasa üretim için gereksinimi değil, istemi kullanır. Örneğin sıtmanın etkin bir aşı ile yıllardır eradike edilememesinin temel nedeni, sıtmadan zarar gören insanların müşteri olabilme potansiyelinin düşüklüğüdür.

Sağlık alanının piyasaya açılması, öncelikle sağlık tanımının fiilen değiştirilmesi anlamına gelir. Çünkü piyasanın varlığı sağlık hizmetini bir hak olmaktan çıkartır. Sağlık artık parası olanın, ancak parasının yettiği kadar satın alabileceği bir metaya dönüşür. Piyasa ile sağlık gereksinimlerinin kar getirebilecek bölümleri istem olarak değerlendirilir ve fiyatı karşılamaya gücü yetenler için hizmet sunumu sağlanır.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kar maksimizasyonuna açık hale getirilmesi için öncelikle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda “kamucu” seçimlerin azaltılması, hatta giderek ortadan kaldırılması gerekir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde hizmet sunucularına kaynak sağlanmasında ise kamu sektörünün başat rolü devam eder.

Sağlık hizmetleri için “istem” her zaman var olmakla birlikte, daha fazla kar elde edebilmek için “kısıktılmış istem”e gereksinim duyulmaktadır. Bunun

için sunumun istem yaratması adıyla bilinen bir mekanizma ve reklamlar devreye girer. Bilindiği gibi istem aynı zamanda kişinin harcama kapasitesidir. Konu sağlık olunca harcama kapasitesi yalnızca gelire bağlı değil, gelir dışında borçlanma ve varlığın (mülkiyetin) elden çıkarılması eylemlerini de içerir. “Tıbbi yoksulluk” kavramı istem için kaynak yaratma yaklaşımlarının vardığı son noktayı göstermesi bakımından önemlidir.

İstem tüketicinin eğilimleri ile oluşur. Piyasa açısından kar maksimizasyonunu sağlamak için tüketicinin eğilimlerinin etkilenmesi gerekir. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda hizmeti sunan ile tüketici arasında “bilgi asimetrisi” olması, eğilimin yönlendirilmesini kolaylaştırır.

**Anahtar kelimeler:** Piyasalaşma, sağlık hizmetleri.

## ***Mechanisms of Marketization in Health Services***

*Kayihan Pala, MD, Proffesor, Uludag University School of Medicine Department of Public Health, Bursa, Turkey. E-mail: kpala@uludag.edu.tr*

“Market” which places in the focus of capitalist relations of production and which is one of the main tools for profit maximization is composed of demand, supply and price. In normal conditions, the maintenance of price is expected with a balance which is formed by demand and supply. However such as in monopolistic market the maintenance of price method may change regarding to the type of market. At present, the global capitalism has been both intervening to demand and supply and trying to maintain the price by own in health sector.

Demand is not need. Demand is the part of need which is maintained (determined) by the purchasing power of the individual. In another word, demand is related with the “becomes a consumer” potential of the individual. That’s why in the market for production demand is used instead of need. For example the main reason for no eradication of malaria for years is the impairment of “becomes a consumer” potential of the individuals who suffers from malaria.

The introduction of market mechanism into the health sector first of all makes an actual change in the meaning of health. Thus, with the existence of the market right to health care disappears. Health care anyway becomes a commodity which can be purchased by individuals who have the ability to pay as much as they have. With the market mechanism the parts of health needs which is profitable is taken in hand as demand and health care is provided to individuals who have the ability to pay.

For marketization of health care services and making it proper to profit maximization first of all reduction or even remove in time of public benefit (interest) choices in the organization and provision of health care services is necessary. However, especially in under developed countries in supplying resource to service providers dominant role of public sector continues.

For the health care services always there is demand however to make more profit “prompted demand” is necessary. In order to carry it out the mechanism known as supply induced demand and advertisements go in. As is known, demand is the spending capacity of individual. When the subject is health the spending capacity is not only depends on income but also related with getting into debt and divestment of property. The concept of “Medical poverty” is important in terms of indicating the last point that was reached by the approaches of providing resource for demand.

Demand is formed by the tendencies of the consumer. In order to provide profit maximization the tendencies of the consumer must be affected in the

market mechanism. When the health care is the subject if there's "information asymmetry" between the service provider and consumer orienting the tendency gets easier.

Another key word of the market mechanism in health care sector is supply. In the private health care sector service providing is mostly marketed with the word "quality". While the sector increasing the consumer potential with the "quality in service" slogan, on the other hand it provides new opportunities to meet the needs of customer which is not realized by the customer before with the variety in service and right to choice approach (it was announced as freedom of physician choice in Turkey).

For market balance supply and demand must be met each other. When the supply is greater than demand production takes place in vain. When the demand is greater than supply in that case production is inadequate. In "free market" conditions theoretically supply and demand are balanced at the price (rate). In this case price also may become a tool that is able to affect demand and supply.

Market is affected by any intervention from outside to any actors which forms it such as health care service provided by public sector. In that case in order to meet (satisfy) the demand private sector may have to compete with public sector. Even though there's a magic word as "quality" in private sector, for private sector there is no possibility to cope with public sector. Therefore, public sector deals with meeting the needs of citizens without aiming profit. One of the main goals of public sector is "equality", whereas private sector deals with customer instead of citizen.

The most efficient marketization tool of globalization in health care sector is neoliberal health reforms. By these reforms which could be change country to country first market formation is ensured. Of course the first step in these countries is making the society need the health reform. The most effective way of this is collapsing the public health care services and making it not to meet the needs. This method has been practiced in a lot of country and has been successful. In order to collapse the public health care services restriction of financial and human resources and bad management are used as the main tools.

Without questioning the politics which made the public sector ineffective in health care, even with the impact of media a neoliberal health reform is presented to society as a solution. Long waiting lists, the chaos during access to service and unsatisfaction of the patients which is gradually increased prepares a proper ground for marketization.

Certainly, during the formation or extension of market the most important business is privatization. While privatization clearing a space for private sector in health care sector in one hand, on the other hand it ensures the market to determine the price freely. At present Social Security Institution the most important institution in terms of health finance in Turkey, pays private sector approximately one and half times of the amount which is

paid to public hospitals per capita for curative health care service. In five years as the result of reduction and weakening of public hospitals the difference could exceed two or three times.

Financing is an important factor for market. Market deals with not resource of the money but amount. In health sector it is not expected that only the high income households satisfy the market that's why the contribution of low and less income households must be taken for the financing. Here insurance and contribution steps in. First social health insurance (it is known as General Health Insurance System in Turkey) is established and resource is provided in order to extend the market. After by limiting in basic assurance package citizen is forced to get a new insurance with the name "additional and complementary". This time insurance is made by private sector. The interesting thing here is that the ones who point out the source of ineffectiveness as financing in public and service providing together, keeps calm when the same implementation is made by private sector. In the market extended by public financing private sector relaxes with the withdrawing of public from health care service providing and continues rapidly profit maximization (maximizing).

The ones assessing the current position politically takes the increase in community (patient) satisfaction as a success of neoliberal health reforms. However the opportunities for scientific evaluation of reform process are ever tended to be restricted. In this situation there's no tolerance to even the smallest criticism which could adversely affect the market.

With neoliberal health reforms which have been put into effect as "Transition in Health Program" in Turkey, the share of private hospitals increased three times in total health expenditures. Similarly, the amount of both insurance premium costs and out of pocket expenses of citizens has increased. Now with the public private partnership method clearing more space to private sector in financing and providing of health care services and transforming the public hospitals to hospital associations is in order.

There can be small differences country to country in marketing mechanism however the orbit (path) is clear. Priority is collapsing the public health care services and ensuring more space for private sector. After providing financing with the support of public resources and supporting this financing by the citizen's pocket increasingly.

**Keywords:** Marketization, health services.

# Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi

Nurettin Abacıoğlu, Profesör Dr., Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi,  
Farmakoloji Anabilim Dalı. Ankara, Türkiye. E-posta: [nabaci@gazi.edu.tr](mailto:nabaci@gazi.edu.tr)

İlaçlar, bireysel ve toplumsal insan yaşamı bakımından vazgeçilemez ve onusuz olunmaz olan metallerdir. Kapitalist pazarda metalar, değişim için üretilen bütün mal, ürün ve/veya hizmetleri kapsar. İlacın da, “değişim için üretilen bir mal” olması, kullanım ve değişim değerleri olmak üzere intrinsik iki iktisadi karakteristiğine dayalıdır. İlacın kullanım değeri, onun kimyasal yapı olarak özgüllüğü ve endikasyonuna dayalıdır. Kural olarak, bu özellikleri nedeniyle, birbiri yerine ikame edilebilen mallar değillerdir. Bütün üretim ve hizmet sanayilerinde olduğu gibi, ilacın değişim değeri olan fiyatı da bir kârlılığı içerir. Bu bakımdan bozulmuş olan sağlığın sağaltımında, ilacın kullanımıyla, onun üretildiği sektör olan ilaç sanayinin yapısal özellikleri, ilacın “talep esnekliği”ne dayalı olarak sürekli bir çatışma yaşar.

Ekonomik ilişkilerin tarihsel süreçlerine bakıldığında, kapitalizm hep dünya ya da küresel ölçekte olmayı sürdürmüş ve geliştirmiştir. Kapitalizmin en yüksek tekeli aşaması olarak formüle edilen emperyalizm dönemi ise, temel karakteristikleri bakımından günümüz küresel kapitalizmini de en somut bir biçimde tanımlamaya devam etmektedir. Başlıca özelliklerini şöyle tanımlamak mümkündür:

1. “Üretim ve sermaye yoğunluğunun ulaştığı yüksek aşama nedeniyle tekellerin iktisadi yaşamda belirleyici rol oynaması”
2. “Banka ve sanayii sermayesinin kaynaşmalarıyla bir finans oligarşisinin ortaya çıkışı”
3. “Mal ihracatının yanı sıra sermaye ihracatının gelişmesi ve artışının özel önem kazanması”
4. “Uluslararası kapitalist tekellerin dünya pazarlarını paylaşımı”
5. “Dünyanın emperyalist güçler arasında hegemonik bölüşümü”

Kapitalist ekonomilerde, bütün üretim sektörlerinde olduğu gibi ilaç üretim sanayii de bir kârlılık içerir. Bu, hem yeni yatırımların yapılmasını ve hem de teknoloji geliştirilmesi ve yeni ilaçların keşfini sağlayan zorunlu iktisadi bir öğedir.

Bu bağlamda, dünya ülkelerinin ilaç üretim sektörleri içinde, “araştırmacı ve buluşçu firmalar” ile “jenerik firmaları” olmak üzere, kabaca iki tür üretici firma tipi etkinlik göstermektedir. Bütün firmaların faaliyet süreçlerinin iktisadi garantisi, firmaların kendi ürünleri üzerinde tesis ettiği “sinaî ve fikri mülkiyet rejimleri” ile sağlanır. Bu bağlamda, mülkiyete konu olan hukuki düzenlemeleri de, patent, lisans gibi başlıklar altında özetlemek mümkündür.



Yukarıda ifade edilen bu genel geçer hatırlatmalardan sonra, vurgulanması gereken diğer önemli bir husus da, gerek dünya ilaç sektörünün ve gerekse gelişmekte olan bir pazar olarak Türkiye ilaç sektörünün, yapısal özelliklerinin “oligopolistik” bir karakter sergilediği ve pazarı kontrol altında tutan az sayıda firmanın, büyük ölçüde “pazar büyüklüğünü” belirlediğinin de altını çizmek gerekir. İlaç meta özelliklere sahip olmakla beraber, insani perspektifi bakımından, iktisadi sistemlerin işleyiş mekanizmalarından bağımsız bir meta görünümünde sayılabilmekte ve fakat gerçekte, kapitalizmde sermayenin yoğunlaşması ve merkezileşmesini sağlamakta ve dolaylı olarak da hegemonya stratejilerinin gelişmesini desteklemektedir.

Bu çalışmada, ilaç, endüstri ve kapitalist sistem bu bağlamdan değerlendirmekte ve örneklemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Küresel kapitalizm, emperyalizmi farmasötik sanayi, ilaç.

# Pharmaceutical Industry in Global Capitalism

Nurettin Abacıoğlu, Professor, Gazi University Faculty of Pharmacy Department of Pharmacology, Ankara, Turkey. E-mail: [nabaci@gazi.edu.tr](mailto:nabaci@gazi.edu.tr)

In terms of both individual and social human life, drugs are indispensable and, “sine qua non” commodities. In the capitalist market, commodities produced for exchange, includes of all goods, products and / or services. The two intrinsic economic characteristics such as usage and exchange values are based on all drugs as of the other goods produced for exchange. The usage value of drugs depends on the specificity of their chemical structures and indications. Principally, because of these properties, they are not competing goods. As are in all production and service industries, the exchange value of drugs as of their prices comprises profitability. In this regard, the cure of impaired health that needs of drug utilization, arise a continuous dispute depending the characteristics of the structure of pharmaceutical industry and the elasticity of the demand of drugs.

Looking at the historical processes of economic relations, capitalism is always maintained and developed to be a world or global scale. In terms of the basic characteristics of the highest stage of monopoly capitalism as is formulated "imperialism period" continues to describe today's global capitalism as the most concrete way. It is possible to define the main features as follows:

1. *“Exhibition of the decisive role of monopolies in the economic life as of the production and concentration of capital has reached a high stage.”*
2. *“Emergence of a financial oligarchy by the integration of bank and industrial capitals.”*
3. *“The special importance and the development of capital export rising, in addition to commodities.”*
4. *“Sharing of the world markets by the international capitalist monopolies.”*
5. *“The hegemonic division of the world by the imperialist powers.”*

In the capitalist economies, as in all manufacturing industrial sectors, pharmaceutical industry also includes a profit. This essential economic item is the core element both for making new investments and the development of technology as well as the discovery of new drugs. In this context, world countries have two broad types of firms as innovative and generic companies in the pharmaceutical manufacturing sector. Operational processes of the economic guarantee of all firms are provided with the establishment of "industrial and intellectual property regimes" on their

products. In this context, property, which is the subject of legal regulations, can be summarized under headings such as patents and, licenses.

After the abovementioned mainstream of this reminder, another important issue that should be emphasized about the structural features of world pharmaceutical manufacturing sector, including Turkey as a developing market, exhibits an oligopoly market characteristic in which a small number of firms covers and controls a large degree of market size. In terms of humanitarian beneficial perspective, although drugs have commodity features, they may account to have an independent benefit and function in terms of economic system but in reality they directly provide the concentration and centralization of capital and also allow supporting indirectly the development of hegemony strategies.

In this study, medicine, industry and the capitalist system were evaluated and exemplified in this context.

**Keywords:** Global capitalism, imperialism, pharmaceutical industry, medicine.

## Küresel Kapitalizmde Aşılar

Şafak Taner, Hekim, Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir, Türkiye. E-posta: [safak.taner.gursoy@ege.edu.tr](mailto:safak.taner.gursoy@ege.edu.tr)

Her yıl 2.5 milyondan fazla yaşamı kurtaran aşı, en önemli medikal ürün olma özelliğini günümüzde de korumaktadır. Bununla beraber duraklama dönemine girmeye başlayan ilaç pazarının yerini almaya aday gözükmektedir. Sağlıklı yaşam için en önemli kazanımlardan olan aşı, en karlı pazar ürünü olduğunda insanlığa nasıl hizmet edecektir? Bu sorunun yanıtı aşının öyküsünde bulmak olasıdır.

Aşının öyküsü dört dönem üzerinden izlenebilir; heroik dönem (1798-1930'lar), gelişme ve farklılaşma dönemi (1930'lardan-1990'lara), küresel aşılama programları (1960'lardan-2000'lere), özelleştirme ve biyoteknoloji çağı (1990'lardan günümüze). Heroik dönemde çiçek, kuduz, tifo, kolera, veba, difteri, tetanos, boğmaca ve sarı humma aşıları uygulanmaya başlamıştır. Ardından 20. yüzyıl ortalarında yeni aşılar, yeni teknolojilere ve yeni yasal düzenlemelerle gelişme ve farklılaşma dönemi yaşanmıştır. Bu evrede yerel düzeyde pek çok aşı üreticisi bulunmaktaydı. Üçüncü dönemde çiçek, polio eradikasyon programlarını, 1974'de başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programlarının (EPI-Expanded Programme on Immunization) görüyoruz. Bu program nedeniyle olan talep artışı, aşının bulunamaz olması ve aşı fiyatlarının yükselmesine yol açtı. Dördüncü evre, 1990 yılında UNICEF, Dünya Sağlık Örgütü, BM Kalkınma Programı (UNDP) Dünya Bankası (DB) ve Rockefeller Vakfı tarafından Çocukların Aşılama Girişimi , (CVI-Children's Vaccine Initiative), 2000'de DSÖ, UNICEF, Dünya Bankası, ulusal hükümetler, uluslararası kalkınma bankaları, hükümet dışı kuruluşlar, Bill ve Melinda Gates Vakfı, aşı endüstrisinin temsilcilerinden oluşan Aşı ve Bağışıklama için Küresel İşbirliği (GAVI-Global Alliance for Vaccines and Immunization) kurulmasıyla şekillendi.

1999 yılında UNICEF rutin aşılama programları için bile DTP ve BCG aşısı bulamaz oldu. Bu yıllarda benzer sıkıntı OPV için de yaşandı. 1998-2001 yıllarında geleneksel aşıları üreten 14 üreticiden onu üretime son verdi. 1970'lerde bağışıklama UNICEF gibi bağışçılardan ve alıcı hükümetlerin kontrolünderken, 1980'lerde özel sektör GAVI gibi küresel ortaklıklar aracılığıyla bağışçılarla yakınlaştı ve ardından bağışıklama hizmetlerinin baş aktörü oldu. 2009 yılında dört büyük şirket GSK, Sanofi-Aventis, Wyeth and Merck &Co., aşı pazarının % 71'ini kontrol etmekteydi. Sanofi-Aventis ve GSK liderlik için yarışmaya devam etmekte. 2010 yılında, 2007 yılına oranla % 16.52'lik hızla 21.05 milyar dolara erişeceği tahmin edilen pazar, 27.6 milyar dolara erişti. 18 şirket DNA aşısı üretebilmektedir. Bir dönem şirketlerin tümü grip aşısı üzerinde çalışmalarını yoğunlaştırdı. Bu gidişatın nedenlerini bir gazete haberi açıklamaya yetebilir.

İlaç sektöründe aşı satışları reçeteli ilaçlara göre hızla artıyor. Artan talebi dikkate alan bazı firmalar bu alanda üretim kapasitesini artırma kararı alırken, bazıları da aşılarda ilgili yeni yatırımlara yönelmeye başladı. Dünya aşı pazarını 2016 yılında 34 milyar dolarlık bir büyüklüğe ulaşması bekleniyor. Firmaların reçeteli ilaç satışları ise azalıyor.

Aşı pazarı için alt yapı patent yasasıyla oluşturulmuştur. 1986-1994 yılları arasında gerçekleşen Uruguay Raundu bitiminde imzalanan Fikri Mülkiyet Haklarının Ticaretle Bağlantılı Boyutlarına İlişkin Anlaşma'sıyla (TRIPS). Markasız ve patentsiz ürünlerin dünya ticaretinden pay almasının önüne geçilmek amaçlanmış, bir bakıma aşırıyı geliştiren fiyatı belirleme konusunda imtiyaz kazanmıştır. Avrupa, ABD'den sonra ikinci büyük pazardır. Ar-Ge harcamalarının da sadece %7-10'luk kısmı gelişmekte olan ülkelere yapılabilmektedir.

Pazar dinamikleri göz önüne alındığında, günümüzde pediyatrik aşılarda pazara egemenken, ileride yetişkin, terapötik ve influenza aşılarının bu egemenliği ele geçireceği, kanser, bağımlılık, biyoterör etkenlerine karşı aşılama çalışmalarına ağırlık verileceği beklenmektedir. Ancak Ar-Ge çalışmalarının maliyetinin giderek artması, çalışmaların başarıyla sonuçlanma olasılığının %10'lara inmesi, patent yasası kar oranlarını artırmak için fiyatlarının çok yüksek olacağını ipuçlarıdır.

*\* bir hastanın tedavisinde riskli olmasına karşın cesaretle girişimde bulunma*

**Anahtar kelimeler:** Küresel kapitalizm, aşı, bağışıklama, pazar.

## Vaccines in Global Capitalism

Safak Taner, MD, Associate Professor, Ege University Medicine Faculty Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [safak.taner.gursoy@ege.edu.tr](mailto:safak.taner.gursoy@ege.edu.tr)

Vaccine, saving more than 2.5 million lives every year, maintains its vital medical characteristics today, as well. Nonetheless, it also seems to be an applicant to replace medicine market which gradually enters into its recession period. How will vaccine, being one of the most remarkable gains for healthy life, be able to serve for the sake of humankind when it becomes an optimum output in the market? It is likely to find out the answer for this question in the story of vaccine.

The story of vaccine can be observed over four periods; heroic period—courageous attempt to treat a patient though the patient's condition is risky (1798-1930's), growth and divergence period (from 1930's to 1990's), global vaccination programmes (from 1960's to 2000's), privatization and biotechnology age (form 1990's to modern-day). In heroic period, the vaccines such as smallpox, rabies, typhoid, plague, diphtheria, tetanus, pertussis and yellow fever were initiated to be performed. Following this, growth and divergence period was gone through with new vaccines in the midst of 20th century and new technologies and new legal regulations. In this phase, there were innumerable vaccine producers at local level. We see the eradication programmes of smallpox and polio and Expanded Programme on Immunization (EPI) started in 1974. The increase in demand due to this programme and vaccine's unfindable feature led the costs of vaccinations to raise. The fourth phase was shaped by Children's Vaccine Initiative (CVI) thanks to UNICEF, WHO, UN Development Programme (UNDP), World Bank (WB) and Rockefeller Foundation in 1990, and establishment of some institutions including WHO, UNICEF, World Bank, national governments, international development banks, non-governmental organizations, Bill and Melinda Gates Foundation and Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) consisting of representatives of vaccine industry in 2000. UNICEF was not able to find DTP and BCG vaccines for routine vaccination programmes in

1999. In these years, a similar bother was experienced for OPV, too. Ten producers out of 14 that generated traditional vaccines discontinued their production in 1998-2001. While the vaccination was under the control of donators like UNICEF and recipient governments in 1970's, global associations such as private sector GAVI got close to their contributors and then became the leading actor in vaccination services in 1980's. Four major companies composed of GSK, Sanofi-Aventis, Wyeth and Merck & Co. were controlling the 71 % of the vaccine market. Sanofi-Aventis and GSK still continue to compete for leadership in this sector. The market which was speculated to reach 21.05 billion dollars at 16.52 %

development rate reached 27.6 billion dollars in 2010 when compared to the rate in 2007. 18 companies can produce DNA vaccines. All companies focused their studies on flu vaccines in one period of time. The causes for this direction can be explained by news from a paper

Vaccine sales are increasing promptly in medicine sector compared to prescription drugs. Some firms considering elevated demand for them take a decision to improve the production capacity in this field on the other hand, some of them have begun to turn to new investments regarding vaccines. World vaccine market is expected to reach 34 billion dollar size in 2016.

Prescription drug sales of the firms are reducing.” Substructure for vaccine market has been made up by patent law. Generic and nonproprietary products were aimed to prevent to have share in the world trade by Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) which was signed at the end of the Uruguay Round occurred between 1986 and 1994 and in a sense, the firms which develop a vaccine gained a privilege associated with pricing. Europe is the second biggest market after USA. Research-development expenses could be met in only 7-10% of the developing countries.

Regarding market dynamics, paediatric vaccines are currently dominant in the market, however in the future, adult, therapeutic and influenza vaccines will be superior and vaccination programmes such as cancer, addiction and against the bio-terror factors are expected to be focused. Nevertheless, patent law prices will be very high for profit maximization since cost of research-development studies is on the increase and the likelihood of completion of studies with success drops at 10 %.

**Keywords:** Global capitalism, vaccine, immunization, market.

**Oturum Başkanları / Chair Persons:**  
Reyhan Uçku, Theodore Zdoukos

## **Neoliberal Ekonomik Politikaların Sağlık Çalışanlarına Etkisi The Effects of Neoliberal Economic Policies on Health Care Workers**

---

### **Sağlık Çalışanlarının Esnek İstihdamı**

Özlem Özkan, Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye. E-posta: [ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr](mailto:ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr)

Kapitalist ülkelerde 1960'lı yıllarının sonlarında küresel ölçekte yaşanan krizi aşmanın araçlarından birisi de neoliberal ekonomik politika eksenli 'yeni bir sermaye birikim modeli' olarak da adlandırılan emek sürecinin yeniden yapılandırılmasıdır. Postfordist üretim, neo-fordizm, global fordizm, tam zamanında üretim, yalın üretim, toyotizm, esnek birikim, esnek uzmanlaşma, esnek üretim gibi kavramlarla adlandırılan bu üretimin temel amacı sermaye sınıfının kar oranını arttırmaktır. Ayrıca amaç, küresel piyasada rekabet edebilmek, esnekleşmiş piyasanın ani ve hızlı gereksinimlerine yanıt verecek bir emek-gücü gereksinimini karşılamak, emek-gücü maliyetini düşürebilmek ve üretim akışını kesintiye uğratmamaktır. Özetle, sermaye sınıfı için işçilerin bedenlerini, üretim deneyimlerini ve zihinsel potansiyellerini sonuna kadar kullanabilme koşullarının oluşturulmasıdır. Sağlık sektöründe esnek üretimin öğelerinden birisi de belirli süreli sözleşme çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, mevsimsel çalışma ve geçici çalışmadan oluşan **Esnek İstihdam**dır.

Bu sunumda, önce ülkelere göre sağlık sektöründeki esnek istihdam biçimleri ele alınacaktır. Daha sonra esnek istihdamın sermaye sınıfı için önemiyle, emekçi sınıfına ve örgütlerine etkileri ele ortaya koyulacaktır. Son olarak, bu istihdam biçimlerinde çalışan sağlık emekçilerinin kısaca emek mücadeleleri değerlendirilecektir.

Sağlık sektöründe esnek istihdam ülkelere göre farklılık göstermekle beraber, 1980 sonrasında büyük bir artış göstermiştir. Kadın, genç, yaşlı, göçmen ve niteliksiz/ya da yarı nitelikli sağlık emekçileri esnek istihdamın en önemli risk grubudurlar. Avrupa ülkelerindeki hastane sağlık çalışanlarının %30-60'ı bireysel sözleşmelerle çalışmaktadır. İngiltere'de hemşirelerin %70'i sözleşmeli çalışıp, %38'inin sözleşme süresi bir yıldır.



Pratisyen hekimlerin Birleşik Krallık'ta %53'ü, Norveç'te %30'u, Finlandiya'da %32'si sözleşmeli çalışmaktadır. Türkiye'de 2004 yılında toplam hemşirelerin %4.7'si, ebelerin %9.1'i, sağlık memurlarının %12.5'i 4B statüsünde çalışırken, bu 2010 yılının Nisan ayında sırasıyla %28.8, %24.1 ve %60.2 olmuştur. Geçici çalışma 1990'ların başından itibaren Avrupa ülkelerinde yaklaşık %15 iken, 2007 yılında %28'e ulaşmıştır. ABD sağlık sektöründe geçici çalışma %6-20 arasında değişmektedir. Finlandiya'da ise 1990'larda bu %14 iken, 11 yıl sonra %24'e ulaşmıştır. Ülkemizde ise (2009) genel bütçe kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda 4C statüsünde geçici olarak sadece 1750 kişi çalışmaktadır. Avustralya'da yaklaşık her dört ebeden birisi, Finlandiya ve Norveç'te her üç hekimden birisi, Kanada'da her üç fizyoterapistten birisi, Yeni Zelanda'da ise altı fizyoterapistten birisi yarı yarı-zamanlı çalışmaktadır. Hemşirelerin Norveç, Danimarka, Yeni Zelanda'da yarısı (%57,%53,%48.2) İrlanda'da %29.6'sı, İzlanda'da %72'si, ABD'de %25'i, İngiltere'de %37'si yarı zamanlı çalışmaktadır.

Esnek istihdamın biçimi ne olursa olsun; emek-gücü maliyetini azalttığı, çalışma süresini uzattığı ve düzensizleştirdiği, yoğun, ağır çalışma, angarya ve tele çalışma ile de emek üretkenliğini arttırdığı, işletmeler arası rekabeti kolaylaştırdığı için sermaye sınıfı için bulunmaz bir fırsattır. Sermaye sınıfına tanınan bu fırsatlar, ülkelerde eğer etkin bir emek mücadele yoksa mevzuat ile de teminat altına alınır. Emek-gücünü sınırsız kullanma hakkına sahip olan sermaye sınıfı işçileri istediği zaman, istediği sürede ve istediği yerde çalıştırma olanağına sahip olur. İşten çıkarılma daha fazla olur. Bu çalışanlar, geniş ölçüde sosyal güvenceden yoksundur. Özellikle geçici ve yarı zamanlı çalışanlar ek ödemelerden yararlanamazlar. Yarı zamanlı çalışmayla aynı günde birden fazla birbirinden çok farklı işlerde çalışmak zorunda kalırlar. Örneğin, Avustralya'da hemşirelerin %11.8'i ikinci bir işte çalıştığı, İngiltere'deki çoğu hekimin iki işi bulunmaktadır. İş yasasından ve sosyal yardımlardan daha az yararlanırlar. Ücretlerin baskılanması, geçici sözleşmeli çalışma ve örgütsüz olmaları nedeniyle, çalışma sürelerinden kolaylıkla taviz verebilirler. Böylesi bir esneklik içinde istihdam olan sağlık emek-gücü, sistematik bir kontrol ve denetim mekanizmalarına maruz kalır. Bu durum onların daha fazla, anksiyete, endişe, stres, çatışma, karmaşa, işsizlik korkusu, kaygısı, iş güvencesizliği yaşamasına ve işine son verileceği korkusuyla örgütlenememesine yol açar. Tüm bunların sonucunda ayrıca, sağlık emek-gücünün çalışma ortamı, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri kötüleştiğinden, tehlike ve risklerinin artışına bağlı olarak, meslek hastalığı, iş kazası ve işe bağlı sağlık sorunları artar.

Kapitalist iş bölümüyle sağlık sektöründe emek etkinliği; kafa veya kol işi, kamu ya da özel sektör, üretken veya üretken olmayan emek biçiminde ayrıştırılır. Üretim sürecindeki bu bölünme, esnek istihdam ve fonksiyonel esneklik uygulamalarıyla en üst düzeye ulaşır. Böylesi farklılıklara bağlı olarak, sağlık emek-gücü içinde hatta bir meslek içinde dahi katmanlaşma ve tabakalaşma artar ya da derinleşir. Sömürü ilişkileriyle otorite figürleri ve hiyerarşiler oluşur. Bunlar da sınıfsal çatışma ve çelişkileri tekrar tekrar

üretir. Eğer sağlık emekçisinin sınıf bilince yeterli değilse, bu durum emekçilerin birbirlerini farklı sınıfsal konumda algılamasına yol açar ki, bu ideolojik olarak emekçi sınıfı içinde kapatılmaz bir boşluk oluşturur. Emekçilerin örgütlenmesini sekteye uğrattır.

Sonuç olarak, esnek üretim, beraberinde esnek istihdam, sermaye sınıfı tarafından emek-gücünün lehine bir durum olarak gösterilse de, bilimsel veriler, bu egemen yaklaşımın tersi bir duruma sahip olduğunu açık olarak göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık çalışanı, esnek istihdam, esnek üretim, kapitalizm, sınıf.

### **Kaynakça**

1. Australian Institute of Health and Welfare -AIHW (2008) Nursing and midwifery labour force, 2005. Erişim adresi: [www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf](http://www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf) - Erişim tarihi: 05 Haziran 2010
2. Australian Health Workforce Advisory Committee- AHWAC. (2002) The midwifery workforce in Australia 2002-2012. Erişim adresi: AHWAC Report. <http://www.ahwo.gov.au/documents/Publications/2002/> Erişim tarihi: 05 Mart 2010
3. Belek İ. (2004) Esnek üretim derin sömürü. Nazım kitaplığı dizisi. İstanbul.
4. Canadian Institutue for Health Information-CIHI. (2007) Workforce trends of physiotherapists in Canada, 2007. Erişim adresi: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce\\_Trends\\_of\\_Physiotherapists\\_2007.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce_Trends_of_Physiotherapists_2007.pdf). Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
5. Eurofound. (2007) European working conditions surveys. Erişim adresi: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm92-897-0974-X>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
6. Göçmen D. (2004) Marx'ın emek kavramı ve çalışma koşullarının esnekleştirilmesi. Praksis, 12:193-229.
7. Jalonen P, Virtanen M, Elovaino M, Kivimäki M. (2006) Predictors of sustained organizational commitment among nurses with temporary job contracts. The Journal of Nursing Administration, 36(5): 268-276.
8. International Council Nursing-ICN (2003, 2006, 2008, 2009) Nursing workforce profile. Erişim adresi: [http://www.icn.ch/sew\\_nwp09.htm](http://www.icn.ch/sew_nwp09.htm). Erişim tarihi: 02 Nisan 2010.

9. ILO. (1999) Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>.
10. Maggs C. (2004) The re-causalisation of the labour force at the end of the 20 century: A comparison with the end of the 19 th century. *Journal of Reserach of Nursing*, 9(2):150-154.
11. Ministry of Health Manatü Hauora-MHMH. (2010) Physiotherapist workforce, summary result from the 2009 health workforce annual survey. New Zealand Government. Erişim adresi: [http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/\\$file/physio-results2009.pdf](http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/$file/physio-results2009.pdf) Erişim tarihi: 02 Temmuz 2010.
12. Øvretveit J. (2003) Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246. Çev.: Etiler N. (2005) İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 20(5):353-360.
13. Öngen T. (1996) Prometheus'un sönmeyen ateşi. Alan yayıncılık.
14. Öngen T. (2009) Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) çözümlemesinde bir uğrak olarak meslek ve hekimlik. *Toplum ve Hekim* 24(2):83-90.
15. Özkan Ö, Çatıker, A. (2010) Almanak 2009 Analizleri içinde: Sağlık Sektöründe Esnek Üretim Biçimi ve Sağlık Emek-Gücüne Etkileri. *Sosyal Araştırmalar Vakfı* 32, İstanbul. s. 477-504.
16. T.C. Maliye Bakanlığı. (2010) Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü İstatistikleri. Erişim adresi: <http://www.bumko.gov.tr/> Erişim tarihi: 24 Mart 2010.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010) SB Personel Genel Müdürlüğü, Ankara.
18. Yassi A, Wickström GJ, Palacios M. (2004) Globalization and the health of the health care workforce. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 10(4):355-359.

# ***Flexible Employment of Health Care Workers***

*Özlem Özkan, Associate Professor, Kocaeli University, Kocaeli School of Health, Department of Public Health Nursing, Kocaeli, Turkey.*  
E-posta: [ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr](mailto:ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr)

One of the means in overcoming the crisis that occurred on a global scale towards the end of the 1960s in capitalist countries was the neo-liberal based economic policy which can be termed as ‘a new capital accumulation model’ that restructured the labor process. The basic objective of this production method which can be called as “post-fordism,” “neo-fordism,” “global fordism,” “just in time production,” “simple production,” “toyotaim,” “flexible accumulation,” “flexible specialization” and “flexible production” was to increase the profit rate of the capital owning classes. In addition, another objective was to be able to compete in global markets; meet the labor power requirements that will respond to the sudden and rapid needs of the flexible market, lower the cost of labor power and continue with the flow of production. In short, it was forming the conditions to use physical labor, production experiences and mental potential of workers to the very end. One of the components of flexible production in the health care sector is “flexible employment” consisting of contractual work for a certain period; part-time contractual work; part-time employment, seasonal work and temporary employment.

In this presentation, first the types of flexible employment by countries in the health care sector will be considered. Later, with the importance of flexible employment to the capital owning class, its effects on the working class and labor organizations will be presented. Lastly, a short evaluation of the labor struggles of working health care employees according to these types of flexible employment will be considered.

Despite the fact that flexible employment in the health care sector shows differences by countries, it has shown a great increase after 1980. Women, youth, elderly, immigrant and unskilled as well as semi-skilled health care workers are the most important risk group. In European countries, 30% to 60% of hospital health care employees work with individual contracts. In England, 70% of nurses work on a contract basis in which 38% of the contract’s duration is for one year. Out of the general practitioners, 53% in the U.K., 30% in Norway and 32% in Finland are contractually employed. In Turkey, while 4.7% of the total nurses, 9.1% of midwives and 12.5% of health officers were employed under 4B status in 2004, these figures were 28.8%, 24.1% and 60.2%, respectively in April 2010. While temporary employment was approximately 15% in European countries during the beginning of the 1990s, this rate had reached 28% in 2007. In the United States, temporary employment in the health care sector varies between 6%

and 20%. In Finland, while this rate was 14% in the 1990s, it had reached 24% eleven years later. In our country, within the coverage of the 2009 general budget, only 1,750 individuals are temporarily employed under 4C status in institutions attached to the Ministry of Health. About one out of four midwives in Australia, one out of three physicians in Finland and Norway, one out of three physiotherapists in Canada and one out of six in New Zealand work part-time. About half (57%, 53% and 48.2%) of the nurses in Norway, Denmark and New Zealand, respectively and 29.6% of the nurses in Ireland, 72% in Iceland, 25% in the U.S. and 37% in the U.K. work part-time.

Whatever the type flexible employment may be, because it reduces the cost of labor, increases and disarranges the work period and increases labor productivity through intense, heavy work, chores and phone hours and simplifies competition between organizations it is a golden opportunity for the capital owning class. If an effective labor struggle is not present in a country, the opportunities accorded to this class are guaranteed under legislation. With an unlimited right to use labor power, this capital owning class possesses the opportunity to employ workers at any time, for any duration and at any place it wishes. Dismissals from a job will be higher. On a larger scale, these employees are deprived of social security. In particular, temporary and part-time employees cannot benefit from supplementary payment. With part-time employment they are forced to work in more than one job very different from each other on the same day. For example, 11.8% of nurses in Australia work at a second job while many physicians in England have two jobs. These individuals receive fewer benefits from labor laws and social assistance. Because of suppression of wages, temporary contract based work and being without an association or union, they can easily provide concessions in working hours. Health care workers employed in such a flexible environment are exposed to a systematic control and inspection mechanism. This situation leads to an increased level of anxiety, worry, stress, conflict, confusion, fear and apprehension of unemployment, job insecurity and non-association for fear of dismissal from work. As a result of all this, in addition to the work environment of health care employees, work conditions and the deterioration in job relations, based on the escalation of danger and risks, increase occupational diseases, job accidents and work related health problems.

Whether brain or physical labor, whether in the public or the private sector, this capitalist division of labor separates the effectiveness of labor in the health care sector into productive or non-productive type of labor. This division reaches its highest level during the production process with flexible employment and flexible functional applications. Subject to these differences, within health care labor or even within an occupation, stratification and categorization increases or deepens. With exploited relations, authoritative figures and hierarchies appear. These in turn regenerate class conflicts and contradictions again and again. If the health

care worker's class consciousness is not sufficient, this will lead to a perception among workers of different class standings between themselves which will lead to the creation of an unclosable void within the working class. It will thus bring to a halt the organization of the workers.

In conclusion, flexible production and together with it flexible employment, even if shown as a situation in favor of labor power by the capital owning classes, scientific data, on the other hand, clearly indicate that this dominant approach points to a contrary situation.

**Keywords:** Health care workers, flexible employment, flexible production, capitalism, class.

## Bibliography

1. Australian Institute of Health and Welfare -AIHW (2008) Nursing and midwifery labour force, 2005. Erişim adresi: [www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf](http://www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf) - Erişim tarihi: 05 Haziran 2010
2. Australian Health Workforce Advisory Committee- AHWAC. (2002) The midwifery workforce in Australia 2002-2012, Erişim adresi: AHWAC Report. <http://www.ahwo.gov.au/documents/Publications/2002/> Erişim tarihi: 05 Mart 2010
3. Belek İ. (2004) Esnek üretim derin sömürü. Nazım kitaplığı dizisi. İstanbul.
4. Canadian Institute for Health Information-CIHI. (2007) Workforce trends of physiotherapists in Canada, 2007. Erişim adresi: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce\\_Trends\\_of\\_Physiotherapists\\_2007.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce_Trends_of_Physiotherapists_2007.pdf). Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
5. Eurofound. (2007) European working conditions surveys 22 February, 2007. Erişim adresi: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm92-897-0974-X>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
6. Göçmen D. (2004) Marx'ın emek kavramı ve çalışma koşullarının esnekleştirilmesi. *Praksis*, 12:193-229.
7. Jalonen P, Virtanen M, Elovaino M, Kivimäki M. (2006) Predictors of sustained organizational commitment among nurses with temporary job contracts. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5): 268-276.
8. International Council Nursing-ICN (2003, 2006, 2008, 2009) Nursing workforce profile Erişim adresi: [http://www.icn.ch/sew\\_nwp09.htm](http://www.icn.ch/sew_nwp09.htm). Erişim tarihi: 02 Nisan 2010 .
9. ILO. (1999) Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>.
10. Maggs C. (2004) The re-causalisation of the labour force at the end of the 20 century: A comparison with the end of the 19 th century. *Journal of Research of Nursing*, 9(2):150-154.

11. Ministry of Health Manatū Hauora-MHMH. (2010) Physiotherapist workforce, summary result from the 2009 health workforce annual survey. New Zealand Government. Erişim adresi: [http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/\\$file/physio-results2009.pdf](http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/$file/physio-results2009.pdf) Erişim tarihi: 02 Temmuz 2010.
12. Øvretveit J. (2003) Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246.
- Çev.: Etiler N. (2005) İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 20(5):353-360.
13. Öngen T. (1996) Prometheus'un sönmeyen ateşi. Alan yayıncılık.
14. Öngen T. (2009) Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) çözümlemesinde bir uğrak olarak meslek ve hekimlik. *Toplum ve Hekim* 24(2):83-90
15. Özkan Ö, Çatıker, A. (2010) Almanak 2009 Analizleri içinde: Sağlık Sektöründe Esnek Üretim Biçimi ve Sağlık Emek-Gücüne Etkileri. Sosyal Araştırmalar Vakfı 32, İstanbul. s. 477-504.
16. T.C. Maliye Bakanlığı. (2010) Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü İstatistikleri. Erişim adresi: <http://www.bumko.gov.tr/> Erişim tarihi: 24 Mart 2010.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010) SB Personel Genel Müdürlüğü, Ankara.
18. [Yassi A](#), [Wickström GJ](#), [Palacios M](#). (2004) Globalization and the health of the health care workforce. [International Journal of Occupational Environmental Health](#), 10(4):355-359.

# Sağlık Çalışanlarının Esnek Ücretlendirilmesi

*Mehmet Zencir, Hekim, Profesör Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Denizli, Türkiye. E-Posta: mzencir@pau.edu.tr*

Kapitalizmin yeniden yapılandığı günümüzde emeğe yönelik saldırılar, devletin yeniden yapılandırılması ile birlikte yaşamın her alanı piyasaya açılıyor, metalaştırılıyor. Sağlıkta bu alanlardan birisi. Sağlık hizmetlerinde kar mantığının ön plana çıkması, sağlıkta emek sömürsünü de gündeme getiriyor. Bir yandan kar maksimizasyonu, öte yandan sağlıkta sermaye grupları arasındaki artan rekabet, emeğin derin sömürsünü ile karşımıza çıkıyor. Emeğin derin sömürsü neoliberal dönemin karakteristiği olan üretimin esnekleştirilmesi, emeğin esnekleştirilmesi ile gerçekleşiyor. Refah devleti dönemi kazanımları olan emeğe dair her türlü koruma duvarı bir biri ardına parçalanıyor, emek süreci kuralsızlaştırılıyor, yeni döneme özgü yeniden yapılandırılıyor. Emek tamamen güvencesizleştirilmiş konuma getiriliyor. Üretim sürecindeki esnekleşme istihdam, gelir, mekan, çalışma saatleri, işçi sağlığı ve güvenliği, örgütlenmede güvencesizlik ile karşımıza çıkıyor. Sağlık emekçileri açısından emek sürecindeki bu bütünlüklü süreç özellikle istihdam ve ücretlendirme de daha çok dikkat çekse de sağlık alanına yatırım yapan sermaye grupları ve işletmeleşen devlet hastaneleri hem mutlak artı değer hem göreceli artı değer sızdırmanın her yolunu kullanıyor. Sağlık sermayesi ve işletmeleşen devlet hastaneleri bu amacını gerçekleştirirken sağlık emekçileri bütünlüklü olarak değerlendiriyor, sağlık alanında emeğin toplamına verilen payı azaltmanın yollarını arıyor, yaşama geçiriyor.

Sağlık emekçilerinin ücretlendirilmesinde son düzenlemeler hem kamu hem özel sektörde sabit ücretin (maaş, vb.) sınırlandırılması, sabit olmayan (değişken olan) kısmın belirgin hale gelmesine yöneliktir. Değişken kısım kamu sektöründe sabit döner sermaye ile başlamış, performans uygulaması ile daha da vahşileşmiş hale gelmiştir. Sağlık emekçilerinin ücretlendirilmesi güncel olarak ele aldığımızda iki ana grubun olduğunu akılda tutmalıyız: Sadece sabit ücret alanlar ve sabit ücret+performans alanlar.

Sağlık alanında istihdamda en önemli düzenleme taşeron uygulamasıdır ve taşerona bağlı çalışma gün geçtikçe sektörün temel istihdam modeli olacak gözüküyor. Taşerona bağlı çalışanların çoğunluğu asgari ücret ile ücretlendirilmektedir. Hatta bu kişilerin yılın on iki ayı ücret almadıkları düşünüldüğünde asgari ücretin altında bir miktar ile ücretlendirildiğini söyleyebiliriz. Kayıt üzerinde böyle gösterilse dahi, bu ücretin bile tamamının ödenmemesi ile ilgili illegal tutumların da az olmadığını bilmekteyiz. Yine vekil ebe vb. uygulamalarla sağlık emekçilerine ise sadece çalıştıkları gün sayısından ödeme yapılmaktadır. Özel sağlık sektörünün durumu da farklı değildir. Asgari ücret üzerinden ücretlendirme yaptığı personel sayısı daha da yüksek oranlardadır. Çağrı üzerine çalışan sağlık



emekçisi de artış göstermektedir. Bu kişilerde de sadece çalıştıkları dönem ücret ödenmektedir. Yine özel sektörde illegal yollarla yabancı uyruklu ucuz sağlık emekçisi çalıştırılması sektörde bulunan herkes tarafından çok iyi bilinmektedir. Bu kişiler tamamen karın tokluğuna çalıştırıldığını söyleyebiliriz.

İkinci ana grup ise performans dayalı ödeme yapılan sağlık emekçileridir. Çekirdek sağlık işçileri olarak değerlendirebileceğimiz hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, sağlık teknisyenleri vb. sağlık emekçileri bu uygulamalardan yararlanmaktadır. Döner sermaye uygulaması sağlık emekçisinin ünvanına göre hastanenin/sağlık kurumunun elde ettiği gelirinin belirli bir oranının dağıtılması ile sabit döner sermaye dağıtımı ile başlamıştır. Uygulama performans dayalı ödeme sistemi ile devam etmiştir. Hastane, bölüm ve kişisel üretimin dikkate alındığı süreç ile her sağlık emekçisi gelir getiren üretiminin karşılığını döner sermaye ödemesi olarak alır hale gelmiştir. Sağlık bakanlığına bağlı tüm kurumlarda performansa dayalı ödeme söz konusudur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ödeme sistemi tamamen piyasacı dinamik gösteren bir şekilde yapılmaktadır. Koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi negatif performans, riskli grupların (gebe, bebek, çocuk, 15-49 yaş doğurgan çağ kadın, yaşlılar) ve ulaşımı zor olan bölgelerde yaşayanların aile hekimi nüfusuna kaydedilmesi pozitif performans ile çözülmeye çalışılmış, sağlık yönetiminin tüm ilkeleri sadece geliri dikkate alan bir anlayışa daraltılmış, çarpıtılmıştır. Benzer durum üniversite hastaneleri içinde geçerlidir. Eğitim-araştırma-hizmet ayaklarından oluşan tıp eğitimi, sadece hizmetin öne çıkartıldığı, klinik-temel tıp-sosyal bilimlerin entegrasyonu yerine sadece klinik bilimleri (eğitim için değil hizmet için) önceleyen bir tercih zorlanmaya çalışılmaktadır.

Performansa dayalı ödeme sistemi ile hizmet üretiminin artırılması ile işletmenin (*hastanenin /sağlık kurumunun*) gelirini yükseltilmesi (*kar elde edilmesi*) sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların hedefi haline getirilmiştir. Hastaneler arası, bölümler arası, klinikler arası, klinik içi piyasacı rekabet anlayışı ön plana çıkmıştır. Bu piyasacı rekabet anlayışı sağlık emekçileri arasında da iş barışını bozacak şekilde devam etmiştir. Hekim, hekim dışı personel arası, hekim dışı personelin kendi içinde rekabet artan bir şekilde devam etmektedir. Süreç sağlık hizmetine doğrudan katkısı olmayan sağlık emekçilerini (idari, destek personeli) ve hatta doğrudan gelir getirici faaliyete katkı sağlamayan uzmanlık alanlarında çalışan sağlık personelini (temel tıp bilimleri, halk sağlığı, adli tıp gibi) dışlayan bir hale dönmüştür. Bu dışlama kültürü sağlık emekçileri tarafından sahiplenilmiştir. Performans uygulaması sağlık emekçileri çok parçalı olan yapısını daha da ufak parçalara bölmüş, atomize etmiştir. Her sağlık emekçisi üretim sürecinde yalnızlaşmıştır.

Performans uygulaması sağlık emekçileri arasında paradoksal tutumlara yol açmıştır. Performans hem en çok itiraz edilen reform uygulaması iken hem de en çok uyum gösterilen uygulama olarak sağlık üretim sürecinde yerini almıştır. Sağlık emekçileri açısından çalışılan il, çalışılan bölüm, uzmanlık

tercihi, hastanede/bölümde çalışacak kişi sayısı, tıbbi kanat, tanı yöntemi ve tedavi seçimi, tatil kullanımı, vb. birçok durumu etkilemiş, güçlü bir denetim mekanizması halini almıştır. Performans ile birlikte sağlık emekçileri (özellikle hekimler) yaptıkları her işi kayıta geçirerek hastanelerinin alacaklarını (*karlarını*) arttırırken, aynı zamanda sağlık piyasasının da büyümesine katkı sağlamıştır. Performans uygulaması, hem emek üretkenliğinin (*biz bunu emek sömürüsü diye anlayalım*) maksimize edilmesinin, hem de vatandaşın kışkırtılan/azdırılan talebinin karşılanmasının aracı haline gelmiştir. Sağlık emekçilerinin performans uygulaması ile sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında aracı rol oynadığını söyleyebiliriz. (Tüketici kontrolü denilerek vatandaşa atfedilen süreç, aslında tamamen tıp endüstrisinin kışkırttığı/yönlendirdiği talep patlaması diye anlaşılmalıdır.)

Yine performans uygulaması başta hekimler olmak üzere tüm sağlık emekçilerinin mesleki otonomilerini kaybetmelerine yol açmasına, tıp endüstrisinin sağlık hizmetleri üretiminde tek/temel belirleyici olmasına önemli katkı sağlamıştır. Yirminci yüzyılın başında sağlık hizmetlerinin tıbbileşmesi süreciyle vatandaşın hizmetten dışlanması, sağlık hizmetlerinin metalaşması süreci ile de sağlık çalışanlarının da sağlık hizmet üretimine yabancılaşması için zemin yaratmıştır.

Ücretlendirmeye yönelik müdahaleler sadece ücret üzerinden yapılmamış yukarıda sıralananlara ek olarak sağlık hizmetlerinde gelir güvencesizliğine yol açan görünmeyen kesintilerde vardır. Bunlar:

- Sürekli eğitim/mesleki gelişeme yönelik sertifika programlarına katılım
- Karşılığı alınmayan kalite vb. toplantılar
- Karşılığı ödenmeyen nöbet ücretleri
- Eve taşınan işler
- Çoklu görevler
- İşin yoğunlaşması (erken taburculuk nedeniyle, emek yoğun hasta bakımı)
- Ulaşım
- Sosyal güvenlik payı

olarak özetlenebilir. Tüm bu kalemler sağlık emekçilerine aktarılmakta, dolayısıyla geliri azaltılmaktadır.

Sağlık alanındaki ücretlendirmenin hekim ve performans üzerinden tartışılması sağlık alanında emeğe yönelik diğer saldırıların gizlenmesine, gerçek tablonun görünür hale gelmesini engellemektedir. Emeğe yönelik yapılan saldırıların bütünlüklü değerlendirmesi ile ücretlendirmede yapılan müdahaleler daha anlamlı hale gelecektir.

**Anahtar kelimeler:** Esneklik, ücretlendirme, sağlık çalışanları, kapitalizm, performansadaya ücretlendirme.

## ***Flexible Pricing of Health Care Workers***

*Mehmet Zencir, MD, Professor, Pamukkale University Medical Faculty, Public Health Department. Denizli, Turkey. E-mail: mzensir@pau.edu.tr*

Nowadays, as capitalism is being restructured, all areas of life are being marketized and commoditized besides the attacks on the labor and restructuring of the state. Health care is one of these areas as well. Dominance of logic of profit making in health services also makes the exploitation of labor in health care a current issue. On the one hand profit maximization and on the other hand increasing competition between the capital groups in health services appear in the form of intense exploitation of labor. Intense exploitation of labor occurs through flexibilization of production and labor that is the characteristic of neoliberal period. All kinds of protective walls around labor, which were the achievements of welfare state period, are dismantled; labor process is deregulated and restructured particularly at the new period. The labor is brought into completely insecure status. Flexibilization in production process leads to insecurity in employment, income, workplace, working hours, occupational health and safety and organization. Even though this entire process within labor process is more remarkable especially in terms of employment and remuneration of health care workers, the capital groups investing in the field of health care and the corporatized state hospitals make every effort to extort both absolute surplus value and relative surplus value. The investors in the health care sector and the corporatized state hospitals look for the ways to reduce the share of labor in the field of health care and actualize them, while the health workers assess the process as a whole.

Recent arrangements in remuneration of health care workers are oriented toward the limitation of fixed fee (salary, etc.) and making the non-constant (changeable) portion apparent both in public and private sector. The non-constant portion introduced with revolving funds in public sector and became wilder through the implementation of performance-based payment. We should keep in mind when we address the remuneration of health care workers as of today that there are two main groups: Those who receive only fixed fee and the ones receiving fixed fee+payment for performance.

Most important regulation in the field of health care is the implementation of subcontracting, and working based on subcontractors seems to gradually become the main employment model in the sector. Most of the workers employed by a subcontractor earn minimum wage. Considering that they do not receive payment for every month of a year, we may even say that they are paid below the minimum wage. Similarly, the payments to the health laborers are made only for the number of days they worked in the cases of such as deputy midwives etc. The situation in private sector

doesn't differ. The number of employees receiving minimum wages is even higher. The number of on-call health care workers is also rising. They are also paid only for the periods they worked. In addition, it is very well known to everyone in the sector that cheap foreign-national health care workers are illegally employed in private sector. It may be said that those employees work just for peanuts.

The second main group consists of the health care laborers, who are paid for performance. The physicians, dentists, pharmacists, nurses, medical technicians etc., who might be called 'core health care workers' benefit from these practices. The revolving fund practices began with the distribution of a certain proportion of total income of the hospital/health care institution, a constant revolving fund share to the health care laborers according to their job titles. This practice continued with performance-based payment system. Through this process, in which the performance of hospital, departments and persons is taken into account, each health care worker receives a payment from revolving fund for the production that generates revenue. Performance-based payment is in effect in all institutions operating under the Ministry of Health. The dynamics of the payment system in primary health care is completely market-oriented. The maintenance of protective health care is tried to be actualized through negative performance evaluation, and positive performance measurement for family physicians was introduced to keep the records of risk groups (pregnant, infants, children, 15-49 years old women in child-bearing period and elderly) and those living in the areas difficult to reach. All principles of health care management were narrowed and distorted in an understanding that takes into account only revenue. A similar situation applies for university hospitals. In medical education that consists of training-research-service activities, an approach prioritizing only the services and bringing only the clinical sciences (for service, not for education) forward, rather than the integration of clinical-basic medical-social sciences is imposed.

Through the performance-based payment system, increasing the revenue (making profit) of the corporation (the hospital/health care institution) by improving the provision of services was became a purpose for all employees, not only for the hospital administration. An approach based on market-oriented competition between hospitals, between departments and inter and intra-clinics came to the fore. This concept of market-oriented competition continued to cause damage to the labor peace among the health care laborers as well. The competition between physicians and non-physicians and among non-physicians increasingly continues. The process turned into a situation that excludes health care workers who do not contribute directly to health care services (administrative, support staff) and even the health care personnel working in specialty areas, who do not directly contribute to income-generating activities (basic medical sciences, public health, forensic medicine etc.). This culture of exclusion was appropriated by the health care workers. The practice of performance-based payment divided the structure of health care labor into smaller parts,

which was already multi-parted, atomized it, isolated health care workers in production process.

Performance-based payment system led to paradoxical attitudes among the health care workers. While this system is most contested reform practice, it took place in health care provision process as a most attuned implementation. It had an impact on many issues related to the workers such as province of work, department, choice of specialty, number of person to work at hospital/department, medical comments, diagnostic methods and choice of treatment, taking vacation and became a powerful control mechanism. Through this system, the health care workers (especially physicians) also contributed to the growth of health care market as they increased the receivables (profits) of their hospitals by registering every activity. Performance-based practice became an agent to maximize the productivity of labor (we realize it as 'exploitation of labor') as well as to meet provoking/ aggravating demand of the citizens. It might be said that, through performance-based system, the health care workers played the role of an intermediary in marketization of health services. (The process that attributed to the citizens under the name of "consumer control", in fact, should be understood as 'explosion in demand' provoked/driven by medical industry.

Performance-based payment system also led to loss of professional autonomy of all health care workers, especially physicians and contributed to make medical industry the only/main determinant in production of health care services. The basis for the exclusion of citizens from health care services has been formed through medicalization of these services at the beginning of twentieth century and commoditization of these services has built the foundation of alienation of health care workers from the production of health care.

The interventions were made not only through remuneration; in addition to above listed issues, there were invisible deductions causing income insecurity among the health care workers. These might be summarized as:

- Participation in continuous education/professional development certification programs
- Unpaid meetings on the issues such as quality etc.
- Unpaid duties
- Works taken home
- Multiple tasks
- Excessive workload (due to early discharges, labor-intensive patient care)
- Transportation
- Shares of social security

All this issues are applied to the health care worker, thus the income is reduced.

Discussing the remuneration in health care through the physician and performance causes concealment of the attacks against labor in health care and prevents visibility of actual situation. The interventions on remuneration will become more meaningful through holistic assessment of the attacks against labor.

**Keywords:** Flexible, remuneration, capitalism, health care workers, performance-based payment system

## Esnek Üretimin İdeolojik Yansımaları

İlker Belek, Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Antalya, Türkiye. E-posta: belek@akdeniz.edu.tr

103

**Esneklik Burjuvazinin İşçi Sınıfından Kurtulmasıdır.** Esnek üretim sistemi, kapitalist üretim ilişkilerinin, son 30 yıldır içinde bulunduğu belirtilen yeni birikim rejimidir.

Esnek üretim sistemi, burjuvazinin, kapitalizmin 1970'lerin ortasında içine girdiği uzun durgunluk dönemine ve bunun içindeki siklik krizlere verdiği yanıtıdır.

İkinci emperyalist savaş sonrasındaki birikim rejimi Fordizm idi. Bu rejimin alt yapısını bant tipi üretim oluşturuyordu. Üst yapıdaki ilişkiler ise güçlü işçi sınıfı ile burjuvazi arasındaki sınıfsal "denge"nin sonucunda şekillenmişti. Sendikaların bütün iş ilişkilerinin düzenlenmesinde belirleyici payı vardı. Toplu sözleşme sistemi sınıflar arasındaki ilişkilerin hukuksal zeminiydi.

Uzun genişleme dalgasının 1970'lerin ortasında, tamamen kendi iç dinamiklerinin sonucu olarak, etkisini yitirmesiyle birlikte, burjuvazi yeni arayışlara yöneldi.

1980'lerde dünya sosyalist sisteminin çökmesi, kapitalizmi ve onun lideri ABD'yi rakipsiz bıraktı. Yeni konjonktür, burjuvazinin, Fordizm döneminde razı olduğu sınıfsal kuralları ihlal etmesi bakımından uygun bir ortam yarattı.

Yeni birikim rejimi birkaç boyutta kendisini tesis etti.

Teknoloji boyutunda bilgisayarlı üretime ve akan bant sisteminin yerine hücresel imalata geçildi. Makineler, Fordizm'in aksine, hücresel tarzda dizilerek kontrolleri, niteliksiz ya da yarı nitelikli işçiler yerine, bilgisayarlara verildi. Emek gücünün işlevi ise bilgisayar sistemlerinin kontrolü olarak tanımlandı. Ancak, yeni birikim rejiminin teknoloji boyutu sınırlı derecede uygulanabildi. Ekonominin çoğu sektöründe Fordist üretim alt yapısının korunmak zorunda kalındı.

İş ilişkileri boyutunda Fordizm döneminde tanımlanmış bütün düzenlemeler iptal edildi. Çalışma saatlerinden, çalışma düzenine, ücretlere, sosyal haklara kadar her tür konu merkezi standartlardan arındırılarak işletmelerin inisiyatifine bırakıldı. Zaten, merkezi kuralların tümü burjuvazi açısından rijidite anlamına geliyordu. Böylece, esneklik, burjuvazinin işçi haklarının getirdiği sınırlamalardan kurtulması olarak şekillendi.

İstihdam ilişkileri ve emek gücü boyutunda, sekiz saatlik günlük, 40 saatlik haftalık çalışma sınırlaması ortadan kaldırıldı, çalışma süresi piyasaların mal talebine göre düzensizleştirildi, işçiler gerekirse hafta sonunda ve haftalar boyunca kesintisiz çalıştırılmaya başlandı, mal talebinin düştüğü

dönemlerde ise ücretsiz izin uygulamasına geçildi, ücretler performansa bağlandı, sendikasılaştırma özel olarak manipüle edildi, toplu sözleşme sisteminin yerine bireysel sözleşme sistemi geçirildi.

**Toplam Kalite Yöntemini (TKY), Mutlak Sömürünün Derinleştirilmesine İşçi Sınıfının Rızasının Alınmasıdır.** Bütün bunlar bize, esnek üretimin, aslında Marks'ın mutlak sömürü olarak tanımladığı mekanizmaları yeniden devreye soktuğunu gösterir. Burjuvazi, çalışma saatlerini uzatarak, işçileri hafta sonları ve geceleri çalıştırarak, sendikadan kurtularak, işçiyi örgütsüzleştirerek kar oranlarını artırmaya çalışmakta ve emek gücü üzerindeki sömürü derecesini yükseltmektedir. Bu ortam aslında 150 yıl sonra yeniden ortaya çıkan vahşi kapitalizmden başka bir şey değildir.

Ancak her sınıf saldırısının ideolojik araçları da olur. Bunlar mutlak sömürü mekanizmalarını gizlemeye, üzerlerini örtmeye, işçi sınıfını mutlak sömürünün derinleştirildiği süreçte tepkisizleştirmeye, kendi içinde parçalamaya, işyeri ölçeğinden başlayarak işçi sınıfının sisteme rızasını kazanmaya yönelik müdahalelerdir.

Esnek üretim söz konusu olduğunda TKY retoriğinin bu bakımdan özel bir öneminin bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu kapsamda da değişik TKY ve kalite çemberlerinden özellikle söz etmek gerekir.

TKY'nin iktisadi amacı, üretimin mikro ölçekli sorunlarının çözümünde emekçilerin entelektüel enerjisinin hareketlendirilmesidir. Bu bakımdan TKY süreci ancak üretimi gerçekleştirenlerin saptayabilecekleri sorunların saptanmasıyla başlar ve yine emekçileri kendi saptadıkları sorunlar için çözüm önerileri geliştirmek üzere motive ederek devam eder. Böylece Fordizm döneminde bir dizi ara denetçinin işlevi olarak tanımlanan sorun saptama, denetim görevleri doğrudan üretimi gerçekleştirenlere aktarılırken, kimi ara düzey teknik elemanların görevi olarak tanımlanan çözüm paketi geliştirme işlevi de emekçilere ve emekçi gruplarına yüklenir.

Bu şekilde hem ara eleman maliyetlerinden tasarruf sağlanır hem de üretim dizgesini en iyi bildiği düşünülen emekçilerin önerileri üzerinden kalite artırılarak maliyet sınırlayıcı kazançlar elde edilir.

Ancak, TKY'nin, bu iktisadi kazançların ötesinde başka hedefleri de vardır. Bunlar şu türden ideolojik ve siyasal hedeflerdir: Emekçileri işyerinin mali çıkarları doğrultusunda motive etme, şirket hedeflerine kitleme, daha genel boyutta işçi sınıfının sınıf bilincinin köreltilmesi ve kendi öz çıkarları için hareketinin engellenmesi.

Hatta, denilebilir ki, burjuvazi açısından, TKY'nin esas kazancı iktisadi değil, bu ideolojik ve siyasal çıktılardır.

Böylece, esnek üretim sistemi işçi sınıfı üzerindeki mutlak sömürü derecesini artırırken, buna karşı gelişebilecek direnç mekanizmalarının en başından itibaren köreltilmesi için TKY retoriğini uygulamaya koyar.



**Sağlık Sektörü Esnemeye Zorunlu Bir Yapıdadır.** Esnek üretim sisteminin değişik bileşenlerinin sağlık sektöründe, sürecin en başından itibaren ve hızla uygulamaya sokulduğunu görüyoruz: Çalışma saatlerinin uzatılması ve düzensizleştirilmesi, performansla göre ücretlendirme, taşeron ilişkiler, TKY, hepsi, kendilerine sağlık sektörü içinde, kamu ve özel demeden hızla yer buldular.

Bu gelişmede sağlık sektörünün yapısal kimi özelliklerinin etkili, zorlayıcı, kolaylaştırıcı olduğu söylenebilir. Sıralayalım:

1- Sağlık sektörü, doğrudan artı değer üretmeyen arada bir sektördür: Sağlık sektörünün bu özelliği, onu artı değer üretilen sektörlerdeki artı değeri paylaşan bir konuma sokar. Durgunluk ve kriz dinamikleri bu nedenle sağlık sektörünü daha derinden etkiler. Bu nedenle Fordist-sosyal devletçi dönemde şekillenmiş bütün yapılar, sağlık sektöründe daha doğrudan ve derin biçimde sorgulanır. Halkın sağlık hakkının başına ne geliyorsa, o hakkı üreten sağlık emekçisinin başına da aynı şey gelir.

2- Sağlık sektörü emek yoğunudur: Bu özelliği teknolojik yoğunluğu ne kadar artarsa artsın değişmez. Hatta teknoloji yoğunluğundaki artış emek yoğunluğunda azalmaya neden olmaz. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinde teknolojinin emeği ikame etmemesi, hatta yeni türde emek gücü gereksinimi yaratarak sektöre girmesidir. Sağlık sektörünün emek yoğun karakteri esnek üretimin zorunlu olduğu mutlak sömürü mekanizmalarına olan gereksinimin de daha üst derecede olduğunu gösterir.

3- Sağlık hizmeti sunumunun yarattığı insani ortam TKY'nin zeminini hazırlar: Sağlık hizmeti üretimi diğer tüm hizmet ve mal üretimlerinden farklıdır. Burada insan sağlığıyla ilgilenilir, sıkıntı içindeki insanların dertlerine çare bulunmaya çalışılır. İşte bu yapı, hizmeti üretenlerin tümünü ister istemez insani bir zemine çeker. Hizmetin en verimli, kaliteli biçimde sunulması gerektiği herkes tarafından kabul edilir. Bu ortam TKY'nin sağlık hizmetini üretenlerce benimsenmesinin zeminini oluşturur. Sömürü derecesi ne kadar yüksek olursa olsun emekçilerin kalite atmosferinden kendilerini sıyrabilmeleri, bu retoriğin arkasındaki gerçek gerekçeleri görebilmeleri zordur.

4- Sağlık hizmeti kalabalık bir ekip tarafından üretilir: TKY de ekibe dayanır. Kalite çemberleri doğrudan ekip organizasyonu ile çalışır. Bunun nedeni emekçiyi ekip içinde motive etmek ve sorun saptama ve çözme pratiklerinin gerçekleştirilmesinde ekibin olumlu havasından yararlanmaktır. Kısacası, zaten ekip temeline dayalı olan sağlık hizmeti, TKY açısından da uygun bir yapıya sahiptir.

5- Ancak, sağlık hizmetini üreten bu ekip, aynı zamanda çok meslekli, çok tabakalı ve böylece hiyerarşik bir yapıdadır: Özellikle hastanelerde onlarca meslek çeşidi bir arada, ortak bir hedefin gerçekleştirilmesi için çalışır. Ekip kendi içinde hiyerarşik bir yapıdadır. Hiyerarşi mesleki farklılığın yanı sıra statü ve kariyer farklılıklarına bağlı olarak da ortaya çıkar. Statü ve kariyer farklılıkları bir taraftan mesleki yapıyla bir yandan da hastanelerin karmaşık

yönetim yapısıyla ilişkili olarak gelişir. Ekip yapısı dayanışmaya ve dayanışma üzerinden kalite retoriğine zemin hazırlarken, hiyerarşi performansla dayalı ücretlendirme için olanak sağlar.

**Anahtar kelimeler:** Esnek üretim, kapitalizm, toplam kalite yönetimi, işçi sınıfı, ideoloji.

### **Kaynakça**

1. Belek İ. (2010) Esnek Üretim Derin Sömürü. Yazılama Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul.

## ***Ideological Reflections of Flexible Production***

*Ilker Belek, MD, Assoc. Prof. Akdeniz University Medical Faculty, Public Health Department. Antalya, Turkey. E-mail: [belek@akdeniz.edu.tr](mailto:belek@akdeniz.edu.tr)*

***Flexibility is Liberation of Bourgeoisie from Working Class.*** Flexible production system is the new regime of accumulation that capitalist relations of production have been experiencing in the last 30 years.

Flexible production system is the response of bourgeoisie to long recession period of the mid-1970s that it has been faced and to the cyclic crises taken place in this period.

After the second imperialist war, Fordism has been the regime of accumulation. Belt-type production has been forming the infrastructure of this regime. The relations in the superstructure have been shaped as a consequence of the class “equilibrium” between strong working class and bourgeoisie. The unions have had a decisive role in regulation of whole working relationships. Collective bargaining system has been the legal ground for the relations between the classes.

Bourgeoisie has embarked on new quests after the long lasting wave of enlargement has lost his effect in the middle of 1970s, only as a result of its own internal dynamics.

The collapse of world socialist system in the 1980s has made capitalism and its leader USA unrivaled. The new conjuncture has created a favorable situation for the violation the class rules, which bourgeoisie has conceded during the period of Fordism.

The new regime of accumulation has established itself in several dimensions.

Computer aided manufacturing in technology dimension and cellular manufacturing instead of flowing belt system have been introduced. The machines, in contrast to Fordism, have positioned in cellular style and their control has given to the computers in place of skilled or semi-skilled workers. The function of labor-force has been defined as control of computer systems. However, technology dimension of the new regime of accumulation could be performed to a limited extent. Fordist production infrastructure had to be kept in most sectors of the economy.

All the arrangements in working relationships dimension that had been defined during Fordist period have been cancelled. From working hours to working scheme, wages and social rights, all issues have been cleansed from centralized standards and assigned to the initiative of enterprises. All of the centralized rules have already been denoting rigidity to bourgeoisie. Thus, flexibility has been formed as the liberation of bourgeoisie from the

constraints arising from the workers' rights.

In the dimension of employment relationships and labor-force, the limit of eight hours a day and 40 hours a week working time has been eliminated, working times have been irregularized in accordance with the market demand for goods, if necessary, workers have begun to be overworked uninterrupted at the weekends and for weeks, unpaid leave has been introduced when the demand has decreased, payment for performance has begun to be applied, union-busting has been especially manipulated, individual contract system has been substituted for collective bargaining system.

***Total Quality Management (TQM) is to Obtain the Consent of Working Class in Deepening of Absolute Exploitation.*** All of these indicate that the flexible production actually enables the mechanisms again, which had been described by Marx as absolute exploitation. Bourgeoisie attempts to increase the rates of profit and raises the degree of exploitation of labor-force by extending working hours, by making workers work at the weekends and nights and by getting rid of unions and disorganizing workers. This situation, in fact, is nothing more than savage capitalism that re-emerged after 150 years.

However, every attack of the ruling class also has ideological tools. These are the interventions intended to conceal absolute exploitation mechanisms, to cover up on them, to make the working class unresponsive in the process that was deepened through absolute exploitation, to divide the working class against itself, to gain the consent of the working class to the system, starting from workplaces.

It is understood that the rhetoric of TQM has a special importance when flexible production comes into question. In this context, various TQM and quality circles should be particularly mentioned.

The economic purpose of TQM is to activate the intellectual energy of the laborers in solving micro-scale problems of production. In this regard, quality process starts with the determination of the problems, which can be detected only by those who carry out the production and goes on by motivating laborers to make solution proposals for the problems that were determined by themselves. Thus, development of the solution package that has been a task of some intermediate technical personnel in Fordist period is assigned to the laborers and laborer groups, while the detection of the problems and inspection tasks, which have been defined as the function of some intermediate inspectors in the same period are transferred directly to those carrying out production.

In this way, saving in the costs of intermediate goods is achieved and also cost-limiting incomes are generated by improving quality through the suggestions of the laborers, who are supposed to best know the manufacturing system.

However, TQM also have different goals beyond economic gains. These

are ideological and political goals such as the followings: Motivating workers towards the financial interests of enterprise, locking them on the objectives of the company, more generally, deadening the class consciousness of the working class and preventing the movement of the workers towards their own interests.

Furthermore, it may be argued that, in terms of bourgeoisie, ideological and political outcomes are the main benefits rather than economic gain, obtained from TQM.

Thus, flexible manufacturing system, while increasing the degree of absolute exploitation of the working class, introduces rhetoric of quality to diminish resistance mechanisms from the very beginning, which may emerge against it.

**The Structure of Health Sector has to be Flexible.** We are observing that the various components of the flexible production system were introduced into health sector quickly and from the very beginning of the process: The extension and irregation of working hours, payment for performance, subcontractor relations, TQM; all of them quickly found a place in health sector, regardless of public or private. It can be said that some structural features of health sector were effective, compelling and facilitative in this development. These can be listed as follows:

1. Health sector is an intermediate sector, which doesn't produce surplus value directly: This feature of health sector puts it in a position to share the surplus value produced in other sectors. The dynamics of recession and crisis, therefore, more profoundly affect health sector. For this reason, all the structures formed during Fordist-social statist period are questioned more directly and deeply in health sector. The same thing that happened to right to health of the people happens to the health worker, who produces this right.
2. Health sector is labor-intensive: This feature does not change, regardless how its technological intensity increases. Furthermore, an increase in intensity of technology doesn't cause a reduction of labor intensity. The reason is that the technology isn't substituted for labor in health care services; moreover, it enters into the sector by creating requirement for new types of labor-force. Labor-intensive nature of health sector indicates more intensive need for absolute exploitation mechanisms as well, in which flexible production is mandatory.
3. The humanitarian atmosphere created by health care delivery prepares the ground for TQM The production of health care services is different from the production of all other goods and services. In this process, human health is taken care; the remedies for the people experiencing hard times are sought. That platform necessarily takes all producers of health care services in a humanitarian ground. The need for the provision of most efficient and high-quality service is acknowledged by everyone. This situation creates the basis for the adoption of TQM by the producers of health care. Regardless of the

degree of exploitation, it is difficult for the laborers get themselves away from the quality atmosphere, to realize the real reasons behind this rhetoric.

4. Health care service is produced by a large team: TQM is based on the team as well. Quality circles function directly through team organization. This is because of motivation of the laborer within the team and utilization of the positive atmosphere of the team in detecting and solving problems. In brief, health care, which is already based on the team, has an appropriate structure in terms of the works on quality as well.

However, the team that produces health care service also has a structure with multi-profession, multi-layer and thus, is hierarchical: Tens of varieties of professions work together for the realization of a common goal especially in hospitals. The team has a hierarchical structure in itself. Hierarchy occurs due to the differences in status and career as well as different professions. The differences in status and career develop on the one hand on the basis of the nature of occupation and on the other hand in relation with complex administrative structure of the hospitals. Hierarchy provides opportunity for performance-based payment while the team structure prepares a ground for solidarity and for rhetoric of quality through the solidarity.

**Keywords:** Flexible production, capitalism, total quality management, working class, , ideology.

### **Bibliography**

Belek İ (2010) *Esnek Üretim Derin Sömürü*, Yazılama Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul.

## Taşeron Sağlık Emekçilerinin Mücadele ve Kazanımları

Arzu Çerkezoğlu, Hekim, Devrim Sağlık-İş Sendikası, İstanbul, Türkiye.  
E-posta: [arzu.atabek@yahoo.com.tr](mailto:arzu.atabek@yahoo.com.tr)

Sağlık, emekçiler için *amiralin gemisi* konumundadır ve bu alanda yürütülen savaşın iki yönü bulunmaktadır: Birincisi, sağlık hizmetlerinin metalaştırılması; ikincisi, sağlık emekçilerinin güvencesizleştirilmesi.

Bir ekip hizmeti olan ve sürekliliğin-bütünlüğün-istikrarın esas olduğu sağlık hizmetinin bölünüp parçalanarak taşeron eliyle gördürülmesi; sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla sağlıkta taşeronlaştırma; sadece sağlık çalışanlarının bir sorunu veya bir istihdam meselesi olarak değil; her şeyden önce bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmelidir.

4857 Sayılı İş Kanunu'nda asıl işin taşeron firmalara devredilemeyeceği belirtilmesine rağmen, şimdilik hekimlik hizmeti hariç diğer tüm hizmetlerin neredeyse tamamı (hemşirelik, laboratuvar, radyoloji, röntgen, temizlik, hasta bakım, bilgi işlem, hasta kayıt) artık taşeron şirketler tarafından gördürülmektedir. Bugün, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan toplam taşeron sağlık işçisi sayısı 120 bin civarındadır. Bu sayı, üniversite hastaneleri ve diğer sağlık birimlerindeki çalışanlarla birlikte 150 bini bulmaktadır. Kamuda en büyük taşeron bizzat Sağlık Bakanlığı'nın kendisi konumundadır.

Sağlıkta taşeronlaştırmaya karşı mücadelede de iki muhatabımız vardır: Devlet ve hastane yönetimleri. Sağlık temel bir hak, bir kamu hizmetidir, eşit ve parasız olmalıdır. Dolayısıyla kamusal sağlık hizmetlerini yürüten sağlık çalışanları, insan onuruna uygun koşullarda çalıştırılmalıdır; bunu sağlama gereken de devlettir. İkinci muhatap ise hastane yönetimleridir; çünkü işçilerin bütün çalışma koşulları, hastane yönetimleri tarafından belirlenmektedir. Taşeron firmalar sadece kâğıt üstündeki aracı kurumlardır. Dolayısıyla yasal ve fiili sorumluluk, hastane yönetimlerindedir.

Özetle, insan emeğinin ihale masalarında alınıp satıldığı taşeron çalıştırma biçimi tümüyle hukuksuz olduğu gibi insan onuruna da aykırıdır ve asla kabul edilemez. Bu nedenle "İnsan İhaleyle Çalıştırılmaz, sağlıkta taşeron Olmaz" diyerek Türkiye'nin dört bir yanındaki sağlık kurumlarında çalışan taşeron sağlık çalışanları mücadele bayrağını açtı ve kazanımlarla yoluna devam ediyor.

**Anahtar kelimeler:** Taşeron, sağlık çalışanları, mücadele, Türkiye.

# *The Struggle and Acquirements of Subcontractors' Health Workers*

*Arzu Cerkezoglu, MD, Devrimci Sağlık-İş Labor Union, Istanbul, Turkey.  
E-mail: [arzu.atabek@yahoo.com.tr](mailto:arzu.atabek@yahoo.com.tr)*

Health services are the most important area of human life and an object of struggle for laborers under capitalism. The current struggle has two aspects: Marketisation of health and transforming labour force into insecure workers.

The change of the labour force reduces the quality of healthcare and therefore it concerns the public as a whole and should be handled as a public health issue.

Although labor legislations forbid the transfer of essential tasks to subcontract firms almost all of the services except for the physicians are transferred to subcontractors (nursery, laundry, cleaning and catering, secretarial works, patient care and technical works in laboratories). There are about 120 thousand subcontract health workers at the state-run public hospitals. If we include university hospitals and other public health units this figure increases to 150 thousands. Thus, the ministry of health leads the transformation of employment schemes.

We have two opponents in our struggle against subcontract working pattern: The state and the hospital management. Healthcare is a basic right and should be free of charge and universal. In order to achieve this goal, the health workers should work under fair conditions and this is the task of the state. The hospital management decides the working conditions of the workers and so they are the second opponent. The subcontract firms exist only on the paper and the legal and de facto responsibility is on the hospital management.

The subcontract working conditions are illegitimate, inhuman and cannot be accepted. The subcontract workers have opened their flag for struggle. Their claim is “Subcontract work is inhuman, No to subcontract work in healthcare”. They continue their struggle to abolish insecure, precarious working conditions and aim to establish universal and equal status with social security for each and every health worker.

**Keywords:** Subcontractor, health worker, struggle, Turkey.



**Oturum Başkanları / Chair Persons:**  
Feride Aksu-Tanık, Angelo Stefanini

## **Posterlerin Kısa Sunum ve Tartışması/ Oral Poster Presentations and Discussion**

---

### **Hollanda Hastane Bakımında Performansa Dayalı Ödeme: Performans Ölçümüne Verilen Profesyonel Yanıtlar Çalışması**

*Emiel Kerpershoek, PhD candidate, Delft University of Technology, Faculty of Technology, Policy and Management. PO Box 5015,2600 GA Delft , The Netherlands. E-posta: [E.F.P.Kerpershoek@tudelft.nl](mailto:E.F.P.Kerpershoek@tudelft.nl)*

*Hans de Bruijn, MD, Professor, Delft University of Technology, Faculty of Technology, Policy and Management. PO Box 5015,2600 GA Delft , The Netherlands.*

*Martijn Groenleer, MD, Yrd. Doç., , Delft University of Technology, Faculty of Technology, Policy and Management. PO Box 5015,2600 GA Delft ,The Netherlands.*

Son bir kaç on yıldır, Yeni Kamu Yönetimi adı altındaki liberalleştirme ve özelleştirme programları, birçok Anglosakson ve Batı Avrupa ülkesini, sağlık hizmeti sektöründe performansa dayalı ödeme (P4P) programları başlatmaya yöneltmiştir. Bu P4P programları, hastane hizmetleri geri ödemelerini performans ölçümlerine bağlayarak, sağlık hizmeti sunumunun denetlenebilirliğini, verimliliğini ve niteliğini arttırmayı amaçlamaktadır. Bu gelişmelerle uyumlu olarak, 2005’de Hollanda’da DBC sistemi adlı bir P4P modeli uygulamaya konmuştur. Uluslararası eşdeğeri-DRG (Tanı İlişkili Gruplar) sistemi-gibi, DBC sistemi, hastaların Tanı-Tedavi-Bileşimleri (Hollanda dilinde DBC: Diagnose Behandeling Combinatie) açısından sınıflandırılmasına dayalı bir olgu karmaşı sistemidir. DBC, özünde, uzman hekim tarafından kaydı yapılan ve hastane geri ödemelerinin ve hekimlerin ücretlendirilmesinin, ortalama tedavi gereklilikleri temelinde yapılmasına yarayan bir sabit bakım bileşkesidir.

Politika belirleyiciler tarafından beklenen yararlı etkilerinin yanında, akademik literatür, performans ölçümünün mesleki örgütlerin yapısıyla çelişebileceğini ve yaratıcı muhasebe (gelirlerin gerçeğe aykırı bildiri) başta olmak üzere, beklenenin tersi yönde etkilere açık olduğunu ileri sürmektedir. Bu makale, Hollanda hastane hizmetlerinde DBC performans ölçümlerine tepki olarak yaratıcı (gerçeğe aykırı) kayıt tutmanın doğasını ve

etkisini açıklamayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının DBC performans ölçümlerine nasıl karşılık verdikleri ve–buna yanıt olarak–sistem düzeyindeki ilgililerin (yani DBC sistemini yönetenlerin), sağlık çalışanlarının bu uygulamalarına eylem düzeyinde nasıl tepki gösterdiği sorularını yöneltmekteyiz.

Bu çalışmada, veriler, belge analizi ve yarı-yapılandırılmış mülakatlar aracılığıyla toplanmıştır. Mülakatların öncesinde, hekimlere yönelik bir derginin (Hollanda dilindeki adıyla: Medisch Contact) 2000-2008 yılları arasındaki sayıları ve DBC sisteminin işleyişi ile ilgili sigorta belgeleri incelenmiştir. Karşılaştırmalı bir olgu çalışması kapsamında, Hollanda’da üç farklı türde sağlık kurumunda görev yapan uzman hekimler ve yönetim temsilcileriyle, odaklanmış, yarı-yapılandırılmış 60 mülakat gerçekleştirilmiştir. Hasta tedavisinin karmaşıklığı ve örneğimizdeki kurumsal bağlam açısından en fazla sapmayı belirleme amacı doğrultusunda, bu üç farklı grup, bir üniversite tıp merkezi, bir genel hastane ve dört özel uzmanlık kliniğindeki farklı tıp uzmanlıklarını içermektedir. Ayrıca, şemsiye kuruluşlar, meslek birlikleri, düzenleyiciler ve sağlık sigortacıları dahil olmak üzere, sistem düzeyinde DBC performans ölçümleri ile ilgili tarafları temsil eden kilit kişilerle yarı-yapılandırılmış 20 ek mülakat gerçekleştirilmiştir. Mülakatlardan elde edilen veriler, DBC performans ölçümüne verilen tepkilere ilişkin olarak, çalışanlarının ve yöneticilerin değerlendirmelerini derinlemesine çözümleme olanağı sağlamıştır.

Araştırma, yaratıcı (gerçeğe uygun olmayan) kayıt tutmanın çeşitli biçimlerinin, finansal dürtülerle, nitelik ve yenilikçiliğe ilişkin mesleki değerleri korumaya ya da he ikisi ile birden bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. DBC kayıtlarının tutulmasında “incelikli çözümler”den, genellikle, DBC sisteminin getirdiği sınırlamalar hastaların eşzamanlı hastalıkları, yenilikçi tedavi yöntemlerinin kullanımı, pahalı ilaçların onaylanmayan kullanımı durumlarında kayıt yapmayı ve geri ödemeyi engellediğinde ya da yalnızca, bildirilen tanı ile tedavi DBC sisteminin çizdiği sınırlar içinde birbiriyle uyuşmadığında yararlanıldığı bulgulanmıştır. Ayrıca yönetimin, denetimleri, ayrıntılı tanımlamaları ve pazarlıkları arttırma yönündeki tepkisi, mesleki yaratıcılığın diğer biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Bu durum, bizi, meslek örgütlerinin P4P modellerine verdikleri yaratıcı tepkilerin yalnızca geçici büyüme sancıları olmadığı, daha çok, bir uyum sürecinin sürmekte olduğu sonucuna götürmektedir. Sistemdeki tutarsızlığın, meslek dinamiklerinin, temel mesleki değerlerle çatışmanın ve sistem düzeyindeki ilgililerin bu durumu ortadan kaldırmaya dönük dürtü ve yeteneklerinin bulunmayışının körüklediği döngüsel bir davranış kalıbı söz konusudur.

**Anahtar kelimeler:** Hollanda hastane bakımı, performans dayalı ödeme, ters etki, yaratıcı, yönetsel control, system level stakeholders.

# ***Pay for Performance in Dutch Hospital Care: A Study of Unintended Professional Responses to Performance Measurement***

*Emiel Kerpershoek, Doktora öğrencisi, Delft Teknoloji Üniversitesi, Teknoloji, Politika ve Yönetim Fakültesi. PO Box 5015,2600 GA Delft , The Netherlands. E-posta: [E.F.P.Kerpershoek@tudelft.nl](mailto:E.F.P.Kerpershoek@tudelft.nl)*

*Hans de Bruijn, MD, Professor, Delft Teknoloji Üniversitesi, Teknoloji, Politika ve Yönetim Fakültesi. PO Box 5015,2600 GA Delft , The Netherlands.*

*Martijn Groenleer, MD, Assitant Professor, Delft Teknoloji Üniversitesi, Teknoloji, Politika ve Yönetim Fakültesi. PO Box 5015,2600 GA Delft , The Netherlands.*

Over the last few decades, liberalization and privatization programs under the banner of New Public Management have led various Anglo-Saxon and Western European countries to introduce pay-for-performance programs (P4P) in the health care sector. By connecting reimbursement of hospital care to performance measurement, these P4P programs aim to increase accountability, efficiency and quality of health care provision. In line with these developments, a P4P model called the DBC-system was introduced in the Netherlands in 2005. Like its international counterpart-the DRG-system- the DBC system is a casemix system based on medical classification of patients in terms of Diagnosis-Treatment-Combinations (in Dutch: DBC). In essence, a DBC is a fixed care product that is registered by the medical specialist and serves for hospital reimbursement and remuneration of the medical specialist based on the average treatment requirements.

Besides the beneficial effects expected by policymakers, the academic literature suggests that performance measurement can conflict with the nature of professional organizations and is susceptible to perverse effects, most notably creative accounting. This paper aims to elucidate the nature and impact of creative registration in response to DBC performance measurement in Dutch hospital care. Therefore, we address the questions how medical professionals respond to DBC performance measurement and—in turn—how system level stakeholders (i.e. those managing the DBC system) react to these practices of medical professionals on operational level?

Data for this study is collected by means of document analysis and semi structured interviews. Preceding our interviews, we searched the volumes 2000 until 2008 of a journal for medical practitioners (in Dutch: Medisch Contact) and relevant policy documentation on the functioning of the DBC system. In a comparative case study design, we conducted 60 focused semi-structured interviews with medical specialists and management representatives working in three different types of medical institutions in the Netherlands. In order to establish maximum variation in complexity of

patient treatment and institutional context in our sample, the three cases included various medical specialties in one university medical center, one general hospital and four specialized clinics. Furthermore, an additional 20 semi-structured interviews were held with key figures representing the relevant stakeholders in DBC performance measurement on system level, including umbrella organizations, professional associations, regulators and health insurers. The data that followed from the interviews allowed for in-depth analyses of professional and managerial assessments concerning responses to DBC performance measurement.

Our research reveals that various forms of creative registration are related to financial incentives, safeguarding professional values of quality and innovation or a combination of both. We found that 'workarounds' in DBC registration are often used when restrictions posed by the DBC system hamper registration and reimbursement for co-morbidity in patients, the use of innovative treatment methods, off-label use of expensive medicines, or simply when the diagnosis and treatment rendered cannot be matched within the boundaries of the DBC system. Furthermore, the managerial response to increase controls, detailed specifications and negotiated solutions gives rise to new forms of professional creativity.

This leads us to the conclusion that creative responses to P4P models in professional organizations are not merely transitional growing pains but rather a continuous process of adaptation. A circular pattern of behaviour that is fueled by a discrepancy in system and professional dynamics, conflicts with professional core values and the absence of capabilities and incentives for system level stakeholders to stop it.

**Keywords:** Dutch hospital care, pay-for-performance, perverse effects, creative, professional discretion, managerial control, system level stakeholders.

# Performansa Dayalı Ödeme Finans Modelinin Paradoksu: Kanada British Columbia'dan Bir Örnek

Farah M Shroff, Hekim, Aile Hekimliği Uygulaması Bölümü, Nüfus ve Halk Sağlığı Okulu, British Columbia Üniversitesi Tıp Fakültesi. Vancouver BC, Canada. E-posta: [farah.shroff@ubc.ca](mailto:farah.shroff@ubc.ca)

British Columbia, Kanada'nın en varlıklı eyaletlerinden biridir ve vatandaşlarının çoğu, kamu tarafından finanse edilen sağlık sisteminden gerektiğinde yararlanarak uzun ve üretken bir yaşam sürdürmektedirler.<sup>1</sup> Ne yazık ki, sistemin maliyetleri, kısmen ilaçların, hekim ücretlerinin, yüksek teknoloji aygıtlarının ve hastanelerin artan maliyetleri nedeniyle, şu anda sürdürülemez durumdadır. Medicare'in finansmanında yaşanan bu sorun, maliyetlerin nasıl sınırlandırılacağı konusunda birçok tartışma yaratmıştır. ABD'li şirketlerden etkilenen bazı yönetimler, sistemin özelleştirilmesine gereksinim olduğunu ileri sürmektedir.

British Columbia'da 2001'den bu yana iktidarda olan yeni-muhafazakar hükümet, hastaneleri kapatmış ve diğer birçok sağlık hizmetini kısıtlamıştır; demiryollarımızı, deniz taşıtlarımızı, doğal gaz sağlayıcılarını, telefon hizmetlerini, suyun bir bölümünü ve diğer birçok hizmeti özelleştirmişlerdir. Bu partinin seçilmiş temsilcileri, maliyetleri düşürmek için sağlık sistemimizin özelleştirilmesi gereksiniminden söz etmektedirler. Ancak Kanadalılar'ın çoğunluğunun kesinlikle korunmasını istediği tek şey, Medicare'dir. Bu yüzden özelleştirmenin açık açık gerçekleştirilmesinden kaçınılmaktadır.

British Columbia hükümeti, hileli bir yöntemle, hoş gitmeyecek gerçek anlamını örtmek için "Hasta Odaklı Finansman" ("PFF") olarak adlandırdığı, ABD, İngiltere ve Avustralya'dan ithal modellere dayanan ve bu ülkelerdeki adı "Performansa Dayalı Ödeme (P4P) olan yeni bir finansman mekanizmasını uygulamaya koymuştur. P4P, ücretleri yapılan işin niteliğine ya da hedeflere bağlayan bir ödeme sistemidir. P4P'yi savunanlar, bu uygulamanın sağlık hizmetinin niteliğini yükselteceğini, maliyetleri en aza indirgeyeceğini, verimliliği en üst düzeye çıkaracağını, sağlık hizmeti sunumunda değişkenliği azaltacağını, kanıta dayalı hekimlik kurallarına bağlılığı arttıracığını iddia etmektedir.<sup>2</sup> Şimdiye kadar bu iddiaları doğrulayacak hiçbir kanıt ortaya çıkmamıştır.<sup>3,4</sup> Tersine, yapılan güvenilir çalışmalar, örneğin hipertansiyon hastalarının tedavisinde bir iyileşme olmadığını göstermiştir.<sup>5,6</sup> Ödemeleri belirli yöntemlere bağlamak için<sup>7</sup> daha fazla muhasebe, defter tutma ve dokümantasyon işlemi gerektiğinden, maliyetler artmakta, bu yüzden, eleştirmenler, sistemi "raporlamaya dayalı ödeme" olarak adlandırmaktadırlar.<sup>8</sup> İngiltere'de P4P uygulaması, yıllık yaklaşık 1.6 milyar \$ 'a mal olmaktadır.<sup>9</sup> İngiltere'de sağlık hizmeti maliyetleri 2001-2011 döneminde % 70 artmış ve Sayıştay,

en güvenilir ulusal ölçüm sonucunda bu yıllarda hastanelerin verimliliğinde bir düşüş görüldüğünü açıklamıştır.<sup>10</sup> Aynı ölçüde rahatsız edici olan, P4P kapsamında etnik-ırksal grupların kötü tedavi edildiğine ilişkin kanıtlar<sup>11,12</sup> ve kural dışı raporlamanın<sup>a</sup> yeterince kullanılmamasıdır.<sup>13</sup>

Kanıtı dayalı uygulama çağında, alınan sonuçları iyileştirdiğine ve maliyetleri kontrol altına aldığına ilişkin çok az kanıt varken, P4P düzenlemelerinin böylesine yaygın kullanımının başlatılması şaşırtıcıdır. Ayrıca, ABD ve İngiltere’de böylesine kapsamlı P4P uygulamalarının gerçekleşmesinden sonra, hükümetler ve sigorta şirketleri tarafından çok az değerlendirme yapılmıştır. Bağımsız çalışmalar, bu ödeme modelleri kullanıldığında maliyetlerin arttığını ve hasta bakımında iyileşme olmadığını göstermektedir.<sup>14-16</sup>

British Columbia hükümetinin söylemi–hiç de hasta merkezli olmayan–“PFF”in maliyetleri düşüreceğini iddia ederken, sağlık otoriteleri “PFF”i gelir arttırıcı bir araç olarak görmektedirler. Diğer endüstrilerdeki P4P uygulamaları başarısızlığa uğramıştır, çünkü toplumlar yalnızca para ile değil daha fazlası ile güdülenmektedirler.<sup>17,18</sup> Ayrıca Avustralya’da yapılan bir çalışma, personelin, hastanelerinin performansını kağıt üzerinde arttırmak için, acil servislerde 24 saatten fazla kalan hastaların bekleme sürelerini rapor etmediğini bulmuştur; böyle bir “PFF” kapsamında sahtekarlığın başka birçok biçimi gerçekleşmektedir.<sup>b,19</sup> “PFF” uygulamasının başlatılmasını izleyen bu kadar kısa sürede diğer birçok çelişki belirgin hale gelmiştir ve bu makalede bunlar tartışılacaktır.

## Dipnotlar:

<sup>a</sup> Kural dışı raporlama, belirli hastaları hekime yapılacak ödeme belirleyen nitelik hesaplamalarının dışında tutmak için bir dizi ölçüt uygulanmasına ilişkin bir yöntemdir. Bu, daha fazla bakıma gereksinim duyabilecek hastalar için bir garanti olarak tasarlanmış, hekimlerin bu tür hastaları tedavi etmeyi sürdürmesini sağlayacak bir uygulamadır.

<sup>b</sup> Bu son çalışma, ayrıca, hastane şeflerinin, acil servisler dolu olduğunda hekimlerin ambulansları başka yere yönlendirme yöntemini kullanmalarına izin vermediğini, çünkü hastanelerin yılda % 3’ten daha az oranda yönlendirme yapmaları gerektiğini öngören yönetim hedeflerine ulaşmak istediklerini bulmuştur. Hekimlerin % 70’i bunun kendileri için bir sorun oluşturduğunu söylemiş, hekimlerden biri, bunun yaşamlara mal olduğunu, çünkü ambulansların, ciddi biçimde hasta olan kişileri, tedavilerinin yapılamayacağı, aşırı kalabalık acil servislere getirdiğini belirtmiştir. Bunun yanısıra, hekimlerin yaklaşık üçte biri, henüz acil servis sedyesinde baygın durumda olsalar bile, hastaların zamanında tedavi edildikleri görüntüsü vermek için, gerçekte var olmayan “sanal yataklar” a bilgisayar sistemleri üzerinde hasta “kabul eden” hastanelerde çalışmaktaydı. Bu, yatak bekleyen hastaların % 80’inin 8 saat içinde kabulünün yapılmasını gerekli kılan yönetim hedefini tutturmak için yapılmaktaydı.

## Kaynaklar

1. The public medical system, Medicare, is partly private--at least 30%.
2. <http://www.aace.com/advocacy/leg/P4P/P4P.pdf>
3. [http://www.nytimes.com/2009/02/20/health/19chen.html?\\_r=2&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2009/02/20/health/19chen.html?_r=2&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all)

4. Heresbach D. (2011). Results of Pay for Performance (P4P) programs in healthcare. *Acta Endosc.* Apr 5:1-2. DOI: 10.1007/s10190-011-0163-y
5. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery A, et al. (2011). Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ.* Jan25;342:d108.
6. Doran T, Fullwood C (2007). Pay for performance: is it the best way to improve control of hypertension? *Curr Hypertens Rep.* Nov;9(5):360-7.
7. Bell, C, Levinson, W (2007). *CMAJ* June 5; 176 (12). doi:10.1503/cmaj.070472.
8. Harlow D. (2007). CMS forges ahead with pay-for-performance. *Healthblawg.* Aug 8.
9. Maynard A, Bloor, K. (2010). Will financial incentives and penalties improve hospital care? *BMJ.* Jan 21; 340.c88.
10. National Audit Office. (2010) Report by the Comptroller and Auditor General. Management of Hospital Productivity. Dec. HC491.
11. Millett C, Gray J, Bottle A, et al. (2008). Ethnic disparities in blood pressure management in patients with hypertension after the introduction of pay for performance. *Ann Fam Med.* Nov-Dec;6(6):490-6.
12. Millett C, Gray J, Saxena S et al. (2007). Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK. *PLoS Med.* Jun;4(6):e191.
13. Doran, T, Fullwood, C, Reeves, D et al. (2008). Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *NEJM*, Jul 17. 359(3):274-84.
14. Street A, Maynard A. (2007). Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. *HEPL* Oct;2(Pt 4):419-27.
15. Sussex J, Farrar S. (2009). Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectations. *Eur J Health Econ.* May;10(2):197-206.
16. Epstein A. (2007). Pay for performance at the tipping point. *NEJM*, 356:515-51.
17. Marsden D. (2009). The paradox of performance related pay systems: Why do we keep adopting them in the face of evidence that they fail to motivate?," *CEP Discussion Papers dp0946*, Centre for Economic Performance, LSE

<http://ideas.repec.org/p/ner/lse/lon/http--eprints.lse.ac.uk-23639-.html>

18. Pink D. (2009). *Drive: The surprising truth about what motivates us*. Riverhead Hardcover, USA.
1. Nocera A. (2010). Performance-based hospital funding: A reform tool or an incentive for fraud? *MJA*, 192: 222–224.



## ***The Paradox of Pay for Performance Financing Models: an example from British Columbia Canada***

*Farah M Shroff, MD, PhD, Department of Family Practice and School of Population and Public Health, University of British Columbia Faculty of Medicine. Vancouver, BritishColumbia, Kanada . E-mail: [farah.shroff@ubc.ca](mailto:farah.shroff@ubc.ca)*

British Columbia is one of the most prosperous provinces in Canada and most of its citizens live full and productive lives, availing of a publicly funded medical system when needed.<sup>1</sup> Unfortunately, costs for the system are currently unsustainable, partly due to rising costs of pharmaceuticals, physician payments, high technology equipment and hospitals. This crisis in Medicare funding has created many debates about how to contain costs. Some governments, influenced by US corporations, suggest that we need to privatize the system.

In BC, the current neo-conservative government, which has been in power since 2001, has closed hospitals and cut many other healthcare services; they have privatized our railways, ferries, natural gas provider, telephone, part of our hydro and many other services. Elected representatives of this party have spoken about the need to privatize our medical system in order to save costs. The one thing that most Canadians feel very strongly about saving, however, is Medicare. So it is unpopular to openly manoeuvre privatization.

In an underhanded fashion, the BC government has introduced a new financing mechanism that it euphemistically calls “Patient Focused Funding” (“PFF”) which is based on imported models from the US, UK and Australia, where it is called “Pay for Performance”(P4P). P4P is a system of payment that links compensation to measures of work quality or goals. Proponents of P4P claim that it will improve healthcare quality, minimize cost, maximize efficiency, reduce variability in healthcare delivery and improve adherence to evidence based practice guidelines.<sup>2</sup> To date, there is no proof for these claims.<sup>3,4</sup> To the contrary, robust studies have proven, for instance, that it does not improve patient care for hypertension.<sup>5,6</sup> Costs increase, partially because more accounting, bookkeeping and documentation are required to link payments with certain procedures<sup>7</sup> so critics call it “pay for reporting”.<sup>8</sup>

Implementing P4P in England costs approximately \$1.6b per year.<sup>9</sup> Healthcare costs in England rose 70% from 2001-2011 and the Auditor General states that the most authoritative national measure shows a *decline* in hospital productivity during those years.<sup>10</sup> Equally disturbing is evidence that poor treatment of ethnoracial groups occurs under P4P,<sup>11,12</sup> and that exception reporting<sup>a</sup> is underutilized.<sup>13</sup>

In an era of evidence based practice, it is surprising that P4P schemes were introduced in such a widespread fashion—with minimal evidence to prove that they improve outcomes and curb costs. Further, after such sweeping implementation of P4P has occurred in the US and the UK, very little evaluation has been carried out by governments and insurance companies. Independent studies demonstrate that costs increased and patient care was not improved using these payment models.<sup>14-16</sup>

While the BC government’s rhetoric claims that “PFF”—which is not patient centred at all—will curtail costs, health authorities view “PFF” as a means of increasing revenue. P4P schemes in other industries have failed partly because people are motivated by more than just money.<sup>17,18</sup> Furthermore, an Australian study found that staff was not reporting waiting times for patients who stayed in emergency departments longer than 24 hours, to improve their hospitals’ performance on paper; many other types of fraud occurred under this type of “PFF”.<sup>b,19</sup> Several other such contradictions have become apparent in the short time that “PFF” has been introduced and these will be discussed in the paper.

### **Footnotes:**

<sup>a</sup> Exception reporting is about applying a range of criteria to exclude particular patients from the quality calculations that determine physician remuneration. It is designed as a safeguard for patients who may need more care so that physicians will continue treating them.

<sup>b</sup> This recent study also found that hospital chiefs were not permitting doctors to utilize ambulance bypass procedures when emergency departments were full because they wanted to meet government targets which state that hospitals should be on bypass less than 3% of the year. Seventy percent of the doctors said this had been a problem for them and one said it had cost lives because ambulances were delivering seriously ill patients to overcrowded emergency departments that were unable to care for them. Moreover, nearly a third of doctors worked at hospitals that ‘admitted’ patients to non-existent “virtual beds” on their computer systems to make it look like patients were being treated in a timely fashion even though they were still languishing on emergency department trolleys. This was being done to meet a government target stating that 80% of patients requiring a bed should be admitted within 8 hours.

### **References**

1. The public medical system, Medicare, is partly private--at least 30%.
2. <http://www.aace.com/advocacy/leg/P4P/P4P.pdf>
3. [http://www.nytimes.com/2009/02/20/health/19chen.html?\\_r=2&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all](http://www.nytimes.com/2009/02/20/health/19chen.html?_r=2&partner=rss&emc=rss&pagewanted=all)

4. Heresbach D. (2011). Results of Pay for Performance (P4P) programs in healthcare. *Acta Endosc.* Apr 5:1-2. DOI: 10.1007/s10190-011-0163-y
5. Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery A, et al. (2011). Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ.* Jan25;342:d108.
6. Doran T, Fullwood C (2007). Pay for performance: is it the best way to improve control of hypertension? *Curr Hypertens Rep.* Nov;9(5):360-7.
7. Bell, C, Levinson, W (2007). *CMAJ* June 5; 176 (12). doi:10.1503/cmaj.070472.
8. Harlow D. (2007). CMS forges ahead with pay-for-performance. *Healthblawg.* Aug 8.
9. Maynard A, Bloor, K. (2010). Will financial incentives and penalties improve hospital care? *BMJ.* Jan 21; 340.c88.
10. National Audit Office. (2010) Report by the Comptroller and Auditor General. Management of Hospital Productivity. Dec. HC491.
11. Millett C, Gray J, Bottle A, et al. (2008). Ethnic disparities in blood pressure management in patients with hypertension after the introduction of pay for performance. *Ann Fam Med.* Nov-Dec;6(6):490-6.
12. Millett C, Gray J, Saxena S et al. (2007). Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK. *PLoS Med.* Jun;4(6):e191.
13. Doran, T, Fullwood, C, Reeves, D et al. (2008). Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *NEJM*, Jul 17. 359(3):274-84.
14. Street A, Maynard A. (2007). Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. *HEPL* Oct;2(Pt 4):419-27.
15. Sussex J, Farrar S. (2009). Activity-based funding for National Health Service hospitals in England: managers' experience and expectations. *Eur J Health Econ.* May;10(2):197-206.
16. Epstein A. (2007). Pay for performance at the tipping point. *NEJM*, 356:515-51.
17. Marsden D. (2009). The paradox of performance related pay systems: Why do we keep adopting them in the face of evidence that they fail to motivate?," *CEP Discussion Papers dp0946*, Centre for Economic Performance, LSE

<http://ideas.repec.org/p/ner/lse/lon/http--eprints.lse.ac.uk-23639-.html>

18. Pink D. (2009). *Drive: The surprising truth about what motivates us*. Riverhead Hardcover, USA.
19. Nocera A. (2010). Performance-based hospital funding: A reform tool or an incentive for fraud? *MJA*, 192: 222–224.

# Sağlık Sisteminin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması Üzerine Etkisi: Kamu Sektörüne Karşılık Özel Sektör

Eunwhan Lee, Koruyucu Tıp Bölümü, Kore Katolik Üniversitesi, Kore.

E-posta: [ewlee79@catholic.ac.kr](mailto:ewlee79@catholic.ac.kr)

**Arka plan:** Kişi başına GSYİH'nın (gayrisafi yurtiçi hasıla) toplam sağlık harcamalarında en önemli faktör olduğu bilinmektedir. Sağlık sisteminin toplam sağlık harcamasıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu durumda, hangi tür sağlık sistemine dayalı olması (kamu güdümündeki sistem ya da özel sektör güdümündeki sistem) kişi başına toplam sağlık harcamasını etkileyecektir?

**Yöntem:** OECD üyesi 31 ülke için çoklu doğrusal regresyon modelleri analiz edilmiştir. 'Kişi başına toplam sağlık harcaması' bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. 'Finansman kaynağı' (kamu, özel ya da karma), 'ana hizmet sunucusu' (kamu, özel ya da karma), 'ödeme yöntemi' (hizmet sunumu sırasında ödeme, karma ödeme ya da esas olarak aylıkla ya da kişi başına sabit bir bedelle ödeme), 'kişi başına kamu sağlık harcaması' (USD, PPP-satınalma gücü paritesi), 'mesleğini uygulayan hekimler' (1,000 kişi başına yoğunluk) ve '65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı' kişi başına toplam sağlık harcamasını etkileyebilecek etmenler olarak kullanılmıştır.

**Bulgular:** Değişkenler arasında finansman kaynağı ( $p < 0.0001$ ), ana hizmet sunucusu ( $p = 0.048$ ), kişi başına kamu sağlık harcaması ( $p < 0.0001$ ), kişi başına toplam sağlık harcaması ( $R^2 = 0.99$ , Adj  $R^2 = 0.99$ ) ile ilişkili bulunmuştur. 'Finansman kaynağı' özel (özel sigorta, cepten harcama) olduğunda toplam sağlık harcamasının önemli ölçüde arttığı (referans=public) görülmüştür. Ayrıca, 'ana hizmet sunucusu', kişi başına toplam sağlık harcamasında önemli artış (referans=public) oluşturmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışma, özel finansman kaynağı ya da özel hizmet sunucusunun, kişi başına toplam sağlık harcamasını arttırıcı etki yaptığını göstermektedir. Özel sektör güdümündeki sağlık sisteminde, tedavi ücretlerinin ve hizmet kullanımının kamu kontrolündeki sisteme oranla daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir.

**Anathar kelimeler:** Sağlık harcaması, sağlık sistemi, kamu sektörü, özel sektör

# ***Impact of Health Care System on Total Health Expenditure Per Capita: Public Sector Driven VS Private Sector-driven***

*Eunwhan Lee, Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea, Korea. E-mail: [ewlee79@catholic.ac.kr](mailto:ewlee79@catholic.ac.kr)*

**Background:** Gross domestic product (GDP) per capita is known to be key factor of total health expenditure. And it has been reported that health care system might be associated with total health expenditure. Depending on what type of health care system (public sector-driven VS private sector-driven) will affect total health expenditure per capita, then?

**Method:** Multiple linear regression models were analyzed for 31 countries in OECD members. 'Total health expenditure per capita' was used as dependent variable, and 'funding source(Public VS Private VS Mixed)', 'main service provider(Public VS Private VS Mixed)', 'payment method(Payment by fee-for-service VS Blended payment VS Payment mainly by salary or capitation)', 'public health expenditure per capita(US\$, PPP)', 'practising physicians(density per 1, 000 population)', 'share of the population aged 65 and over' were used the factors that is likely to affect 'total health expenditure per capita'.

**Results:** Among the variables, funding source ( $p < 0.0001$ ), main service provider ( $p = 0.048$ ), public health expenditure per capita ( $p < 0.0001$ ) were associated with total health expenditure per capita ( $R^2 = 0.99$ , Adj  $R^2 = 0.99$ ). When the 'funding source' was private (such as private insurance, out of pocket, etc.), total health expenditure was significantly increased (reference=public). Also 'main service provider' increased total health expenditure per capita significantly (reference=public).

**Conclusion:** This study shows that private funding source or private service provider could effect on the increasing total health expenditure per capita. It can be inferred that private sector-driven health care system has higher medical fees and service utilization than public controlled system.

**Keywords:** Health expenditure, health care system, public-sector, private sector.

# Yunanistan'da Özel Sağlık Hizmeti Sunucularının Düzenlenmesi: Başarısızlık mı Yoksa Sadece Bir Mit mi?

Elias Kondilis, Hekim, PhD, Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [elias.kondilis@gmail.com](mailto:elias.kondilis@gmail.com)

Magda Gavana, Hekim, Msc PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [magda.gavana@gmail.com](mailto:magda.gavana@gmail.com)  
Emmanouil Smyrnakis, Hekim, Msc PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı.

Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [smyrnak@gmail.com](mailto:smyrnak@gmail.com)

Stathis Giannakopoulos, Hekim, PhD, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı.

Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [gianstat@gmail.com](mailto:gianstat@gmail.com)

Lila Antonopoulou, Doç. Dr, Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Ekonomi Bölümü. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. E-posta: [lanton@econ.auth.gr](mailto:lanton@econ.auth.gr)

Alexis Benos, Hekim, Profesör Dr., Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Yunanistan. E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)

**Giriş:** Uluslararası politikaları belirleyiciler (Dünya Bankası, IMF, Dünya Sağlık Örgütü), klinik hizmetlerin sağlanmasında girişimcilerden daha fazla yararlanılmasını önermektedir. Özel sağlık hizmeti sunucularına daha fazla bel bağlama yönündeki bu çağrıya, her zaman, toplumsal hedeflere katkıda bulunmak üzere özel sektörün gerçekleştirdiği etkinliklerden yararlanmak için güçlü düzenleyici ortamların oluşturulması isteği de eşlik eder. Bununla birlikte, deneysel kanıtlar, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede, düzenlemelerin ve bunlara ilişkin uygulamaların, özel sağlık hizmeti piyasasının genişlemesinin önemli ölçüde gerisinde kaldığını göstermiştir. Bulgular ayrıca, iyi tasarlanan ve uygulanan düzenlemeler söz konusu olduğunda bile, başarılabilenlerin sınırlı olduğuna işaret etmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Yunanistan'da özel sağlık sektöründe (ilaç piyasası hariç) kullanılan düzenleme araçlarının, uluslararası düzeyde belirlenmiş sınıflandırma ve tiplendirmeye karşılık gelecek biçimde eşleştirilmesidir. Çalışmanın ikinci bir amacı, bu düzenleme girişimlerinin, genel kabul gören bazı göstergelerden (düzenlemeye konu olanların etkinliklerine ilişkin yeterli bilgi, güncel mevzuat, mevzuatın uygulanması, izleme mekanizmaları ve yeterliliği, düzenleyici organların şeffaflığı) yararlanarak değerlendirilmesidir.

**Yöntem:** Çalışmanın amaçları doğrultusunda, özel sağlık sektörüne ilişkin (1980-2008 dönemini kapsayan 106 hukuki metni içeren) düzenleyici çerçeve incelenmiştir. Sağlık denetçilerinin yıllık raporlarının ve Sağlık Bakanlığı'nın Yunanistan'da özel hastanelerin düzenlenmesi konusundaki yayımlanmamış verilerinin betimleyici bir çözümlemesi de yapılmıştır.

**Bulgular:** Yunanistan'da özel sağlık piyasasındaki düzenleyici girişimler, ağırlıklı olarak denetim temelli düzenlemeler (tesislerin ruhsatlandırılması ve denetlenmesi, fiyat düzenlemeleri ve tekelcilik karşıtı düzenlemeler), sağlık çalışanlarının devlet tarafından zorunlu tutulan kendi düzenlemeleri (personel lisanslama ve sertifikalandırma) ve mali teşviklerdir (tıbbi hizmetler için vergi bağışıklığı, kamu sigorta programları ile sözleşme yapma). Yunanistan'da, hiçbir yeterlilik ve hizmet dağılımı düzenlemesi, işleme -ve sonuca- yönelik hiçbir nitelik düzenlemesi yoktur.

Özel hizmet sunucularının veri iletmeye ilişkin kapsamlı ve zorunlu bir sistem olmadığı için, ülkede, özel sektörün etkinliklerine ilişkin sınırlı bilgi bulunmaktadır. Buna ek olarak, incelenen dönemde özel sağlık sektörünün düzenlenmesine yönelik çok sayıda yasama çalışması bulunmasına karşın, çoğu durumda yasaların uygulanması yetersizdir (kağıt üzerinde düzenleme). Son olarak, sağlık denetçilerinin raporlarının ortaya koyduğu gibi, Yunanistan'da özel sağlık hizmeti sunucularının izlenmesi de, yetersiz yönetim ve düzenleyici kurumların kontrolünün aslında düzenlenmesi hedeflenen özel sağlık kurumlarınca ele geçirilmesi ve yolsuzluklar nedeniyle engellenmektedir.

**Sonuçlar:** Yunanistan'da özel sağlık sektörü, yasa koyucunun sağladığı kolaylıklar, yanlış ve gevşek niteliksel, yönetsel ve mali denetim altında gelişmiştir. Düzenlemeye ilişkin bu başarısızlığın, yalnızca Yunan kamu yönetiminin yetersizliğinin bir göstergesi mi yoksa, özel sağlık sektörünü düzenleme sürecinin kaçınılmaz bir sonucu mu olduğu sorusu varlığını sürdürmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık politikası, düzenleme, özel sağlık hizmeti, Yunan.



## **Regulation of Private Health Providers in Greece: Failure or Just a Myth?**

*Elias Kondilis, MD, PhD, Observatory on the Privatization of Health Care. Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [elias.kondilis@gmail.com](mailto:elias.kondilis@gmail.com)*

*Magda Gavana, MD, Msc PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [magda.gavana@gmail.com](mailto:magda.gavana@gmail.com)*

*Emmanouil Smyrnakis, MD Msc PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [smyrnak@gmail.com](mailto:smyrnak@gmail.com)*

*Stathis Giannakopoulos, MD, PhD, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [gianstat@gmail.com](mailto:gianstat@gmail.com)*

*Lila Antonopoulou, Associate Professor, Greek Observatory on the Privatization of Health Care. Department of Economics. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-mail: [lanton@econ.auth.gr](mailto:lanton@econ.auth.gr)*

*Alexis Benos, MD, Professor, Greek Observatory on the Privatization of Health Care. Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

**Introduction:** International policymakers (World Bank, IMF, WHO) recommend greater use of entrepreneurs for the provision of clinical services. This call for greater reliance on private health providers is always accompanied by an appeal for strong regulatory environments for harnessing private sector's activities to contribute to social objectives. Empirical evidence nevertheless, has shown that regulations and their associated enforcement have significantly lagged behind the enlargement of private health market in many developing and developed countries. Evidence also indicates that even in the case of well designed and implemented regulations, limitations exist in what they can accomplish.

**Objectives:** The objective of our study is the mapping of the regulatory instruments, used in the private health sector (except pharmaceutical market) in Greece, against an internationally established taxonomy and typology. A second objective of the study is the evaluation of these regulatory interventions, using several generally accepted indicators (sufficient information on regulatees' activities, up to date legislation, legislation enforcement, monitoring mechanisms and capacity, regulatory bodies' transparency).

**Method:** For the purposes of our study a review of private health sector's regulatory framework (including 106 pieces of legislation, covering the period 1980-2008), was carried out. A descriptive analysis of Health Inspectors' annual reports and Ministry's of Health unpublished data concerning regulation of private hospitals in Greece, was also conducted.

**Results:** Regulatory interventions used in the private health market in Greece are mainly control-based regulations (facility licensing and registration, facility inspection, price and anti-trust regulation), publicly mandated health personnel self-regulations (personnel licensing and certification) and financial incentives (tax exemptions for medical services, contracting with public insurance schemes). No capacity and distribution of services regulations, no process – and outcome – oriented quality regulations exist in Greece.

Limited information about private sector's activity is available in the country, since there is no comprehensive and mandatory system of data submission from private providers. Additionally, although legislative efforts for the regulation of private health sector are numerous during the period examined, enforcement of the law is in most cases insufficient (paper regulation). Finally as Health Inspectors' reports reveal, monitoring of private health providers in Greece, stumbles over scarce government capacity and multiple cases of regulatory capture and corruption.

**Conclusions:** Private health sector developed in Greece under legislative facilitation-oversight and loose quality, administrative and fiscal government control. The question remains whether this regulatory failure is just a symptom of the Greek public administration's incompetence or the unavoidable outcome of private health sector's regulatory process.

**Keywords:** Health policy, regulation, private health care, Greek.

**Oturum Başkanları /Chair Persons:**  
Arzu Çerkezoğlu, Carolina Tetelboin

## **Posterlerin Kısa Sunum ve Tartışması** **Oral Poster Presentations and Discussion**

### ***Kamu-Özel Ortaklıkları bir İlerleme midir?***

*Preeti Nayak, Sama-Kadın ve Sağlık Araştırma Grubu, B-45, 2. Kat, Shivalik Yolu, Malviya Nagar, Yeni Delhi-110017, Hindistan.*

*E-posta: [sama.womenshealth@gmail.com](mailto:sama.womenshealth@gmail.com)*

Hindistan'daki sağlık sektörü 'reform'u ve yeniden yapılandırma bağlamında, kamu-özel ortaklıkları yeni moda sözcük haline gelmiştir. Özel sağlık hizmetlerinin, başat hizmet sunum biçimi olduğu Hindistan gibi bir ülkede, bunun rolü ve işleyişi kamu sağlık sisteminden ayrı ele alınamaz. Bu, aynı zamanda, değişik biçimlerdeki kamu-özel ortaklıklarının da yer aldığı Ulusal Kırsal Sağlık Programı (NRHM) gibi, hükümetin amiral gemisi olan programa bile açıkça yansımaktadır. Sağlık hizmetlerinde (devlet desteği, yardımı, teşviği biçimlerindeki) kamu-özel ortaklıkları yeni bir olgu olmasa da, ulusötesi (özel) şirket çıkarlarının halk sağlığı arenasına yönelmesi de, bunların geliştiğini göstermektedir. Daha da önemlisi, özel sektör (en azından Hindistan'da) homojen ve katmansız bir yapı değildir.

Bu sunumda, kamu-özel ortaklıklarının bir örneği olarak "Yardım" hastanelerinin ve ekonomik açıdan daha güçsüz kesimlere sağlık hizmeti sağlanmasına yönelik devlet "destekleri ve ayrıcalıkları" çerçevesinde etkinlik gösteren, benzer "ortaklık" yapısına sahip (ne kar ne de zarar etmesi öngörülen) diğer hastanelerin işleyişi incelenecektir.

Sunum, birinci el veriler ve ikincil kaynakların kritik analizi aracılığıyla, sorunları, kaygıları, sağlık hakkı ihlallerini inceleyecek ve bu tür düzenlemeler çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişim ile bağlantısını araştıracaktır. Hizmetlerin iyileştirilmesi yönündeki öngörüye karşın, bu tür kamu-özel ortaklığı modelleri, devletin özelleştirmeye, özel sağlık sektörünün kamu tarafından finansmanına yönelik politikaları; yoksullara sağlık hizmeti sağlama konusunda kar amaçlı hastanelere bağımlılık; kötü yönetim; yasal düzenleme, değerlendirme ve özel sektörün denetimini sağlayacak sistemlerin bulunmayışı göz önüne alındığında, sorunsuz değildir. Bu tür modellerin başarılı işlemesi ve uygulanması için bu sorunların üzerine eğilmek gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kamu-özel ortaklıkları, sağlık sektörü reformları, ulusal kırsal sağlık programı, yardım hastaneleri, özel sektör, Hindistan.

## *Are Public- Private Partnerships the Way Forward?*

*Preeti Nayak, Sama- Resource Group for Women and Health, B-45, IInd Floor, Shivalik Main Road, Malviya Nagar, New Delhi-110017, India.  
E-mail: [sama.womenshealth@gmail.com](mailto:sama.womenshealth@gmail.com)*

In the context of health sector ‘reform’ and restructuring in India, public-private partnerships (PPPs) have become the new buzz word. Therefore, in a country like India, where private healthcare is the dominant form of service provision, its role and functioning cannot be delinked from the public health system. This is also clearly reflected even in the government flagship programme like National Rural Health Mission (NRHM), which has also witnessed public- private partnerships in various forms. While PPPs in health care (in forms of subsidies, assistance, incentives, from the state) is not a new phenomena, its growth has also been marked with the transnational corporate (private) interest moving into the arena of public health. Further, importantly the private sector (at least in India) is not a homogenous and unstratified entity.

As an example of PPP, this presentation will look at the functioning of “Charitable” hospitals and other private hospitals in similar “partnership” (‘no profit no loss’) that operate within the framework of “subsidies and concessions” provided by the State towards provision of care for the economically weaker section.

Through a critical analysis of primary data and secondary literature, the presentation will explore the issues, concerns, violations of health rights, and examine the linkage with access to health services within such arrangements. Although envisaged towards improving the services, such models of PPPs are not without the larger questions vis-à-vis State policy towards privatization, public funding for the private health sector; reliance on profit-making hospitals to provide care to the poor; poor governance, absence of regulation, evaluation and systems for accountability of the private sector. These issues would need to be addressed for a successful operationalization and implementation of such models.**words:** Public-private partnerships, health sector, reform, national rural health mission, charitable hospitals, private sector, Indian.

# Sağlık Bakımı İyileştirme Planları: Ne İçin ve Sıradaki Ne?

Federico Lega, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Yönetimi Araştırmaları Merkezi,  
Bocconi Üniversitesi, via Rontgen 1, 20136 Milan, İtalya. E-posta:  
[federico.lega@unibocconi.it](mailto:federico.lega@unibocconi.it)

Francesca Ferè, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Yönetimi Araştırmaları Merkezi,  
Bocconi Üniversitesi, via Rontgen 1, 20136 Milan, İtalya. E-posta:  
[francesca.ferre@unibocconi.it](mailto:francesca.ferre@unibocconi.it)

**Giriş:** İtalya, son on yıllar içinde sağlık politikasının bölgesel düzeyde yerleştirilmesi sürecinden geçmiştir. Merkezi hükümetin, Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) tamamının aynı doğrultuda olması için sağlık hizmetlerinde minimum standartlarının belirlenmesinde ve sağlık harcamalarını bölgesel düzeyde denetlenmesinde yönlendirici bir rol oynaması beklenmekteydi. Sağlık uygulamalarında benzer yönelimlerin gerçekleştirilmesine karşın, kamu sağlık harcamaları bölgeler arasında farklılık göstermiş ve 2001-2009 yılları arasında toplam bütçe açığı 35 milyar Euro'nun üzerine çıkmıştır. Hükümet, bazı kısmi mali destekleri ve ardından bir kurtarma sürecinin kurumsallaştırılmasını içeren bir yasa tasarısı önermiştir. Toparlanma, maliyetlerin yapısal belirleyicilerine yönelik stratejik eylemler öneren bir resmi bölgesel kurtarma planının oluşturulmasıyla başlar. Çoğunluk tarafından, bütçe açıklarının tüm yapısal nedenlerini ortadan kaldırmak için gereksinim duyulan bölgesel sağlık sistemlerinin uzun dönemli yeniden yapılandırılmasından çok, kısa dönemli sorunlara yönelik araçlara odaklandığı düşünülen bu yöntemin etkinliğinden kuşku duyulmaktadır.

**Amaç:** Bu makale, merkezi hükümetin, özellikle önemli ekonomik gerileme ve kriz döneminde, heterojen ve karmaşık yerel sağlık sistemlerini yönlendirmek ve denetlemek için benimsemesi gereken –kurtarma planları mekanizmaları gibi- politika, araçlar ve yönetim sistemine ilişkin sürmekte olan uluslararası tartışmalar açısından ilginç olabilecek konuları ele almaktadır. Kurtarma planlarının değişik sonuçlarına yol açan nedenlerin anlaşılmasını sağlayacak bir açıklayıcı çerçeve önermekte ve, bulguları, bu aracın yapısı, yöntemleri, süreci ve kullanımına ilişkin politika önerileri oluşturmak amacıyla tartışmaktayız.

**Method:** Bu çalışmada, literatür taraması, eylem araştırmaları ve yazarların, İtalyan Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) içinde en çok bütçe açığı olan üç bölgede (Sicilya, Campania ve Puglia) yaptığı alan araştırmalarından yararlanılmıştır. Bu bölgelerin her üçü de, zorunlu olarak bir kurtarma planı hazırlamakla yükümlü tutulmuştu ve Merkezi hükümetin yoğun gözetimi altında bulunmaktaydı.

**Anahtar kelimeler:** Yerelleştirme, sağlık bütçe açığı, değişim yönetimi, İtalya.

## ***Health Care Recovery Plans: What's for and What's Next?***

*Federico Lega, Center for Research on Health and Social Care Management, Università Bocconi, via Rontgen 1, 20136 Milan, Italy.*

*E-mail: [federico.lega@unibocconi.it](mailto:federico.lega@unibocconi.it),*

*Francesca Ferrè, Center for Research on Health and Social Care Management, Università Bocconi, via Rontgen 1, 20136 Milan, Italy.*

*E-mail: [ferre@unibocconi.it](mailto:ferre@unibocconi.it)*

**Background:** In the last decades Italy has gone through the decentralization of health policy to regional level. Central government was expected to play a steering role in defining minimum care standards and controlling health expenditures at regional level, so to keep the whole National Health System (NHS) on same track. While similar trends in health performance were achieved, public health expenditures have been variable across Regions and reached over 35 billion euro of cumulative deficit from 2001 to 2009. The government called for a resolution introducing some form of partial bail-outs and later institutionalizing a process for recovery. The upturn starts with the development of a formal regional recovery plan that proposes strategic actions that address structural determinants of costs. Many are the doubts on the effectiveness of this tool, perceived by most as more focused on means to address short term issues than on the long term strategic reconfiguration of regional health systems needed to solve once for all the structural causes of deficits.

**Aim:** This paper tackles questions that might be interesting for the ongoing international debate on which policies, tools and governance system—such as the mechanism of recovery plans – Central governments should adopt to lead and control heterogeneous and complex decentralized health systems, especially in period of major economic downturn and crisis.

**Method:** We propose an interpretative framework to understand the grounds for the light and shade results of recovery plans, and discuss the findings to draw policy advices on the structure, methods, process and use of this tool. The study draws from literature review, action-researches and field investigations conducted by the authors in the three Regions (Sicily, Campania and Apulia) with the highest deficits in the Italian NHS. All three were compulsory required to draft a recovery plans and are subject to extensive supervision by Central government.

**Keywords:** Decentralization, health care deficit, change management, Italy.

# **Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı: Aile Hekimliği Uygulamasının 2003- 2011 Döneminin Değerlendirilmesi**

Muzaffer Eskiocak, Hekim, Prof. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye. E-posta: [dreskiocak@hotmail.com](mailto:dreskiocak@hotmail.com)  
Mehmet Zencir, Hekim, Profesör Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Denizli, Türkiye. E-Posta: [mzencir@pau.edu.tr](mailto:mzencir@pau.edu.tr)  
Cavit Işık Yavuz, Hekim, Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli, Türkiye. E-posta: [cavityavuz@gmail.com](mailto:cavityavuz@gmail.com)  
Binali Çatak; Uzm.Dr, İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye.

**Giriş:** Türkiye’de 24 Ocak 1980 kararları ile başlayan neoliberal sisteme entegrasyon hedefli yeniden yapılanma süreci sağlık alanında T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası (DB) anlaşmaları çerçevesinde hizmetlerin piyasalaştırılması doğrultusunda yol almaktadır. “Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi: Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği” hedefi Sağlık Bakanlığı’nın 2003’de yayımladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) nin ögelerinden biridir.

**Amaç:** Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerini dönüştürme sürecindeki uygulamaları değerlendirmektir.

**Yöntem:** SDP kapsamında yürütülen Aile Hekimliği uygulaması, DB yaklaşımıyla (desantralizasyon, taşeronlaştırma, emekgücü maliyetini azaltma, yeniden yapılandırma, gereksinime göre planlama-dezavantajlılara erişim ve çalışan-kullanıcı etkileşimi) kavramsallaştırma, yasalaştırma ve uygulamadaki yansımaları başlıklarında ele alınmıştır. Bu amaçla mevzuata yönelik düzenlemeler TBMM, bakanlıkların -başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere- ürettiği mevzuat; bu mevzuatlara yönelik yapılan çalışmalar ve alan araştırma raporlarından bilgiler elde edilmiştir.

**Bulgular:** Desantralizasyon uygulaması olarak birinci basamakta özelleştirme Aile Sağlığı Merkezleri/ Aile Hekimliği (ASM/AH) aracılığıyla yürürlüktedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması hekim ve hasta seçme özgürlüğü kavramı kullanılarak piyasa dinamiklerine (rekabet, müşteri memnuniyeti, kişi başına ödeme, performans göre ödeme) göre yapılandırılmıştır. Bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan ikili hizmeti yürütülmektedir. Cezaevi, huzurevi gibi özel topluluklara da aynı ikili hizmet vermektedir. Her hekim aile sağlığı elemanını kendisi seçmektedir. Tıbbi hizmetler dışında gereksinim duyulan emek-gücü hekim tarafından genellikle taşeron aracılığıyla sağlanmaktadır. Maliye Bakanlığı aile hekimlerini serbest meslek erbabı olarak vergilendirmiştir. Sözleşmeler valilik ile hekimler arasında iki yıllıktır. Mekan ve kullanılan demirbaş malzemeler için aile hekimleri tarafından kiralar ödenmektedir. Aile



hekimleri özel statü kabul edilerek kötü hekimlik uygulamaları için zorunlu mali sigorta bedelinin tümü aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır.

İlgili yasada öngörülenden 4391-9306 daha az aile hekimliği pozisyonu açılarak, cari yardım da ASM sınıflandırmasına göre düzenlenerek, ekip çalışması ikili çalışmasına indirgenerek birinci basamak sağlık hizmetlerinde emek-gücü maliyetlerinde azaltmaya gidilmiştir. Hizmetler parçalanarak ASM, Toplum Sağlığı Merkezleri, yerel yönetimler, kimi bakanlıkların il yönetimleri arasında dağıtılmış ve yeni hizmet alanları- evde bakım, entegre sağlık hizmeti- tanımlanmıştır.

Sağlık yönetimi için düşünülen TSM'lerinin işlevleri ve personel sayısı ile ilgili düzenlemeler sık değişmekte, standart kadroda belirtilenden daha az sağlık emek-gücü çalıştırılmaktadır. Memnuniyet araştırmaları ile kullanıcı hizmet sunucu etkileşimi biçimlendirilmeye çalışılmaktadır. Aile hekimliği uygulaması hala pilot uygulama ile sürdürülmekte, mevzuat sık sık değişmektedir.

**Sonuç ve öneriler:** Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci DB kılavuzluğunda ilerlemektedir. Sözleşmeli esnek çalışma, performans dayalı ödeme, hizmetlerde ve ekipte parçalanma, maliyet azatımı, kullanıcı memnuniyeti sağlama alanın belirleyicileri olmuştur. Piyasalaşmanın sağlık hakkının gerçekleşmesine, sağlık emek-gücünün sosyo-ekonomik güvenliğine yönelik tehditlerine etkisini izleme amaçlı bilimsel çalışmalar yürütülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmetleri, Dünya Bankası, neoliberalizm, sağlıkta dönüşüm programı, Türkiye.

# ***Health Transformation Program in Turkey, Introduction of the Family Medicine Implementation: Evaluation of 2003-2011 Process***

*Muzaffer Eskiocak, MD, Professor, Trakya University Medical Faculty y, Public Health Department Edirne, Turkey. E-mail: [dreskiocak@hotmail.com](mailto:dreskiocak@hotmail.com)*

*Mehmet Zencir, MD, Professor, Pamukkale University Medical Faculty, Public Health Department. Denizli, Turkey. E-mail: [mzencir@pau.edu.tr](mailto:mzencir@pau.edu.tr)*

*Cavit Isik Yavuz, MD, Assistant Professor, Kocaeli University Medical Faculty, Public Health Department Kocaeli, Turkey. E-mail: [cavityavuz@gmail.com](mailto:cavityavuz@gmail.com)*

*Binali Çatak, MD, İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Turkey.*

**Introduction:** Reorganization process of Turkish State to integration neoliberal system, which started at 24 January 1980, is on direction with World Bank (WB) loan agreements. This process is going on to marketization of health services. Transformation of Primary health care services also a component of marketization process. Family Health Centers and Public Health Centers established as new providers.

**Aim:** Aim of this study is to evaluate transformation process of Primary Health Care in Turkey.

**Method:** Evaluation is made to find out what had done with direction of WB (decentralization, outsourcing, downsizing, reengineering, etc.) relevant to Health Transformation Program. Data collected from regulations, interpretations on regulations and relevant literatures.

**Results:** Primary health care services decentralized as Family Medicine Centers. Marketization of PHC introduced via competition, client satisfaction, liberation of choosing physicians and patients, per capita payment, performance based payment. Family medicine services are given by a team formed by a physician and a family health worker (may be a nurse, a midwife, or an emergency medicine technician). Penal institutions and nursing home residents also take care by this “team”. Every physician is engages with his/her family health worker. Out of medical services conducted via subcontractor. According to Ministry of Finance Family Physicians are self-employed and their duty must be paid as self-employed income tax. Provincial governors contracted them for two years. Family Physicians paid all price of malpractice insurance, also pays rent for occupied hails, for material used.

Health Transformation Project managers established 4391-9306 family physicians position less than necessary according to law. That may mean downsizing because of underemployment. HTP process disintegrated Primary Health Care, some of services assigned to family health centers,

some of them to Public Health Centers, and remained to some ministries, provincial and municipal administrations. Public Health Centers has not established yet completely, not for tasks but for personal characteristics and staffing. There is insufficiency in staffing a lot. Satisfaction surveys are conducted by HTP managers to forming client-provider interactions.

**Conclusions:** Marketization of health services on direction of WB. Contracted flexible working, paying for performance, disintegration of services and the PHC team, downsizing, client satisfaction determined health sector. Scientific studies must be carried to explore and tackling effects of marketization on socio economic rights of health workers and health rights of citizens.

**Keywords:** Primary health care, World Bank, neoliberalism, health transformation program, Turkey.

# **Türkiye'de Aile Hekimliği Modeli: Halk Sağlığı Hemşireliğinden Aile Sağlığı Elemanına Geçiş**

Özlem Özkan, Doç., Dr., Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü. Kocaeli, Türkiye. E-posta: [ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr](mailto:ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr)  
Ashhan Catiker, Öğretim görevlisi, Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü. Ordu, Türkiye. E-posta: [acatiker@odu.edu.tr](mailto:acatiker@odu.edu.tr)  
Aynur Uysal, Doç., Dr., Ege University, Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Bornova, İzmir, Türkiye. E-posta: [aynur.uysal@ege.edu.tr](mailto:aynur.uysal@ege.edu.tr)

**Giriş:** Sağlık hizmeti üretimi, mevcut sermaye birikimi ile ona özgün emek sürecine göre biçimlenmektedir. O nedenle, kapitalizmin 1960'lı yılların sonlarında içine girdiği krizi aşmanın araçlarından birisi de sermaye sınıfı ve onun aktörleri tarafından sağlık dahil tüm kamu hizmetlerinin yeniden yapılandırılması olarak görülmüştür. Bu yeniden yapılanma, hakkaniyet, katılımcılık, ulaşılabilirlik vb. siyasi söylemleri ifade etse de özde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, piyasalaşması ve kısaca metalaştırılmasıdır. Yeniden yapılanma için Türkiye dahil çok sayıda kapitalist ülkenin sağlık sistemi “sağlık reformu” uygulamalarıyla ilk adımı atmıştır. Türkiye’de ise sağlık reformu ismi 2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı”na dönüşerek, aynı anlayışla uygulamalarına devam etmiştir. Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de bu programın beş parçasından birisi de birinci basamak sağlık hizmetlerinde “Aile Hekimliği” sistemine geçiştir.

**Amaç:** Bu çalışma, Türkiye’de 2005’den beri devam eden aile hekimliği sisteminin genelde hemşirelik, özelde halk sağlığı hemşireliği üzerine etkilerini ve sonuçlarını eleştirel olarak değerlendirmeyi amaçlamıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada, aile hekimliği sisteminin hemşirelik ve halk sağlığı hemşireliği üzerine etkisini değerlendirmek için aile hekimliği ile ilgili mevcut altı mevzuat kullanılmıştır. Bunlar; 1) 09 Aralık 2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun; 2) 06 Temmuz 2005 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik; 3) 12 Ağustos 2005 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik; 4) 25 Mayıs 2010 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği; 5) 30 Aralık 2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik; 6) 11 Mart 2011 27871 Sayılı Resmî Gazete’de Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Hemşirelik ile ilgili ise mevcut üç mevzuat kullanılmıştır. Bunlar: 1) 2 Mayıs 2007 tarihli Hemşirelik Kanunu; 2) Bu kanun kapsamında 08 Mart 2010 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği; 3) Yine bu kanun kapsamında 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik

Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair. Ayrıca, bu konuda yürütülmüş araştırmaların sonuçları, bazı sağlık göstergeleri ve benzer uygulamalar içinde olan ülkelerin verileri de ülkemizdeki durum ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Türkiye'deki aile hekimliği sistemi de diğer kapitalist ülke örneklerine benzer olarak piyasacı ve ticarileşmiş sağlık politikalarını destekleyici özelliktedir. Yani sağlık kurumu işletmeye, hastalar müşteriye, hizmet ise metaya dönüştürülmüştür. Bu dönüşümle, sağlık ocağındaki kişi başı poliklinik sayısı Türkiye'de 2005'den 2006 yılına kadar %20 artarken, aile hekimliği modelinin pilot olarak uygulandığı ilk il olan Düzce'de %85 artmıştır. Sevk hızı Türkiye genelinde %37 azalırken, aynı ilde %330'dır. Bunun yanı sıra, 15-49 yaş kadın, gebe, bebek ve çocuk izlemleri, doğum kontrolü kullanma sayısı azalmıştır. Bolu ve Edirne'de aile hekimliği pilot uygulamaya geçiş öncesi ve sonrası LOT Kalite tekniği ile değerlendiren çalışmalarda, özellikle yoksul ve sosyal güvencesi olmayan nüfusun bu hizmetlerinden yararlanmalarında anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır.

Dünyada aile hekimliği modelini uygulayan ülkelerde aile hekimi ile birlikte çalışacak sağlık çalışanı mesleklerine göre isimlendirilmesine karşın, ülkemizde "aile sağlığı elemanı" tanımlaması dünyada bir ilktir. Hemşirelik, ebelik ve acil tıp teknisyenliği ayrı meslekler olup, çok farklı görevlere sahip olmalarına rağmen, farklı meslekler birbiri ile ikame edilmekte ya da eş değer tutulmaktadır. Bu bilimsel olarak kabul edilemez bir durumdur. Ayrıca, aile hekimi bu çalışanları istihdam ederken, zamanla maliyet unsurunu gözetmeye başlayacağından, acil tıp teknisyenini gibi diğer sağlık çalışanlarına göre daha az ve maliyetli ve daha ucuz olması nedeniyle çalıştırma olasılığı da yüksektir.

Aile hekimliği sistemi tümüyle sözleşmeli çalışılan uygulamasına dayalıdır. Sözleşmeli çalışma; güvencesiz çalışma, zamanla eğreti ve kuralsız çalışmayla beraber çalışma sürelerinin uzaması, ağır, yoğun çalışma, yükünün artması vb. olumsuz çalışma koşullarıdır. Esnek ücretlendirme uygulamaları ise hemşireler dahil tüm çalışanlar için kaygı, belirsizlik ve stres kaynağıdır. Bu nedenle, 2006 yılında aile hekimliği sisteminde istihdam olacak hemşire ve ebelerin %36-65'i sözleşme yapmayarak bu uygulama içinde çalışmayı tercih etmemiştir. Tacikistan ve Kırgızistan'da ise aile sağlığı hemşiresinin ücretleri düşüktür ve ücretler düzenli ödenmemektedir.

Hemşire dahil, tüm aile sağlığı elemanlarının aile hekimi tarafından istihdam edilecek olması sağlık çalışanları arasındaki profesyonel ilişkiyi ve ekip anlayışını zedeleyen bir durumdur. Çünkü, hekim ve diğer sağlık çalışanları daha önceden ekibin birer üyesi iken, artık patron-işçi konumu ile karşı karşıya kalacaktır. Almanya'da da bu piyasacı sağlık politikalarıyla aile hekimliği sistemi içinde yer alan aile hekimi ve aile sağlığı hemşiresi arasındaki rekabetin artmaya başladığı bildirilmektedir. Aile hekimliği uygulamalarıyla hemşirelik, sadece kendisine başvuranlara sağlık hizmeti sunan, edilgen, bağımlı, hekime yardımcılıkla sınırlı ve tedavi edici

hizmetlere odaklı bir işe dönüşmektedir. Mevzuatta aile sağlığı elemanı için uygun görülen tüm görevler 1961 Yılındaki 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasası'nın ebe ve hemşirelere verdiği görevlerden çok daha dar kapsamlıdır.

**Sonuçlar:** Birinci basamak, sağlık sistemi ile toplumdaki bireyler arasındaki ilk ilişki noktasıdır. Bu hizmet: öncelikle herkesin sağlığını geliştirmeye, korumaya ve hastalıkların önlenmesine eşit ve ulaşılabilir olursa, sağlık hizmetini toplumun gereksinimine göre planlarsa, süreklilik ilkesine ve kişiye ve çevreye yönelik hizmetleri entegre ve bütüncül olarak sunarsa, sağlık hizmetinin içeriği ne olursa olsun, hizmetin bedeli genel bütçeden (doğrudan vergilerle oluşturulan) kamusal olarak finanse edilir ve kişiler aldıkları hizmet için cepten ödeme, katılım/katkı payları ödemezlerse, toplumun sağlıklı olmasına önemli bir yapı taşı olacaktır. Aile hekimliği uygulaması bu ilkelerin karşısındadır. Böyle olunca, bu durum, başta halk sağlığı hemşireleri olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının emek süreci ve onların nitelikli hizmet sunmalarının önünde toplumun ise nitelikli hizmet almasının önünde de önemli bir engeldir. Bu konudaki bilimsel çalışmalar da bunu desteklemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık reformu, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, aile sağlığı hizmetleri, aile sağlığı hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, Türkiye.

## ***Family Medicine Model in Turkey: Transition from the Public Health Nursing to the Family Health Personnel***

*Ozlem Ozkan, Associate Professor. Kocaeli University, School of Health, Nursing Department. Kocaeli, Turkey. E-mail: [ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr](mailto:ozlem.ozkan@kocaeli.edu.tr)*

*Ashhan Catiker, Lecturer, Ordu University, School of Health, Nursing Department. Ordu, Turkey. E-mail: [acatiker@odu.edu.tr](mailto:acatiker@odu.edu.tr)*

*Aynur Uysal, Associate Professor. Ege University, School of Nursing, Public Health Nursing Department Bornova, Izmir, Turkey.*

*E-mail: [aynur.uysal@ege.edu.tr](mailto:aynur.uysal@ege.edu.tr)*

**Background:** Generating healthcare services has been formed depending on the current capital accumulation and the labour process that is genuine to the capital accumulation. Therefore, one of the means to overcome the crisis in which capitalism had begun to experience at the end of sixties has been considered to be reconstituting all the social services including healthcare by the capital class and its actors. Although it expresses equity, participation, accessibility, etc., this reconstitution is essentially the commercialization, marketisation, and in brief the commoditisation of the healthcare services. Towards the reconstitution, healthcare system of many capitalist countries including Turkey have taken the first step through the “healthcare reform” implementations. In Turkey, since the year 2003, it has been going on to take steps not towards healthcare reforms in the same context but towards a non-execution of the implementations by adopting titled “Health Transformation Program”. Also in Turkey, as has been all over the world, one of the five components of this program is the transition to “Family Medicine Model (FMM)” in the primary healthcare services.

**Aim:** The purpose of this study is critically review of the influences and the results of the FMM which has been conducted in Turkey since the year 2005 both on the nursing in general and the public health nursing in particular.

**Method:** In this study, four current legislations and regulations related to the FMM were used in order to evaluate the effects of FMM on the nursing and the public health nursing. There are six regulations relating to FMM until now. These are: 1) Family Medicine Pilot Implementation Act dated 09 December 2004; 2) Family Medicine Pilot Implementation Regulation dated 06 July 2005; 3) Regulations on the Conditions of Contract Payment for the Ministry of Health Personnel Employed in the Scope of the Family Medicine Pilot Implementation dated 12 August 2005; 4) Family Medicine Implementations Regulation dated 25 May 2010. 5) Regulations on the Conditions of Contract Payment for the Ministry of Health Personnel Employed in the Scope of the Family Medicine Pilot Implementation dated 30 December 2010; 6) Family Medicine Implementation Regulation dated

11 March 2011. Three legislations related to the nursing were used in this study. These are: 1) Law on Nursing dated 27 April 2007; 2) Regulations on Nursing dated 08 March 2010, within the scope of this Law; 3) Regulations on the Amendments of the Regulations on Nursing dated 19 April 2011, again within the scope of this Law. It was also used the results of the studies conducted on this subject and health indicators. Furthermore, outcomes of our country were compared to the outcomes of the family health nursing systems supported by the World Bank and the World Health Organization worldwide.

**Results:** FMM in Turkey has also been characterized as supporting the market health policies as is in the other capitalist countries. That is to say, healthcare institution has been changed to business organisation, the patients have been changed to customers, and the service has been changed to commodity. With these conversions or transformations, while outpatient number per capita in the healthcare centres has increased by 20% between the years 2005-2006 in Turkey, this number has increased by 85% in Düzce where the FMM was first received as a pilot implementation. While hospital referred patient rate has been decreasing by 37% in Turkey in general, the same rate is 330% in Düzce. Besides, in the follow-ups of women between 15-49 years of age, pregnant women and children, the number of contraception has decreased. In the studies in which LOT Quality method was used in the pre- and post evaluations of the family medicine implementations in Bolu and Edirne, it was found out a significant reduction in the population who use these services, regarding particularly the poor and no-social security population in Bolu and Edirne.

Although healthcare professionals who would work with the family physician are positioned and titled according to their professional area in the countries which implement FMM, named as “family health personnel” in our country has been a first in the world. Despite the fact that nursing, midwifery and emergency medical technicianship are different professional areas from each other and have diverging functions, they are substituted with each other or comprehended as equivalents. This cannot be accepted from a scientific point of view. Moreover, as the family physician employs these professionals, due to his or her need of taking the cost factor into account, the possibility of employing emergency medical technicians who are less costly headcounts compared to the other healthcare professionals is high.

FMM totally depends on the contract employee implementation. Working under contract involves working conditions composed of unsecured employment, prolongation of working time along with rough and rules labour, increased burden of heavy and intensive labour, etc. Flexible pricing implementations are sources of consideration, elusiveness and stress for all the employees including nurses. For this reason, 36-65% of the nurses and midwives who could be employed in the family practice system in 2006 did not prefer to work within this system and objected to sign the



contract. And in Tajikistan and Kyrgyzstan, wages of the family practice nurses are low and they cannot be paid on a regular base.

Due to the fact that all the family health personnel including nurses are employed by the family physician, this condition is something that could damage the professional relationship among healthcare workers and the team concept. That is because the physician and the other healthcare workers were once the members of a team, now they are to face a position of the boss-worker. Also in Germany, it has been reported that the competition between the family physicians and the family health nurses positioned in the family practice system has begun to increase with these market powered healthcare policies. In the context of the FMM, nursing has been converted into a service which serves only the ones who applied to them and a service which is not active, dependent, limited to assisting the physician and focused on the tertiary healthcare services. All the duties approved for the family health personnel in the legislations and regulations are much less narrow-scoped than the responsibilities of the midwives and nurses indicated by the Act of Socialization of the Healthcare Services numbered 224 in the year 1961.

**Conclusions:** Primary healthcare services are the first correlation point between the healthcare system and the members of the public. In case this system is firstly aiming at improving and protecting the health of everybody and the prevention of diseases, plans the healthcare services according to the public needs, provides healthcare services integrated towards the individual and the environment depending on the continuity principle, whatever the content of the healthcare service can be publicly financed from the general budget (directly formed by the taxes) and if the individuals do not pay or share the costs by their own then these could be the constituent of a healthy society. FMM is contrary to these principles. In such a case, it becomes an obstacle against the quality of the services provided by all the healthcare workers and their labour process and against a qualified healthcare service for the public. Scientific studies on this issue have supported this approach.

**Keywords:** Health reform, health service commercialization, family medicine model, family health nursing, public health nursing, Turkey.

**Oturum Başkanları /Chair Persons:**  
Çetin Erdolu, Hans Ulrich Deppe

## **Neoliberal Politikalara Karşı Mücadele için Dayanışma Solidarity for Struggle Against Neoliberal Economic Policies**

---

### **Arjantin'deki Kriz Sonrası Sağlık ve Toplum: Işık ve Gölgeler**

*Alicia Stolkiner, Profesör ve Araştırma Yöneticisi, Buenos Aires Üniversitesi,  
Arjantin.*

#### **Krizin tarihçesi: neoliberal yıkım**

Askeri darbe (1976), Arjantin'de neoliberal politika uygulamalarının ilk adımıydı. 70'li yılların ortasındaki uluslararası krizin bir sonucu olarak, Latin Amerika ülkeleri borç artışına ve mali sermayenin çıkarlarına kulak vererek ekonomilerini liberalleştirmeye yöneldi. Bu politikalar etkisizleştirilmiş bir toplum yapısını gerektirmekteydi ve Devlet terörü bu amaç doğrultusunda bir araç oldu ve 30.000 kadın ve erkek kayboldu ya da öldürüldü.

Diktatörlük döneminde (1976-1982), ülkenin dış borcu %364 arttı<sup>1</sup>, mali yapı liberalleşti ve özel borçlar devlet tarafından üstlenildi. İnsan hakları hareketleri, diktatörlüğe karşı en güçlü toplumsal direnişi oluşturmaktaydı; bunlar, bugüne kadar bu alandaki toplumsal aktörler olmayı sürdürmüşlerdir.

1982'de, Arjantin'de demokrasiye dönüldü. Yeni hükümet, mali sermaye güçlerinin muhalefeti ve borç yükü karşısında sıkıntı yaşadı. 1989 yılında hiperenflasyon ve ekonomik kriz hükümetin sonunu getirdi. 90'lı yıllarda, hem devlet terörünün gölgesi hem de hiperenflasyonun yarattığı ekonomik sıkıntı, neoliberal reformların uygulanması için gereken toplumsal koşulların yaratılmasına katkıda bulundu.

1989'da Washington Uzlaşması, gelişmekte olan ülkelere ekonomi politikaları önerdi. Bu politikaların amacı hem ticaret hem de yatırımlar açısından ekonomik açılım ve ülke ekonomisi içinde yer alan piyasa güçlerinin gelişimini sağlamaktı. Bu ilkeler 90'lı yıllarda Arjantin'de uygulandı. ABD'de kaleme alınan Brady Planı, 1990'dan sonra uygulandı.

Brady Planı'nın ortaya çıkışının arkasındaki en önemli yenilik, borcun, bankaların riskini azaltan yeni borç senetlerine dönüştürülmesiydi. Bu borç senetleri aynı zamanda, devlete ait şirketlerin, bankalar açısından büyük kazançlar yaratarak, özelleştirilmesinin finansal araçlarını oluşturmaktaydı.

Neoliberal reçetenin uç noktada uygulanması –ekonominin açılımı ve liberalleşmesi, kamu hizmetlerinin ve şirketlerinin özelleştirilmesi, sosyal fonların özel mali sektöre aktarımı ve esnek çalışma koşulları- belirli bir para politikası ile birleşti: Arjantin peso'sunu değişim değerini ABD doları cinsinden sabitleyen (1 dolar=1 peso) “konvertibilite”.

İlk beş yılda, hiperenflasyon durdu ve gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH) arttı. Ancak bu politika, toplumun üretken yapısını yok etti.

Devlete ait şirketler özelleştirildi ve emeklilik fonlarının yönetimi özel şirketlere verildi. Sosyal devlet harcamalarının tümü azaltıldı. Bu değişikliklerin sözde nedeni dış borç faizlerinin ödenmesiydi: ama buna karşın borç % 130 arttı.<sup>2</sup>

Neoliberal devlet reformu, sosyal harcamalarının azalmasına yol açtı. Sosyal politikalar Dünya Bankası yönergelerine uydu ve dış borç konusunda Uluslararası Para Fonu (IMF) ile yeniden yapılan pazarlıklarla koşula bağlandı. Dünya Bankası (DB)'nin 1993 Kalkınma Raporu: “Sağlığa Yatırım”, sağlık sistemi reformunun rehberi oldu.

Piyasa eksenli yapısal reform, geniş kapsamlı bir varlık ve sermaye–ve böylece gelir- yoğunlaşmasına, ücretlerde genel bir düşüşe ve işsizliğin artmasına yol açtı. Bu değişikliklere karşı muhalefet, İşsiz İşçiler Hareketi gibi yeni toplumsal hareketler tarafından yönlendirilmekteydi.

İki vahim ekonomik karar son krize zemin hazırladı. Bunlar: borcun, uluslararası bankalara yüksek karlar sağlayacak biçimde yeniden finanse edilmesine dayanan çok kapsamlı bir tahvil takası ve halkın nakit çekmesini sınırlandıran “corralito” adlı karardır. Hükümet, bankaları korumak için halkın tüm tasarruflarına el koymaya karar verdi. Toplumsal gösteriler, Aralık 2001'de hükümetin sonunu getirdi.

Neoliberal proje, daha büyük ekonomik, siyasal ve toplumsal kriz içinde başarısızlığa uğradı. Ülke, yalnızca 15 gün içinde, beş başkan, dünyada eş görülmemiş en büyük borç temerrütünü, kambiyo rejiminin terk edilmesini ve peso'nun devalue edilmesini gördü. Sonuç, 2002 yılı boyunca ve 2003 başlarında yaşanan aşırı bir durgunluk oldu. İşsizlik ve yoksulluk bu dönemin tablosunu oluşturuyordu.<sup>3</sup> Halkın bu duruma direnişi, yeni ve özgün hareketlerin ortaya çıkması biçiminde oldu; dayanışma örgütlenmesi güçlüydü.

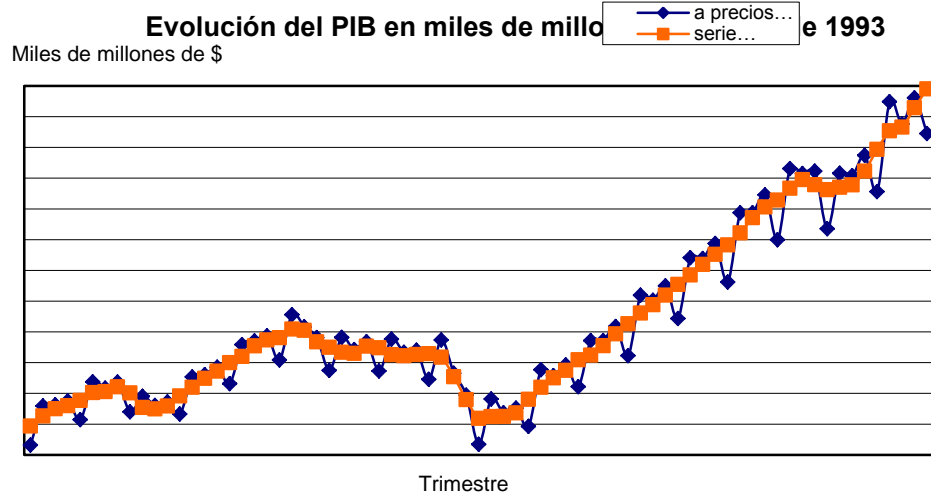
### **Krize dayanmak: Büyümenin aykırı yolu**

2003 yılından sonra, birbirini izleyen iki yönetim ülke kalkınmasının gidişini değiştirdi. Uluslararası tablo, ihracat kazançları açısından uygundu ve aykırı ya da yeni-Keynesçi yönelimin anti-siklik politikalarının uygulanmasına başlandı. Merkez Bankası, ihracat için uygun cari kuru korudu. IMF'e olan

borçlar iptal edildi ve ülke IMF'e olan taahhütlerden ve bunun izlerinden kurtuldu. Jeopolitik konum değişti, diğer Latin Amerika ülkeleriyle stratejik ortaklık bölgesel olarak ekonomik ve politik bölgesel bütünleşmeyi gerçekleştirmek amacıyla güçlendirildi. ABD tarafından önerilen Amerika Serbest Ticaret Bölgesi reddedildi.

Arjantin, son sekiz yıl içinde önemli bir büyüme gerçekleştirdi. Çalışan sayısı arttı ve yoksulluk sınırını altında yaşayanların sayısı azaldı.

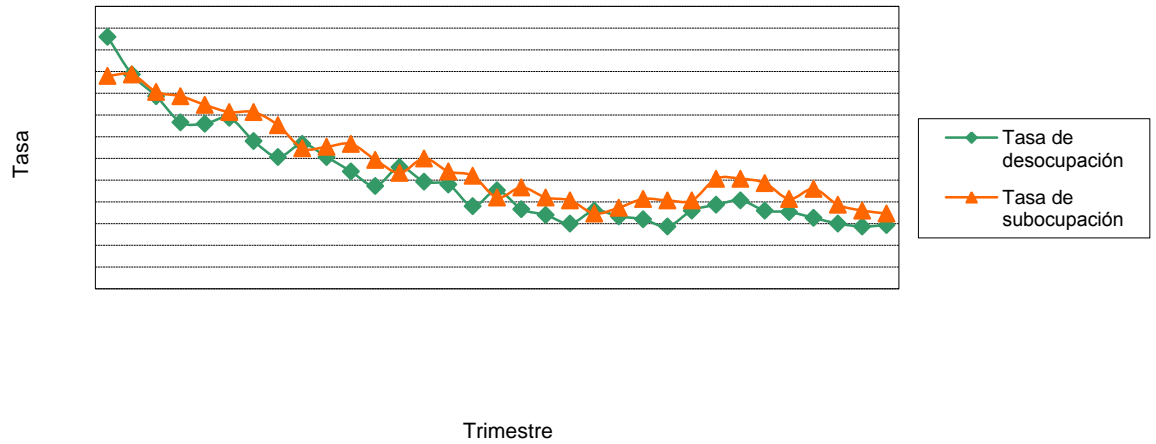
## 1. GSYİH'daki Değişim Milyar \$ 1993-2011



Fuente: INDEC (2011)

## 2. İşsizlik ve Eksik İstihdam 2003-2011

Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de aglomerados urbanos, desde el 1º trimestre 2003 en adelante



Bugünlerde bazı gölgeler belirdi: enflasyon ve uluslararası kriz. 2011'de ekonomi halen güçlü ve büyümekte, ücretler enflasyonun üzerinde artmakta. Toplum kutuplaşmış durumda. Çıkarları etkilenen geleneksel güçler klasik ekonomi politikalarına dönme savaşımı veriyor: borçlanma, uyum ve kar yoğunlaşması.

Daha kapsayıcı sosyal politikalar var. Hükümet, özel bireysel sermayelendirme yerine, yasa gereği bir Kamu Havuz Sistemi oluşturarak, emeklilik sisteminde gerçekleştirilen neoliberal dönüşümü tersine çevirdi ve aynı zamanda, sistem dışındaki yaşlılara bir emeklilik yardımı sağladı. 2009'dan bu yana hane reisi işsiz olan hanehalklarının tümü Çocuk başına Yardım Ödeneği almakta. Bunun yoksulluk, sağlık ve eğitim üzerinde olumlu bir etkisi var. Ama sağlık sektöründe, sistemin yapısında gereken değişiklikler yapılmış değil.

### **Sağlıkta Süreklilik**

Arjantin bölünmüş ve parçalı bir sağlık sistemine sahiptir. Ulusal bütçe ile eyalet ve/veya belediye bütçelerinden ayrılan kaynaklarla finanse edilen kamu sağlık sektörü, *Obras Sociales* (OS) ya da çalışanların ve işverenlerin zorunlu katkıları ile finanse edilen Sendika yönetimindeki fonlar ve doğrudan doğruya yararlananlar tarafından finanse edilen Özel Yönetimli Sağlık sektöründen oluşmaktadır. Bunlardan sonuncusu, Özel Sağlık Sigortası şirketlerini ve geniş bir sağlık hizmeti sunucu ağını içerir.

Neoliberal reformun amacı sağlık sisteminin tümünü piyasa kurallarına bağlamaktı. Yoksullar için temel bir güvence sağlayan bir sağlık sigortaları ve hizmetleri piyasası oluşturmayı hedeflemekteydi. Sonuçları, daha fazla bölünmüşlük ve daha az adalet oldu.

Kriz, işsizlik ve orta sınıfın yoksullaşması nedeniyle, Sendika Yönetimindeki Fonların ve özel sigortaların kapsamını darattı. Bütün bu bireylere, bu dönemde sağlık hizmetleri sunumunda öncü rol üstlenen tek anti-siklik kurum olan kamu sağlık hizmetleri yardım sağladı. Bireylerin sağlığı risk altındayken piyasa eksenli hizmetlerin başarısızlığı kanıtlanmış oldu.

Kriz sonrası sağlık politikaları, temel ilaçların birinci basamak sağlık merkezlerinde ücretsiz sunumuna, devlet sağlık harcamalarının arttırılmasına ve Ulusal Sağlık Bakanlığı'nın eyaletlerdeki sağlık hizmetleri üzerindeki yetkilerinin düzenlenmesi ve güçlendirilmesine yoğunlaştırılmıştır. Ancak sağlık sistemi hala parçalıdır ve sağlık hakkı herkes açısından garanti altında değildir. Genel bazı iyileşmelere karşın, toplumsal sınıflar ve coğrafi bölgeler arasında, sağlık hizmetlerine erişim ve epidemiyolojik görünüm açısından büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Arjantin sağlık sistemi, bazı hükümetlerin sağlık sistemini bütünleştirme girişimlerinin etkinliğinin azalmasında önemli bir rol oynayan belirli toplumsal aktörlerce belirlenmektedir. Bu kurumsal güçler, sağlık sektöründe dağıtım savaşımı<sup>4</sup> kavramı ve Kurumsal Sözleşme<sup>5</sup> gibi kategorilerde analiz edilebilir.

Arjantin'deki sağlık sistemini donüştürme konusundaki güçlüklerden biri, aktörlerinin bu kurumsal özelliği ve sistem içinde yer alan bireylerin çıkarlarının yeterince temsil edilmemesidir. Herhangi bir değişim girişiminin, vatandaşların katılımını ve etkin işgücünün temsilini içermesi zorunludur. Sağlık sistemine ilişkin tartışmalar sürmektedir. “Denetlenen bir sağlık sigortaları piyasası”nı savunanlarla, sağlık hakkını temel alan eşitlikçi erişimi içeren yardım kapsamını önerenler arasındaki mücadele devam etmektedir. Varılacak sonuç, siyasal güçlere ve toplumsal aktörlere bağlı olacaktır. Bu sorunun çözümü teknik değildir, siyasaldır ve insan haklarına ve sosyal haklara özen gösteren daha adil bir toplum inşa etme olanaklarıyla sıkı bir biçimde bağlantılıdır.

### **Kaynaklar**

1. Boletín Fiscal del Ministerio de Economía, Argentina, 2001.
2. Boletín de Observatorio de la Transnacionales, 23 de Diciembre de 2001, France.
3. Wylde C. (2011) State, society and markets in Argentina: The political economy of *Neodesarrollismo* under Nestor Kirchner, 2003-2007. *Bulletin of Latin American Research*, 30(4):436–452.
4. Katz J-Muñoz A. (1988) Organización del sector salud: puja distributiva y equidad” Buenos Aires, CEPAL-Siglo XXI Ed.
5. Belmartino S. (1999): Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?” Lugar Editorial, Buenos Aires.

## ***Health and Society After the Crisis in Argentina: Lights and Shadows***

*Alicia Stolkiner, Professor and Research Director, Buenos Aires University, Argentina*

***The history of the crisis: the neoliberal catastrophe.*** The military coup (1976) was the first steep of the neoliberal policies implementation in Argentina. As a consequence of the international crisis of the middle 70's, the Latin-American countries were impelled to increase their debts and deregulate their economies attending to the financial capitals profits. These policies required a demobilized society and the State Terrorism was the tool for this aim, 30.000 men and women were disappeared or killed.

During the dictatorship (1976 – 1982), the country's external debt increased 364%<sup>1</sup> the financial system was deregulated and the private debt was assumed by the state. The human rights movements were the strongest social resistance against the dictatorship, until today they are relevant social actors.

In 1982 Argentina returned to democracy. The new government suffered the opposition of the financial capital forces and the burden of the debt. In 1989 the hyperinflation economic crisis caused the end of the government. Both the shadow of the state terrorism and the economic pain of the hyperinflation contributed to create the social conditions for the application of the neoliberal reforms during the 90's.

In 1989 the Washington Consensus prescribed the economic policies for the developing countries. The aim of these policies was the economic opening respect to both trade and investment and the expansion of market forces within the domestic economy. These principles were applied in Argentina during the 90's. The Brady Plan (draw in U.S.A) was applied after 1990. The key innovation behind the introduction of Brady Plan was to change the debt in new bonds that reduced the banks risk. These bonds were also the financial tools for the privatization of the state companies, with a big benefit for the banks.

The extreme application of the neoliberal recipe - opening and deregulation of the economy, privatization of public services and companies, transfer of social funds to the private financial sector and flexible working conditions - was combined with a particular monetary policy: the "convertibility" that fix the Argentine peso's exchange rate to the U.S. dollar (1 dollar = 1peso). The hyperinflation stopped and the GDP grew during the first five years. But this policy destroyed the productive structure of the society.

The state companies were privatized and the management of retire funds was given to private companies. All social state expenditures were reduced.

The alleged reason for these changes was the pay of the foreign debt interests; nevertheless the debt increased 130 %.<sup>2</sup>

The neoliberal state reform tended to reduce social spending. The social policies followed the guidelines of the World Bank and were conditioned by the renegotiation of the foreign debt with the International Monetary Fund (IMF). The World Bank's Development Report 1993 "Investing in Health" was the guide of the health system reform.

The market-oriented structural reform brought a dramatic concentration of richness and capital-and thus income - the overall decline of wages and increased unemployment. The opposition to these changes was driven by new social movements like the Unemployed Workers Movement.

Two economic desperate decisions precipitated the final crisis: the giant bond swap consisting in refinancing the debt with high benefits for the international banks, and the named "corralito" that limited the cash withdrawal to the general public. In order to save the banks the government decided to hold all the savings of the people. The social demonstrations ended with the government in December 2001.

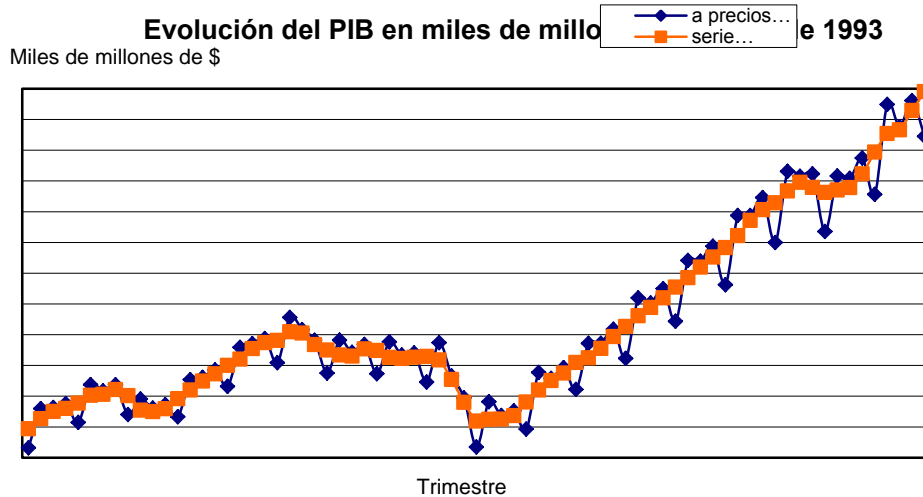
The neoliberal project collapsed in the bigger economic, political and social crisis. In the space of a mere fifteen days, the country saw five presidents, the largest debt default the world has ever seen, the abandonment of the currency exchange regime and the devaluation of the peso. The consequence was an acute recession throughout 2002 and early 2003. Unemployment and poverty was the scenario of this period.<sup>3</sup> New and original movements were the resistance of the people to this situation and the solidarity organization was strong.

***Surviving the crisis: The heterodoxal way to growth.*** Two consecutive administrations changed the course of the country development after 2003. The international scenario was favorable for commodities exporting profits and the implementation of anti-cyclic policies of heterodox or Neo-Keynesian orientation begun. The Central Bank maintained the current value favorable for the export. The debt with the IMF was cancelled and the country was relieved from any commitment with the IMF and its indications. The geopolitical position changed, the strategic partnership with other Latin American countries was strengthened with the aim of an economical and political regional integration. The Free Trade Area of the Americas proposed by USA was rejected.

During the last 8 years Argentina experienced a substantial growth. The employed population increased and the people under the poverty line decreased.



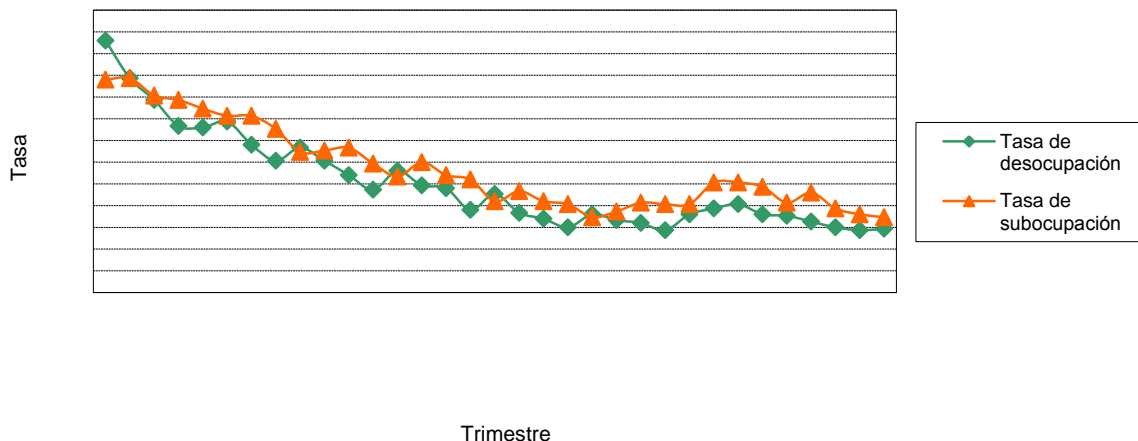
### 3. GDP EVOLUTION IN billion of \$- 1993-2011



Fuente: INDEC (2011)

### 4. Unemployment and Underemployment 2003-2011

Evolución trimestral de las tasas de desocupación y subocupación en el total de aglomerados urbanos, desde el 1º trimestre 2003 en adelante



#### INDEC 2011

At present some shadows appeared: the inflation and the international crisis. During 2011 the economy is still strong and growing, and the wages are increasing over the inflation. The society is polarized. The traditional power groups whose interests are affected are struggling to return to the classic economic policies: indebtedness, adjustment and profit concentration.

There are more inclusive social policies. The government reversed the neoliberal transformation of the retirement system creating by law a Public Pooling System that replaced the private individual capitalization and also gave an universal retire to the aged people who were out of the system.

Since 2009 all households whose head does not have formal employment receive the Universal Allocation per Child. It has a positive impact on poverty, health care and schooling. But in the health sector there are not relevant changes in the structure of the system.

**Continuity in Health.** Argentina has a fragmented and segmented health system. It is composed by the public healthcare sector funded by resources allocated by the national, provincial and/or municipal budget, the *Obras Sociales (OS)* or Union-managed funds financed by the mandatory contribution of workers and employers and the Private Managed Health sector directly funded by the users. The latter includes, the Private Health Insurance companies and a large network of health services providers.

The neoliberal reform aim was to put all the health system under market laws. The objective of the reform was to create a healthcare insurances and services market, with a basic coverage for the poor. The results were more fragmentation and less equity.

The crisis decreased the coverage of Union Managed Funds and of the private insurances, because the unemployment and the middle class impoverishment. All these people were assisted by the public health services, the only anti-cyclic institution that assumed a leading role in the health services provision during this period. It was proved the fail of the market oriented services when the health of the people was in a risk condition.

The health policies after the crisis were centered in the free provision of basic drugs in primary health centers, the increasing of the state expenditures in health, the increasing of regulation and the strengthen of the National Health Ministry influence over the provinces' health services. But the health system is still fragmented and the right to health is not guarantee for all. Despite the improvements there are big differences in access to health services and in the epidemiological profiles between social classes and geographical zones.

The Argentinian health system is determined by specific social actors which have been a key factor in defusing the initiative the attempts of some governments to integrate the health system. These corporative forces can be analyzed with categories, such as the concept of the distribution struggle in the health sector<sup>4</sup> and the Corporate Pact.<sup>5</sup>

One of the difficulties of changing the health care system in Argentina is this corporate nature of its actors and the weak representation of the interests of the people in it. Any attempt to introduce changes must incorporate citizen participation and effective workers representation.

The discussion about the health system is in course. The struggle between those who propose "a regulated market of health insurances" and those who propose universal coverage with equalitarian access based in the right to health is open. The result will depend of the political forces and the

social actors. The resolution of this problem is not technical, it is political and it is strongly linked to the possibilities of building a more equitable society supported in the human and social rights as a value.

### References

1. Boletín Fiscal del Ministerio de Economía, Argentina, 2001.
6. Boletín de Observatorio de la Transnacionales, 23 de Diciembre de 2001, France.
7. Wylde C. (2011) State, society and markets in Argentina: The political economy of *Neodesarrollismo* under Nestor Kirchner, 2003-2007. *Bulletin of Latin American Research*, 30(4):436–452.
8. Katz J-Muñoz A. (1988) Organización del sector salud: puja distributiva y equidad” Buenos Aires, CEPAL-Siglo XXI Ed.
9. Belmartino S. (1999): Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?” Lugar Editorial, Buenos Aires.

## **Yunanistan Sağlık Hakkı Hareketi**

*Theodore Zdoukos, Hekim, Thessaloniki Aristotle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahiliye Bölümü, Yunanistan. E-posta: [teozduk@otenet.gr](mailto:teozduk@otenet.gr)*

Avrupa Komisyonu troykası ve IMF'in öncülüğünde Papandreou hükümeti tarafından dayatılan uyum programı sonrasında, Yunanistan'daki sağlık hakkı hareketi, son 18 ay içinde yeni bir aşamaya girmiştir.

Zaten çok kırılğan olan kamu sağlık sisteminin finansmanında % 50 oranında önemli bir kesintiye gidilmesi, binlerce yatağın hizmet dışı bırakılması ve binlerce sağlık personeli kadrosunun ortadan kaldırılması, kamu sağlık hizmetlerini parçalama stratejisinin temel özellikleridir. Buna koşt olarak, özelleştirme süreci, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ücretlendirme ve devlet hastanelerinin polikliniklerindeki özel randevu uygulamaları, ve özel sigorta şirketlerine kendi özel hastalarının kullanımı için 600 yatak ayrılması sonrasında devam etmektedir. Sigortasız bireyler ücretsiz sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılmış ve geçtiğimiz yıl, aldıkları her türlü sağlık hizmetine ilişkin tüm giderleri ödemeleri istenmiştir.

Sendikalar, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerinden yararlananlar, 'Sağlık bir haktır- bir meta değildir', 'Onların krizini bir ödemeyeceğiz – ulusal sağlık sisteminin parçalanmasına ve özelleştirilmesini hayır' sloganlarıyla, bu yeni tür barbarlığa karşı çeşitli eylemler geliştirmişlerdir.

Eylemler, hastanelerin mali işlemlerinin bloke edilmesini, ödemelerin engellenmesini, hastane dışında yol kapama eylemlerini, hastane yöneticilerinin ofislerinin işgalini, gösterileri, grevleri, Atina'daki Sağlık Bakanlığı'nın geçen Şubat ayında tüm hekimler tarafından on gün süreyle işgalini kapsamaktaydı. Bu hareket, parlamentoya yürüyen sağlık çalışanlarının bugüne kadarki en büyük (5000 kişi) gösterisi ve kendi bölgelerindeki hastanelerin kapatılmasını ya da birleştirilmesini protesto eden yerel yetkililerin ve diğer toplumsal örgütlerin kentlerde gerçekleştirdikleri birçok yerel protesto eylemi ile sonlanmıştır.

Son olarak, halk girişimleri, dayanışma amacıyla birçok kentte sigortasız bireylere, göçmenlere, mültecilere ücretsiz temel sağlık hizmeti ve psikososyal destek sağlamakta; sağlık hizmetlerine ve gerektiğinde hastane hizmetlerine ücretsiz erişimin gerçekleştirilmesi için sistem üzerindeki baskıyı arttırmaktadır.

## *The Movement for The Right to Health in Greece*

*Theodore Zdoukos, MD, Aristotle University of Thessaloniki, Medical School, Department of Medicine, Yunanistan. E-mail: [teozduk@otenet.gr](mailto:teozduk@otenet.gr)*

The dramatic cut of 50% of the funding of the already very frail public system, the closing down of thousands of beds and elimination of thousands of health professionals jobs are the main characteristics of the strategy for the dismantlement of public health services. In parallel, the privatisation process is continuing after the implementation of fees for service, of private appointments in the outpatient departments of the public hospitals and the offer of 600 beds to private insurance companies for the exclusive use of their clients. Uninsured people, are denied free of charge services and the last year are asked to pay all the costs of every kind of encounter with the health services.

Trade unions, health professionals and health services users have developed diverse actions against the establishment of this new barbarism under the slogans 'Health is a right - not a commodity', ' we will not pay their crisis – no to the dismantlement and privatisation of NHS "

The activities of this movement included blockades of the economic services of the hospitals obstructing payment, road blocks outside of hospitals occupations of the hospital manager's offices, demonstrations, strikes, a ten-day occupation of the health ministry in Athens last February by all doctors. This movement concluded with the largest ever demonstration of health professionals (5000 people) that marched to the parliament and many local protests in cities of the province by local authorities and other social organisations protesting against the closure or merger of hospitals in their area.

Finally, as a solidarity movement, in several cities grassroots initiatives are operating solidarity surgeries and that provide free primary health care and psychosocial support to uninsured persons and migrants, refugees, raising the pressure to the system to ensure free access and where necessary, hospital services.

# ***İyi Hekimlik ve Nitelikli Sağlık Hizmeti ve Sağlık Hakkı İçin Çok Ses Tek Yürek Mücadele Kampanyası***

*Feride Aksu-Tanık, Hekim, Profesör Dr., Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri, Ankara, Türkiye. E posta: [ferideaksu59@gmail.com](mailto:ferideaksu59@gmail.com)*

Neoliberal teori, toplumsal yararın piyasa hareketlerinin alanının ve sıklığının maksimize edilmesi ile artırılacağı görüşüne dayanır ve tüm insan eylemlerini piyasanın etki alanına sokmaya çalışır (Harvey, 2007). Son otuz yıl kapitalizmin yapısal krizlerine, bu krizlere neoliberal politikaların getirdiği çözümlerin yarattığı sorunlara tanıklıkla ve bunlara karşı mücadele ile geçti. Breton Woods ve uzantısı olan Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ile ekibe sonradan katılan Dünya Ticaret Örgütü; kamusal olan ne varsa piyasalaştırma yoluyla kapitalizmin yapısal krizinin yükünü sermayeden emekçilere aktarmanın araçlarını geliştirdiler. Bu kapsamda IMF ve Dünya Bankası arasında imzalanan Washington uzlaşması, IMF'nin yapısal uyum programları, Dünya Ticaret Örgütü'nün özellikle GATS ve TRIPS gibi anlaşmaları yoluyla, tüm hizmetlerin pazar ekonomisine uygun biçimde yeniden düzenlenmesi, devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi, kamusal alanın yeniden biçimlenmesi amacıyla düzenlemeler yapıldı. Devletin kendisi de bir şirkete dönüştü.

Bu düzenlemelerin sonuçları diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da çok belirgin bir biçimde yaşandı. Aslında sağlık hizmetini kamusal kılan hizmet sunumunun devlet tarafından üretim ilişkileri alanının kurallarından belirli düzeyde bağımsız kılınarak üstlenilmesi ve bu hizmetlerin bir yurttaşlık hakkı olarak sunulmasıydı (Karahanoğulları, 2004). Bir başka deyişle sağlık hizmetleri meta ilişkileri dışında örgütlenmiş olmalıydı (Özügurlu, 2003). Ancak süreç böyle gelişmedi. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık reformu adıyla sunulan program Türkiye'de sağlıkta dönüşüm adıyla uygulamaya konuldu. Reform ile sermayenin ekonomik gücü karşısında emekçi sınıfları koruyan düzenlemelerin, uygulamaların tasfiyesi hedeflenmekteydi (Boratav, 2011). Sağlık alanında bu iki biçimde gerçekleşti; bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumu piyasalaştırıldı, sağlık hizmetleri kar elde etmek amacıyla ticarileştirildi. Sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı erişilebilir sağlık hizmetinin kapsamı daraltıldı ve sağlık bir yurttaşlık hakkı olmaktan çıkartıldı.

Öte yandan neoliberal politikalar tüm emekçiler gibi sağlık emekçilerinin çalışma yaşamlarını da köklü bir değişime uğrattı. Üretim ilişkilerinden, istihdam biçimlerine dek uzanan bir yelpazede sağlık emekçileri zamana yayılmış, sürekli, istikrarlı bir biçimde hak kaybına uğrattılar. Emek gücü artık küresel piyasalarda işlem görmekteydi ve yarattığı artı değere her türlü özel kapitalist mülkiyet biçimiyle el koymak özel mülkiyet ve ticaret hakkı

adı altında meşrulaştırılmaktaydı (Çıdamlı, 2011). Esnek çalışma, güvencesizlik, taşeronlaştırma ile emek sömürüsü belirginleşirken, sağlık emekçileri yaptıkları işe, birbirlerine ve ekibin diğer üyelerine yabancılaştılar, adeta atomlarına parçalanarak yalnızlaştılar. Emek gücünün alım satımına dayanan bir toplumda zanaatın tekil parçalarına bölünmesi bu tekil parçaları ucuzlatır (Braverman, 2008). Türkiye’de sağlık emek gücünün giderek yoksullaşması da bu çerçevede gerçekleşti.

Sınırsız hegemonya, işgücünün kapitaliste bireysel iş akdi ile belirlenen koşullarda satışını öngörür (Boratav, 2011). Bu kapsamda insan emeği ihalelerle satışa çıkartıldı. Sağlık emekçileri taşeron şirketler ile sözleşmeler imzaladılar, gelecek güvencelerini yitirirken giderek daha ucuza çalışmaya zorlandılar. Üretim ve yeniden üretim alanlarının metalaştığı ve tüm sağlık çalışanlarının işsizlik/güvencesizlikle karşı karşıya olduğu günümüzde, etkinlik, karlılık, verimlilik ölçütlerine uymamanın düşük ücret almak veya istihdam sözleşmesini yenileyememek sonucunu doğurması, gerçekte bu uygulamanın tamamen zora dayalı bir uygulama olduğu anlamına gelmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Nitekim hastanelerin temizlik işçilerinden hemşirelerine dek geniş bir yelpazede sağlık emekçileri; uzayan çalışma saatlerine, artan iş yüküne sözleşmenin yenilenmemesi tehdidiyle razı oldular. Gerek kadrolu çalışanlar gerekse sözleşmeli çalışanlar açısından emek süreçleri gün geçtikçe olumsuz bir çerçeveye oturdu. Sağlık kurumlarının kadrolu çalışanlarına hegemonik, taşeron firma işçilerine despotik emek rejimi uygulandı (Yücesan Özdemir, 2008). Sağlık sektöründe çalışma yaşamı giderek bağımsızlıktan bağımlılığa, kendine yeterlilikten tabiiyete, nitelikli ve yüksek prestijli rollerden niteliksiz rollere, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir süreç izledi (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Emek süreçlerindeki söz edilen dönüşümlerden hekimler de gecikerek de olsa çok ciddi bir pay aldılar. Piyasalaşma sürecinde hekimler ilk olarak finansal alanda denetim ve özerkliklerini yitirdiler. Sosyal güvenlik kapsamında erişilen sağlık hizmetlerinin daraltılması, temel teminat paketinin giderek küçültülmesi hekimlerin klinik özerkliklerine yapılan müdahale ile gerçekleştirildi. Hastalık tedavi protokolleri, sağlık uygulama tebliğleri, bütçe uygulama talimatları, global bütçe uygulamaları ile klinik özerkliğe ciddi bir saldırı gerçekleştirildi. Hekimlerin bilgi birikimleri ve deneyimlerini, tıbbın olanakları ve hastanın gereksinimleriyle buluşturarak uyguladıkları hekimlik sanatı erozyona uğramaya, giderek yok olmaya başladı. Az sayıda hekim sağlık hizmeti üretim araçları mülkiyetine sahip olarak kapitalistleşirken çok sayıda hekim de sermayenin gerçek denetimine tabi olarak proleterleşmekteydi (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Bu iç kutuplaşma süreci hekimlerin de kendi içlerinde farklılaşmalarına, parçalanmalarına, kolektif bir bakış açısından uzaklaşmalarına yol açmaktaydı. Hekimler kişisel çıkarları, sosyal hakları ve mesleki değerleri arasında sıkıştırıldılar. Uygulanan performansa dayalı ücret rejimi ekip dayanışmasını parçalayan, hekimi hekime rakip kılan, hekimi ekibin üyesi

olan farklı sağlık emekçilerine yabancılaştıran, adeta düşmanlaştıran, insani ilişkileri zedeleyen bir işlev gördü.

On yıllardır Türk Tabipleri Birliği tarafından sürdürölen mücadele sürecinin devamlılığı içinde İyi Hekimlik, Nitelikli Sağlık Hizmeti ve Sağlık Hakkı İçin Çok Ses Tek Yürek mücadele kampanyası bu arka planın üzerine inşa edildi. Var olan durumun bütönlöklü analizi, geleceğe ilişkin öngöröler üzerine nasıl bir mücadele kurgulanması gerektiği tartişıldı. Mücadelenin temel bileşenleri demokratikleşme ve bariş, sağlık hakkı ve özlük hakları olarak belirlendi.

Öncelikle kendi içinde parçalanmış, farklı alanlarda yalnızlaşmış ve birbirine yabancılaşmış hekimlerin özne koşullarında sorunlarını kavrayan ve gündeme taşıyan çok bileşenli ve aşamalı bir süreç izlendi. 44 ilde hekimlerle toplantılar düzenlendi, hekimler bu toplantılarda sorunlarını ve taleplerini dile getirdiler. Hekimlerin önemli bir bölümünün mutsuz ve umutsuz olduğu saptaması yapıldı.

Kampanya Türkiye Büyük Millet Meclisinde sağlık bütçesinin görüşüldüğu gün başlatıldı. Sermayeye değil sağlığa bütçe ifadesi ile somutlaşan talepler dile getirildi. Tıp faköltelerine uygulanan ekonomik baskılar yoluyla el konulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, uzmanlık eğitimi ile ilgili sorunlar, özel sektörde sözleşmeli çalışma yaşamının sorunları, hekime yönelik şiddetin görünür kılınması, ceza ve tutukevlerinde sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerine erişim bu kampanyanın bileşenleri idi.

Kampanyanın kavramsal çerçevesi beş temel talep üzerine oturtulmuştu. İş güvencesi, gelir güvencesi, can güvencesi, mesleki bağımsızlık ve sağlık hakkı. İlk dört talep atomlarına parçalanmış hekimlerin üzerinde uzlaşacakları olmazsa olmaz temel kavramlardı. Sağlık hakkı talebi ise hekimlerin mücadelesinin halk ile buluşmasını sağlayacak kilit kavramdı. Türk Tabipleri Birliği 65 Tabip Odasını ve 97 Uzmanlık Derneğini yaptığı toplantılarla bu mücadelenin bileşenini olmaya çağırdı.

Türk Tabipleri Birliği çatısı altında bu mücadele süreci örölürken, sağlık alanındaki emek ve meslek örgütleriyle de birliktelik ve dayanışma sağlanması amacıyla toplantılar yürütöldü. Yalıtılmış ve hekimlerin özlük hakları taleplerine indirgenmiş bir yaklaşım yerine, taşeron şirketlerin temizlik işçilerinden uzun saatler çalışmaya zorlanan radyoloji teknisyenlerine, hemşirelerden sosyal hizmet uzmanlarına, laboratuvar teknisyenlerinden diş hekimlerine, eczacılardan hekimlere dek uzanan bir yelpazede tüm sağlık çalışanlarını kapsayan ve birlikte mücadele etmeye çağırın bir yaklaşım izlendi.

17 Sağlık emek ve meslek örgütünün çağrısıyla 13 Mart 2011'de Ankara'da Çok Ses Tek Yürek mitingi düzenlendi. Miting ölkemiz tarihindeki en coşkulu ve katılımlı sağlık çalışanları mitingiydi. 30 bin sağlık çalışanı haklı taleplerini dile getirdiler. Bu taleplerin görölmemesi, duyulmaması durumunda üretimden gelen güçlerini kullanacaklarını da hep birlikte seslendirdiler. Sağlık alanındaki on emek ve meslek örgütünün çağrısıyla



19-20 Nisanda bir GÖREV etkinliği planlandı. Ama Nisan ayı aynı zamanda birden çok tıp fakültesinde özellikle asistan hekimlerin iş bırakma eylemlerine tanık oldu.

İki günlük GÖREV etkinliği hekimlerin % 80'inden fazlasının çalıştığı illerde büyük bir coşku ve katılımı gerçekleştirdi. Acil hizmetler dışında tüm hizmetlerin durdurulduğu bu süreçte halk da sağlık hizmeti talep etmeyerek büyük bir destek verdi.

Mücadelenin stratejik hedefleri sağlığın ticarileştirilmesinin, özelleştirilmesinin, güvencesiz çalışma biçimlerinin, emek sömürsünün ortadan kaldırılmasıdır. Stratejik hedef sağlığın anayasal bir hak olması, genel bütçeden finanse edilerek, eşitlikçi, erişilebilir, nitelikli ve ücretsiz bir biçimde kamu tarafından sunulmasıdır. Kapitalizmin krizinin her boyutuyla emekçilere yüklendiği bir dönemde bu mücadelenin uzun soluklu olması ve bu hedeflere ulaşana dek sürmesi kaçınılmazdır.

**Anahtar kelimeler:** Neoliberal Politikalar, Sağlık Hakkı, Güvencesiz Çalışma, Türk Tabipleri Birliği, Çok Ses Tek Yürek

### **Kaynakça:**

1. Harvey, D. (2007) A Brief History of Neo-liberalism, Oxford: Oxford University Press.
2. Karahanoğulları, O. (2004), Kamu Hizmeti, Ankara: Turhan.
3. Özügürlü, M. (2003) "Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu", Mülkiye Dergisi, C.27, S.239, s.59-75.
4. Boratav, K. (2011) "Hak Mücadeleleri ve Ekonomi" Kuramsal ve Tarihsel Boyutlarıyla Hak Mücadeleleri cilt I, s.153-164, Nota Bene Yayınları.
5. Çıdamlı, Ç. (2011) "Kamusal Alanın Dönüşümü Sorunu Devrimci Bir Sorundur" Kuramsal ve Tarihsel Boyutlarıyla Hak Mücadeleleri cilt I, s.241-252, Ankara: NotaBene Yayınları.
6. Braverman, (2008) Emek ve Tekelci Sermaye, İstanbul: Kalkedon.
7. Ünlütürk Ulutaş , Ç. (2011) Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Ankara: NotaBene Yayınları.

## **“Many Voices-One Heart” Struggle Campaign for Good Medicine, Good Quality of Health Care and Health Right**

*Feride Aksu-Tanik, MD, Professor, Secretary General of Turkish Medical Association, Ankara, Turkey. E-mail: [ferideaksu59@gmail.com](mailto:ferideaksu59@gmail.com)*

Neoliberal theory based on the idea of the maximization of the size and the frequency of market mobilities and tries to include all human activities in the efficiency area of the market (Harvey, 2007). The last 30 years have passed by witnessing the structural crisis of capitalism and the results of the neoliberal policies which are brought as a solution to the crisis and struggle against the neoliberal policies.

Breton Woods and the extensions such as IMF, WB and WTO; commercialized whatever was public and created the ways to transfer the burden of the structural crisis of capitalism from the capital to the workers. Through the Washington Consensus between IMF and WB, the structural adaptation programs of IMF, the GATS and TRIPS agreements of WTO all of the services reorganized according to market economy, while the state withdraw from public responsibilities. The state is transformed into a corporation.

Like the other sectors the results of these changes in health sector were evident. The facts which make health care a public service were; health service was given by the state as a citizen's right and out of the rules of production relations (Karahanoğulları, 2004). In other words health should be organized out of the Meta relations (Özüğurlu, 2003). But the process was not evolved in that way. The health reform of World Health Organization implemented with the name of transition in health. Reform aimed to eliminate all of the instruments and implementations which protect the working class from the economical power of the capital (Boratav, 2011). In the field of health it has realized in two ways; in one hand the health services were adopted to market and commercialized. The extent of the accessible health care provided by the social insurance system became narrow and health was no more a citizen's right.

On the other hand the neoliberal policies have changed the working life of the health workers fundamentally. From production relations to modes of employment, in a very broad spectrum health workers lost their social rights. Health work force was treated in global market and the surplus created by the workforce was sequestered and this is legitimated under the right of possession and trade (Çıdamlı, 2011). Through flexible working, insecurity and subcontracting the exploitation of the work force became more evident. Health workers became strangers to each other and to their work. In a way they have been atomized and isolated. In a society based

on the trade of the work force the division of the craft makes the price of each piece lower (Braverman, 2008). Impoverishment of the health work force in Turkey took place in that framework.

Unlimited hegemony foresights of the selling of work force to capitalist with an individual labor contract (Boratav, 2011). Within this framework human labor sold through auctioning. Health workers signed contracts with subcontractor firms. They were losing their security while they were forced to work for a cheaper salary. Nowadays the fields of production and reproduction are commercialized and health workers are faced with unemployment and insecurity. The effectiveness, efficiency, profit making criteria is used as a tool of control and if these criteria are not met the contracts of health workers would not be renewed. This proves that, in fact health workers work by force (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Health workers agreed to longer working hours, heavier workload because of the threat of losing their work. Either permanent or contractual, for health workers the labor processes were not constructive. Labor regime was based on hegemony for the permanent health workers, despotic labor regime implemented for the contractual health workers (Yücesan Özdemir, 2008). Work life in health sector transformed from independency to dependency, from qualified and high prestigious roles to lesser prestigious roles, from economic prosperity to poverty (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Although later, the physicians got a very serious share from the transition process of the labor. Within the commercialization process they have lost their financial control and autonomy. The accessible health care given by the social insurance system became less through the intervention to the clinical autonomy of the physicians. Treatment protocols, written notices of the social insurance system about the coverage of the health package, global budget were the assaults to the clinical autonomy of the physicians. The art of medicine which brings the knowledge and experience of the physician, the possibilities of medicine and the needs of the patient together, started to disappear. While very few physicians were becoming capitalists, many of them have gone under the control of the capital and became proletarian (Ünlütürk Ulutaş, 2011). This internal polarization process differentiated physicians, dissolved them and they fell apart from solidarity. Physicians are compressed between their personal benefits, social rights and professional values. The team solidarity is broken by the performance based payment, made the physicians rival to each other, made the physicians stranger, even enemy to other health workers. It destroyed human relationships in health team.

The campaign of “many voices - one heart for good medicine, good quality of health care, health right” based on that background and the struggle of Turkish Medical Association (TMA) which has been carried out since decades. A holistic analysis of the actual conditions and foresight of the future have been made and the main components of the struggle were defined as democratization and peace, health right and personnel rights.

Physicians were fragmented, isolated and became strangers to each other. For that reason the struggle campaign based on different components and stages in order to understand, comprehend the subjective needs of the physicians and to put them on the agenda. Meetings organized in 44 cities, in which physicians discussed their problems. Majority of the physicians were unhappy and hopeless.

Campaign started at the date that the National Assembly was discussing the health budget. Budget for health not for the capital was the statement. The components of the campaign were: the economical constraint on medical faculties, commercialization of primary care, the problems of specialization training, problems of contractual working in private sector, violence against health workers, the health right in prisons.

The conceptual framework of the campaign based on five demands: Job security, income security, protection from violence against health workers, professional autonomy, health right. The first four demands were the basic concepts that the fragmented physicians would agree on. Health right demand was the key word to bring the health workers and the people together. TMA made a call to 65 Chambers of Medicine and 97 Specialty Associations in order to become a part of this struggle.

While this struggle was building up in TMA, several meetings with the other health workers' unions and associations in order to improve unity and solidarity. Instead of a reduced to the demands of the physicians approach, the campaign invited all of the health workers including the cleaning workers, nurses, dentists, pharmacists, laboratory technicians, social workers to struggle together.

17 trade unions and Professional associations of health workers made an invitation for a mass meeting on 13th of March in Ankara. Many Voices – One Heart mass meeting was the most enthusiastic and participative health workers meeting. 30 thousand health workers declared their demands. If their demands would not see, would not hear by the authorities, they declared that they will use their productive power. The invitation of the general strike of the health workers made by ten unions and associations and planned for 19-20th of April. At the same time there were many regional strikes especially made by the research assistants.

The two days strikes have taken place in the cities where the 80% of the physicians were working. Except the emergencies health care is not given and the people supported the strike by not admitting the hospitals.

The strategic goals of the struggle are eliminating the commercialization, privatization of health care and the insecure modes of employment and the exploitation of labor. The strategic goals of the struggle are to make sure that health is a constitutional right and health care should be financed by the general taxes and should be provided by public sector. Health care should be equal, accessible, good quality and free. The burden of the crisis

of capitalism is put on the shoulders of the workers. The struggle should be continued till the goals have been reached.

**Keywords:** Neoliberal Policies, Health Righth, Insecure Modes of Work, Turkish Medical Association, Many Voices One Heart

### References:

1. Harvey, D. (2007) A Brief History of Neo-liberalism, Oxford: Oxford University Press.
2. Karahanoğulları, O. (2004), Kamu Hizmeti, Ankara: Turhan.
3. Özüğurlu, M. (2003) “Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu”, Mülkiye Dergisi, C.27, S.239, s.59-75.
4. Boratav, K. (2011) “Hak Mücadeleleri ve Ekonomi” Kuramsal ve Tarihsel Boyutlarıyla Hak Mücadeleleri cilt I, s.153-164, Nota Bene Yayınları.
5. Çıdamlı, Ç. (2011) “Kamusal Alanın Dönüşümü Sorunu Devrimci Bir Sorundur” Kuramsal ve Tarihsel Boyutlarıyla Hak Mücadeleleri cilt I, s.241-252, Ankara: NotaBene Yayınları.
6. Braverman, (2008) Emek ve Tekelci Sermaye, İstanbul: Kalkedon.
7. Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011) Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Ankara: NotaBene Yayınları.

# **Uluslararası Kar Etme Barbarlığını Defetmek İçin Uluslararası Bir Harekete İhtiyaç Var: Halkın Sağlığı Hareketi Bakış Açısı**

*Alexis Benos, Hekim, Profesör Dr., Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

Neoliberal ideoloji, iz bırakan bir etkiye sahip kar amaçlı politikalarını dünyanın her yerinde dayatmaktadır.

Yapısal uyum politikaları, aşırı tutucu bir tutarlılıkla uluslararası ölçekte kopyalanıp uygulanmaktadır. Maliyet kontrolü, tasarruf, kamu sektörünün yok edilmesi ve özelleştirmeler, dayatılan politikaların tüm ülkelerdeki ana özellikleridir.

Küresel sağlık politikalarından sorumlu uluslararası organların yapıları ve politikaları, büyük sermayenin, özellikle çokuluslu büyük ilaç şirketlerinin egemenliğindedir.

Düşük ve orta gelirli ülkeler, uluslararası karar organları tarafından yıkıma sürüklenmekte ve görmezden gelinmektedir. Beyin göçü, iyi eğitilmiş meslek sahiplerini geliştirmekte olan yoksul ülkeler tarafından karşılanan eğitim giderlerinden kaçınan varlıklı ülkelerde çalıştırmayı sağlayan önemli bir mekanizma haline gelmektedir. Dolayısıyla, piyasa güçlerinin, toplumu yeni bir barbarlık çağına sürükleyen bir uluslararası eşgüdümle karlarını arttırdıkları görülmektedir.

Barbarlığa giden bu yolu kesmenin tek yöntemi, yerel, ulusal ve uluslararası politikaların oluşturulmasında en önemli öncelikler olarak adalet ve sürdürülebilir gelişimin yanında sağlığı destekleyen uluslararası bir hareketin oluşturulmasıdır.

Sağlığı sosyal bir hak olarak savunan, halkın etkin katılımının olduğu bir hareket. Bu, sağlık için verilen savaşımın yalnızca sağlık meslek örgütlerinin sorunu olmadığına, uluslararası hareketin politik gündeminde de bir öncelik oluşturması gerektiğine işaret eden önemli ve stratejik bir özelliktir.

Bu, Aralık 2000'de Bangladeş, Savar'da yapılan birinci Halkın Sağlığı Asamblesi'nden sonra tüm dünyada etkinliklerini sürdüren Halkın Sağlığı Hareketi'nin (HSH) bakış açısıdır.

HSH, "eşitsizlik, yoksulluk, sömürü, şiddet ve adaletsizliği, önlenemez sağlık sorunlarının temel nedeni olarak tanımlamaktadır" ve bu nedenle, sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin eylemlerine önem vermektedir. HSH, sağlık politikaları gibi, Alma Ata vizyonunun yeniden canlandırılması ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti odaklı, halkın sağlık gereksinimlerine yanıt veren,

kamunun demokratik denetimindeki sağlık hizmetlerinin uygulanması için savaşım vermektedir.

Günümüzde, kar etme çabalarının acımasız saldırıları daha da şiddetli ve baskıcı olmaya başlamışken, bu politik ve ekonomik sistemi ve onun değerlerini ve ideolojisini yok etmeyi amaçlayan uluslararası bir hareket de, önemli bir zorunluluk haline gelmektedir. Güney Afrika, Cape Town'da gerçekleştirilecek Üçüncü Halkın Sağlığı Hareketi Asamblesi'ne giden yol, bu bakış açısı doğrultusunda önemli bir adım olabilir.

**Kaynakça:**

1. <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/PHA3Brochure.pdf>

## ***International Profit Making Barbarism Needs an International Movement to Overthrow It: The People's Health Movement Perspective***

*Alexis Benos, Professor, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greece. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. E-mail: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

The neoliberal ideology is imposing its profit targeting policies with an impressioning efficiency all over the world.

The policies of structural adjustment are copied and implemented internationally with a fundamentalist consistency. In all countries cost containment, austerity, dismantlement of the public sector, privatizations are the main characteristics of the imposed policies.

The structures and policies of the international bodies responsible for the global health policies are dominated by the big capital and especially by large transnational pharmaceutical corporations.

The low and middle income countries are devastated and ignored by the international decision bodies. Brain drain is becoming an important mechanism to recruit well trained professionals in the wealthy countries avoiding the training expenses that are covered by the poor developing countries. It seems therefore that the market forces are promoting their profits with an international coordination that is driving human society to a new era of barbarism.

The only way to stop this route to the barbarism is the development of an international movement promoting health along with equity and sustainable development as top priorities in local, national and international policymaking.

A movement with the active involvement of the population defending health as a social right. This is a crucial and strategic characteristic that implies that the struggle for health is not only an issue of the health professional organizations but has to become a priority on the political agenda of the international movement.

This is the vision of People's Health Movement which is expending its activity all over the world after its first People's Health Assembly held in Savar, Bangladesh in December 2000.

PHM "identifies inequality, poverty, exploitation, violence and injustice as the roots of preventable ill-health" and is therefore stressing its activities in the social determinants of health. As for health policies PHM is struggling for the revitalization of the Alma Ata vision and the implementation of



Primary Health Care centred, public and democratically controlled health services responding to the health care needs of the population.

Nowadays, as the ruthless offensive of the profit making interests is getting even more aggressive and oppressive, the need of an international movement aiming to overthrow this political and economic system and its values and ideology, is becoming a crucial necessity. The way to the Third People's Health Assembly to be held in Cape Town, South Africa on July 2012 could be an important step towards this perspective.

### **Bibliography**

1. <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/PHA3Brochure.pdf>

# Tıp, Halk Sağlığı ve Bir İmparatorluğun Sonu mu? Alternatif bir Geleceğin İnşası

Howard Waitzkin, Hekim, PhD., New Mexico Üniversitesi. Albuquerque, New Mexico, ABD. E-posta: [waitzkin@unm.edu](mailto:waitzkin@unm.edu)

Rebeca Jasso-Aguilar, MA. New Mexico Üniversitesi. Albuquerque, New Mexico, ABD.

**Arka plan:** Halk sağlığı ve sağlık hizmetleri, imparatorluğun yükselişi ve ardından gelen çöküşü sırasında önemli rol oynamıştır.

**Amaç:** Bu rolleri eleştirel olarak açıklamak ve yorumlamak.

**Yöntemler:** Tarihsel ve çağdaş kaynakların eleştirel olarak incelenmesi; imparatorluğa karşı savaşımara ve daha ilerici alternatiflere ilişkin katılımcı gözlemleri.

**Bulgular:** Tarihsel ve çağdaş imparatorluğun temel bir özelliği, az gelişmiş ülkelerden ekonomik olarak egemen olan ülkelere akan ham madde ve insan sermayesinin özütlenmesini kapsar. Az gelişmiş ülkelerde "sağlığın az gelişmişliği", doğal ve insani kaynakların bu biçimde tükenişinin kaçınılmaz sonucudur. İmparatorluk aracılığıyla, şirketler aynı zamanda ucuz işgücü aramışlardır. İşçilerin verimliliği, ABD'de büyüyen endüstrilerle yakın bağları olan hayırseverler tarafından yurtdışından desteklenen halk sağlığı programlarının önemli bir hedefi haline gelmiştir. İmparatorluğun bir diğer zorlaması, tıbbi ürünler de dahil olmak üzere, egemen ülkelerde üretilen ve daha az gelişmiş ülkelere satılan ürünler için yeni pazarlar yaratılmasıyla olmuştur. İmparatorluk, uluslararası sınıf ilişkilerini pekiştirmiş ve tıp da bu olguya katkıda bulunmuştur. Resmi sömürgeciliğin gerilemesinden sonra bile, imparatorluk yapısı, bazı askeri fetih yöntemlerini gerçekleştirmek üzere birçok kez ekonomik egemenliğin ötesine uzanmış; iyicil özelliklerine karşın, tıp da bu tür askeri çabalara katkı sağlamıştır.

İmparatorluk, halk sağlığı ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiler, kilit önemdeki bazı aracı kuruluşlar kanalıyla yürütülmüştür. İmparatorluğun yükselişi sırasında, hayır kuruluşları, büyüyen kapitalist işletmelerin karşılaştığı çeşitli sorunların (işgücü verimliliği, yatırımcıların ve yöneticilerinin güvenliği ve bakım maliyetleri) üstesinden halk sağlığı girişimleri aracılığıyla gelmeye çalışmıştır. *Uluslararası finans kuruluşları ve ticaret anlaşmaları*, sonunda, başlangıçtaki yalın durumlarından, halk sağlığı ve dünya genelinde sağlık hizmetleri üzerinde derin etkileri olacak dev bir ticari kurallar yapısına dönüşmüştür. *Uluslararası sağlık örgütleri*, ticareti korumaya çalışan kurumlarla sürekli bir işbirliği ortaya koymuşlardır.

21. yüzyılda koşullar değişmiş, imparatorluğun olmadığı bir dünya vizyonu hayal edilebilir geleceğin bir parçası haline gelmiştir. Dünya genelinde neo-liberalizm ve özelleştirmeye karşı çeşitli savaşımara, halk seferberliğinin

meydan okuyuşunu göstermektedir. Bu savaşımın yanı sıra, birçok ülkedeki gruplar, alternatif halk sağlığı ve sağlık hizmeti modelleri oluşturma yönünde harekete geçmişlerdir. Çünkü imparatorluk, en azından bizim bildiğimiz kadarıyla son bulmuş, -özellikle Latin Amerika'da- bu çabalar, kapitalizm ve imparatorluk tarafından beslenen tarihsel kalıpların ötesine geçmiştir.

Son on yılda araştırmacılar ve eylemciler olarak içinde yer aldığımız çeşitli halk mücadeleleri çözümlenmektedir. Bu mücadeleler, Meksika, Venezuela, Uruguay ve Brezilya'da kamu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönündeki çabaların yanı sıra, El Salvador'da sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine ve Bolivya'da su kaynaklarının özelleştirilmesine karşı direnişi kapsamaktadır. Bu tür senaryolar, imparatorluk ve sağlık arasındaki tarihsel ilişkinin resminden çok farklı bir resmi, imparatorluğun halk sağlığı politikalarına karşı dünya halklarının azalan hoşgörüsünü ve karlılıktan çok dayanışmaya dayanan halk sağlığı sistemlerine yönelik büyüyen bir talebi gösteren bir resmi yansıtmaktadır.

Halk sağlığı ve tıp alanındaki emperyal politikalara karşı sürdürülen direnişin patlak verdiği ilk örneklerden biri, 1990'ların sonunda El Salvador'da gerçekleşmiştir. Bu mücadele, o tarihte El Salvador'da iktidarda olan sağcı siyasi parti ile işbirliği içinde Dünya Bankası (DB) tarafından başlatılan özelleştirme politikalarına odaklanmıştır. El Salvador'da sağlık hizmetlerinin ve kamu sağlık sisteminin özelleştirilmesine karşı direnme çabaları, Latin Amerika'nın başka yerlerindeki benzer toplumsal hareketlere bir model olarak ortaya çıkmıştır. El Salvador örneği, aynı zamanda, 21. yüzyılın başlarında dünya genelinde birçok ülkede ortaya çıkacak olan, emperyal politikaların sürekli bir direnişle karşılaşması gibi benzer süreçleri de açıklamaktadır.

Temiz su kaynaklarının ulaşılabilirliği, tüm dünyada temel bir halk sağlığı hedefi olarak ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, kirlenmiş su kaynakları enfeksiyöz ve çevresel hastalık salgınları yaratmış, özellikle bu tür salgınlar kurumsal finansal yatırımları tehdit ettiğinde hayır kurumları ve uluslararası sağlık örgütleri halk sağlığı kampanyalarına yönelmişlerdir. Öte yandan, niyetleri arasında suyun özel bir meta olarak satışı da bulunan büyük şirketlerin kamuya ait su kaynaklarının özelleştirilmesi arayışına girmesinde olduğu gibi, dünyanın azalan temiz su kaynakları şirketlerin karı açısından yeni bir kar alanı olarak ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, Bolivya'da suyun özelleştirilmesine karşı gerçekleştirilen uzun dönemli direniş, daha önce marjinalleştirilmiş halkın, önemli bir halk sağlığı kaynağını metalaştırmak isteyen güçlü kurumsal baskılara karşı bir mücadeleyi kazanabilecek biçimde nasıl örgütlenebileceğini göstermektedir.

Mexico City Federal Bölgesi'nde, ilerici bir yönetimin seçilmesiyle bağlantılı olan ve Latin Amerika sosyal tıbbından etkilenen yeni cesur sağlık politikaları, olası alternatif bir bakış açısının, genel sosyopolitik değişim koşullarında neleri başarabileceğini yansıtmaktadır. Mexico City yönetimi tarafından halk sağlığını ve tıbbi hizmetleri iyileştirmeye yönelik iki önemli

program başlatılmıştır. İlk olarak, Gıda Desteği ve Yaşlılar için Ücretsiz İlaç Programı, yaşlıların tümüne yeni bir toplumsal hak sağlayan bir toplumsal kurum oluşturmuştur. İkinci girişim olan Ücretsiz Sağlık Hizmeti ve İlaç Programı, Mexico City'de yaşayan ve daha önce sigortaları bulunmayan kişileri kamu sigortası kapsamını almıştır. Mexico City hükümetinin, yönetimin savurganlığına ve yolsuzluğa son verme kararlılığı, bu programların finansmanı olanaklı kılmıştır.

İmparatorluk ve neoliberalizmin tarihsel varsayımlarını kabul etmeyen alternatif bakış ve politikaların ortaya çıkışı dünya genelinde gerçekleşmiştir. Pek çok örnek arasında Venezuela, Uruguay ve Brezilya'daki son olaylar, halk sağlığı ve tıbbı yeni yaklaşımların çok yönlü betimlemesini yansıtmaktadır. 21. yüzyılın başlarında bu tür çabaların artarak gerçekleşmesi, imparatorluk, tıp ve halk sağlığı arasındaki tarihsel bağların çözülmüş olduğunu ve ortaya çıkan bu yörüngenin tersine çevrilmesinin güç olacağını açık bir biçimde anlatmaktadır.

ABD'de bir ulusal sağlık programı oluşturmaya yönelik birçok girişimin sonucusu, Başkan Barack Obama'nın, son derece tartışmalı Hastaları Koruma ve Karşılabilir Sağlık Hizmeti Yasası (PPACA)'nın Mart 2010'da yasalaşması ile sonuçlanan çabalarını içermektedir. PPACA, şaşırtıcı olmayan bir biçimde, sigortasız ve düşük sigortalı kişilerin tedavilerinin karşılığı olan önemli ölçüde arttırılmış kamu ödemeleri yoluyla özel sigorta endüstrisinin korunması ve güçlendirilmesini öngörmüştür. Tek yükümlünün bulunduğu yaklaşımla PPACA arasındaki karşıtlık, dünya genelinde görülen kamu sektörü ile piyasa temelli reform önerileri arasındaki karşıtlığa benzemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde siyaset ve ekonomi elitleri, özel sağlık sigortası, ilaç ve tıbbi aygıt satan çokuluslu şirketler için yatırım fırsatlarını ve karlılığı arttırmanın bir yolu olarak piyasa temelli reformu desteklemişlerdir. Bu şirketlerin ve DB gibi uluslararası finans kuruluşlarının liderliğinde savunulduğu gibi, bu piyasa temelli önerilerle, özel sektörün kurumsal büyümesine mali destek sağlamak için kamu sektörü kaynakları, çoğunlukla hedef ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemleri kullanılmak istenmiştir. Çünkü, PPACA çok büyük bir olasılıkla evrensel erişim ve maliyet denetimi hedeflerini gerçekleştirilmede başarısız olacak, tek yükümlü ilkesine dayanan bir kamu sektörü ulusal sağlık programı oluşturmaya yönelik düzenlemeler sürecektir.

**Sonuçlar:** Burada üzerinde durulan mücadeleler, halk sağlığının bazı temel ilkelerini doğrulamaktadır: Sağlık hakkı, suya ve güvenli bir çevrenin diğer bileşenlerine ilişkin hak, eşitsizlik ve hastalık ve erken ölümün toplumsal belirleyicileri gibi hastalık yaratan koşulların azaltılması. Örnek vermek gerekirse, devlet tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine ve temiz su kaynaklarına uygun maliyetlerle erişim, dünya genelindeki eylemlerin odağı haline gelmiştir.

Bu tür mücadeleler, tabanda örgütlenme ve toplulukların seslerinin duyulması ve politika belirlemede dikkate alınması hakkı ilkesini bir kez

daha doğrulamaktadır. Bu eylemler vatandaşlığa ilişkin saygınlık anlayışını geliştirir. Neoliberalizme ve özelleştirmeye alternatif arayışında olan eylemler, farklı toplulukların katılımını, dayanışmanın vurgulanmasını ve geleneksel politik yöntemlere karşı çıkışı özendirir. Bu tür toplumsal hareketler yoluyla, devlet ve sivil toplum dönüşürken, neoliberalizme karşı mücadele verilir. Bu halk s mücadeleleri ve örgütlü direniş, küresel kapitalizmin ve imparatorluğun sömürücü uygulamalarına tepkidir, ama aynı zamanda bu uygulamaların ötesine geçer. Sivil toplum tarafından gerçekleştirilen kitle seferberliğı, imparatorluğu besleyen belirli anlayışların açıklığa kavuştuğı ve kabul edilemez hale geldiğı karşı-egemen alanlar açar.

Buradaki güçlük, bu karşı-egemen alanları daha kapsamlı toplumsal değışim yönünde genişletebilecek eylem stratejileri geliştirmektir. Toplumsal hareketlerin açıkladığımız bir amacı, yalnızca kazanmak değıl, aynı zamanda toplumsal tartışmayı özendirmek ve siyasal bilinç düzeyini yükseltmektir. Bu yeni bilinç, imparatorluğun kaçınılmazlığını reddeder ve aynı zamanda, metalaştırma ve karlılık yerine adalet ilkeleri etrafında inşa edilmiş bir tıp ve halk sağlığı vizyonunu da besler. İmparatorluk çağı kapanırken, sağlığımıza kavuşmak için başka hiçbir yöntem en temel isteklerimizi yerine getirmeyecektir.

**Anahtar kelimeler:** İmparatorluk, hayır kuruluşları, uluslararası finans kuruluşları, ticaret anlaşmaları, uluslararası sağlık örgütleri, halk seferberliğı, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, suya erişim, Latin Amerika sosyal tıbbı, ulusal sağlık programı, El Salvador, Bolivya, Meksika, Venezuela, Uruguay, Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri.

# ***Medicine, Public Health, and the End of Empire? Building an Alternative Future***

Howard Waitzkin, MD, PhD., E-mail: [waitzkin@unm.edu](mailto:waitzkin@unm.edu)

Rebeca Jasso-Aguilar, MA. University of New Mexico. Albuquerque, New Mexico, USA.

**Background:** Public health and health services have played important roles during the rise of empire and during its subsequent decline.

**Aim:** To clarify and interpret critically these roles.

**Methods:** Critical review of historical and contemporary literature; participant observations in struggles against empire and for more progressive alternatives.

**Results:** One basic feature of historical and contemporary empire involves the extraction of raw materials and human capital, which have moved from less developed nations to economically dominant countries. "Underdevelopment of health" in the less developed countries follows inevitably from this depletion of natural and human resources. Through empire, corporations also have sought a cheap labor force. Workers' efficiency became one important goal of public health programs sponsored abroad by philanthropists closely tied to expanding industries in the United States. Another thrust of empire has involved the creation of new markets for products, including medical products, manufactured in dominant nations and sold in less developed countries. Empire has reinforced international class relations, and medicine has contributed to this phenomenon.

Even after the decline of formal colonialism, empire building frequently has gone beyond economic domination to encompass some forms of military conquest; despite its benign profile, medicine has contributed to such military efforts.

The connections among empire, public health, and health services have operated through several key mediating institutions. During the rise of empire, *philanthropic organizations* sought to address through public health initiatives several challenges faced by expanding capitalist enterprises: labor productivity, safety for investors and managers, and the costs of care. From modest origins, *international financial institutions* and *trade agreements* eventually morphed into a massive structure of trade rules that would exert profound effects on public health and health services worldwide. *International health organizations* manifested an ongoing collaboration with institutions that sought to protect commerce and trade.

Conditions during the 21st century have changed to such an extent that a vision of a world without empire has become part of an imaginable



future. Throughout the world, diverse struggles against neoliberalism and privatization illustrate the challenges of popular mobilization. In addition to these struggles *against*, groups in several countries have moved to create alternative models of public health and health services. Because empire, at least as we have known it, has ended, these efforts -- especially in Latin America -- have moved beyond the historical patterns fostered by capitalism and empire.

We analyze several popular struggles in which we have been involved during the past decade as researchers and activists. These struggles include resistance against the privatization of health services in El Salvador and against the privatization of water supplies in Bolivia, as well as efforts to expand public-sector health services in Mexico, Venezuela, Uruguay, and Brazil. Such scenarios convey a picture very different from that of the historical relation between empire and health - a picture that shows a diminishing tolerance among the world's peoples for the public health policies of empire and a growing demand for public health systems grounded in solidarity rather than profitability.

One of the first outbreaks of sustained resistance to imperial policies in public health and medicine took place during the late 1990s in El Salvador. This struggle focused on privatization policies initiated by the World Bank, in collaboration with a right-wing political party that ruled El Salvador at that time. Efforts to resist privatization of health services and the public health system in El Salvador emerged as a model for analogous social movements elsewhere in Latin America. The example of El Salvador also illustrated similar processes that were to occur in many other countries throughout the world during the early 21<sup>st</sup> century, as imperial policies met with sustained resistance.

Availability of clean water supplies has emerged as a fundamental goal of public health throughout the world. On the one hand, contaminated water supplies have generated epidemics of infectious and environmental diseases, which philanthropic foundations and international health organizations have targeted in public health campaigns - especially when such epidemics have threatened corporate financial ventures. On the other hand, the world's declining supplies of fresh water have emerged as a new frontier for corporate profit, as major corporations whose intent involves selling water as a private commodity have sought to privatize public water sources. In this context, the long-term resistance against privatization of water in Bolivia shows how a previously marginalized population can organize to win a struggle against powerful corporate forces that seek to commodify a critical public health resource.

Bold new health policies, linked to the election of a progressive government in the Federal District of Mexico City and influenced by Latin American social medicine, illustrate what an alternative vision of the possible can accomplish under conditions of broad sociopolitical change. Two major programs initiated by the Mexico City government aimed to

improve public health and medical services. First, the Program of Food Support and Free Drugs for Senior Citizens, created a social institution that granted all senior citizens a new social right. A second initiative, the Program of Free Health Care and Drugs, brought public insurance coverage to previously uninsured residents of Mexico City. Financing these programs proved possible due to the Mexico City government's commitment to curb administrative waste and corruption.

The emergence of alternative visions and policies that do not accept the historical assumptions of empire and neoliberalism has occurred worldwide. Among many examples, recent events in Venezuela, Uruguay, and Brazil provide a multifaceted picture of new approaches to public health and medicine. The cumulative experience of such efforts during the early 21<sup>st</sup> century clarify that the historical linkages among empire, medicine, and public health have dissolved and that this emerging trajectory will prove difficult to reverse.

In the United States, the latest of many attempts to achieve a national health program involved President Barack Obama's efforts, which resulted during March 2010 in the passage of the highly contested Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA). Unsurprisingly, PPACA called for the preservation and strengthening of the private insurance industry through vastly increased public payments to the industry for the care of uninsured and underinsured people. The contrast between a single payer approach versus PPACA resembles the contrast between public sector versus market based reform proposals that occurred worldwide.

Political and economic elites in the United States supported market based reform as a route to enhance investment opportunities and profitability for multinational corporations selling private health insurance, medications, and equipment. As advocated by the leadership of those corporations and international financial institutions such as the World Bank, these market based proposals sought to use public sector funds, usually in the target countries' social security systems, to subsidize private sector corporate expansion. Because PPACA very likely will fail to achieve its purposes of universal access and cost control, organizing to achieve a public sector national health program based on single payer principles will continue.

**Conclusions:** The struggles considered here confirm certain core principles of public health: the right to health care, the right to water and other components of a safe environment, and the reduction of illness-generating conditions such as inequality and related social determinants of ill health and early death. Affordable access to health care and clean water supplies provided by the state, for instance, has become the focus of activism throughout the world.

Such struggles reaffirm the principle of the right to organize at the grass roots and to have communities' voices heard and counted in policy decisions. This activism fosters a sense of dignity associated with citizenship. Activism that seeks alternatives to neoliberalism and



privatization encourages participation by diverse populations, an emphasis on solidarity, and a rejection of traditional political forms. Such social movements struggle against neoliberalism, as the state and civil society transform. These popular struggles and organized resistance respond to the exploitative practices of global capitalism and empire but also move beyond such practices. Mass mobilization by civil society opens counter-hegemonic spaces, in which the given wisdoms that foster empire become demystified and unacceptable.

The challenge is to develop strategies for activism that can extend these counter-hegemonic spaces to broader social change. A goal of the social movements that we have described is not simply to win but also to encourage public debate and to raise the level of political consciousness. This new consciousness rejects the inevitability of empire and also fosters a vision of medicine and public health constructed around principles of justice rather than commodification and profitability. As the era of empire passes, no other path will fulfill our most fundamental aspirations for healing.

**Keywords:** Empire, philanthropic organizations, international financial institutions, trade agreements, international health organizations, popular mobilization, privatization of health services, access to water, Latin American social medicine, national health program, El Salvador, Bolivia, Mexico, Venezuela, Uruguay, Brazil, United States.

## POSTERLER POSTERS

### ***Türkiye’de Sağlık Reformlarının Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri***

*Nilay Etiler, Doç., Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Kocaeli, Türkiye. E-posta: [nilayetiler@gmail.com](mailto:nilayetiler@gmail.com)*

1990’ların başından beri gündemde olan neoliberal sağlık reformları, 2003 yılında yürütülmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’yle yeni bir döneme girmiştir. Gerek SDP ile gerekse diğer dinamiklerin etkisiyle ortaya çıkan manzaranın özeti sağlığın özelleştirilmesi ve piyasalaştırılmasıdır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin hem örgütlenmesi hem de finansmanında büyük bir değişimler yaşanmıştır. Sağlık sistemi, toplumun zamanla değişen gereksinimlerini karşılamaktan çok küresel kapitalizme uyum amacıyla yeniden düzenlenmiştir. Sonuç olarak toplumun gereksinimleri ile sağlık hizmetinin topluma sundukları arasında önemli bir açığı oluşmuştur. Ortaya çıkan bu boşluk, toplumun sağlık açısından riskli sayılan alt gruplarında daha yıkıcı olarak kendini göstermektedir. Bunlar yoksullar, çocuklar, kadınlar, yaşlılar, göçmenler vb. risk gruplarıdır. Bu çalışmada neoliberal sağlık reformlarının kadın sağlığı üzerine etkilerini saptamayı amaçlamaktadır.

Kadınlar, gerek doğurganlık özellikleri gerekse toplumsal cinsiyet olgusu nedeniyle sağlık hizmetlerinde öncelikli olarak ele alınması gereken bir risk grubudur. Sağlık hizmetleri ise toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sonuçlarını hafifleten bir işleve sahiptir. Kadın sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri olması, bu hizmetlerin entegre bir biçimde sunulmasını, ayrıca her kadına ulaşılabilir olarak örgütlenmesini gerektirmektedir.

Türkiye’de 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un ardından kurulan sağlık ocaklarında, “dar bölgede geniş kapsamlı hizmet” olarak özetlenebilecek entegre sağlık hizmeti sunumu yaklaşımı benimsenmiştir. Buna paralel olarak sağlık ocakları kendi bölgelerinde hem kişiye hem de çevreye yönelik sağlık hizmetlerinden sorumlu kılınmıştır. Sağlık ocaklarında öncelikli hizmetler arasında olan ana-çocuk sağlığı hizmetleri, sigortalı olsun olmasın tüm çocuk ve kadınlara sunulmakta ve sağlık kuruluşuna başvurumaları beklenmeksizin ebelerin yaptığı ev ziyaretleri ile yürütülmektedir.

Bugüne kadar kadın sağlığına en fazla katkı sağlamış kuruluşlar olan sağlık ocakları “reform” sürecinde yerini, ayakta hasta tedavisi ve kişiye yönelik koruyucu hizmetlerden sorumlu olan aile sağlığı merkezlerine bırakmıştır. Ayrıca hizmetten yararlanma konusunda kadının kendisine sorumluluk yükleyen bir yaklaşım hakim olmuştur. Ev ziyaretlerinin yapılmaması sonucunda, hizmetten yararlanma sadece sağlık kuruluşuna başvuru halinde söz konusudur.

Kadının doğurganlığı üzerinde kontrolünü sağlayan gebeliği önleyici yöntem kullanıma bakıldığında eğitime, kırsal-kentsel yerleşime göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Etkinliği oldukça düşük olan geleneksel yöntemler yıllar içinde değişmemiştir. Özellikle sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu doğuda kadınların istedikleri ve sahip oldukları çocuk sayıları arasında dikkat çekici bir farklılık vardır. Kontraseptif malzeme alımının 2004’ten sonra illerde yerel düzeyde yapılmasıyla, yerel yöneticilerin konuya olan ilgisizlikleri yüzünden bazı illerde sorunlar yaşandığı görülmektedir.

Ev ziyaretlerinin yapılmamasının diğer bir yönü, Türkiye’de oldukça yaygın olan aile içi şiddet durumlarında ebelerin kadınlara sağladığı sosyal desteğin de ortadan kalkması anlamına gelmektedir. Bilindiği gibi son yıllarda kadına yönelen şiddet sonucu meydana gelen kadın ölümlerinin sayısı giderek artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin yetersiz kalması zaman içinde bu boşluğun sivil toplum kuruluşları tarafından doldurulmasıyla sonuçlanmıştır. Özellikle ana-çocuk sağlığı sorunlarını gündeme alan bu sivil toplum örgütlerinin sorunlara yaklaşımı hastalığa/duruma özel projeler şeklinde olmaktadır (aile planlaması projeleri vb).Sağlık hizmetlerinin özelleştirmesiyle ortaya çıkan diğer bir sorun da tüm doğumların yarısından fazlasının sezaryen doğumları olmasıdır. Diğer yandan sayıları giderek azalsa da evde doğumlar sağlık personeli yardımı olmadan yapılmaya devam etmektedir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümde kadınlara yönelik hizmetler olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlıktaki bu piyasacı dönüşümün tamamlanması sonrasında yaşanacakların ise daha yıkıcı olacağı şimdiden görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kadın sağlığı, sağlık reformları, özelleştirme, toplumsal cinsiyet, Türkiye.

# ***The Effects of Health Care Reforms on Women's Health in Turkey***

*Nilay Etiler, MD, Associate Professor, Kocaeli University Medical Faculty, Public Health Department. Kocaeli, Turkey. E-mail: [nilayetiler@gmail.com](mailto:nilayetiler@gmail.com)*

Neoliberal health care reform has been taking place in Turkey since the early 1990s. A new era began in 2003 after the introduction of the Health Transition Programme (HTP). This transformation involves privatisation and commercialisation, both of which have occurred as a result of HTP and other market dynamics. Thus, many changes have been observed at the organisational level and in financing health care. The system has been rearranged to adapt to global capitalism instead of reformation according to the needs of the population, which have been changing over time. As a consequence, a big gap occurs between the needs of the population and health care delivery. That gap has some detrimental effects especially for risk groups in the population such as the poor, children, women, immigrants, etc. This paper's objective is to determine the outcomes of neoliberal health reforms on women health.

Women are one of the risk groups with priority in health care. They require special consideration not only because of their fertility role but also their gender roles in society. Health care has a diminishing function on the outcomes of gender inequality. Health services must be presented as integrated and be accessible to woman since health services for women are mostly preventive.

Historically, the primary health care units (PHCU) implemented after the socialization law in 1961 have adopted an integrated approach summarized as "all services in a small area". Maternal and child health services were a priority and the PHCUs were responsible for both individual and environmental prevention in own region. The PHCUs covered everyone without asking for insurance coverage and took care of women and children during home visits by the regions' midwives. But in this transformation period, the PHCUs have been replaced with family health units that are responsible for both outpatient curative care and individual preventive measures (vaccination, screening, etc.) without being integrated. Furthermore, an approach whereby the woman takes responsibility for her own health is now prevalent. Primary health care must now be paid for by users, therefore the new system is expected to be under utilized.

Birth control methods, which allow women to control fertility, have differed according to education and urban/rural area. The traditional methods, known to have lower efficiency, have not changed over the years. A gap between the actual and required number of children has been evident in the eastern region where health care is less available. Since 2004,

contraceptive materials are supplied at a local level instead of by the government. Therefore the supply has failed in many regions. On the other hand, lack of home visits has meant elimination of the social support that was given by midwives in situations such as domestic violence; the number of violence-related deaths among women has increased for recent years.

In an atmosphere of failure of the services that are under the responsibility of the Ministry of Health, some primary health care issues could be dealt with by non-governmental civil organisations in the context of specific programs such as family planning projects.

Within the dynamics of the market and the demand induced by privatisation, caesarean sections now occur for half of all births. On the other hand, home births still take place although the number is decreasing, but most home births are not delivered by health personnel.

In conclusion, the health services available to women have been negatively affected in the sphere of the health care reforms. These effects will be more destructive when the reforms are complete.

**Keywords:** Women's health, health reforms, privatisation, gender, Turkey.

# **2006 başındaki Gazze Şeridi Kuşatması Sonrasında Düşük Doğum Ağırlıklarında Psikososyal, Ekonomik ve Siyasal Gerilim Etmenlerinin Etkisi: Bir Eşleştirilmiş Olgu-Kontrol Çalışması**

Akram Abusalah, Yrd. Doç Dr, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin

E-posta: [asalah@iuqaza.edu.ps](mailto:asalah@iuqaza.edu.ps)

Magda Gavana, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristoteles Üniversitesi. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Yunanistan.

Anna-Bettina Haidich, Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristoteles Üniversitesi. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Yunanistan.

Ashraf El-Jedi, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin  
Yousef Aljeesh, Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin  
Abdalkarim Radwan Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin  
Ahmed Abu Rahmah Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin

Nasser Abu-El-Noor, , Hijyen ve Koruyucu Hekimlik. Gazze İslam Enstitüsü, Filistin

Alexis Benos, Hekim, Profesör Dr., Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristoteles Üniversitesi. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. Yunanistan. E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)

**Amaç:** Düşük doğum ağırlığı (LBW), onyıllardır konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen araştırmalara ve önleme çabalarına karşın, sıkıntı verici bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Psikososyal faktörler, sağlığı iki yoldan - sağlık davranışlarını etkileyerek ve psiko-nöro-endokrin-immün etmenleri içeren doğrudan mekanizmalarla- etkileyen bir grup sağlık riski etmenini kapsar. Bu çalışma, Gazze şeridinde, 2.5 kg.'dan düşük doğum ağırlığının çok çeşitli psikososyal, ekonomik ve siyasal etmenle ilişkisini incelemektedir.

**Yöntem:** Doğum servisi bulunan iki hastanede 1:1 oranında bir eşleştirilmiş olgu-kontrol çalışması yapılmıştır. Katılımcılar Mayıs-Haziran ve Temmuz-Ağustos 2007 dönemlerinde Mbarak Hastanesi ve Shifa Tıp Merkezi'ne başvuranlar arasından sırasıyla seçilmiştir.

**Bulgular:** Yanılığa yol açabilecek ana etmenlere, yani jeo-demografik özellikler (ebeveynlerin eğitimi, mesleği ve konut durumu), BMI (beden kitle endeksi) ve kan bağı etmenlerine ilişkin düzeltmeler yapıldıktan sonra, annenin güvenli olmayan yaşamı (mOR: 3.08; %95 CI: 1.62, 5.85), psikolojik gerilim (mOR: 2.32; CI: 1.21, 4.42), maaş ödemesinin durdurulması (mOR: 5.10; CI: 2.40, 10.8), düşük hanehalkı geliri (mOR:

2.73; %95 CI: 1.20, 6.21), kocanın işsiz olması (mOR: 2.85; CI: 1.39, 5.58), gıda yetersizliği (mOR: 2.54; %95 CI: 1.01, 6.42) ve İsrail şiddetinin yarattığı sıkıntı (mOR: 2.77; %95 CI: 1.53, 5.03) etmenlerinin, belirgin biçimde artmış olan düşük ağırlıkla doğan bebek oranının geçerli kalmasına neden olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Annenin, psikososyal, ekonomik ve siyasal belirleyicilere ilişkin belirli etmenlere maruz kalması, düşük doğum ağırlığıyla bağımsız bir biçimde ilişkilidir.

**Anahtar kelimeler:** Psikososyal, ekonomik, siyasal, stresör, gazze şeridi kuşatması, annenin maruziyeti, düşük doğum ağırlığı.

# ***Impact of Psychosocial, Economic, and Political Stressors on Low Birth Weight following Siege of Gaza Strip in Early 2006: A Matched Case-Control Study***

*Akram Abusalah, Assistant Prof. in Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*E-mail: [asalah@iugaza.edu.ps](mailto:asalah@iugaza.edu.ps)*

*Magda Gavana, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. Greece.*

*Anna-Bettina Haidich, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. Greece.*

*Ashraf El-Jedi1, Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*Yousef Aljeesh, Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*Abdalkarim Radwan, Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*Ahmed Abu Rahmah, Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*Nasser Abu-El-Noor, Hygiene and Preventive Medicine. Islamic University Gaza, Palestine.*

*Alexis Benos, Hekim, Profesör Dr., Hijyen ve Sosyal Tıp Laboratuvarı. Selanik Aristotle Üniversitesi. Yunanistan. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Yunanistan Gözlemevi. E-posta: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

*Alexis Benos, Professor, Laboratory of Hygiene and Social Medicine. Aristotle University of Thessaloniki. Greek Observatory on the Privatization of Health Care. Greece. E-mail: [benos@med.auth.gr](mailto:benos@med.auth.gr)*

**Objective:** Low birth weight (LBW) remains a challenging public health issue despite decades of respective research and prevention efforts. Psychosocial factors compromise a group of health risk factors affecting health via two main pathways – by influencing health behaviors and by direct mechanisms

involving psycho-neuro-endocrine-immune pathways. This study investigates the association of birthweight <2.5 kg (LBW) with a wide range of, psychosocial, economic and political factors at Gaza strip.

**Method:** A matched case-control study in ratio 1:1 was conducted in two hospitals with obstetric services. Subjects were selected during May-June and July-August 2007; from attenders of Mbarak Hospital and Shifa Medical Centre respectively.

**Results:** Maternal exposure to unsafe living (mOR: 3.08; 95% CI: 1.62, 5.85), psychological stress (mOR: 2.32; CI: 1.21, 4.42), suspension of



salary (mOR: 5.10; CI: 2.40, 10.8), low household income (mOR: 2.73; 95% CI: 1.20, 6.21), unemployment of husband (mOR: 2.85; CI: 1.39, 5.58), food defect (mOR: 2.54; 95% CI: 1.01, 6.42) and a fretful feeling ensuing of Israel violence (mOR: 2.77; 95% CI: 1.53, 5.03) retained the significantly increased odds of delivering LBW newborns; after adjustment for principal confounding factors, namely geo-demographic characteristics (parents' education, occupation, and residence), BMI and consanguinity.

**Conclusions:** Maternal exposure to specific factors related to psychosocial, economic and political determinants is independently associated with LBW.

**Keywords:** Psychosocial, economic, political, stressor, siege of gaza strip, maternal exposure, low birth weight

# **Toplu Anlatı Uygulaması, “Yaşamımızı Depresyonun Etkisinden Kurtarma” Şili, Gloria Navales’teki Yaşlıların Ortak Belgesi**

Juan Antonio Bustamante Donoso, Psikolog, Valparaíso Üniversitesi’nde Eğitimci Şili. E-mail: [juan.bustamante@uv.cl](mailto:juan.bustamante@uv.cl)

**Arka Plan:** Bu makalede, Viña del Mar’daki Glorias Navales yerleşiminde yaşayan, depresyon hastası yaşlılara yardımcı olma amacıyla gerçekleştirilen bir atelye çalışması sunulmaktadır. Anlatılan çalışma, birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında bir psikososyal atelye çalışması bağlamında ve depresyonun yaşlıların yaşamları üzerindeki etkileri karşısında tepki ve destek oluşturma amacıyla toplu anlatı uygulamasından yararlanarak gerçekleştirilmiştir.

**Amaç ve yöntem:** Atelye çalışması, hastaların öykülerini, becerilerini ve bilgilerini içeren ortak bir belgenin hazırlanması aracılığıyla, onların sıkıntılı zamanlardaki tepki gösterme yöntemlerinin biraraya getirilmesini kapsamaktaydı. Bu tür bir metodoloji, toplumlar ve bireyler üzerinde “tedavi yoluyla denetim” kurmayı (“therapeutic governance”) dayatan diğer girişimlerin tersine, birlikte çalıştığımız kişilerin sahip olduğu yeteneklerle bağlantılı bir tedavi görüşüne dayanmaktadır.

**Bulgular:** Depresyonla başa çıkmak için, bireylerin anlamlı beceri, bilgi ve değerlerinin ortaya çıkarılması, ayrıca topluluğun bütünleşmesi ve birbiriyle bağı, ve oniki katılımcıdan onunda hastalık belirtilerin azalması, çalışmanın sonuçları olarak sunulmaktadır. Yaratılan ortak belgenin, bu topluluk tarafından depresyon karşısında gösterilen direncin öyküsünü dile getirmeye yönelik bir sonuç olarak görüldüğünü; amacın gerçekleşmesi açısından bir başarı anlamına geldiğini, bu topluluğun depresyona ilişkin alternatif bir öyküsünü ya da yöntemini oluşturduğu da belirtmek gerekir. Katılımcıların ifadeleri ve süreçle ilgili düşünceler sunulmaktadır.

**Sonuç:** Bu çalışmada, becerilerin dile getirilmesi sürecinde bu tür bir girişimin uygun olup olmadığına ve psikososyal destek uzmanlarının birlikte çalışma yaptığı toplulukların (depresyonla) başa çıkma yöntemlerine ilişkin bir görüş aktarılmaktadır. Çalışmanın üzerinde durmaya değer bir vargısı şudur: Geleneksel yaklaşımlar, psikolojik eğitime ve bu girişimlerin etkisiz (nötr) olduğunu (ya da olmaya çalışması gerektiğini) ileri süren psikopatoloji ve bilişsel yaklaşıma göre depresyona eşlik eden kararsız ya da uyumsuz düşünme biçimlerinin “iyileştirilmesine” odaklanmıştır. Bu yaklaşımlar, sözkonusu girişimleri, bireyleri normal bir duruma getirmek için uzmanlar tarafından oluşturulmuş araçlar olarak nitelendirmektedir. Toplu anlatı uygulamaları, bireylerin, zorlama karşısında tepki veren ve “iyileştirilmeyi” ya da “düzeltilmeyi” bekleyen edilgen özneler olarak betimlenmesini eleştirel anlamda sorgular. Toplu anlatı önermesi,

bireylerin direnme becerilerinin, değer ve umutların azalması, hastalık belirtilerinin ortaya çıkması, tanı ve tedavi aracılığıyla bu durumun hastalık haline getirilmesi (pathologization) de dahil olmak üzere, değerlendirme ve girişimlerin bireyler üzerinde yaratabileceği olumsuz etkilerden kaçınmaya çabalamaktadır.

Çalışmada, toplu anlatı uygulamalarının, bireylerin, kendileri gibi zor zamanlar yaşamakta olabilecek diğer bireylere katkıda bulunma yeteneğini daha güçlü bir biçimde kabul etmelerini ve katkıyı sürekli kılmayı deneyimlemelerini sağlayan öykülerini anlatma ortamları oluşturan (onların tanımladığı gibi) topluluk becerileriyle çalışma olanağını sunduğu ve onlarda umut ve bir sorunun “üstesinden gelme” duygusu yarattığı sonucuna varılmıştır. Saygıya ve işbirliğine dayalı uygulamaların, bir topluluk duygusu oluşturma açısından önemli taşıdığını ve birlikte çalıştığımız kişilerin öncelikli öykülerine ilişkin umut verici bir yaklaşım ve gelişme olduğunu anlatmaktayım.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, yaşlı, psikosoyal destek, toplu anlatı uygulaması, anlatı terapisi, Şili.

# ***Collective Narrative Practice, “Reclaiming Our Life From The Influence of Depression”, Collective Document of The Elderly People of Glorias Navales, Chile***

*Juan Antonio Bustamante Donoso, Psychologist, Teacher at University of Valparaíso, Valparaíso, Chile. E-mail: [juan.bustamante@uv.cl](mailto:juan.bustamante@uv.cl)*

**Background:** This paper presents a workshop that had the purpose to assist the elderly people of the Glorias Navales settlement in Viña del Mar that were suffering from the effects of depression. The work described took place in the context of a psychosocial workshop in primary health and was informed by the collective narrative practices in an effort to provide response and support in front of the effects of the depression in the lives of the elderly people.

**Aim:** The workshop involved gathering of the ways in which they had responded to hard times through the production of a collective document containing their stories, skills and knowledges.

**Methods:** This kind of methodology is rooted in a view of the health care as connected with the skills owned by the people whom we work with, in opposition to other forms of intervention that could impose a “therapeutic governance” on communities and individuals.

**Results:** As results, the unearthing of the skills, knowledges and values meaningful for the coping with depression are presented, also the connections and integration of the community and the remission of symptoms of ten of twelve participants. It’s important to note that the very collective document generated is considered a result in giving voice to the story of resistance against depression by this community; it constitutes an achievement in terms of development of meaning, an alternative story or way of this community to relate with depression. Testimonies of the participants and reflections about the process are presented.

**Conclusions:** A reflection is presented regarding the relevance of this kind of intervention in the process of giving voice to the resources and ways of coping of the communities professionals of psychosocial support work with. As a conclusion, is worth to mention that traditional approaches have focused on psycho education and “repairing” the erratic or maladjusted schemes of thought associated with depression according to psychopathology and the cognitive approach, stating that interventions are neutral (or must strive to be) and characterize them as tools created by experts to bring subjects to a normal status. The collective narrative practices question critically the portrait of people as passive subjects that react in front of forces and are waiting to be “repaired” or

“corrected”. The narrative collective proposal strives for avoiding the negative effects that assessments and interventions could have on people, including the minimization of skills of resistance, hope and values, stigma, pathologization through diagnosis and treatment.

Is concluded that collective narrative practices present the opportunity to work with the resources of the communities (as defined by them) giving the space to tell their stories in ways that make them stronger acknowledging the ability to make a contribution to others that also might be experiencing hard times, for the experience of making a contribution sustain and generates hopes and a sense of “mastering” over the problem. I present that respectful and collaborative practices are crucial for the generation of a sense of community, a hopeful approach and the development of the preferred stories of the people we work with.

**Keywords:** Depression, elderly people, psychosocial support, collective narrative practice, narrative therapy, Chile

# ***Malarya Enfeksiyonu ve Nijerya'daki Kadınların Üreme Sağlığı Koşulları Üzerindeki Sosyoekonomik Etkileri***

*Femi Tinuola, Kogi Devlet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, Anyigba, Nijerya. E-mail: [adufem2000@yahoo.com](mailto:adufem2000@yahoo.com)*

Sıtma, Nijerya'da gebe kadınlar ve çocuklarda en yüksek ölüm oranının nedeni olan en öldürücü hastalık olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada, sıtma enfeksiyonu ve Nijerya'daki kadın nüfusun üreme sağlığı koşulları üzerindeki etkisi incelenmektedir. Benue eyaletindeki yedi konsey bölgesinden 226 katılımcıdan oluşan bir örneklem alınmıştır. Makurdi Sağlık Bakanlığı Epidemiyoloji biriminden sağlanan 2005-2009 dönemine ait yıllık kayıtlar, sıtma olgularının ve bu hastalığa bağlı ölümlerin yaşa göre dağılımını göstermek amacıyla derlenmiştir. Veriler, anket formları aracılığıyla ve ikinci el veriden yoğun biçimde yararlanarak toplanmış ve veri analizi, çalışma hedeflerine uygun olacak biçimde gerçekleştirilmiş; olası neden sonuç ilişkilerini araştıran korelasyon araştırması tasarımı kullanılmıştır. Bulgular, sıtma enfeksiyonunun, Benue eyaletinde yaşayan kadınların üreme sağlığı üzerinde önemli etkileri bulunduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Nijerya, sıtma

## ***Malaria Infection and Its Socio-economic Implications on the Reproductive Health Conditions Of Women In Nigeria***

*Femi Tinuola, Population Health, Faculty of Social Sciences, Kogi State University, Anyigba, Nigeria. E-mail: [adufem2000@yahoo.com](mailto:adufem2000@yahoo.com)*

Malaria remains the most deadly killer disease, accounting for highest mortality rate among pregnant women and children in Nigeria. This study examines malaria infection and its effects on the reproductive health conditions of women population in Nigeria. A sample of 226 respondents from seven council wards in Benue State was drawn. A yearly record of five years (2005-2009) from Epidemiological unit of Ministry of Health Makurdi to show cases and deaths from malaria by age was compiled. Data was collected through the use of questionnaire and intensive utilization of secondary data and analysis were meted out to suit the study objectives. And correlation research design which investigated possible causes and effects relationships was used. Findings show that malaria infection has significant implications on the reproductive health conditions of women in Benue state.

**Keywords:** Nigeria, Malaria.

## ***Capitalism Versus the Struggle for Health: The Pedagogy of Community Paralegal Worker.***

Social justice is the basic principle that should guide the struggle for health. No doubt about that!

The impact of capitalism on the struggle for health is self explanatory. It has viced key decision making mechanisms. The capitalists on the other hand have continued to lock horn with socialists who are the majority of the populace.

Through the capitalists techniques and tricks, socialists have ended up to bow co tow to all decisions made by the capitalists.

If we are truly imbued with a sense of improving health, capitalism much be challenged at all levels of decision making.



# Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetlerinin Sorunları

Deniz Akgün, Hekim, Halk Sağlığı Uzmanı, Isparta, Türkiye,  
E-posta: [denizakgn@gmail.com](mailto:denizakgn@gmail.com)

**Giriş:** Türkiye'de temel sağlık hizmetleri bir bölümü yönetsel, bir bölümü de metodolojik olmak üzere pek çok sorunla karşı karşıya bulunduğu görülmektedir.

**Amaç:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın amacı Türkiye'de yürütülen temel sağlık hizmetleri çalışmalarının karşı karşıya bulunduğu sorunların incelenmesidir.

## Bulgular:

**Tablo: Türkiye'de temel sağlık hizmetleriyle ilgili bazı göstergeler**

Gösterge	Veri kaynağı	Sonuç
15 yaş üzeri nüfus içinde temel sağlık hizmetleri kurumlarından hizmet alanların yüzdesi	Türkiye İstatistik Kurumu	% 44.3
65 yaş üzeri nüfus içinde temel sağlık hizmetleri kurumlarından hizmet alanların yüzdesi	Türkiye İstatistik Kurumu	% 62.3
Kanser tarama programlarıyla ulaşılan hedef nüfus yüzdesi	Türkiye İstatistik Kurumu	Servikal smear % 20.4 Mamografi % 20.6

**Tartışma:** Türkiye'de temel sağlık hizmetleriyle ilgili metodolojik sorunlar:

- Sağlık kurumlarına düzenli olarak başvurmayan kişilere yönelik temel sağlık hizmetinin olmayışı ve yaşlı kişilere yönelik sürekli ve kapsayıcı sağlık hizmetinin bulunmayışı,
- Yeterli okul ve iş sağlığı hizmetlerinin bulunmayışı
- Koruyucu sağlık hizmetlerini yönetme, hastalık sürveyansı çalışmaları ile raporlama yapma yeterliliğine sahip bölge sağlık kurumlarının bulunmayışı
- Tıp eğitiminin koruyucu sağlık hizmetleri ve çevre hekimliği açısından yetersiz kapsama sahip olması
- Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık hizmetlerine toplum katılımı yerine hasta memnuniyeti paradigmasını tercih etmesi

Türkiye'de temel sağlık hizmetleriyle ilgili yönetsel sorunlar:

- Güvenli gıda temini ve diğer çevresel sağlık konularını kapsayacak şekilde sağlıkla ilgili çeşitli sektörler arasındaki koordinasyon eksikliği

- Sağlık hizmetleriyle sosyal yardım hizmetleri arasında yeterli entegrasyonun olmaması
- Temel sağlık hizmetleriyle hastanecilik hizmetleri arasında koordinasyonun bulunmaması
- Sağlık yönetiminin değişik düzeylerinde birimler arası koordinasyonun ve vertikal sağlık programları arasında yeterli entegrasyonun bulunmaması
- Temel sağlık hizmetleri alanında yeterli sayıda nitelikli yöneticinin ve sağlık çalışanlarına yönelik kariyer olanaklarının bulunmaması

**Sonuç;** Türkiye'deki temel sağlık hizmetleri modelinin, deneyimler ışığında geçersizliği ortaya konulmuş bulunan seçici temel sağlık hizmetleri yaklaşımıyla örtüştüğü görülmektedir. Kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesi uygulamaları ve sağlığa neo-liberal yaklaşımın, Türkiye'de temel sağlık hizmetlerinin yeterli bir şekilde organize edilememesinin temel nedenleri arasında yer aldığın dşnlmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Temel sağlık hizmetleri, neo-liberalizm, Türkiye.

## ***Problems of Primary Health Care Services in Turkey***

*Deniz Akgün, MD, Public Health Specialist, Isparta, Turkey.*

E-mail: [denizakgn@gmail.com](mailto:denizakgn@gmail.com)

**Background:** There are many problems of primary health care services in Turkey. Some of these problems are administrative while some of problems are methodological.

**Aim:** The aim of this descriptive study is to examine the problems of primary health care services in Turkey.

### **Results:**

**Table: Some indicators of primary health care services in Turkey**

<b>Indicator</b>	<b>Data source</b>	<b>Result</b>
Percentage of population over the age of 15 to receive health services from primary care institutions	Turkish Statistical Agency	44.3 %
Percentage of population over the age of 65 to receive health services from primary care institutions	Turkish Statistical Agency	62.3 %
Percentage of population reached at cancer screening programs	Turkish Statistical Agency	Cervical smear 20.4 % Mammography 20.6 %

### Methodological problems of primary health care services in Turkey:

- Lack of primary health care services to people who do not regularly apply to health care centers and lack of continuous and comprehensive health services to elderly people.
- Lack of adequate occupational health services and school health services.
- Lack of adequate regional health institutions which responsible to manage preventive health services, diseases surveillance and reporting.
- Insufficient preventive medicine content of medical education and lack of environmental medicine approach.
- Preferring the concept of patient satisfaction rather than community participation by Ministry of Health.

### Administrative problems of primary health care services in Turkey:

- Lack of coordination between health related sectors including providing safety food and other environmental health issues.

- Lack of adequate integration between health services and social assistance services.
- Lack of coordination between primary health care services and hospital services.
- Lack of coordination between administration units at different levels of health management, so as lack of adequate integration between vertical health programs.
- Lack of adequate number of qualified manager in primary health care services and career possibility for health care workers.

**Conclusions:** It is considered that the model of primary health care services in Turkey have the features of selective primary health care approach, which was demonstrated as an invalid model according to the light of experiences. The enforcement for commoditization of public services and neo-liberal approach to health are considered to be some of the main causes of inability to organize adequate primary health care services in Turkey.

**Keywords:** Primary health care, neo-liberalism, Turkey.

## Sağlık Piyasasının Temel Aktörleri: Doktorlar ve Hemşireler

Assiye Aka, Yrd. Doç.Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Biga İktisadi Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü. Çanakkale, Türkiye.  
E-Posta: [akaasiye@hotmail.com](mailto:akaasiye@hotmail.com)

1980'lerden itibaren toplumsal uzamın her noktasına sirayet eden neoliberal ekonomik politikaların sağlık alanında; hizmetin niteliğinde önemli bir değişiklik yarattığı tartışılmaz bir gerçekliktir. Bu çalışmada uygulanmaya başlanan neoliberal politikaların (Genel Sağlık Sigortası, Tam Gün Yasası, Performansa Dayalı Döner Sermaye Ödemesi, Aile Hekimliği, Toplam Kalite Yönetimi, Hasta Hakları Uygulaması) sağlık hizmetinin sunumunda temel rolü oynayan doktor ve hemşirelerin bu politikaları (GSS, TGY, PDDS, AH, TKY, HHU) kendileri açısından nasıl algıladıkları ve bu politikaların onlar üzerindeki etkileri (iş yükü, iş güvenliği, statü durumu, mesleki beceri ve yetenek, çalışma koşulları, motivasyon, sosyal ilişki ağı ve kültürel yaşantı biçimi) belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini (E) bu iki hastanede halen çalışmakta olan doktor ve hemşire konumunda bulunan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini bu iki hastanenin toplam çalışan doktor ve hemşire kategorisi oluşturmakta olup bu sayı 1754'dür. Araştırmanın örneklemini ise bu sayının (çalışan doktor ve hemşire) yaklaşık %17 (310 kişi)'sini oluşturmaktadır. Çalışmada tesadüfi örneklem kullanılmıştır. Araştırmada yöntem olarak nicel araştırma tekniği kullanılmıştır.

Uygulanan neoliberal politikalardan biri olan **GSS** ile sağlık çalışanlarının kendileri açısından yararlı bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin % 74,6 (91)'sı; doktorların % 71,4 (75)'ü GSS'nı kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p=000<0.05$ ). Uygulanan neoliberal politikalardan bir diğeri olan Aile Hekimliği ile sağlık çalışanlarının kendileri açısından yararlı bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin % 90,5 (84)'i; doktorların %77,9 (80)'u Aile Hekimliği uygulamasını kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p=000<0.05$ ). Uygulanan neoliberal politikalardan bir diğeri Tam Gün Yasası ile sağlık çalışanlarının kendileri açısından yararlı bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin % 102,3 (105)'ü; doktorların % 88,1 (93)'i Tam Gün Yasası uygulamasını kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p=000<0.05$ ). Uygulanan neoliberal politikalardan bir diğeri olan Performansa Dayalı Döner Sermaye Ödemesi (PDDSÖ) ile sağlık çalışanlarının kendileri açısından yararlı bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin % 95,6 (103)'sı; doktorların % 82,3 (85)'ü

PDDSÖ'ni kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p = 000 < 0.05$ ). Uygulanan neoliberal politikalardan biri olan Toplam Kalite Yönetimi ile sağlık çalışanlarının kendileri açısından yararlı bulmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin % 89,7 (82)'si; doktorların % 77,2 (82)'si Toplam Kalite Yönetimi'ni kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p = 000 < 0.05$ ). Uygulanan neoliberal politikalardan biri olan Hasta Hakları Uygulaması (HHU) ile sağlık çalışanlarının meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna rağmen eldeki veriler değerlendirildiğinde hemşirelerin % 20,8 (22)'i; doktorların % 16,5 (18)'i HHU'nu kendileri için yararlı bulmamaktadırlar ( $p = 0,12 > 0.05$ ).

Özetle çalışmanın nicel bulgularından şu şekilde saptamalar yapmak mümkündür: Sağlık alanında yapılan neoliberal politikaların (GSS, TGY, PDDS, AH, TKY, HHU) hemen hepsinin sağlık çalışanlarının kendileri tarafından olumsuz ve faydasız olarak algılandığı saptanmıştır. Özellikle üç politikanın –PDDS, AH, HHU- genel olarak sağlık çalışanları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı, iş yükünün niceliksel artışına ve statü kaybına neden olduğu, hizmet kalitesini düşürdüğü yönünde veriler elde edilmiştir. Ayrıca PDDSÖ (puanların hesaplanması) ve HH uygulaması nedeniyle sağlık çalışanlarının diğer meslektaşları, hastalar ve yöneticiler tarafından sürekli denetlenir-gözetlenir hale geldikleri ve bu tür uygulamaların kendileri üzerinde baskı yarattığı söylenebilir. Aile Hekimliği uygulamasının ise iş güvencesizliği ve düzenli-sabit bir ücret ödenmemesi sorununu beraberinden getirirken aynı zamanda bu uygulama serbest piyasanın koşullarında rekabeti ve yukarıdan denetlenmeyi mümkün kılmaktadır.

Son söz olarak sağlık, piyasa koşullarının belirlediği kurallar çerçevesinde meta haline getirilmekte ve metalaşan sağlığın temel üreticileri olan doktor ve hemşireler de piyasanın temel aktörlerine dönüşmektedirler. Getirilen uygulamalardan hiçbirisi sağlık hizmetini sunan temel aktörlerin kendileri tarafından faydalı bulunmadığından dolayı bu uygulamaların onların da haklarının korunarak revize edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık, sağlık reformları, sağlık çalışanları.

## **Main Actors of The Market For Health: Doctors and Nurses**

*Assiye Aka, Assistant Professor, Canakkale Onsekiz Mart University. Biga Faculty of Economics & Administrative Sciences, Public Administration Department, Canakkale, Turkey. E-mail: [akaasiye@hotmail.com](mailto:akaasiye@hotmail.com)*

Since the 1980s, spread to every point of space that the neo-liberal economic policies in the social field of health, caused a significant change in quality of service is an undeniable reality. Neo-liberal policies being implemented in this study (General Health Insurance, Full Day Act, Performance-Based Payment Revolving Fund, Family Practice, Total Quality Management, Patient Rights Practice) plays an essential role to the provision of health care doctors and nurses to these policies (GHI, FDA, PPR, FP, TQM, PRP) for them to perceive and how they impact on these policies (work load, job security, status, status, professional skills and abilities, working conditions, motivation, social networking and cultural life styles) tried to determine. Labour Education and Research Hospital Ankara Turkey High Specialization and Çanakkale State Hospital, were. The research population still running on two hospital doctors and nurses are health care workers in position. Doctors and nurses working in the hospital's total population of the study of these two is to create a category, the number 1754. The sample (n) in this issue (working doctors and nurses), approximately 17% (310 people) is to give. The study used random sampling. As the research method used in quantitative research techniques.

One of the neoliberal policies applied by the GHI is not beneficial in terms of health care workers themselves, a statistically significant relationship was found. 74.6% of nurses (91) of the Convention; physicians 71.4% (75) GHI do not find useful for themselves ( $p = 000 < 0.05$ ). A neo-liberal policies and the other with the Family Medicine of health workers is not helpful in terms of their relationship was statistically significant. 90.5% of nurses (84) 'i; physicians 77.9% (80) Family Medicine do not find this application useful for them ( $p=000 < 0.05$ ). Neo-liberal policies of the health workers themselves, in terms of an Act of another full day a statistically significant relationship was found useful. 102.3% of the nurses (105); doctors, 88.1% (93)'s Full-time law practice do not find useful for themselves ( $p=000 < 0.05$ ). One of the neoliberal policies applied to the Revolving Fund Performance-Based Pay (PPRF) is not beneficial in terms of the health workers themselves have a statistically significant relationship. One of the neoliberal policies applied to the Revolving Fund Performance-Based Pay (PPRF) is not beneficial in terms of the health workers themselves have a statistically significant relationship. 95.6% of nurses (103) of the Convention; physicians 82.3% (85) PPRF do not find useful

for themselves ( $p=000<0.05$ ). One of the neo-liberal policies implemented by the Total Quality Management in health care workers is not helpful in terms of their relationship was statistically significant. 89.7% of nurses (82) percent, 77.2% of the doctors (82) percent do not find useful for themselves, Total Quality Management ( $p=000<0.05$ ). One of the neoliberal policies applied to the Patients' Rights Practice (PR), with a statistically significant relationship was found between the professions in health care workers. Despite this, nurses evaluated the available data, 20.8% (22); physicians 16.5%(18) do not find useful for themselves PRP ( $p=0.12>0.05$ ).

It is possible to make quantitative determinations are findings of the study summary, as follows: the neo-liberal policies in the field of Health (GHI, FDA, PPR, FP, TQM, PRP) by almost all health care workers themselves were perceived as negative and useless. Especially the three policy-PPR, FP, PRP- created a negative impact on health workers in general, the quantitative increase in workload caused by the loss of status and, to lowering the quality of service data were obtained. Also PPR (calculation of points), and other health care workers due to application of FM colleagues, patients and managers have become, and is monitored by the continuous controlled-pressure created by this kind of applications can be said on them. Family Medicine practice, and the job insecurity of wage arrears have a problem with regular-hard while at the same time, this application makes it possible to free market conditions, competition, and top-moderation.

The final word in health, determined by market conditions and the Commodification of health in accordance with the rules is put into the meta doctors and nurses at the main producers of the basic actors of the market becomes. None of the main actors in the health service, which brought the applications themselves rights protected by the utility due to the absence of these applications, they also need to be revised.

**Keywords:** Health, health reform, health care workers



# ***Egemenliğin Kullanımı Bakımından Dünyada Uygulanan Demokrasi Türleri İle Ülkelerin Sağlık Düzeyleri Arasında İlişkinin Araştırılması***

Kemal Macit Hisar, Hekim, Yrd. Doç. Dr., Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Üyesi,  
Konya, Türkiye. E-posta: [kmhisar@hotmail.com](mailto:kmhisar@hotmail.com).

**Giriş:** Ülkelerin refah düzeylerinin belirlenmesinde eğitim ve sağlık göstergeleri kullanılır. Egemenliğin kullanılışı bakımından dünyada bugün uygulanan 3 tip demokrasi tipi bulunmaktadır: 1) Doğrudan Demokrasi. Kökeni: Halk Egemenliği ve Egemenliğin Devredilmezliği Teorisi. Örnekler: Eski Yunan, İsviçre'nin Glaris, Unterwald, Appenzell Kantonları. 2) Temsilî Demokrasi. Kökeni: Millî Egemenlik Teorisi. Örnekler: Almanya, İngiltere, Türkiye, Japonya, ABD, Hollanda, vb. İlkeleri: Temsili vekâlet, bütün milletin temsili, emredici vekâlet yasağı, azil yasağı. 3) Yarı-Doğrudan Demokrasi. Örnekler: İsviçre, İtalya. Araçları: Referandum, halk vetosu, halk teşebbüsü ve temsilcilerin azli.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı ülkelerin sağlık düzeylerini demokrasi tipi ile karşılaştırılarak ilişki olup olmadığını belirlemektir.

**Yöntem:** Bir literatür çalışmasıdır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), Avrupa Birliği İstatistik Genel Müdürlüğü (Eurostat) gibi kuruluşlarca yayınlanmış çok sayıda rapor bu çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmanın evreni tüm dünya ülkeleridir.

**Bulgular:** Türk Tabipleri Birliği (TTB) raporuna göre kişi başına düşen milli gelir, bir ülkenin sağlık düzeyini belirleyen en temel değişkendir. Oysa Türk Tabipleri Birliği raporuna göre ülkelerin sağlık düzeyleri karşılaştırıldığında doğrudan demokrasi ile yönetilen İsviçre en üst sırada almaktadır. Gerçekte İsviçre kişi başına milli geliri en yüksek ülke değildir. Yarı doğrudan demokrasi ile yönetilen İtalya 7. sırada yer almaktadır. 29. Sırada alan ülke Küba, temsili demokrasinin yanı sıra sosyalist bir ekonomik model uygulamaktadır. Diğer temsili demokrasi (yanı sıra sosyalist ekonomik model uygulayan) Çin 68. sırada, Kuzey Kore 98. sırada yer almaktadır. Dünyada tek doğrudan demokrasi uygulayan ülke İsviçre'dir. Bu durum doğrudan demokrasinin sağlık düzeyini en iyi yükselten yönetim biçimi olduğunu düşündürmektedir. Yarı temsili demokrasi uygulayan İtalya 7. sırada yer almaktadır. Bu tip bir demokrasi ile bir ülkede sağlık düzeyinin ilk 10 sıralamasına yükseltilebileceği görülmektedir.

**Sonuç:** Dünyada doğrudan demokrasi, yarı-doğrudan demokrasi ile yönetilen yeterli sayıda ülke bulunmamaktadır. Ülkeler hakkında daha kesin yargıya varabilmek için daha fazla değişken üzerinde ileri istatistiksel analiz çalışması yapılması gerektiği kanaatine varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Türkiye, doğrudan demokrasi, temsili demokrasi, yarı-doğrudan demokrasi, sağlık düzeyi.

## ***Sovereign Power in The World in terms of Types of Democracy Applied to Investigate the Relationship between Countries' Health Levels***

Kemal Macit Hisar, MD, Assistant Professor. *The Member of The Association for Public Health Professionals, Konya, Turkey. E-mail: [kmhisar@hotmail.com](mailto:kmhisar@hotmail.com).*

**Background:** Education level and health indicators used in determining the level of welfare of countries. Uses of sovereignty in the world today in terms of type of democracy are applied to 3 types:

1) Direct Democracy. Examples: Ancient Greece, Switzerland, Glarus, Unterwald, Appenzell Cantons. Origin: People's sovereignty and the theory of sovereignty can not be transferred. 2) Representative Democracy. Examples: Germany, Britain, Turkey, Japan, the United States, the Netherlands, and so on. Origin: The theory of national sovereignty. Principles: Temporary policy representation, all the nation's representation policy, temporary prohibition of mandatory and prohibition of dismissal. 3) Semi-Direct Democracy. Examples: Switzerland, Italy. Tools: Referendum, people's veto, public enterprise, and, The dismissal of representatives.

**Aim:** The purpose of this study is to determine the relationship compared with the type of democracy that countries' health levels.

**Methods:** This is a study of the literature. Turkish Medical Association (TMA) reports, The World Bank reports, World Health Organization (WHO) reports, The United Nations Development Programme (UNDP) reports, The European Union General Directorate of Statistics (Eurostat) reports were used in this study. The universe of this study is all the world countries.

**Results:** According to TMA report, a country's health that raises per capita income for the most basic variable. However, according to TMA report levels of health compared to countries ruled by direct democracy in Switzerland is at the top. In fact, Switzerland is not the country the highest per capita national income. Semi-direct democracy, governed by Italy 7 ranks. 29. Cuba, which ranks the country, a socialist economic model of representative democracy, as well as implements. Countries to implement other representative democracy (as well as implementing socialist economic model), China 68 ranks, North Korea 98 ranks. Switzerland is the only country to adopt direct democracy in the world. This situation raises a direct democracy the best form of government suggests that the level of health. Semi- representative democracy that implements Italy 7 ranks. This type of health care in a country with a democracy is seen escalate to the level of the top 10 ranking.

**Conclusion:** Direct-democratic countries and semi-democratic countries are not a large number in the world. For further analysis be done on a large number of countries over the country and should be studied on a large number of variables.

**Keywords:** Turkey, direct democracy, representative democracy, semi-direct democracy, level of health.

## Kaçak Göçmenler ve Sağlık

Hür Hassoy, Uzman Hekim, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İzmir, Türkiye. E-posta: [hur.hassoy@ege.edu.tr](mailto:hur.hassoy@ege.edu.tr)

Asli Davas, Hekim, PhD, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İzmir, Türkiye. E-posta: [asli.davas@ege.edu.tr](mailto:asli.davas@ege.edu.tr)

**Giriş:** Yoksulluktan, savaşlardan, siyasi baskılardan dolayı olan göç hareketleri, göç alan ve göç veren ülkelerdeki sermaye birikimini arttırmaya dönük bir şekilde sürmektedir. Buna paralel olarak ülkelerin göçmen politikaları, kapitalist ekonominin dönemsel ihtiyaçlarına göre, sürekli olarak değişiklik göstermektedir. Küreselleşme sermayenin serbest dolaşımının önündeki engelleri kaldırmaya çalışırken, işgücü ve insanların serbest dolaşımıyla ilgili ayrımcı ve kısıtlayıcıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru olan insan hareketliliği ciddi yasal ve idari engellerle sınırlanmıştır. 1980lerden sonra Türkiye’de göçün doğası değişmiştir. Göç hareketleri transit ya da yasadışı göçe dönüşmüştür.

**Amaç:** Bu yazının amacı Türkiye’deki göç ve yasadışı göçün boyutlarını, kaçak göçmenlerin, yaşam ve çalışma koşullarını ve sağlık durumlarını tartışmaktır.

**Bulgular:** Türkiye’de toplam 11 bin 970 mülteci bulunmaktadır. Irak (% 23), İran (%7), Afganistan (%7), Moldova (% 6), Pakistan (%5), Türkiye’ye göç veren başlıca ülkelerdir. Bu göçmenler bir AB ülkesinde kalıcı mülteci statüsü elde etmeye çalışmaktadırlar. Kaçak göçmenlerin sağlık durumları temel olarak çıkış noktası, kaçırılma süreçleri ve yasal olmayan bir yabancı olarak yaşadıkları hedef ülkedeki koşullardan etkilenir. Çıkış noktasında sosyal adaletin olmaması, yoksulluk, kötü yaşam ve çalışma koşulları, savaş, bireye yönelik ya da kurumsal şiddet varlığı, sağlık hizmetlerine erişimin zor olması, var olan hastalıklar önemli risklerdir. Göç öncesi yaşanan sağlık sorunları vatandaşı oldukları ülkenin toplum sağlığıyla ilgilidir. Genelde bu ülkelerde şiddet yaygındır, siyasal ve ekonomik istikrarsızlık mevcuttur.

Göç yolculuğu da çoğunlukla güvenli koşullarda gerçekleşmez ve sağlıklı doğrudan ilintilidir. Göç yolculuğu sırasında araçtan düşme ya da araca dışarıdan müdahale, özellikle deniz taşıtlarında kötü hava koşulları nedeniyle boğulma görülmektedir. Hedef ülkede sosyal hakların olmaması, var olan hakları bilmeme, yasal olmayan konum nedeniyle kaçak göçmenler sağlık hizmetlerinden yararlanamaz. İşçi sağlığı açısından bakıldığında yabancı işçiler, sermaye birikiminin gerekleri doğrultusunda, özellikle kriz dönemlerinde yedek sanayi ordusu yaratılmasına katkıda bulunarak bir tür tampon işlevi görmektedir. Yerli işçi ile yabancı işçi arasında yaratılan rekabet unsuru işgücünün yeniden üretimi maliyetinin düşürülmesine, emeğin ücretinin ucuzlamasına, işçi sınıfı mücadelesini zayıflamasına neden olur. Yerinden edilen insanlar göç ettikleri ülkelerde

en ağır aşağılanmalara, dışlanmalara, ötekileştirilmelere maruz kalmakta, karın tokluğuna alıştırılmakta ve fiziksel sömürüye dayalı en ağır koşullarda çalıştırılmaktadır.

**Sonuç:** Göçmen karşıtı politikalarına karşı çıkılmalı, göçmenlerin örgütlenme dahil her türlü hakkı eşit şekilde kullanabilmesi için mücadele edilmeli ve emeiğin serbest dolaşım hakkı savunulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Göç, kaçak göçmen, çalışma koşulları, sağlık.

## *Illegal Immigrants and Health*

*Hür Hassoy, Uzman Hekim, Ege University Medicine Faculty Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [hur.hassoy@ege.edu.tr](mailto:hur.hassoy@ege.edu.tr)  
Asli Davas, Hekim, PhD, Ege University Medicine Faculty Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [asli.davas@ege.edu.tr](mailto:asli.davas@ege.edu.tr)*

**Background:** The migratory movements which occur because of poverty, wars, political pressures, continue for increasing the capital accumulation in countries of immigration and emigration. In parallel, the immigration policies of countries, according to the needs of the capitalist economy is cyclical, constantly varies. Globalization tries to remove obstacles for free movement of capital, labor but discriminatory and restrictive on the free movement of people. Especially the human mobility from developing countries to developed countries is limited with serious legal and administrative barriers. After the 1980s, nature of migration has changed in Turkey. Immigration movements have turned into so-called transit migrants and illegal migrants.

**Aim:** The aim of this paper is to discuss the dimensions of the immigration and illegal immigration, health status, living and working conditions of illegal immigrants in Turkey.

**Results:** There are a total of 11970 refugees in Turkey. Iraq (23%), Iran (7%), Afghanistan (7%), Moldova (6%), Pakistan (5%) are the main donor countries. These migrants try to get right for the permanent refugee status in an EU country. Health status of illegal immigrants can be affected at the starting point, at the journey and at the destination country where they live as a stranger. Lack of social justice, poverty, poor living and working conditions, war, individual or institutional violence, barriers for accessing to health services, existing diseases are major risks at the starting point. The health problems before immigration are related to the public health of that country. In general, violence is common in these countries, political and economic instability is available. Immigration journey often occur in unsafe conditions, this is directly related to health. During the journey, falling from the vehicle or intervention, especially in marine drowning due to bad weather conditions can be seen. Because of the lack of social rights in the target country, unawareness of existing rights and due to non-legal position the illegal immigrants can not utilize health care. Workers' health in terms of foreign workers, in accordance with the requirements of capital accumulation, especially in times of crisis by contributing to the creation of a reserve army of industry serves as a kind of buffer. Element of competition created between domestic workers and foreign workers to bring down the cost of reproduction of the labor force, make cheaper labor force, cause weakening of the struggle of the working class. Displaced

people face the most severe humiliations, exclusions and work the most severe conditions depending on physical exploitations.

**Conclusion:** Anti-immigration policies should be opposed, all rights of immigrants, including the right of organization must be supported and the right of free movement of labor must be defended.

**Keywords:** Migration, illegal immigrants, working conditions, health.



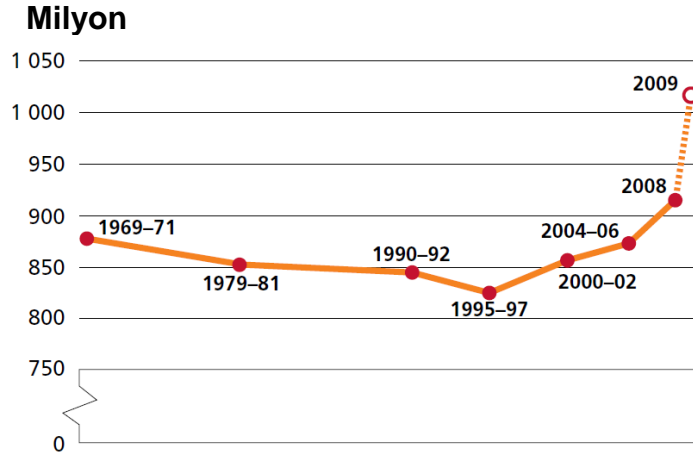
## Gıda Krizi

*Işıl Ergin, Uzman Hekim, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir, Türkiye. E-posta: [isil.ergin@ege.edu.tr](mailto:isil.ergin@ege.edu.tr)  
Raika Durusoy, Uzman Hekim, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir, Türkiye. E-posta: [raika.durusoy@ege.edu.tr](mailto:raika.durusoy@ege.edu.tr)*

209

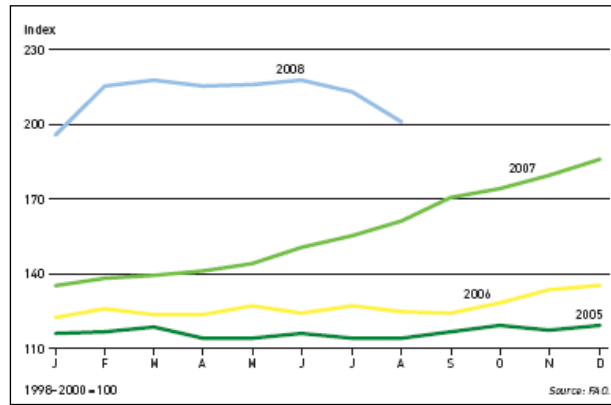
Kıtlıklar tarihte hep varolmuştur. 1932’de Holodomor (Ukrayna), 1973’te Wollo (Etiyopya), 1990larda Koreve 2000’lerde Zimbabwe insanoğlunun yakın tarihe kadar bile gıdayı eşit paylaşamadığını göstermekteydi. 2000lerdeki son dönem kıtlıkları azanla ücretler, işsizlik, artan gıda fiyatları ve gıdayı eşitsiz dağıtan sistemlerin kıtlığın ve ölümlerin başta gelen sebepleri olduğunu tekrar göstermekteydi. 2007-2008 arasında gıda fiyatları dramatik bir biçimde artmış ve 36 ülke ciddi biçimde etkilenip yardıma muhtaç olmuştur. Bunlardan 21’i Afrikadaydı. 2006-2008 arasında küresel ölçekte pirinç fiyatları %217’i buğday %137, mısırdaki %125 artmıştı. Kriz aniden ortaya çıkmış gibi görünüyordu ancak artan gıda fiyat endeksi krizin 2000lerden beri yaklaşmakta olduğunu gösteriyordu. Gıda üretimi her yıl düzenli olarak %2 artmış, nüfus büyüme hızı da son 20 yılda %1.14 azalmıştı. Böylelikle nüfus gıdadan daha hızlı artmamıştı. Dünya Gıda Programı’nın yürütücü başkanı Josette Sheeran’ın tabiriyle “Market raflarında gıdalar bulunmaktadır, ancak insanların ceplerinde bunu alacak para kalmamıştır.”

Oysa gıdaya sahip olma, en ilkel mülkiyet haklarından olmasına rağmen milyonların bu hakka sahip olamadığı ortadadır. (Şekil 1) Gıda ve Tarım Örgütü’nün (FAO) 2008 Dünya Gıda Güvencesizliği Durumu (State of Food Insecurity-SOFI) raporuna göre toplam 923 milyon aç insan bulunmaktadır ve 2007’deki krizle eklenen 75 milyon yeni aç nüfusa vurgu yapılmaktadır. 2009 raporu ise 1,02 milyar aç birey olduğunu tahmin ederken bunun 80 milyar yeni eklenen aç insandan oluştuğunu göstermektedir. 2015 hedefleri için önümüze konulan aç insan sayısının 420 milyona azaltılması hedefi artık ironik bir hayal olup gerçekliğini yitirmiştir.

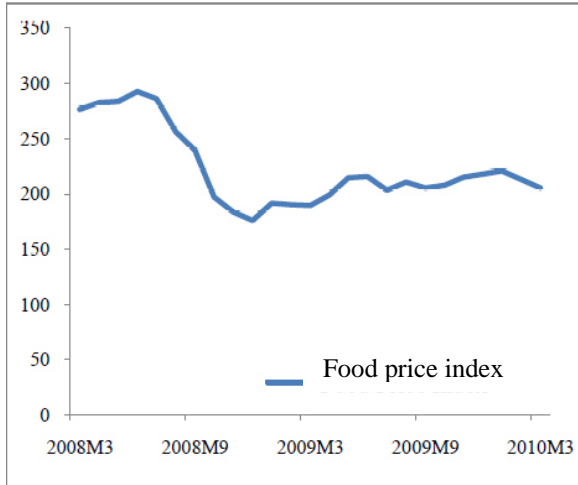


Şekil 1: Açlık çeken bireylerde 1969-2009 arasındaki değişim (FAO, 2009)

Asya ve Pasifik'te 642 milyon, Sahra altı Afrika'da 265 milyon aç nüfus bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerin aç nüfuslarının toplamı 15 milyondur. Aç nüfusun toplam nüfusa oranlanmasıyla elde edilen değerler 2003'lere kadar azalma yönünde eğilim gösterirken ne yazık ki 2003'ten itibaren yeniden artış yönünde bir ivmelenme gerçekleşmiştir. Bu ivmelenmede gıda fiyatlarındaki artış önemli rol oynamaktadır. Gıda fiyatlarının özellikle son beş yıldaki artışı dikkat çekici boyutlara ulaşmıştır. 2005 yılındaki gıda fiyat endeksinin 2008'de neredeyse iki katına çıktığı görülmektedir. 2008 sonrası artışta indeks 300 seviyelerine çıkmaktadır. (Şekil 2-3).



Şekil 2: Şekil 1. Uluslararası pazarlarda gıda fiyat endeksinin seyri (2005-2008)(FAO 2008)



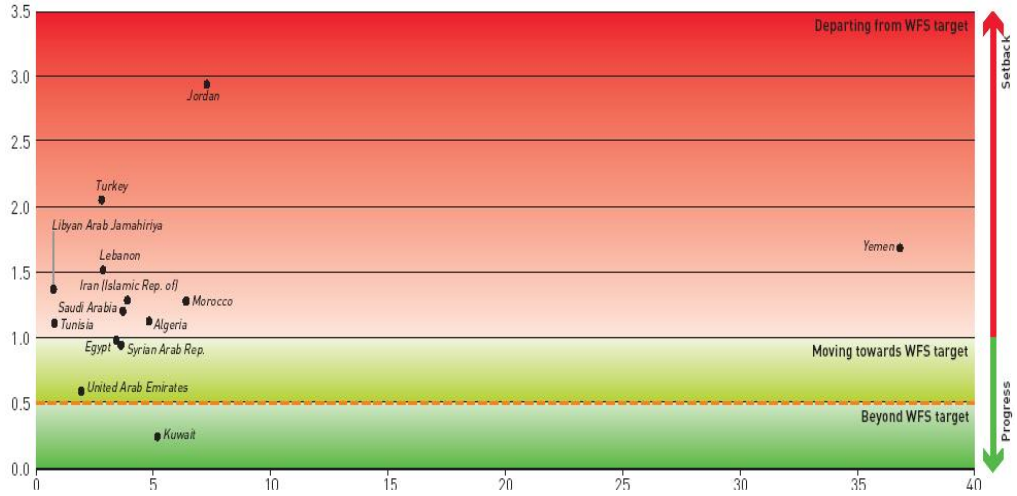
Şekil 3: Mart 2008- Mart 2010 arası gıda fiyat endeksindeki değişim (World Bank, 2010).

Toplumların beslenme unsurları incelendiğinde düşük gelir grubu ve yüksek gelir grubu ülkeler arasında enerji kaynakları ve besin çeşitliliği açısından önemli farklılıkların olduğu görülmektedir. Gıda fiyat artışlarının özellikle hububat gruplarına da kayması durumunda yoksulların etkilenimi çok daha şiddetli olmaktadır. Gelir düştükçe çeşitlilik daha da azalmakta, krizlerin en çok etkilediği gruplar; yoksullar, kadın başlı haneler ve topraksızlar olmaktadır. Yüksek gıda fiyatları reel geliri azaltmakta, tüketilen gıdanın miktar ve kalitesi azalarak gıda güvencesizliği prevalansı ve malnütrisyon kötüleşmektedir. FAO bu duruma dair sebepleri; arz yönlü(stok düzeyleri ve Pazar değişkenliği, üretim kısıtlılıkları, petrol fiyatları) ve talep yönlü (biofuel talebi, tüketim paternleri) güçler ve diğer güçler(ticaret politikaları, finans pazarı) olarak açıklamaktadır. Dünyadaki açlık tırmanırken, uluslararası kuruluşların 1960'lardan beri tarımda önerdiği "devrimsel" çözümler ziraati, zirai ticarete dönüştürmekteki ustalıklarının sonucu olarak yerel tohumların kaybı, ticari tohumlara, gübrelere, petrolle işleyen makinelere bağımlılık, su kaynaklarının azalması, toprağın tuz oranının artması ve kullanılan kimyasalların sağlığa zarar vermesine yol açmıştır.

Merkez kapitalist ülkelerdeki 50 milyon üreticinin dünyadaki 3 milyar köylüyü tasfiye etmeye çalıştığı artık daha anlaşılır durumda iken, sivil itaatsizlik haberlerine gösterilerde Kamerun'da 40, Mısır'da 8, Haiti'de de 5 kişinin öldürülmesi bilgisi de eklenir. ölümler durumdadır. Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarımda çözümüne "adil ticareti" sağlamada temel role sahiptir ve çiftçilere hükümet desteklerinin azaltılmasını sağlamıştır. Fakat bu arada, her yıl tarıma verilen 250 milyar dolar düzeyindeki desteğin neredeyse %90'ı OECD ülkelerindeki çiftçilere gitmiştir. Uluslararası dinamikler, gelişmekte olan ülkelerin, tarımsal ürünleri ile dünya pazarlarında önemli aktörler olmalarını neredeyse sistematik biçimde engellemekte, tarımdan ve tarımsal üretimden kaynaklanan enflasyonun yüzbinleri esir alması uluslararası anlaşmalarla adeta garanti altına

alınmaktadır. DTÖ, ihracat sübvansiyonlarını azaltmayı, pazara girişi kolaylaştırmayı dayatmış ve

Tüm bu dinamiklerden benzer şekilde Türkiye’de payını almıştır. Ekim 2007-Nisan 2008 arasında 6 ayda pirinçte %100, çiçek yağında %123,5, unda %66,6 ve bulgurda %100 fiyat artışı gerçekleşmiştir. 1999’da imzalan stand-by anlaşması ve 2001 yılında Dünya bankasıyla tarım reformu uygulama projesinin (TRUP) imzalanmasını takiben tütün ve şeker pancarı fiyatlarındaki artış gelmiştir. Kriz ve gıda fiyat artışları tesadüfen gelişmeyip sistematik olarak yönetilmektedir. Türkiye’nin düşük bir malnütriyon prevalansı olmakla birlikte, bölgesindeki ülkeler arasında aç nüfusunu azaltmaya dair hedeflerinden her geçen yıl en fazla uzaklaşan ülke Türkiye’dir.(Şekil 4). Küresel tarım ürünlerinin Türkiye pazarını fethetmesi ise Türkiye tarımı, çiftçisi ve gıdaya erişim açısından olumsuz etkiler doğuracak gibi görünmektedir



\*DGZ: Dünya Gıda Zirvesi

\*\*Y eksenini Dünya Gıda Zirvesinde belirlenen prevalans hedeflerinden uzaklaşmayı oransal olarak ifade etmektedir.

Şekil 4: 2001-2003 yıllarındaki beslenme yetersizliği prevalansı(%)(FAO, 2006)

## Food Crisis

*Işıl Ergin, MD Specialist of Public Health, Ege University Medicine Faculty Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [isil.ergin@ege.edu.tr](mailto:isil.ergin@ege.edu.tr)  
Raika Durusoy, MD Specialist of Public Health, Ege University Medicine Faculty Public Health Department. Izmir, Turkey. E-mail: [raika.durusoy@ege.edu.tr](mailto:raika.durusoy@ege.edu.tr)*

Famines have existed throughout history. Famines in Holodomor(Ukraine) in 1932, Wollo(Ethiopia) in 1973, Korea in 1990's and Zimbabwe in 2000s have revealed that mankind has not been able to share food equally even in recent history. The latest famines in 2000s have again shown that declining wages, unemployment, rising food prices and unequal food-distribution systems are leading causes of famine and deaths. Between 2007-2008 food prices have risen dramatically and 36 countries were seriously effected and in need for help. Among these 21 were from Africa. Average global prices had risen 217% for rice, 137% for wheat and 125% for corn between 2006 and 2008. The crisis seems to have evolved suddenly but it actually had been coming since 2000 with the continually rising food price index. However food production has risen for 2% each year steadily and the population growth rate has diminished 1,14% in the last 20 years. Thus, population has not increased faster than food production. Josette Sheeran, the head of WFP has phrased this as: "There is food on the shelves but people are priced out of the market."

Although the accessibility to food is among the most primitive property rights, it is obvious that it is not achieved for millions.(Figure 1) In the report State of Food Insecurity(SOFI) by FAO in 2008, 923 million people have been declared to be in hunger where the emphasis is made on the 75 million people added in the 2007 food crisis. In 2009 report of SOFI the number reaches 1.02 billion where the increasing 80 million is no longer emphasized. The aim to reduce this number to 420 million in the year of 2015 is an ironic dream that no one really believes in.

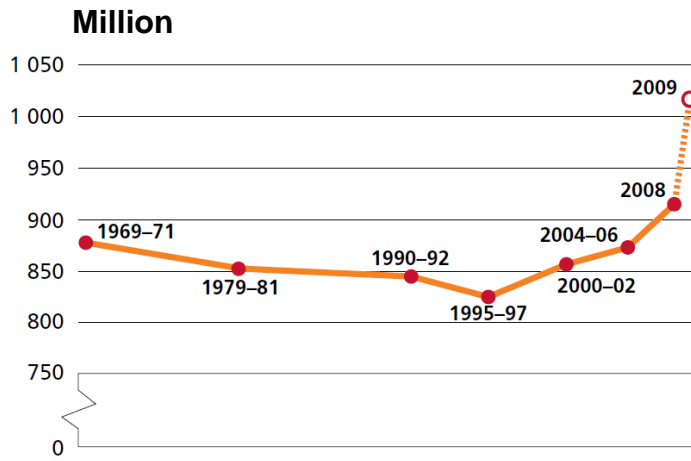


Figure 1: The change in the number of people starving between 1969-2009 (FAO, 2009)

Moreover, the distribution of hunger embraces important inequalities. In Asia and Pasific 642 milion, in Sub-Saharn Africa 265 million people are in hunger. The total of populations in hunger in the industrialized world is 15 million. The ratio of population in hunger to the total world population has shown a small decreasing trend till 2003 but has shown an increase again since then. The increasing trend has association with the rising food prices. The rise in the last five years has been tremendous. The food price index has doubled between 2005 and 2008. In 2008, it almost reaches an index of 300 (Figure 2-3).

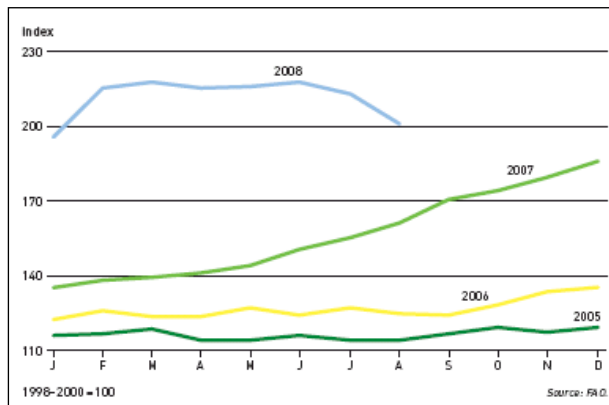


Figure 2: The food price index in international markets (2005-2008).

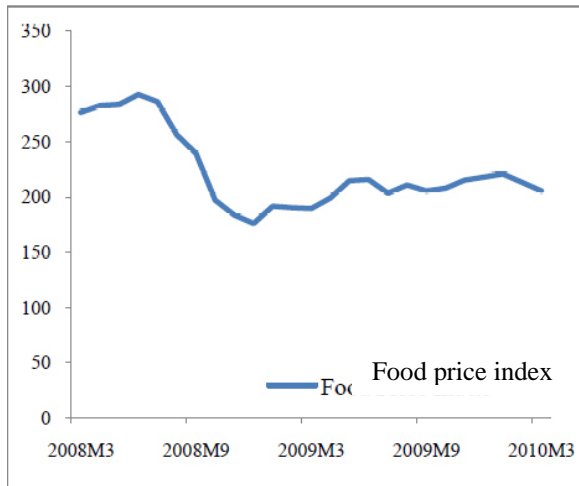


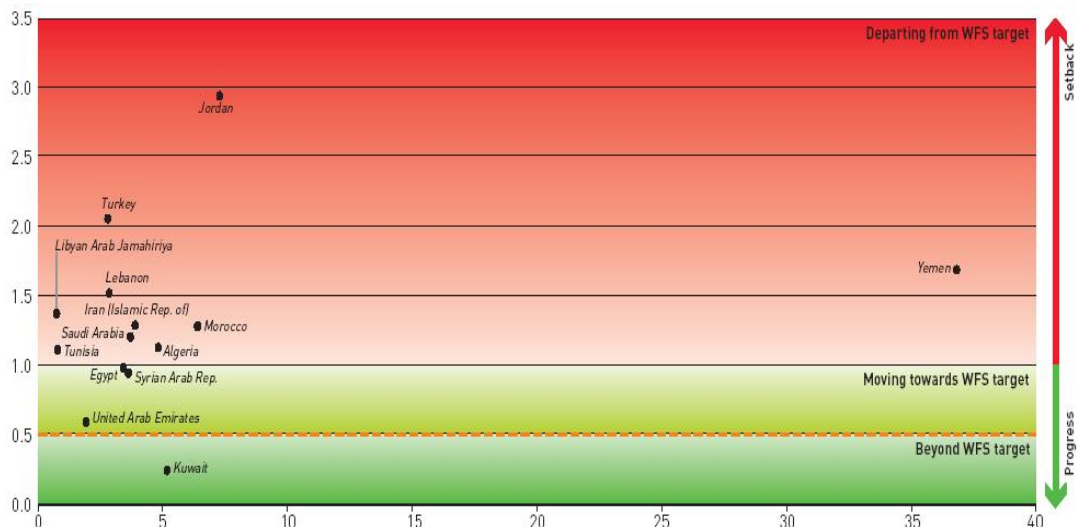
Figure 3: The change in food price index between March 2008- March 2010

When the nutrition aspect of the situation is examined, low income groups show important differences considering energy sources and food diversity. As the increase in food prices cover the cereals, the effect of the crisis is more on poor populations as cereals constitute an important component of their diets. Food diversity gets lower and the poorest, landless and female-headed households are the hardest hit. High food prices reduce real income and worsen the prevalence of food insecurity and malnutrition among the poor by reducing the quantity and quality of food consumed. FAO describes the reasons as supply side(stock levels and market volatility, production shortfalls, petroleum prices) and demand side(biofuel demand, consumption patterns) forces and others(trade policies, financial markets). While hunger is increasing in the world, the “revolutionary” solutions suggested by international organizations since 1960’s have successfully transformed agriculture to agribusiness, resulting in the loss of local seeds, the dependence on commercial seeds, fertilizers and machines, the reduction in water resources, the increase in salt content of soil and health effects of chemicals used.

As it becomes obvious that the 50 million producers in central capitalist countries are forcing to eliminate the 3 billion farmers of the world, the news of civil insurrection come along with the killing of 40 people in Camerun, 8 people in Egypt and 5 people in Haiti. World Trade Organisation has the the leading role in achieving the so called “just in trade” and has inhibited the governmental supports for farmers in developing countries. But in the mean while, 90% of the 250 billion dollars of international subvansions each year, have been given to the farmers of OECD countries. The international dynamics have obstructed the developing countries systematically from being leading actors of the world trade for food production and thus have guaranteed the capturing of

millions into hunger trap with the inflation resulting from agriculture and food production.

Turkey has also taken its share from these dynamics. Between October 2007-April 2008 rice prices increased 100%, vegetable oil by 123,5%, flour by 66,6% and ve bulghur by 100%. The increase in tobacco and sugar beet prices came right after the stand-by agreement in 1999 and the Agriculture Reform Agreement with WB in 2001. The crisis and increases in food prices do not come by chance but are systematically driven. While Turkey has a low malnutrition prevalence, among the countries in its region, it is the fastest in rapidly moving away from its targets to lower the prevalence of malnutrition.(Figure 4) The invasion of world food products in the Turkish market appears to have negative impacts on the agriculture, the farmers and the access to food.



\*WFS: World Food Summit

\*\*In the Y axis, the ratio of the moving away from the WFS prevalence aim is shown.

Figure 4: Undernutrition prevalence in 2001-2003 (FAO, 2006)



## **Kriz, Parasal Yaptırım Mekanizmaları (MEMs) ve Sağlık: Yunanistan Olgusu**

*George Nikolaidis, Psikiyatrist MD, PhD, Ruh Sağlığı ve Sosyal Yardım Bölümü Yöneticisi, Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Çalışmaları Merkezi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü. E-mail: [gnikolaidis@ich-mhsw.gr](mailto:gnikolaidis@ich-mhsw.gr), [geornikolaidis@hotmail.com](mailto:geornikolaidis@hotmail.com)*

Yunanistan, 2010 yılı başından bu yana, ülkenin ekonomik, toplumsal ve siyasal yaşamını bütün yönleriyle etkileyen ciddi bir mali kriz dönemine girmiştir.

Yunan hükümetinin varolan krizi çözmeye yönelik ana önlemlerinden biri, Avrupa Komisyonu, Avrupa Merkez Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun oluşturduğu üç taraflı mekanizmaya başvurmak olmuştur. Sonuç olarak, neo-liberal ekonomik yaklaşımlardan büyük ölçüde etkilenmiş bir dizi tasarruf önlemi uygulamaya konmuştur. Doğal olarak, sağlık sektöründe hükümetin askıya aldıkları da dahil olmak üzere, sosyal harcamalar, devlet sağlık hizmetlerinin (Yunan Ulusal Sağlık Sistemi) yanı sıra sosyal yardım fonları aracılığıyla yapılan sağlık harcamalarına ilişkin olarak yakın geleceğin çok daha kötümser olacağı öngörülerinden ciddi biçimde etkilenmiştir.

Aynı zamanda, giderek yoğunlaşan bilimsel literatür, IMF (ama buna ek olarak Avrupa Birliği, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü gibi önemli uluslararası, görünüşte bilimsel örgütlerle birlikte diğerleri) gibi Parasal Yaptırım Mekanizmalarının (MEMs), etkilenen ülkelerdeki sağlık durumuna etkisini anlatmaktadır. Parasal Yaptırım Mekanizmaları'nın sağlık üzerindeki bu tür etkilerinin bazı ortak zeminleri vardır: (i) Ölüm ve hastalık oranlarındaki artışı da içeren doğrudan sonuçlar (ii) genel sağlık hizmetlerinin kötüleşmesini, mesleki ve maddi kaynakların daralmasını, temel mal ve hizmetlerin yaygın biçimde özelleştirilmesini ve bunların böylece, genel nüfusun büyük bir bölümü için yaşamsal öğeler olmak yerine "lüks" haline getirilmesini de içeren dolaylı sonuçlar ve (iii) Ulusal otoriteler ve hükümet organlarına uygulanan, sosyal harcamalarda, Parasal Yaptırım Mekanizmaları'nın müdahalelerinin resmi belgelerinde belirtilenden daha çok kesinti yapmaları konusundaki kurnazca baskıların; bu ülkelerde sağlık ve sosyal yardımlar üzerindeki etkileri aslında daha kısıtlayıcı politikalardan bile ağır olan, döviz rezervleri vb.ni yüksek düzeyde tutmaları yönündeki sürekli baskının zımni sonuçları.

Bunlara ek olarak, Parasal Yaptırım Mekanizmaları'nın, ekonomik durumu görece olarak daha iyi olan (düşük gelirli ülkelere karşılık geliri orta düzeyde olanlar gibi) ülkelere müdahalede bulunduğu durumlarda, kamu retorığının ayırt edici belli kalıpları vardır: Önceden var olan yardım kuruluşlarını birleştirmenin yanı sıra, genel sağlık hizmetleri sunumunun yapısının bozulmasını desteklemek ve sonuçta yardım fonlarının borçlarında kaçınılmaz bir artış, sosyal fonların sağlık harcamalarına katılımında, kimi

zaman bu tür yardımların toptan kaldırılmasına yol açan kademeli bir azalma yaratmak amacıyla “anlaşma koşullarının yaygın sosyal yardım kapsamı yönünde genişletilmesi”nin ardarda gelmesi bunun bir örneğini oluşturur.

Nitekim bu tür kalıplar, Yunan hükümetinin, Yunanistan’da uygulanacak sağlık politikaları konusunda troyka ile imzaladığı birbirini izleyen iki İşbirliği Memorandumu metninde çok fazla ayırd edilebilir niteliktedir. Bu tür benzerlikler, Yunan sağlık göstergelerini çoktan etkilemeye başlamış olan, dahası, yakın gelecekte daha fazla etkileme tehlikesi bulunan öngörülebilir sonuçları açısından tartışılmış ve değerlendirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Parasal yaptırım mekanizmaları, IMF, kriz, özelleştirme, sosyal sorumluluk, Yunanistan.

## ***Crisis, Monetary Enforcement Mechanisms (MEMs) and Health: the Case of Greece***

*George Nikolaidis, Psychiatrist MD, PhD, Director of Department of Mental Health and Social Welfare, Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, Institute of Child Health. E-mail: [gnikolaidis@ich-mhsw.gr](mailto:gnikolaidis@ich-mhsw.gr), [geornikolaidis@hotmail.com](mailto:geornikolaidis@hotmail.com)*

Since early 2010, Greece has entered a period of grave fiscal crisis affecting all aspects of economic, social and political life of this country.

One of the main measures to address current crisis evoked by the Hellenic government was to appeal to a three-part mechanism involving the European Commission, the European Central Bank and the International Monetary Fund. As a result, a number of austerity measures have been introduced heavily influenced by neo-liberal economic approaches. Naturally, social expenditure including governmental pending on health sector has been severely affected with predictions for the foreseeable future to be more and more pessimist on both state health services providing (the Hellenic “NHS”) as well as the coverage of health expenditure through social welfare funds.

At the same time, a growing body of scientific literature illustrates the impact of monetary enforcement mechanisms (MEMs) like the IMF (but also EU, the World Bank and others along with major international apparently scientific organizations like WHO) in health situation of influenced countries. Some of the common grounds for such implications of MEMs on health are (i) direct consequences including increase of mortality and morbidity rates, (ii) indirect consequences including deterioration of universally provided health services, shrinking of professional and material resources and generalized privatization of essential commodities and services making them, thus, for large portions of the general population “luxury” instead of vital items and (iii) tacit consequences having to do with subtle pressure to national authorities and governing bodies to perform eventually more cuts in social expenditure than articulated in the official documents of the MEMs intervention, constant pressure to maintain high level of exchange reserves etc that in effect inflict even more restrictive policies on health and welfare in these countries.

Moreover, in the occasions of intervention of MEMs in countries with relatively higher level of economic status (like middle income vs. low income ones), there are certain patterns of public rhetoric used to be identified such as the sequence of “extension of provisos towards universal social welfare coverage” in order to unify pre-existing welfare foundations as well as to support the deconstruction of universal health services provision and then resulting from the inevitable increase in welfare funds’

debt, a gradual diminishing of social funds' participation in health expenditure, sometimes leading to total abolishment of such coverage. As a matter of fact, such patterns are very much identifiable in the texts of the two sequential Memorandum of Collaboration that the Hellenic government had undersigned with the troika regarding health policies to be applied in Greece. Such similarities are been discussed and assessed in terms of predictable outcomes that already begun to affect Hellenic health indicators but furthermore threaten to affect them even more in the directly foreseeable future.

**Keywords:** Monetary enforcement mechanisms, IMF, crisis, privatization, social responsibility, Greece.

## Kamudaki Özel

Aslı Davas Aksan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir,  
Türkiye E-posta: [asli.davas@ege.edu.tr](mailto:asli.davas@ege.edu.tr)

221

Türkiye’de sağlık reformları sadece sağlık hizmet sunumunda özel sektörün payının artmasına değil, kamu hizmetlerinin ticarileşmesine de neden olmuştur. Bu yazıda kamu ve özel sağlık hizmetleri kabaca tanımlanmış, Türkiye’de özelleştirme ve hizmetlerin ticarileşme sürecine kısaca değinildikten sonra kamu hastane hizmetlerinde özel sektörün varlığı ve özele sermaye aktarımının mekanizmaları gözden geçirilmiştir. Devlet, Türkiye’de sağlık alanındaki sorumluluklarını azaltmakla birlikte henüz oldukça büyük bir bölümünü üstlenmekte ama bunu özelden hizmet olarak sürdürmektedir. Bu süreç, 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde yapılan değişikliklerle devletin sağlık hizmeti görevinde değişiklik yapılmasıyla ve 1983 yılında 2907 sayılı döner sermaye hakkındaki kanunda yapılan değişikliklerle başlamıştır.

Kamunun özel sektörden hizmet satın almaya başlaması özel sektör yatırımlarını en fazla arttıran teşviklerden biri olmuştur. 1999 yılında toplam sağlık harcamaları içindeki kamu payı % 61,1 iken, 2008’de bu oran % 73.0’a ulaşmıştır. Türkiye’nin en büyük beş ilinde 80 hastanede yürütülen bir araştırmada hastane yönetim sistemlerinin (%83.8), temizlik işlerinin (%81.3), manyetik görüntüleme hizmetlerinin (%60.0), laboratuvar hizmetlerinin (%42.5) büyük oranda hizmet satın alma yoluyla yürütüldüğü ortaya konmuştur.

Hizmet satın almanın kapsamı kamu hizmet sunumunda yapılan değişikliklerle, çeşitliliğin arttırılmasıyla genişletilmiştir. İhale, imtiyaz, şirketleşme, kamu özel işbirliği, kiralama gibi yöntemlerin çoğu Türkiye’de uygulanmaktadır. Bu yöntemler aslında birer kamu özel ortaklığı modelleridir.

Türkiye’de özel sektör bu mekanizmalarla oldukça büyütülmüştür. Kamu neredeyse çalışan personel hariç bir özel sektör kurumu olma yolundadır. İmtiyazlar, kamu özel ortaklıkları ve bunun gibi bir çok yasa içeriği emekçilerle daha anlaşılmadan, sermayeye büyük olanaklar sağlamakta ve giderek taşeronlaşan bir sağlık sektörünü oluşturmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Özelleştirme, ticarileşme, halk sağlığı hizmetleri.

## *Hidden Private in Public Health Services*

*Aslı Davas Aksan, Ege University Medical Faculty Department of Public Health.  
Izmir, Turkey E-mail: [asli.davas@ege.edu.tr](mailto:asli.davas@ege.edu.tr)*

Health reforms in Turkey have both caused private sector to have more allocation in the presentation of health services and contributed public services to commercialise. In this paper, public and private health services are identified briefly; the period for privatization and commercialization of health services is shortly mentioned and hereafter the presence of private sector in hospital services and private capital transfer mechanisms are reviewed. While government has decreased its responsibilities in healthcare field, it still undertakes a considerable part of them by receiving support from the private sector. This period started in Turkey with amendments such as 56th article of 1982 Constitution which changed the health service function of the government and 2907th law which made changes in circulating capital in 1983.

With the initiation of service purchase from private sector, public sector has encouraged the investments of private sector at the utmost. The rate of public health expenditure in total health expenditure was % 61.1 in 1999', reached to 73.0% in 2008. At 2006 public purchased almost 30% of inpatient health services from private. The scope of service purchase has been extended by revisions in public service presentation and enhancement of variety. Most methods such as tender offer, privilege, incorporation, collaboration of public and private and hiring have been carried out in Turkey. These methods are primarily the models of the partnership of public and private sectors. Hospital management information systems(83.8%), cleaning services (81.3)%, magnetic imaging services (60%), laboratory services (42.5%) was found to be out outsourced in a study comprising 80 hospital in five biggest cities in Turkey.

The private sector in Turkey has been maximized by the mechanisms aforementioned above. The public sector excluding its working personnel gradually becomes a private sector establishment. Prior to any agreement with working class, many law contents such as privileges, the association of public and private sectors and etc. enable capitals great opportunities and create a health sector with sub-contracts day by day.

**Keywords:** Privatisation, commercialisation, public health services.