Derleme Makale

Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları



The Dissolution of the Public Health Paradigm and the Ottawa Charter: The Structural Limits of the Public Health Vision

Servet Yıldırım[1]

1. *Dr., Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye*

Öz

Bu çalışma, kamusal sağlık paradigmasının neoliberal çözülmesi ile Ottawa Bildirgesi (1986) arasındaki ilişkiyi incelemekte ve Bildirge'nin kamucu vizyonunun hangi mekanizmalarla sınırlandığını sormaktadır. Kamusal sağlık paradigması, Fordist birikim rejimi, Keynesçi talep yönetimi ve metadışılaştırıcı sosyal haklar üzerinde yükselmiş, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu ve Ottawa Bildirgesi'nde kamucu bir vizyona dönüşmüştür. Çalışma, Bildirge'nin sağlığın ön koşulları olarak andığı unsurlarla bunları sağlayacak kamusal paradigma arasındaki aralığın nasıl açıldığını göstermektedir. Bildirge, kamusal paradigmanın kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak okunmakta; çözülmenin onu esas olarak dışarıdan, yani uygulanma koşullarını — sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması, küresel finans ve ticaret kurumlarının koşulluluğu ve bireysel sorumluluk rasyonalitesi yoluyla — aşındırarak sınırladığı savunulmaktadır. Neoliberal dönüşüm sağlığı sistematik biçimde metalaştırmış, hak sahibi yurttaşı girişimci/aktif yurttaşa dönüştürmüş ve sağlığın sorumluluğunu bireye yüklemiştir. Bu nedenle Bildirge'nin sınırları, kendi ilkelerinden çok onu taşıyan paradigmanın çözülmesinden kaynaklanmaktadır. Kuramsal-kavramsal bir çözümleme olan çalışma, DSÖ belgelerini ve ikincil literatürü sınıf projesi ile yönetim rasyonalitesi okumalarını tamamlayıcı katmanlar olarak kullanan bir siyasal ekonomi çerçevesinde okur; Bildirge'nin direnç potansiyelinin bağlayıcı kamusal kurallara, metadışılaştırıcı güvencelere ve bunları taşıyacak güç ilişkilerine bağlı olduğu sonucuna varır.

Anahtar sözcükler: kamusal sağlık paradigması, Ottawa Bildirgesi, neoliberalizm, sağlığın geliştirilmesi, metadışılaştırma, sorumlulaştırma

Abstract

This study examines the relationship between the neoliberal dissolution of the public health paradigm and the Ottawa Charter (1986), asking by what mechanisms the Charter's public vision has been constrained. The public health paradigm rose on the Fordist accumulation regime, Keynesian demand management and decommodifying social rights, and acquired its public vision through the World Health Organization (WHO) Constitution, the Declaration of Alma-Ata and the Ottawa Charter. The study shows how the gap opened between the prerequisites of health that the Charter names and the public paradigm that would secure them. The study reads the Charter as one of the most comprehensive normative expressions of the public health paradigm and argues that dissolution constrained it mainly from outside — through the shift in class forces toward capital, the conditionality of global financial and trade institutions, and a governmental rationality of individual responsibility. Neoliberal transformation has systematically commodified health, recast the rights-bearing citizen as an entrepreneurial, active citizen and shifted responsibility for health onto individuals. The Charter's limits therefore stem less from its own principles than from the dissolution of the paradigm that carried it. This theoretical-conceptual analysis reads WHO documents and secondary literature through a political economy framework that treats class-project and governmentality readings as complementary layers, concluding that the Charter's potential for resistance depends on binding public rules, decommodifying guarantees, and the social power relations that can sustain them.

Keywords: public health paradigm, Ottawa Charter, neoliberalism, health promotion, decommodification, responsibilization

Geliş Tarihi / Received: 26.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 21.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Servet Yıldırım **E-posta:** servetyildirim@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Işıl Ergin

Atıf için / Suggested Citation: Yıldırım, S. (2026). Kamusal Sağlık Paradigmasının Çözülmesi ve Ottawa Bildirgesi: Kamucu Sağlık Vizyonunun Yapısal Sınırları. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 35-56

Giriş

Bu çalışma, kamusal sağlık paradigmasının çözülmesi ile Ottawa Bildirgesi arasındaki ilişkiyi ele alır ve şu soruyu sorar: Paradigmanın neoliberal çözülmesi, Bildirge'nin kamucu vizyonunu hangi mekanizmalarla sınırlamıştır? Çalışmanın savı, Bildirge'nin kamusal paradigmanın kapsamlı normatif ifadelerinden biri olduğu ve çözülmenin onu esas olarak dışarıdan, yani Bildirge'nin hedeflerini hayata geçirecek kurumsal ve siyasal koşulları aşındırarak sınırladığıdır. Bu sınırlama üç düzeyde — kamusal kuralların ve metadışılaştırıcı güvencelerin aşınması, bunları savunacak toplumsal güçlerin zayıflaması ve sorumluluğu bireye yükleyen söylemin yerleşmesi — işlemiştir. Analiz, sınıf projesi ve yönetim rasyonalitesi okumalarını birbirini tamamlayan katmanlar olarak kullanan bir siyasal ekonomi çerçevesine dayanır.

Ottawa Bildirgesi'nin sınırlarına ilişkin literatür birbirini tamamlayan iki eksende ilerler. Birinci eksen, sınırların uygulamada nasıl göründüğünü betimler. Baum ve Fisher (2014) sağlığın bireysel yaşam tarzı seçimlerine indirgenemeyeceğini vurgular; Labonté (2016) ise sağlığı geliştirmenin toplumsal koşullar yerine bireysel davranışa kaydığını, yani "yaşam tarzı kayması"nı saptar. İkinci eksen, bu sapmaların ardındaki siyasal ekonomik koşullara yönelir. Raphael (2013), sağlığın ön koşullarının sağlanıp sağlanmadığını belirleyenin açık taahhütler değil, bir ülkenin siyasal ekonomisi ve refah devleti türü olduğunu savunur; Raphael (2015) ise sağlıklı kamu politikasına karşı çıkışın ardındaki güç ve çıkar çatışmalarının politika analizinde sıklıkla ihmal edildiğini söyler. Ayo (2012) da Bildirge'nin stratejilerinin ve hedeflerinin hayata geçirilememesini neoliberal akılcılığa, özellikle asgari devlet müdahalesi ilkesine bağlar.

Bu çalışma, soruyu bir adım geriye taşıyarak Bildirge'nin dayandığı kamusal sağlık paradigmasının nasıl çözüldüğünü sorar. Bu adım, neoliberalizm ile sağlık sistemleri ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi işleyen sağlığın siyasal ekonomisi yazınına yaslanır (Navarro, 2008; Coburn, 2014; Mooney, 2014); ancak bu yazın, Bildirge'nin sınırlarını paradigmanın çözülmesiyle doğrudan ilişkilendirmez. Çalışma bu iki yazını buluşturur ve refah devleti ile neoliberalizm tartışmalarından üç kavrama başvurur. Birincisi, sosyal hakların emek gücünü piyasa bağımlılığından kurtarması anlamında metadışılaştırmadır (Esping-Andersen, 1990). İkincisi, neoliberalizmin yeni piyasalar yaratan ve mevcut alanları metaya dönüştüren bir proje olarak okunmasıdır (Harvey, 2015). Üçüncüsü, neoliberalizmin bireyleri girişimci özne olarak yöneten bir rasyonalite olarak okunmasıdır (Dardot & Laval, 2013); bu rasyonalitenin sağlık alanındaki karşılığı, sağlığın sorumluluğunun toplumsal olandan bireye aktarıldığı sorumlulaştırmadır. Çalışma ampirik değil, kuramsal ve tarihsel yorumlayıcı bir okumadır: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) temel belgeleri (1948 Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu, Ottawa, Jakarta ve Bangkok Bildirgeleri) ve Dünya Bankası raporları birincil kaynak, refah devleti, neoliberalizm ve sağlığın siyasal ekonomisi literatürü ise yorum çerçevesi olarak kullanılır.

Çalışmanın çıkış noktası, Bildirge'nin vizyonu ile doğduğu tarihsel koşullar arasındaki ikilemdir. Ottawa Bildirgesi 1986'da, sağlığın ön koşullarını barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet olarak sayan kamucu bir vizyonla kabul edilmiştir. Ancak aynı dönemde neoliberal dönüşüm, bu ön koşulları sağlayan kamusal düzenlemeleri aşındırmaya başlamıştı. Bildirge bu dönüşümün kurumsal düzeyde henüz tamamlanmadığı bir eşikte



formüle edilmiştir; hedefleriyle bu hedefleri taşıyacak koşullar arasındaki aralık da bu nedenle zamanla açılmıştır.

Çalışma üç bölümden oluşur. İlk bölüm kamusal sağlık paradigmasını tanımlayarak onun Fordist–Keynesçi temellerini ve metadışılaştırıcı sosyal haklarla ilişkisini ele alır; ikinci bölüm DSÖ'nün kamucu sağlık vizyonunun biyomedikal modelden Ottawa Bildirgesi'ne uzanan gelişimini izler; üçüncü bölüm ise neoliberal dönüşümle paradigmanın çözülmesini, Bildirge'nin sınırlanmasını ve bu sınırların gevşemesinin koşullarını tartışır.

Kamusal Sağlık Paradigmasının Temelleri: Fordizm, Keynesçilik ve Metadışılaştırma

Bu çalışmada kamusal sağlık paradigması, refah devletinin en önemli bileşenlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Paradigma, sağlığın piyasa dışında kamusal bir sorumluluk ve yurttaşlık hakkı olarak tanımlandığı, kamusal finansman, kamusal sunum ve kolektif müdahale yoluyla kurumsallaşma eğilimi gösterdiği ve içeriğinin klasik sağlık hizmeti alanından sağlığın toplumsal koşullarına doğru giderek genişlediği tarihsel düzeni ifade eder. Paradigma, farklı analitik düzeylere ait üç unsurun eklemlenmesinden oluşur: Fordist–Keynesçi düzenin oluşturduğu siyasal-ekonomik zemin, metadışılaştırıcı sosyal haklar ve DSÖ belgelerinde kodlanan normatif sağlık anlayışı. Refah devleti ilk iki unsuru ulusal düzeyde bir araya getiren ana kolondur; normatif ilkeler ise bu ulusal deneyimi evrensel bir sağlık vizyonu olarak ifade eder.

Bu nedenle kamusal paradigma, refah devletinin tanımıyla birlikte düşünülmelidir. Briggs'in klasik tanımına göre refah devleti, örgütlü gücün piyasa güçlerinin işleyişini değiştirmek için bilinçli olarak kullanıldığı devlettir. Bu değişim üç yönde işler: bireylere ve ailelere piyasa gelirlerinden bağımsız asgari gelir güvencesi sağlanması; hastalık, yaşlılık ve işsizlik gibi "toplumsal olasılıklar" karşısında güvencesizliğin azaltılması; tüm yurttaşlara statü ya da sınıf ayrımı gözetilmeksizin belirli bir hizmet yelpazesinde mevcut en iyi standartların sunulması (Briggs, 1961, s. 228'den akt. Kuhlmann, 2019, ss. 16–17). Bu bölüm, paradigmanın ilk iki unsurunu ele alarak sağlık hizmetlerinin neden piyasaya bırakılmayıp kamusal bir hak olarak kurumsallaştığını emek gücünün yeniden üretimi ve yurttaşlık ilişkisi bağlamında açıklar; normatif sağlık anlayışı ise bir sonraki bölümde ele alınmaktadır.

Fordist Birikim Rejimi ve Keynesçi Politikalar

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem, kapitalizm tarihinin en uzun soluklu ekonomik canlanma ve büyüme dönemidir. 1948–1973 arasında dünya GSMH'si üç buçuk katına çıkmış ve bu büyüme toplumsal reformların finansmanını mümkün kılmıştır (Callinicos, 2013, s. 341). Bu gelişmelerin arkasında Fordist birikim rejimi ile Keynesçi politikaların eşleşmesi yatar. Dönemin ekonomi politikalarına egemen olan Keynesçi yaklaşım, istihdam düzeyinin piyasaya bırakıldığında arzu edilen düzeye ulaşamayacağı, bu nedenle devletin ekonomi politikalarıyla aktif biçimde müdahale etmesi gerektiği ilkesine dayanır (Altvater, 1981, s. 6).

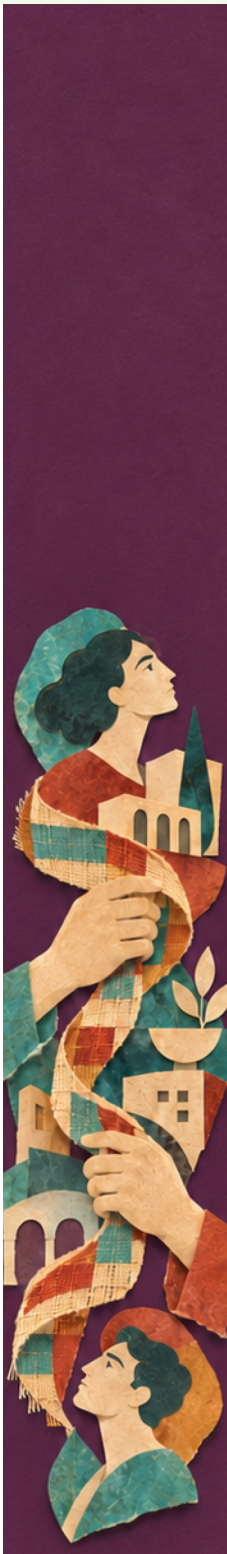
Desai'ye (2003, s. 68) göre devletin ekonomideki payı önceki dönemlere göre en belirgin biçimde

Keynesçiliğin "altın çağı"nda, 1945–1975 arasında artmıştır; yükselen gelirlere ve kamu gelirlerine, kamusal sunuma ilişkin beklentileri artan bir nüfus eşlik etmiştir. Bu dönemde kamu kesimi kayda değer ölçüde büyümüş, sunumun içeriği ve biçimi de değişmiştir: bayındırlık ve eğitim gibi geleneksel kamusal mal ve hizmetlerin ekonomideki ağırlığı artmış, sağlık, konut, yükseköğretim ve sosyal hizmetler genişleyen hizmet alanına dâhil edilmiş, emeklilik, sosyal güvenlik ve yoksulluğa yönelik yardımlar gibi transfer ödemeleri yeni hak sahiplerine genişletilmiş ve mevcut hak sahiplerine yapılan ödemeler artırılmıştır.

Keynesçi iktisat doktrini doğrultusunda bu sosyal harcamalar ve kamu hizmetleri, ekonomiye getirilen ek bir yük olarak değil, ekonomik büyümeyi canlandıran ve resesyonları önleyen otomatik bir istikrar mekanizması olarak kabul edilmiştir (Offe, 1984b, s. 148). Dolayısıyla kapitalist ekonomiler bu dönemde ekonomik istikrarı ve toplumsal uyumu sağlayacak politikaları sistemin merkezine yerleştirmiştir.

Bu kamu genişlemesi ve sosyal hakların kurumsallaşması, dönemin egemen birikim rejimi olan Fordizm çerçevesinde mümkün olmuştur (Arın, 1985, ss. 123, 130). Fordizm, üretim sürecindeki teknolojik dönüşümleri işçi sınıfının kitlesel tüketim normuyla birleştiren yoğun bir sermaye birikim rejimidir (Aglietta, 2000, ss. 117, 158): montaj hattına, seri ve standartlaşmış kitlesel üretime ve işçilerin ürettikleri malları satın alabilecekleri bir gelir düzeyine dayanır, böylece kitlesel üretimin talep edileceği bir tüketici kitlesi yaratılır (Harvey, 1997, ss. 147–148).

Kitlesel üretim ile kitlesel tüketimin uyumu, ücret ilişkisinin kurumsal biçimde düzenlenmesine dayanır. Bir yandan ücretler ve çalışma koşulları bireysel sözleşmeler yerine toplu pazarlık ve toplu sözleşmeyle belirlenir, ücret artışları verimlilik artışına az çok paralel olarak düzenli biçimde yükselir; böylece gelir bölüşümü üretimle uyumlu hale gelir (Arın, 1985, ss. 125–126). Çalışanların örgütlü mücadelesi bastırılmak yerine kabul edilmiş ve iktisadi alanda kurumsallaştırılmıştır (s. 126). Öte yandan sosyal güvenlik kurumları ve "sosyal refah devleti" uygulamaları aracılığıyla emek gücünün yeniden üretim maliyetleri kısmen toplumsallaşır (ss. 126–127). Devlet ayrıca üretimin genel koşullarının maliyetini vergiler aracılığıyla topluma yayar (s. 130). Sonuç olarak savaş sonrası dönemde oluşan Fordist–Keynesçi politika eşleşmesi, kamusal mal ve hizmet sunumunun genişlemesinin maddi zeminini oluşturmuş, kapitalist ekonomilerin ihtiyaçları çerçevesinde emek gücünün yeniden üretimi toplumsallaşmıştır.



Emek Gücünün Yeniden Üretimi ve Sosyal Ücret

Bu toplumsallaşmanın somut bir örneği, sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılmayıp kamusal otoritelerce hak ve sorumluluklar çerçevesinde sunulmasıdır. Emek gücünün meta olduğu kapitalist toplumsal ilişkilerde sağlık hizmetleri, emek gücünün yeniden üretimini sağlayan temel hizmetlerdendir; Hamzaoğlu'na (2009, s. 28) göre kapitalist üretim sürecinde sağlık hizmetinin asıl amacı, "bir işçinin sadece ertesi gün işine gelebileceği kadar 'sağlıklı' olmasını sağlamaktır". İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık hizmeti sunumundaki genişleme bu bağlamda değerlendirilebilir: Fordist–Keynesçi politikalar ekseninde biçimlenen ekonomik modelin gereksinimleri çerçevesinde emek gücünün yeniden üretimine duyulan ihtiyaç artmıştır (Arın, 1985, s. 130). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin

standart biçimde sunulması, üretim ile tüketim arasındaki dağılımın uzun bir vade boyunca istikrarlı olduğu Fordist dönemde mümkün hale gelmiştir (Harvey, 1997, s. 143).

Bununla birlikte bu toplumsallaşma yalnızca birikim rejiminin işlevsel bir gereği değil, aynı zamanda işçi hareketinin ve sendikal mücadelelerin kazanımıdır (Navarro, 1989, ss. 892–893). Leys'e (2014, ss. 16–17) göre dönemin emek hareketleri, tedavi hizmetlerinin başlıca hak sahiplerinin işçiler ve aileleri olmasını sağlayabilecek güçteydi. 1950'lerin sonunda, güçlü bir emek hareketinin bulunduğu hemen her ülkede devletler herkese açık sağlık hizmeti talebinin önünde duramaz hale gelmiş, sosyal sigorta ya da genel vergiyle finanse edilen sistemler egemenlik kazanmıştır (s. 27).

Emek gücünün yeniden üretiminin bu biçimde toplumsallaşmasının ürünü sosyal ücret olarak adlandırılır. Gough'a (1975, s. 75) göre kamusal olarak (devlet ve sosyal sigorta eliyle) ve kolektif biçimde sağlanan hizmet ve yardımlar bir sosyal ücrettir; savaş sonrası dönemde işçi hareketleri bu hizmet ve yardımları giderek ücretin ayrılmaz bir parçası olarak görmüş, parasal ücret gibi savunup artırmaya çalışmıştır. Bu ücret, sağlık, eğitim ve konut gibi alanlardaki ayni hizmetler ile devletin nakit transferlerinden oluşur; Bowles ve Gintis (1982, s. 72) aynı bileşeni "yurttaş ücreti" (citizen wage) olarak adlandırır. Hükümetler bu alanlardaki harcamalarla sosyal ücreti güçlü biçimde desteklemiştir (Harvey, 1997, s. 158). Sosyal ücretin işlevi iki kanaldan işler. Birincisi, çalışanlar açısından: doğrudan piyasadan satın alınmayan bu hizmetler kitlesel tüketimi piyasa ücretlerinin ötesinde güvence altına alır ve hanehalkı gelirinin bir kısmını başka tüketim kalemlerine yönelterek kapitalist ekonomi açısından vazgeçilmez olan canlı talebi besler (O'Connor, 1973/2001, s. 8; Offe, 1984a, ss. 194–195). İkincisi, sermaye açısından: O'Connor (1973/2001, s. 7), "sosyal tüketim"i emeğin yeniden üretim maliyetlerini düşüren ve diğer koşullar eşitken kâr oranını artıran proje ve hizmetler olarak tanımlar. Kamusal sağlık harcamalarının da dâhil olduğu sosyal ücret, hem sermayenin kârlılığına katkıda bulunan hem de emek gücünün toplumsal yeniden üretiminin kamusal harcamalar yoluyla sağlandığı bir mekanizmadır; bu mekanizma Esping-Andersen'in metadışılaştırma kavramıyla kuramsal olarak açıklanabilir.

Metadışılaştırma ve Yurttaşlık

Sosyal haklar, 20. yüzyılın ortasında medeni ve siyasal haklara eklemlenerek yurttaşlığın sosyal öğesini oluşturan haklardır. Marshall bu öğeyi, asgari ekonomik refah ve güvenceden toplumsal mirasa tam katılıma uzanan haklar olarak tanımlar (Marshall & Bottomore, 1992, s. 8). Bu haklar devlete eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda yükümlülük yükler; yurttaşlık, bu yükümlülükler yerine getirildikçe sosyal bir nitelik kazanır (Koray, 2008, s. 101). Marshall'ın bu yurttaşlık çerçevesi, Esping-Andersen'in metadışılaştırma çözümlemesinin kuramsal temellerinden biridir (Rostila, 2015, s. 645).[1]

Esping-Andersen (1990, s. 3), sosyal hakları metadışılaştırma (decommodification) kapasiteleri üzerinden değerlendirir: sosyal hakların temel ölçütü, insanların yaşam standartlarını saf piyasa güçlerinden ne ölçüde bağımsız kılabildikleridir. Kavram, Polanyi'nin (2010, ss. 119–120) emeği, toprağı ve parayı

[1] Esping-Andersen, refah devletlerini metadışılaştırma ve tabakalaşma ölçütlerine göre üç rejimde kümeler: yardımların yoksullara sınırlandığı ve metadışılaştırmayı en aza indiren liberal rejim, korporatist-muhafazakâr rejim ve evrenselci, metadışılaştırıcı sosyal demokrat rejim. Bu çalışma tipolojiyi değil, metadışılaştırma kavramını kullanır.

piyasaya içkin olmayan "hayali metalar" olarak tanımladığı analize dayanır. Kapitalist üretim ilişkilerinin egemen olduğu toplumsal formasyonlarda emek gücü metalaşmıştır (Marx, 1976); bireyler emek güçlerini piyasada satarak ücret elde eder ve refahları öncelikle bu gelir akımına bağlıdır. Esping-Andersen'e (1990, ss. 21–22) göre modern sosyal haklar bu saf meta statüsünü gevşetir: hak olarak sunulan hizmetler, birey geçimini piyasaya bağlı kalmadan sürdürebildiğinde metadışılaşma gerçekleşir. Bu, yeniden üretimin emek sözleşmesinin dışında güvence altına alınması anlamına gelir; dolayısıyla emek gücünün yeniden üretimi açısından da piyasa dışı bir güvence sağlar.[2]

Bu çerçevede kamusal ve evrensel sağlık hizmetleri, refah devletinin piyasa toplumuna özgü ihtiyaç ve risklere karşı yasal talep hakkı olarak sunduğu yardım ve desteğin başlıca örneklerindendir (Offe, 1984b, ss. 147–148). Klasik metadışılaştırma analizini sağlık alanında genişleten Bambra'ya (2005, s. 201) göre, kavram sağlık hizmeti sunumunu da kapsayacak biçimde ele alındığında, bireyin sağlık hizmetlerine erişiminin piyasadaki konumuna ne ölçüde bağlı olduğuna ve bir ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun piyasadan ne ölçüde bağımsız olduğuna işaret eder.

Metadışılaştırmayı mümkün kılan sosyal haklar, yurttaşlık ilişkisini de dönüştürmüştür. Buğra'ya (2024, s. 102) göre Marshall'da sınıf eşitsizlikleri sivil ve siyasal hakların kullanımını sınırlar; sosyal haklar ise bu eşitsizliklerin etkisini azaltarak yurttaşlığı fiilen kullanılabilir kılar. Bu, eğitim, sağlık ve konut gibi temel mal ve hizmetlerin asgari düzeyde güvence altına alınmasını ve bunlara erişimde eşit standartlar getirilmesini gerektirir. Dolayısıyla yurttaşlık eşitliği, piyasanın işleyişine sınır çizilmeden sağlanamaz. Marshall'a göre sosyal haklar, statünün sözleşmeye müdahalesi anlamına gelir: piyasanın temsil ettiği değerler toplumsal adalete tabi kılınır ve serbest pazarlığın yerini hak beyanı alır (Marshall & Bottomore, 1992, s. 40).[3]

Bölümün bütünü göz önüne alındığında, kamusal sağlık paradigması, emek gücünün yeniden üretimini toplumsallaştırarak hem kapitalist birikimin sürekliliğini hem de yurttaşlık temelinde eşitlikçi bir sosyal koruma rejimini mümkün kılmıştır. Sağlık hakkı, bu çerçevede salt bir hizmet sunumu olmaktan çıkıp yurttaşlığın ayrılmaz bir bileşeni haline gelmiştir.



Biyomedikal Modelden Ottawa Bildirgesi'ne: DSÖ'nün Kamucu Sağlık Vizyonunun Gelişimi (1948–1986)

Kamusal sağlık paradigması yalnızca refah devleti ve metadışılaştırma temelinde değil, sağlığın nasıl tanımlandığına ilişkin kavramsal bir dönüşümle de şekillenmiştir. Bu bölüm, DSÖ'nün biyomedikal modelden kamucu bir sağlık vizyonuna uzanan gelişimini Ottawa Bildirgesi'ne kadar izler. Amaç, sonraki bölümde çözülecek paradigmanın normatif içeriğini ve Bildirge'nin bu içerikle ilişkisini belirlemektir.

[2] Esping-Andersen'in metadışılaştırma endeksi emeklilik, hastalık ve işsizlik gibi nakit yardımlara dayanır; sağlık hizmetleri bu endekste ayrı bir boyut olarak yer almaz.

[3] Bu müdahale, yurttaşlık statüsünün piyasa sözleşmelerini sınırlayarak emeği metalaştıran dinamiklere karşı toplumsal bir koruma oluşturması olarak okunabilir.

Biyomedikal Model ve DSÖ'nün Bütüncül Sağlık Tanımı

20. yüzyılın ilk yarısında tıp bilimi, hastalıkların nedenlerini anlama ve hastalıktan korunma aşamasını geride bırakarak hastalıkları tedavi etmeye başlamıştır. "Tedavi devrimi" olarak adlandırılan ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında da devam eden bu süreçte ölümcül hastalıklar tedavi edilebilir hale gelmiş, sağlık hizmetleri de maddi anlamda değer kazanmıştır (Leys, 2014, s. 16). Tedavi hizmetlerinin bu denli önem kazanması, sağlığı biyolojik temellerle açıklayan biyomedikal yaklaşımın egemenliğinin güçlenmesi anlamına gelmiştir. Biyomedikal yaklaşım sağlığı olumsuz biçimde, yani hastalığın olmaması olarak tanımlamıştır; hastalık ise vücudun herhangi bir yerinde bazı patolojik bulguların ya da anormalliklerin bulunmasıdır (Tatar & Tatar, 1997, s. 54). Bu modelde temel vurgu tıp profesyonellerine, sağlık hizmetlerine, özetle sağlık sistemine yapılmaktadır (Akalın, 2013, s. 233). Sağlık, toplumsal ve ekonomik koşullardan koparılmış, esas olarak bireysel bedende ve kurumsal tıbbi müdahalede aranan bir olgu halinde kavranmıştır.

Biyomedikal modelin bu dar sağlık tanımına yönelik en büyük itiraz ve sorgulama, 1946'da kabul edilen ve 1948'de yürürlüğe giren DSÖ Anayasası ile gelmiştir. Anayasa sağlığı "sadece hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali" şeklinde tanımlamıştır (DSÖ, 1948). DSÖ'nün tanımı sağlığı pozitif ve bütüncül (holistik) bir biçimde ele alır; bu tanımlamada sağlık yalnızca biyolojik ve tıbbi parametrelere indirgenmez. Özellikle "sosyal iyilik hali" vurgusu, sağlık kavramının toplumsal ve politik düzeyi de içerecek biçimde ele alınmasına imkân vermiştir (Belek, 1998, s. 26). Sağlığı yalnızca biyolojik temellerle değil, toplumsal koşullar ve sosyal ilişkilerle birlikte düşünen bu yaklaşım, geleneksel tıp ve sağlık sistemi anlayışından bir kopuşu temsil etmiştir.

Bununla birlikte, DSÖ'nün kapsamlı ve bütüncül yaklaşımına rağmen 1970'li yıllara kadar sağlık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastane merkezli biyomedikal modelin ekseninden ayrışamamıştır (Navarro, 2008, s. 152). Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında sömürge sonrası ülkelerde sağlıksızlığın kaynağı temelde sosyal faktörler olmasına rağmen, kent merkezli hastane hizmetleri öncelenmiştir. Tıbbi teknolojiye dayalı ve seçici programlar (sıtma ve aile planlaması gibi) tercih edilmiş, nüfusun tamamını kapsam altına alan sağlık hizmetleri örgütlenmemiştir. Sağlığı doğrudan etkileyen kalkınmışlık düzeyi ise göz ardı edilmiştir (Rao, 2014, s. 286). Başka bir deyişle, DSÖ'nün normatif düzeydeki bütüncül tanımı ile uygulamadaki biyomedikal ve seçici pratikler arasında belirgin bir mesafe dönem içerisinde aşılamamıştır.

Alma-Ata Deklarasyonu ve Temel Sağlık Hizmetleri

Normatif tanımın vadettiği gerçeklik ile uygulama arasındaki mesafe, 1970'lerde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan ve dönemin ruhunu belirleyen toplumsal hareketlerce de sorgulanmaya başlamıştır. Bu hareketler, hastane merkezli biyomedikal modelin de içinde bulunduğu mevcut sosyal, ekonomik ve siyasal düzenlemeleri sorgulayarak dönüşümünü hedeflemiştir (Rao, 2014, s. 287; Navarro, 2008, s. 152). Navarro'ya (2008, s. 152) göre 1970'lerin sonunda dünyada Birinci, İkinci ve Üçüncü Dünya blokları DSÖ içinde nüfuz için rekabet halindeydi; bu güç dengesi, 1960'ların ortasından 1970'lere uzanan toplumsal hareketlilikle birleşerek hastane merkezli biyomedikal modelin sorgulanmasına ve yeni bir alternatif modelin geliştirilmesine imkân vermiştir. Aynı dönemde Ka-

nada'da Lalonde Raporu da sağlığın belirleyicilerini insan biyolojisi ve yaşam tarzının yanı sıra çevre ve sağlık hizmetleri olarak sıralayarak, sağlığı yalnızca sağlık hizmetleriyle açıklayan bakışın ötesine geçen daha geniş bir çerçeve sunmuştur (Raphael, 2013, s. 103).

Bu yönelimi örgüt dışındaki kalkınma deneyimleri de güçlendirmiştir. Çin, az gelişmiş ülke statüsünde olmasına rağmen kalkınma programlarıyla işe ve gıdaya erişimi sağlayarak sağlık göstergelerinde iyileşme elde etmiş ve 1973'te DSÖ'ye katılarak bir model oluşturmuştur; Sovyetler Birliği ise sıtma programı başta olmak üzere nokta programlarını eleştirerek Alma-Ata konferansının düzenlenmesinde etkili olmuştur (Rao, 2014, ss. 287–288).

Bu zeminde DSÖ'nün bütüncül sağlık bakış açısını sürdüren ve onu küresel çapta Temel Sağlık Hizmetleri'ne taşıyan yaklaşım, 1978 tarihli Alma-Ata Deklarasyonu olmuştur. Toplantı DSÖ ve UNICEF girişimiyle gerçekleştirilmiş; Deklarasyon, 2000 yılına kadar dünya halklarının tamamının sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürmesine olanak tanıyan bir sağlık düzeyine ulaşmasını, yani "Herkes İçin Sağlık" hedefini, hükümetlerin ve uluslararası toplumun temel toplumsal amacı olarak ilan etmiş ve temel sağlık hizmetlerini bu hedefin anahtarı saymıştır (DSÖ, 1978, Madde V). Deklarasyon, temel sağlık hizmetlerinin kapsamını ayrıntılı biçimde ele almış ve sağlık alanında çok boyutlu bir reform önerisinde bulunmuştur (Lister & Labonté, 2009, s. 181). Deklarasyon, DSÖ'nün sağlık tanımını bir adım ileri taşıyarak sağlığı evrensel ve kapsayıcı bir temel sağlık hizmetleri anlayışıyla ilişkilendirmiştir (DSÖ, 1978, Madde I ve VI).

Deklarasyon'un ilkeleri altı başlıkta özetlenebilir. Birincisi, evrensellik: nüfusun tamamını kapsayan, ihtiyacı önceleyen ve herkes için erişilebilir bir sistem (DSÖ, 1978, Madde VI ve VII.6). İkincisi, sağlığın eğitim, barınma, beslenme ve çevre gibi sosyal ve ekonomik değişkenlerle ilişkilendirilmesi ve sektörler arası iş birliği (DSÖ, 1978, Madde I ve VII.4). Üçüncüsü, tedavi edici hizmetlerle birlikte sağlığı geliştirici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler (DSÖ, 1978, Madde VII.2). Dördüncüsü, sağlığın korunmasında hükümetlerin sorumluluğu ve sağlığın salt bireylerin sorumluluğuna indirgenememesi (DSÖ, 1978, Madde V). Beşincisi, pasif yurttaşlık yerine planlama ve uygulamada hak ve ödevler (DSÖ, 1978, Madde IV ve VII.5). Altıncısı, toplum katılımına ve ilk temas noktası olan temel sağlık hizmetlerine dayanan, birinci ve ikinci basamağı bütünleştiren bir sistem (DSÖ, 1978, Madde VI ve VII.6). Bu ilkeler birlikte sağlık sistemini kapsayıcı, adil, erişilebilir ve demokratik biçimde örgütlemeyi amaçlamış; hedeflerin ve kararların kim tarafından belirleneceği sorusunu merkeze almıştır (Newell, 1988, s. 904).

Ancak bu vizyonun uygulanabilirliği, özellikle kaynak kısıtı altındaki ülkeler açısından kısa sürede tartışmaya açılmıştır. Kapsamlı temel sağlık hizmetleri, düşük gelirli ülkeler için fazla geniş ve maliyetli bulunmuştur (Walsh & Warren, 1979, ss. 967, 970). Alma-Ata'nın ardından, maliyet-etkinlik kaygılarıyla hazırlanan, toplumsal katılımı zayıflatan, dikey ve teknokratik yönetimi öne çıkaran Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH) yaklaşımı gündeme gelmiş ve kapsayıcı, evrensel sağlık hizmetleri anlayışının yerini almaya başlamıştır (Newell, 1988, s. 904). Rifkin ve Walt (1986, s. 560) ayrımı yalnızca teknik bir tercih olarak ele almaz: kapsamlı yaklaşım sağlığı insanların yaşamını iyileştiren bir gelişme süreci olarak görürken seçici yaklaşım tıbbi müdahalelere odaklanır.[4]



[4]Yazarlar iki görüşü bağdaşmaz bulur. Ayrım en çok toplumsal katılımda görünür: seçici yaklaşımda katılım, halkın uzmanların seçtiği müdahaleleri kabul etmesidir. Planlayıcılar ve donör kuruluşlar ise temel sağlık hizmetleri çatısı altında

Alma-Ata, evrensel ve kapsayıcı sağlık hizmetlerini, özellikle kalkınmakta olan ülkeler için hedef alarak temel sağlık hizmetlerini önceleyen bir yaklaşımı temsil eder (Baum, 2016, s. 37). Kickbusch'a (2003, s. 383) göre Herkes İçin Sağlık stratejisi sağlığı kalkınma politikasının merkezine yerleştirmiş, hükümetleri yalnızca sundukları sağlık hizmetlerinden değil, nüfusun sağlığından da sorumlu tutmuştur. Dew (2015, s. 84) de 20. yüzyılın sonunda sağlığın toplumsal belirleyicilerine yönelen ilginin en belirgin biçimde bu konferansta dile geldiğini belirtir. Ancak Deklarasyon'dan hemen sonra ortaya çıkan seçici yaklaşım ve DSÖ ile çevresindeki kuruluşların tutumundaki değişim, sonraki dönüşümün erken bir işareti olarak okunabilir. Alma-Ata, ekonomi politikalarında neoliberalizmin henüz egemen olmadığı, farklı kalkınma pratiklerinin sağlık alanında gelişme sağladığı bir dönemde ortaya çıkmış; ancak Alma-Ata sonrası dönemde devlet merkezli kalkınma paradigması terk edilmiştir.

Ottawa Bildirgesi (1986)

Alma-Ata'nın kapsamlı vizyonunu sürdürme girişimi olarak okunabilecek metin, 1986 tarihli Ottawa Bildirgesi'dir. Bildirge, DSÖ'nün sağlık tanımından ve Alma-Ata Deklarasyonu'nun herkes için sağlık hedefinden beslenmiş; özellikle Alma-Ata'nın sağlık vizyonunu pratiğe dönüştürmek amacıyla ortaya konmuştur (DSÖ, 1986). Baum'a (2016, s. 38) göre Bildirge'nin arkasında iki itici güç vardı: Herkes İçin Sağlık 2000 stratejisinin sanayileşmiş ülkelerde benimsenmemesi ve yaşam tarzı ile davranışçı yaklaşımların sınırları. Bildirge, DSÖ'nün geleneksel sağlık tanımını genişletir: sağlığı "günlük yaşamın bir kaynağı, yaşamın amacı değil" olarak tanımlar (DSÖ, 1986). Bu ifade, sağlığı toplumsal ve kişisel kaynaklarla ilişkilendirir. Alma-Ata ile Ottawa arasındaki temel fark, sağlığın hangi düzeyde ele alındığındadır. Alma-Ata, temel sağlık hizmetlerini ülkenin sağlık sisteminin "merkezi işlevi ve ana odağı" olarak kurar (DSÖ, 1978, Madde VI) ve hükümetlerin halkın sağlığına ilişkin sorumluluğunu "yeterli sağlık ve sosyal önlemler" sağlamaya bağlar (Madde V). Ottawa ise vurguyu sağlık hizmetinden sağlığın ön koşullarına kaydırır: sağlıktaki iyileşmenin bu temel koşullara dayanmasını ister ve sağlığın geliştirilmesinin sağlık hizmetinin ötesine geçtiğini belirtir (DSÖ, 1986).

Bildirge'nin "sağlığın ön koşulları" olarak andığı unsurlar, sonradan "sağlığın sosyal belirleyicileri" adıyla anılacak olan yapısal etmenlerdir (Labonté, 2016, s. 675). Bunlar barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyettir (DSÖ, 1986). Bildirge, sağlığın ön koşullarının ve olanaklarının yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanamayacağını belirtir; sağlığın geliştirilmesinin yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu olmadığını, "sağlıklı yaşam tarzlarının ötesine geçerek esenliğe" uzandığını vurgular (DSÖ, 1986). Böylece sağlık, dar biyomedikal modelin ötesinde, sosyal ve kişisel kaynakları ile fiziksel kapasiteleri birlikte vurgulayan pozitif bir kavram olarak ele alınır; Bildirge bu yönüyle DSÖ'nün bütüncül sağlık anlayışını sağlık sektörünün ötesine taşır.

Bildirge, sağlığın geliştirilmesini üç strateji (savunuculuk, imkân sağlama ve aracılık etme) ve beş eylem alanı üzerinden tanımlar: sağlıklı kamu politikası oluşturmak, destekleyici ortamlar yaratmak, toplumsal eylemi güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek (DSÖ, 1986). Sağlıklı kamu politikası, mevzuat, mali önlemler, vergilendirme ve kurumsal

giderek seçici yaklaşımlara yönelmiştir. Vizyonun adı korunmuş, içeriği daralmıştır.

değişikliği birlikte kullanarak sağlığı tüm sektörlerde ve düzeylerde politika yapıcıların gündemine taşır.[5] Bu yaklaşımda sağlığın geliştirilmesi bireylerin davranışlarını değiştirmeye indirgenmez; birey ve toplulukların sağlıklarının ekonomik ve sosyal ön koşulları üzerindeki kontrolünün artırılması, kamu politikalarının tasarımıyla birlikte düşünülür. Bildirge, bu eşgüdümlü eylemin sağlık politikalarının yanı sıra gelir ve sosyal politikalara da uzanmasını ve taahhüt bölümünde toplumların kurallarının ve uygulamalarının ürettiği sağlık eşitsizliklerinin ele alınmasını öngörür (DSÖ, 1986). Raphael'e (2015, s. 382) göre Bildirge, ön koşulların kamu politikasıyla şekillendiğini ortaya koyar. Bu nedenle Bildirge'nin mantığı, ön koşullara müdahale eden bütüncül kamu politikalarını gerektirir (DSÖ, 1986).

Bu ön koşulların nasıl sağlandığı sorusu, Bildirge'nin kamusal paradigmaya bağımlılığını gösterir. Raphael'e (2013, s. 97) göre bu ön koşulları sağlayan, kamu politikasıdır. Raphael bu bağı, zengin kapitalist ülkelerden örneklerle üç ön koşul üzerinden gösterir (s. 98): erken yaşamda aileler için yeterli gelir ve nitelikli çocuk bakımı sağlayan politikalar, istihdamda toplu pazarlığı ve güvencesiz çalışanların korunmasını mümkün kılan düzenlemeler ve gelir dağılımında artan oranlı vergilendirme ile metadışılaştırılmış desteklerdir. Ön koşulların sağlanması bu nedenle bireysel davranıştan çok, devletin piyasanın kaynakları nasıl dağıttığına müdahale edebilme kapasitesine bağlıdır. Sağlığın ön koşullarına egemen olan bu dil, kamusal bir paradigmayı varsayar.

Bildirge'yi kamusal sağlık paradigmasının kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak okumanın ölçütü, sağlığa ilişkin kamusal sorumluluğun kapsamıdır. Bu ölçüt açısından üç metin bir genişleme sırası izler: DSÖ Anayasası sağlığı bütüncül biçimde tanımlar; Alma-Ata Deklarasyonu sektörler arası eylemi öngörmekle birlikte (DSÖ, 1978, Madde VII.4) kamusal sorumluluğu esas olarak temel sağlık hizmetleri üzerinden kurar (Madde VI); Ottawa Bildirgesi ise sağlıklı kamu politikasını ilk eylem alanı yaparak bu sorumluluğu sağlık sisteminden kamu politikasının bütününe taşır (DSÖ, 1986). Bu ölçüt normatif bir üstünlüğü değil, kapsamın genişliğini ifade eder; Bildirge'nin kamusal paradigmanın maddi dayanaklarına önceki metinlerden daha bağımlı olmasının nedeni de bu genişliktir.

Bu genişleme sağlık hizmetlerinin kendisine de yansır: Bildirge, sağlık sistemlerinin tedavi edici ve klinik hizmet odaklı olmasını eleştirmiş; bütçe ve kaynakların koruyucu hekimlik ve sağlığın geliştirilmesine yönelmesini önermiştir (Thompson, Watson, & Tilford, 2017, s. 6).

Bildirge'nin ortaya çıkış koşulları da bu kamusal söylemi destekler niteliktedir. Ottawa Bildirgesi, 19. yüzyıl halk sağlığı, feminizm, çevre ve tüketici hareketleri ile 1950'lerden itibaren toplumsal kalkınma deneyimlerinden beslenmiştir (Baum, 2016, s. 38); Labonté (2016, s. 675) ise Bildirge'nin yaygınlaşmasını kısmen, 1970'lerin ilerici toplumsal hareket aktivistlerinin 1980'lerde kamu sağlığı otoritesi konumlarına geçmesiyle ilişkilendirir.

Bildirge'nin sözcük dağarcığı kolektiftir: güçlendirmeyi toplulukların "kendi çabaları ve kaderleri üzerindeki sahiplik ve denetimi" olarak tanımlar, sağlığın geliştirilmesi sorumluluğunu ise "bireyler, topluluk grupları, sağlık profesyonelleri, sağlık hizmeti kurumları ve hükümetler arasında" paylaştırır. Buna karşılık "kişisel becerilerin geliştirilmesi" eylem alanı, insanların "sağlığa elverişli seçimler yapma"

[5] Bildirge'de sağlık, yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın veya sağlık hizmeti bütçelerinin bir sorumluluğu olmaktan çıkarılarak, tüm devlet organlarının ve sektörlerin ortak yönetim hedefine dönüştürülmesi amaçlanır.



seçeneklerini genişletmeyi öngörür; bu ifade, kolektif dilin içinde bireysel kapasite okumasına açık bir kapı bırakır (DSÖ, 1986). Baum (2016, s. 38) da Bildirge'nin davranışsal ve yaşam tarzı yaklaşımlarını reddetmediğini, onları kişisel becerilerin kazanılması kapsamında içerdiğini belirtir.

Ne var ki bu kapı, Bildirge'nin bireysel davranışa indirgenmesini zorunlu kılmaz. Metinde kişisel beceriler bağımsız bir strateji olarak değil, diğer eylem alanlarına bağlı olarak tanımlanır: Bildirge, insanların "destekleyici bir çevrede güvenli bir temel, bilgiye erişim, yaşam becerileri ve sağlıklı seçimler yapma olanakları" olmadan ve sağlıklarını belirleyen etmenler üzerinde kontrol kuramadıkça en yüksek sağlık potansiyellerine ulaşamayacaklarını belirtir (DSÖ, 1986). Baum (2016, s. 39) da bu alanın topluluk örgütlenmesi, savunuculuk ve bireysel sorunları yapısal bir çerçevede çözümleme becerilerini kapsadığını vurgular. Dolayısıyla Bildirge'nin bu noktadaki içsel yorumlanabilirliği, bireyselleştirici bir okumayı zorunlu kılmaz; yalnızca mümkün kılar. Bu olanağın neoliberal dönemde nasıl kullanıldığı, sağlığın bireyselleştirilmesine ilişkin bölümde ele alınmaktadır.

Bildirge'nin tarihlendirilmesi, onun kamusal sağlık paradigmasının çözülmeye başladığı bir eşikte kaleme alındığını gösterir. Birleşik Krallık'ta 1979'da, ABD'de ise 1980 seçimleriyle neoliberal hükümetler iktidara gelmiş (Harvey, 2015, ss. 30, 32), seçici temel sağlık hizmetleri tartışması Alma-Ata'nın hemen ertesinde ortaya çıkmış (Walsh & Warren, 1979, s. 967; Newell, 1988, s. 904), Dünya Bankası'nın sağlık finansmanı belgesi ise Bildirge'den bir yıl sonra yayımlanmıştır (Akin, Birdsall, & de Ferranti, 1987). Ottawa Bildirgesi, kamusal paradigmanın en kapsamlı normatif ifadelerinden biri olarak, aynı paradigmanın çözülmesinin başladığı bir anda kabul edilmiştir; bu nedenle Bildirge, kamucu bir vizyonu ifade ederken bu vizyonu hayata geçirecek koşulların aşınmaya başladığı bir ortamda doğmuştur.

Böylece Bildirge'nin kamucu vizyonu üç dayanağa yaslanır: ön koşulları sağlayan bağlayıcı kamu politikaları, toplumsal eylemi ve güçlendirmeyi kolektif biçimde kuran çerçeve ve paylaşılmış sorumluluk. Bu dayanaklar, sonraki bölümde izlenen çözülmenin üç düzeyine karşılık gelir: kuralların ve güvencelerin aşınması, bunları savunacak toplumsal güçlerin zayıflaması ve sorumluluğun bireye yüklenmesi.

Neoliberal Dönüşüm ve Küresel Sağlık Politikaları: Kamusal Paradigmanın Çözülmesi

1980'lerden itibaren sağlık politikalarında yaşanan dönüşüm ve bunun Ottawa Bildirgesi'ne etkisi, yalnızca teknik bir yeniden yapılanma olarak okunamaz. Bu bölüm, söz konusu dönüşümü önce Fordist rejimin krizi ve neoliberalizmin yükselişi bağlamında, ardından neoliberalizmin ekonomi politikası, ideoloji-devlet ve yönetim rasyonalitesi boyutları üzerinden ele alır. Sonrasında dönüşümü sınıfsal temeller ve metalaşma, küresel kurumlar ve normatif dönüşüm ile sağlığın bireyselleştirilmesi başlıkları altında inceler; Ottawa Bildirgesi'nin bu süreçte nasıl sınırlandığını ve bu sınırların hangi koşullarda gevşeyebileceğini tartışır.

Fordist Rejimin Krizi ve Neoliberalizmin Yükselişi

1960'ların sonuna doğru gelişmiş kapitalist ülkelerde Fordist birikim rejimi ciddi bir krize girmiştir. Harvey (2015, s. 20), aynı dönemde savaş sonrası "gömülü liberalizm" düzeninin çözülmeye başladığını ve ciddi bir sermaye birikimi krizinin belirdiğini vurgular.[6] Jessop (1993, ss. 26–27), bu krizin eğilimleri arasında kitlesel üretimin yeni sanayi dallarına yayılmasından gelen büyüme potansiyelinin göreli tükenişini, dayanıklı tüketim mallarında piyasaların göreli doygunluğunu ve toplumsal tüketim harcamalarının sürekli genişlemesinden doğan mali krizi sayar. Arın (1985, s. 132) ise Fordizmde krizin pazar sıkıntısından ve yetersiz tüketimden değil, sermayenin değerlenmesindeki sorundan, yani aşırı birikimden doğduğunu vurgular.

Krizin devlet bütçesindeki karşılığını O'Connor (1973/2001, s. 9) şöyle kavramsallaştırır: devletin sermaye için maliyet oluşturan unsurları giderek daha fazla toplumsallaştırması, buna karşılık toplumsal artığın özel olarak ele geçirilmeye devam etmesi, devlet harcamaları ile gelirleri arasında "yapısal bir açık", yani mali kriz yaratır. Krizin bir diğer boyutu, metadışılaştırıcı güvencelerin emek-sermaye ilişkisi üzerindeki etkisidir. Offe'ye (1984b, s. 151) göre metadışılaştırıcı güvenceler, işçilerin istenmeyen işlerden kaçınmasını ve sömürüye direnmesini kolaylaştırarak "yedek ordu" mekanizmasını kısmen işlemez kılmış, böylece piyasa disiplinini bozmuştur. Ayrıca metadışılaştırıcı transferler ve sübvansiyonlu koruma kendi kendini finanse etmeyen harcamalar gerektirir; bunlar devletin gelecekteki gelir tabanını artırmak yerine daraltır ve mali krizi keskinleştirir (Offe, 1984c, s. 124).

Bu içsel gerilimler 1970'lerde dış şoklarla birleşmiştir. Bretton Woods sabit kur sisteminin 1971'de terk edilmesi, 1973 petrol ambargosu ve işsizlik ile enflasyonun birlikte görüldüğü stagflasyon evresi yaşanmış; bazı devletler mali krize girmiş ve Keynesçi politikalar artık işe yaramaz hale gelmiştir (Harvey, 2015, s. 20). Duménil ve Lévy (2004, ss. 14, 23) bu krizi 1960'lardan itibaren kâr oranındaki düşüşten doğan yapısal bir kriz olarak ele alır ve neoliberal dönüşümün nedenlerini krizin egemen sınıfların gelirleri üzerindeki sonuçlarında arar. Böylece kriz, yalnızca bir kârlılık sorunu olarak değil, sınıflar arasındaki güç dengesinin yeniden kurulmasını gündeme getiren bir birikim krizi olarak ortaya çıkmıştır.

Bu birikim krizine verilen temel yanıt neoliberal politikalar olmuştur. Harvey'e (2015, s. 10) göre neoliberalizm bir politik-ekonomik pratikler teorisidir; bu teori "insan refahını artırmanın en iyi yolunun güçlü özel mülkiyet hakları, serbest piyasalar ve serbest ticaretin temel alındığı bir kurumsal çerçeve içinde bireysel girişim beceri ve hürriyetlerini serbest bırakmak olduğunu iddia eder". Bu çerçeve, Keynesçi politikaların işlemez hale geldiği bir anda, krizden çıkış için sunulan alternatiflerden biri olarak öne çıkmıştır (Harvey, 2015, ss. 20–21, 28–30). Bu bağlamda neoliberalizm, sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine yeniden kurulması girişimi olarak okunabilir; Duménil ve Lévy'ye (2004, ss. 1–2) göre bu, kaçınılmaz bir süreç değil, sermaye sahibi sınıfın gelirlerini ve iktidarını yeniden kurma isteğinin ifadesi olan siyasal bir eylemdir. 1979–1980 dolaylarında Birleşik Krallık ve ABD'de iktidara gelen hükümetler bu dönüşümün siyasal taşıyıcıları olmuştur (Harvey, 2015, ss. 30, 32). Sonuçta Fordist–Keynesçi politikaların krizi, birikim krizinin üzerine eklenen devlet bütçelerinin

[6] Gömülü liberalizm, savaş sonrası dönemde devletin tam istihdama ve refaha odaklandığı, piyasayı sosyal ve politik sınırlamalar ağıyla çevreleyen düzeni ifade eder. Neoliberal proje, sermayeyi bu sınırlamalardan kurtarmayı amaçlamıştır.



krizi biçiminde somutlaşmış ve başka bir sermaye birikim modelinin ve ekonomi politikalarının egemen olmasına yol açacak bir yeniden yapılanmayı gündeme getirmiştir.

Neoliberalizmin Boyutları

Neoliberal politikalar, devletin, toplumun, bireyin, yurttaşlığın ve ekonomik düzenin içeriğini radikal biçimde değiştirmiştir. Bu dönüşüm üç düzeyde incelenebilir: ekonomi politikası; ideoloji ve devlet; yönetim rasyonalitesi ve öznellik. İlk iki düzey, neoliberalizmi sınıf güçleri dengesini sermaye lehine yeniden kuran bir proje olarak ele alan yapısalcı-materyalist okumaya; üçüncüsü ise onu bireyleri rekabetçi girişimciler olarak üreten bir rasyonalite olarak gören yönetimsellik okumasına dayanır. İki okuma birbirini tamamlar: birincisi dönüşümün nedenini ve kimin lehine işlediğini, ikincisi bunu bireysel sorumluluk söylemiyle meşrulaştıran mekanizmayı açıklar.

Ekonomi Politikası Düzeyi

Ekonomi politikası düzeyinde neoliberal politika paketinin uygulanmasında kamu sektöründe özelleştirme, serbestleştirme ve ticari ölçütlerin getirilmesi, özel sektörde ise kuralsızlaştırma belirleyicidir; ekonomik ve sosyal politikalar özel sektörün algılanan gereksinimlerine yönelir (Jessop, 1993, s. 29). Bu dönüşüm, finansal güdülerin, piyasaların ve kurumların ekonominin işleyişindeki rolünün arttığı finansallaşmayla birlikte ilerler (Epstein, 2005, s. 3). Lapavitsas'a (2013, ss. 794, 800) göre bu modelin egemen birikim biçimi olan finansallaşma, konut, emeklilik, eğitim ve sağlık gibi alanlarda kamusal sunumun geri çekilmesini gerektirir: böylelikle hanehalklarının tüketimi giderek borçlanmaya ve finansal varlıklara dayanır, finansal işlemlerden elde edilen kâr da artar.

İdeoloji ve Devlet Düzeyi

İdeoloji ve devlet düzeyinde neoliberal düşünce, piyasa ile devleti birbirini dışlayan rakip kurumlar olarak kurgular: piyasaların doğası gereği verimli olduğu, devlet müdahalesinin ise fiyatları bozarak kaynakların yanlış tahsisine yol açtığı varsayılır (Saad-Filho, 2019, ss. 210–211). Oysa neoliberalizm, devletin geri çekilmesine değil, aksine eski sosyal düzenleme tarzını yerinden edecek ve yerine yenisini koyacak kadar güçlü bir devlete dayanır (Jessop, 1993, ss. 29–30); eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda piyasa bulunmuyorsa, bu piyasaların gerekirse devlet eliyle yaratılması öngörülür (Harvey, 2015, s. 10). Peck ve Tickell (2002, ss. 384, 388–389) bunu iki evreyle anlatır: 1980'lerdeki "roll-back" (geriletme) evresinde devlet gücü Keynesçi refah kurumlarına karşı piyasalaştırma ve kuralsızlaştırma projeleri arkasında seferber edilmiş, sonraki "roll-out" (kurma) evresinde neoliberalleşmiş, güçlü müdahaleci devlet biçimleri bilinçli olarak inşa edilmiştir. Devlet–piyasa ikiliği bu nedenle ideolojik bir kurgudur: devlet küçülmez, müdahalenin yönü ve sınıfsal içeriği değişmiştir.

Yönetim Rasyonalitesi ve Öznellik Düzeyi

Yönetim rasyonalitesi ve öznellik düzeyinde neoliberalizm yalnızca bir ekonomi politikasına indirgenemez; bireyleri rekabetin egemen olduğu ortamda yaşamaya ve kendilerini yönetilmesi gereken

bir "girişim" olarak tasavvur etmeye zorlayan bütünsel bir yönetim rasyonalitesidir (Dardot & Laval, 2013, ss. 3–4). Bu rasyonalitede piyasa değerleri hayatın tüm alanlarına yayılır; bireyler kendi değerini sürekli artırmak veya korumak zorunda olan birer "insan sermayesi" olarak kurgulanır (Brown, 2018, ss. 204–205).

Bu dönüşümün en görünür sonuçlarından biri, yurttaşlık anlayışındaki değişimdir. Rose'a (1999, ss. 164–166) göre 1980'lerde hak ve ödevlerle tanımlanan "pasif" sosyal devlet yurttaşının karşısına, yaşamını ve ailesinin yaşamını bir girişim gibi yöneten "aktif yurttaş" konur (s. 165). Henderson'a (2015, ss. 329–330) göre bu yönetimde iyi sağlığı korumak yurttaşlığın yükümlülüklerinden biri haline gelir; sağlık hakkı, sağlığın korunmasına ilişkin buyrukları kabul etme sorumluluğu olarak yeniden kurulur. Böylece yoksulluk, işsizlik ve güvencesizlik gibi yapısal meseleler, politik olmaktan çok bireysel yetersizlik ya da yanlış girişimci tercihi olarak ele alınmaya elverişli hale gelir.



Ottawa'dan Geriye Düşüş: Sınıfsal Temeller ve Sağlık Hizmetinin Yeniden Metalaşması

Sağlık sistemlerinin evrensellik düzeyi, sınıf güçleri dengesi ve siyasal örgütlenme biçimleriyle yakından ilişkilidir. Navarro'ya (1989, ss. 892–893) göre ulusal sağlık programının kurulması esas olarak işçi hareketinin örgütlenmesine ve etkisine bağlıdır; işçi örgütlerinin zayıf ve bölünmüş olduğu ülkelerde ise sağlık politikaları piyasaya dayanır. Coburn'a (2014, ss. 57–58) göre sağlıktaki eşitsizliklerin arkasında sınıflar arası güç dengesindeki kayma yatar: güç yitiren emek örgütlülüğü neoliberal politikaların uygulanmasını kolaylaştırmış, bu politikalar da güç dengesini sermaye lehine daha da kaydırmıştır.

Güç dengesindeki bu kayma sağlıkta en açık biçimde piyasalaştırma olarak görünür. Leys'e (2014, ss. 33, 38–40) göre 1990 sonrasında neoliberal siyaset kamu sağlık hizmetlerini özel sermaye için bir birikim alanı olarak açmıştır. Bu proje, küresel "güney"de ve eski Sovyet bloğunda Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) dayattığı yapısal düzenlemelere; Batı Avrupa ve diğer sanayileşmiş ülkelerde ise özellikle İngiltere'de özel sektörün devlet bünyesine nüfuzuna ve sendikal hareketin zayıflamasına dayanarak yürütülmüştür. Bu uygulamaların toplumsal kabulünü ise piyasanın ve özel sektörün kamudan daha "verimli" olduğu yönündeki ideolojik varsayımlar sağlar.

Leys (2001, ss. 84, 189), kamusal sağlık hizmetinin metalaştırılması için en az dört koşul sayar: (1) hizmetin standartlaştırılıp fiyatlandırılabilir birimlere ayrılması, (2) kamunun bu hizmeti meta olarak istemeye ikna edilmesi, (3) hizmeti sunanların kâr üreten ücretli emekçilere dönüştürülmesi ve (4) kâr amaçlı sunuma geçişin yatırım ve risklerinin devletçe üstlenilmesi. Neoliberalizmin "devletin küçültülmesi" iddiası (Navarro, 2008, ss. 152–153) sağlık alanında, devletin payının azalması kadar, hizmet sunucu rolünün dönüştürülmesi anlamına gelir. Metadışılaştırılmış bir hizmet olan sağlığın kamusal sunumu ve finansmanı, içerik ve biçim değiştirerek yeniden metalaştırılma eğilimi gösterir.

Küresel Kurumlar ve Normatif Dönüşüm

Bu dönüşümün küresel taşıyıcıları IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi finans ve ticaret kurumlarıdır. Mooney'ye (2014, ss. 89, 92) göre IMF ve Dünya Bankası, zengin Batı ülkelerinin ağırlıklı oy hakkı ve sıkı kontrolü altındadır. 1980'lerin sonu ve 1990'ların başında küresel sağlıkta

liderlik, kısmen Banka'nın çok daha büyük finansal kaynaklara sahip olması nedeniyle DSÖ'den Dünya Bankası'na kaymıştır (ss. 52–53).

Kurumların etkisi iki yoldan işlemiştir: zorlayıcı ve normatif. Zorlayıcı yolun temel mekanizması, borç krizindeki ülkelere uygulanan kredi koşulluluğuyla mali istikrar (kemer sıkma), piyasa serbestleşmesi, deregülasyon ve özelleştirmeden oluşan dörtlü modeli dayatan yapısal uyum programlarıdır; bu programlar kalkınma paradigmasını devlet öncülüğündeki büyümeden piyasa öncülüğündeki büyümeye kaydırmıştır (Forster, Stubbs, & Kentikelenis, 2024, s. 155; Nervi & Birn, 2024, s. 312). Programların etkileri doğrudan ve dolaylı yollardan işler: kamu bütçesi kesintileri ve maaş tavanları (wage bill ceilings) kamu sağlık sisteminin hareket alanını daraltırken, büyümenin yavaşlaması, işsizlik, yoksulluk ve eşitsizlik sağlığın sosyal belirleyicilerini zayıflatır (Forster vd., 2024, ss. 158–160).

Normatif yolun belirgin örneği Dünya Bankası'dır. Banka, 1984 ve 1987 raporlarında (Paying for Health Services in Developing Countries; Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform) maliyet geri kazanımının çok düşük olduğunu vurgulayarak hastalardan katkı payı (user fees) alınmasını savunmuştur (de Ferranti, 1984, ss. 10, 41; Akin vd., 1987, ss. 3–4). 1993 tarihli Investing in Health raporunda ise kamu kaynaklarının "asgari bir paket"e yöneltilmesi, paket dışındaki klinik hizmetlerin özel olarak ya da sosyal sigorta yoluyla finanse edilmesi önerilmiştir; paketin maliyeti düşük gelirli ülkelerde kişi başına yıllık yaklaşık 12 dolar olarak hesaplanmıştır (Dünya Bankası, 1993, ss. 6, 11).

Normatif yol Dünya Bankası ile sınırlı değildir. IMF, Dünya Bankası ve DSÖ gibi kuruluşlar, tarafsız ve uzman olarak kabul gören teknokratik otoritelerini kullanarak sağlık alanında hangi politikaların "uygun" olduğunu tanımlama gücü elde etmiştir. Eğitim ve teknik yardım yoluyla yayılan bu normlar, sağlıkta özel sektörün sunumdaki rolünün genişletilmesini savunan politikaların yayılmasına katkıda bulunmuştur (Forster vd., 2024, ss. 154–155, 157). Sonuçta dayanışma odaklı "yurttaşlık konvansiyonu", yerini verimlilik ve rekabete dayanan "piyasa-endüstriyel konvansiyonuna" bırakmış (Batifoulier & Da Silva, 2024, ss. 40–42), "kamusal ve evrensel sağlık hakkı" söylemi de kamu fonlarıyla özel sigortacılığı ve piyasa sunumunu destekleyen "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı" (UHC) modeline evrilmiştir (Nervi & Birn, 2024, s. 314).

Bu normatif dönüşümün sağlık sistemlerindeki somut karşılığı, 1990'lardan itibaren yayılan "reform salgını"dır. Ağartan'a (2007, ss. 47, 49) göre küresel reform paketi, hizmet sunumu ile finansmanı ayırır, piyasa mekanizmalarını ve kamu dışı aktörleri devreye sokar; devletin finansman ve düzenleme sorumlulukları korunurken hizmet sunumundaki rolü daralır. Böylece kamusal sağlık hizmetinin sunum biçimi değişir, sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığı artar (Ağartan, 2007, s. 49). Bu çerçevede sağlığın sağlık sektörü dışındaki belirleyicileri gündemden düşerken, bir zamanlar metadışılaştırılmış olan sağlık hizmeti de yeniden metalaştırılır.

Sağlığın Bireyselleştirilmesi ve Ottawa Bildirgesi'nin Sınırlanması

Neoliberal dönüşüm, sağlığın bireyler tarafından nasıl anlaşıldığını da değiştirmiştir. Girişimci özne rasyonalitesi sağlık alanında "sorumlulaştırma" olarak tezahür eder: sağlık, baskın biçimde bireysel bir

seçim meselesine indirgenmiş; toplumsal, politik ve tarihsel bağlamlardan soyutlanmıştır (Redikopp, 2024, s. 131). Ayo (2012, s. 99), Ericson, Barry ve Doyle'un kuramlaştırdığı neoliberal akılcılığın beş ilkesinden ikisini Bildirge açısından belirleyici bulur. Asgari devlet müdahalesi ilkesi uyarınca devlet sosyal belirleyicilere yatırımdan çekilir ve yoksulluk "kötü kişisel tercih" olarak yeniden tanımlanır; Ayo bu ilkeyi Bildirge'nin stratejilerinin ve hedeflerinin hayata geçirilememesinin temel açıklaması olarak görür (s. 102). Bireysel sorumluluk ilkesi uyarınca ise sağlıklı olmak, Crawford'ın sağlıkçılık (healthism) kavramı ve Foucault'nun "kendilik teknolojileri" çerçevesinde ahlaki bir ödeve dönüşür (ss. 100–101, 103).

Bireysel sorumluluk ilkesi, Bildirge'nin kişisel beceriler alanındaki açıklık üzerinden işlemiştir: neoliberal sorumlulaştırma, kişisel becerileri onları anlamlı kılan sağlıklı kamu politikası, destekleyici çevreler ve toplumsal eylemden koparak tek başına işleyen bir davranış değişikliği programına dönüştürmüştür. Bu seçici okuma, Alma-Ata'nın kapsamlı vizyonunun seçici temel sağlık hizmetlerine daraltılmasına (Walsh & Warren, 1979, s. 967; Rifkin & Walt, 1986, s. 560) benzer: her iki durumda da bütüncül çerçeve korunmuş görünürken uygulamada yalnızca bireysel ya da teknik düzeyde işleyebilen bileşen öne çıkarılmıştır. Labonté'nin (2016, s. 679) "yaşam tarzı kayması" olarak adlandırdığı eğilim bu kopuşun pratikteki karşılığıdır; Baum ve Fisher (2014, s. 217) da davranışsal yaklaşımların kalıcılığını neoliberal bireycilikle ilişkilendirir. Bu nedenle Bildirge esas olarak dışarıdan sınırlanmıştır; metnin açıklığı ise sınırlamanın nedeni değil, dışsal koşulların metin içinden işlemesine imkân veren bir eklem noktasıdır.

Önceki alt bölümlerde izlenen dönüşümler birlikte Ottawa Bildirgesi'nin uygulanabilirliğini daraltmıştır. Sınırlama üç düzeyde işlemiştir: küresel kurumların koşulluluğu ve norm üretimi bağlayıcı kuralları ve güvenceleri (Labonté, 2016, s. 678), sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması bunları savunacak toplumsal güçleri (Labonté, 2016, ss. 675, 677–678), sorumluluğu bireye yükleyen yönetim rasyonalitesi ise kolektif sorumluluk anlayışını (Labonté, 2016, s. 679; Ayo, 2012, ss. 100–101, 103) zayıflatmıştır.



Neoliberal Kısıtların Gevşemesinin Koşulları

Ottawa sonrası DSÖ metinlerinde Bildirge'nin mirası tek yönlü okunmaz. Jakarta Bildirgesi (DSÖ, 1997) ve Bangkok Bildirgesi (DSÖ, 2005) özel sektörü ve iş dünyasını sağlığın geliştirilmesinin paydaşı olarak tanımlayarak özel sektör–kamu sektörü yönetişim dilini içselleştirmiş, Sosyal Belirleyiciler Komisyonu raporu (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008) gücün, paranın ve kaynakların eşitsiz dağılımıyla mücadeleyi öne çıkarmıştır. Buna karşın Baum ve Fisher (2014, ss. 213–214), hükümetlerin davranışsal sağlığı geliştirme stratejilerine aşırı ve dar biçimde yöneldiğini vurgular.

Bu çelişkili miras, Bildirge'nin direnç potansiyelinin kendiliğinden gerçekleşmeyeceğini gösterir. Potansiyel en azından üç koşula bağlıdır. Bu koşullar çözülmenin üç düzeyine karşılık gelir: neoliberal piyasa mantığını sınırlayan metadışılaştırıcı güvencelerin yeniden tesisi, bunları taşıyacak toplumsal güç ilişkilerinin kurulması ve Bildirge'nin "güçlendirme" ve "sorumluluk" kavramlarının kolektif haklar yönünde yeniden tanımlanması.

İlk koşul, piyasa mantığını sınırlayan bağlayıcı kuralların ve metadışılaştırıcı güvencelerin yeniden kurulmasıdır. Çözülme metadışılaştırmanın tersine çevrilmesi, sosyal ücretin daralması ve sorumluluğun bireye yüklenmesi üzerinden ilerlediyse, çıkış yolu da bu eksenlerde tersine bir hareketi gerekli kılar. Labonté (2016, s. 678) emeğin pazarlık gücünü artıracak çalışma ve sosyal koruma mevzuatını, gönüllü öz-düzenleme yerine herkes için eşit ve bağlayıcı kamusal kuralları öne çıkarır; Labonté ve Stuckler (2016, ss. 312, 315–316) ise küresel finansın yeniden düzenlenmesini, kemer sıkma politikalarının reddini ve artan oranlı vergilendirmenin yeniden tesisini önerir. Raphael (2013, s. 95) ülke düzeyinde benzer bir sonuca varır: sağlığın ön koşullarının sağlanmasını retorik taahhütlerden çok refah devletinin biçimi belirler. Sağlık hizmetleri düzeyinde bu, sağlığın satın alınan bir meta olmaktan çıkarılmasını, yani hizmete erişimin ödeme gücüne değil yurttaşlık statüsüne bağlanmasını gerektirir.

İkinci koşul, bu kuralları ve güvenceleri taşıyacak toplumsal güç ilişkileridir. Artan oranlı vergilendirme, toplu sözleşme ve kapsamlı sosyal koruma gibi araçlar yalnızca teknik tercih meselesi değildir; bunlar ancak sınıf güçleri dengesinin değişmesiyle mümkün olur. Raphael (2015, ss. 380–381) sağlıklı kamu politikasına karşı çıkışın ardındaki "çıplak siyaseti", yani güç ve çıkar çatışmalarını politika analizinde sıklıkla ihmal edilen bir boyut olarak vurgular. Bu nedenle çıkış yolları, sendikalar, sağlık emekçilerinin örgütleri ve toplumsal hareketler gibi taşıyıcı aktörlerin varlığını ve onlara imkân tanıyan kurumsal koşulları da kapsar.

Üçüncü koşul, Bildirge'nin "güçlendirme" ve "sorumluluk" kavramlarının kolektif haklar yönünde yeniden anlamlandırılmasıdır. Bu kavramlar bireysel kapasite yerine kolektif hak ve kamusal yükümlülük olarak ele alınmalıdır. Labonté (1994, ss. 253, 255–256) sağlığın geliştirilmesini toplumsal hareketlerin bilgi meydan okumalarına verilen profesyonel-bürokratik bir cevap olarak görür; bu nedenle güçlendirme hem güçlendirici hem güçsüzleştirici yönler taşır. Popay, Whitehead, Ponsford, Egan ve Mead (2021, ss. 1253–1254) ise topluluk güçlendirme yaklaşımlarının çoğu zaman yakın mahalle koşullarına yönelen içe dönük bir bakışla sınırlandığını, siyasal ve toplumsal dönüşümü hedefleyen dışa dönük bakışın ihmal edildiğini savunur ve Ottawa Bildirgesi'ndeki kolektif kontrol anlayışına dönülmesini önerir (s. 1256).

Üç koşulun ortak nesnesi, Bildirge'nin sağlığın temel ön koşulları olarak andığı gelir, barınma, gıda ve eğitim gibi unsurlardır. Ayo (2012, s. 102), Bildirge'nin bu ön koşullara yatırım çağrısına rağmen sağlığı geliştirmenin hızla bireyselleştirilmiş yaşam tarzı yaklaşımına döndüğünü, bunun temel açıklamasının da asgari devlet müdahalesi anlayışı olduğunu savunur. Raphael (2015, ss. 380, 382) ön koşulların kamu politikasıyla şekillendiğini, bu dağılımı eşitleyen politikalara karşı çıkan iş ve şirketler kesiminin ise politikayı engellemede başarılı olduğunu vurgular. Labonté (2016, s. 677), çok sayıda hedefin savunuculuğu dağıtma riski taşıdığını, bu nedenle ön koşullar üzerine mesajın sade tutulması gerektiğini söyler.

Bu üç koşul birbirini gerektirir, ancak eşit ağırlıkta değildir. Bağlayıcı kurallar ve metadışılaştırıcı güvenceler, onları talep edebilecek toplumsal güçler olmadan sürdürülemez; kolektif anlamıyla yeniden kurulmayan güçlendirme ve sorumluluk kavramları ise aynı politikaları yeniden bireyselleştirmeye açık hale getirir. Güç ilişkileri bu nedenle diğer koşulların önkoşuludur. Bildirge'nin mirası tek başına bir direnç ya da teslimiyet metni değil, hangi toplumsal güçler ve hangi kurallar tarafından doldurulacağına göre biçimlenen bir mücadele alanıdır.

Sonuç

Fordist birikim rejimi, Keynesçi talep yönetimi ve metadışılaştırıcı sosyal haklar üçgeninde kurumsallaşan kamusal sağlık paradigması, DSÖ Anayasası, Alma-Ata Deklarasyonu ve Ottawa Bildirgesi'nde kamucu söylemsel ifadesini bulmuştur. Fordist rejimin krizi bu paradigmanın maddi temellerini sarsmış; 1980'lerden itibaren yaşanan neoliberal dönüşüm ise Alma-Ata ve Ottawa'nın savunduğu ilkelerin hayata geçirilmesi için gereken kurumsal ve siyasal koşulları aşındırmıştır. Dönüşüm, sınıf güçleri dengesinin sermaye lehine kayması ile küresel kurumların koşulluluğu ve norm üretimi üzerinden ilerlemiş ve sağlığın sistematik biçimde metalaştırılmasıyla sonuçlanmıştır. Kamusal hizmetlerin piyasalaştırılması, hak sahibi yurttaşın girişimci/aktif yurttaşa dönüştürülmesi ve sağlığın bireysel sorumluluğa yüklenmesiyle sağlık hakkı, yurttaşlığın ayrılmaz bir bileşeni olmaktan çıkmış, Ottawa'nın ileri sürdüğü sağlığın ön koşullarının da gerisine düşerek giderek piyasadan satın alınan bir metaya dönüşmüştür. Bildirge'nin kişisel becerilere ilişkin eylem alanının taşıdığı yorumlanabilirlik, sınırlamanın içsel bir boyutu olduğunu gösterir; ancak bu boyut bireyselleştirici okumayı yalnızca mümkün kılmış, onu egemen hale getiren dışsal yapısal koşullar olmuştur. Bu çerçevede Ottawa Bildirgesi'nin sınırları, esas olarak Bildirge'nin kendi ilkelerinde değil, onu taşıyan paradigmanın çözülmesinde aranmalıdır. Çalışma kuramsal bir tartışma olduğundan, bu savların ülke ve sistem düzeyinde karşılaştırmalı ampirik çalışmalarla sınanması gelecek araştırmalar için açık bir gündem oluşturmaktadır.



Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Bu çalışmanın tüm aşamaları (kavramsallaştırma, literatür taraması, analiz ve yazım) tek yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Destek ve Teşekkür Beyanı

Bu çalışma herhangi bir kurum veya kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazar, bu çalışmayla ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Kaynaklar

Aglietta, M. (2000). *A theory of capitalist regulation: The US experience* (D. Fernbach, Trans.; New ed.). Verso. (Original work published 1979)

Ağartan, T. (2007). Sağlıkta reform salgını. İçinde: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, & Ç. Yoltar (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de sağlık politikaları: Reformlar, sorunlar, tartışmalar* (ss. 37–54).

İletişim Yayınları.

Akalın, M. A. (2013). *Toplumcu tıbba giriş*. Yazılama Yayınevi.

Akin, J. S., Birdsall, N., & de Ferranti, D. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform* (A World Bank Policy Study). World Bank.

Altvater, E. (1981). Der gar nicht diskrete Charme der neoliberalen Konterrevolution. *PROKLA, 44*, 5–23.

Arın, T. (1985). Kapitalist düzenleme, birikim rejimi ve kriz (I): Gelişmiş kapitalizm. İçinde: *Bunalım, azgelişmişlik, devlet* (Onbirinci Tez Kitap Dizisi: 1, ss. 104–138). Uluslararası Yayıncılık.

Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health, 22*(1), 99–105. https://doi.org/10.1080/09581596.2010.520692

Bambra, C. (2005). Cash versus services: "Worlds of welfare" and the decommodification of cash benefits and health care services? *Journal of Social Policy, 34*(2), 195–213.

Batifoulier, P., & Da Silva, N. (2024). The economics of conventions and healthcare. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 34–46). Routledge.

Baum, F. (2016). *The new public health* (4th ed.). Oxford University Press.

Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness, 36*(2), 213–225. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112

Belek, İ. (1998). *Sınıf, sağlık, eşitsizlik*. Sorun Yayınları.

Bowles, S., & Gintis, H. (1982). The crisis of liberal democratic capitalism: The case of the United States. *Politics & Society, 11*(1), 51–93.

Brown, W. (2018). *Halkın çözülüşü: Neoliberalizmin sinsi devrimi* (B. E. Aksoy, Çev.). Metis Yayınları.

Buğra, A. (2024). *Social policy in capitalist history: Perspectives on poverty, work and society*. Edward Elgar Publishing.

Callinicos, A. (2013). *Toplum kuramı: Tarihsel bir bakış* (Y. Tezgiden, Çev.; Genişletilmiş ve gözden geçirilmiş baskı). İletişim Yayınları.

Coburn, D. (2014). Eşitsizlik ve sağlık (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 54–73). Yordam Kitap.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/43943

Dardot, P., & Laval, C. (2013). *The new way of the world: On neo-liberal society* (G. Elliott, Trans.). Verso. (Original work published 2009)

de Ferranti, D. (1984). *Paying for health services in developing countries* (PHN Technical Notes No. GEN 27). World Bank, Population, Health and Nutrition Department. https://documents1.worldbank.org/curated/en/672811468913750275/pdf/GEN27000Payingontriesoooanooverview.pdf

Desai, M. (2003). Public goods: A historical perspective. İçinde: I. Kaul, P. Conceição, K. Le Goulven,

& R. U. Mendoza (Ed.), *Providing global public goods: Managing globalization* (ss. 63–77). Oxford University Press.

Dew, K. (2015). Émile Durkheim: Social order and public health. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 75–88). Palgrave Macmillan.

Duménil, G., & Lévy, D. (2004). *Capital resurgent: Roots of the neoliberal revolution* (D. Jeffers, Trans.). Harvard University Press.

Dünya Bankası. (1993). *World development report 1993: Investing in health*. Oxford University Press. https://documents1.worldbank.org/curated/en/468831468340807129/pdf/121830REPLACEMENT0WDR01993.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1948). *Constitution of the World Health Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1978). *Alma-Ata Deklarasyonu* [Declaration of Alma-Ata]. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. https://iris.who.int/handle/10665/349652

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* (WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/63698

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. World Health Organization. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter

Epstein, G. (2005). Introduction: Financialization and the world economy. İçinde: G. A. Epstein (Ed.), *Financialization and the world economy* (ss. 3–16). Edward Elgar. https://www.peri.umass.edu/fileadmin/pdf/programs/globalization/financialization/chapter1.pdf

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Polity Press.

Forster, T., Stubbs, T. H., & Kentikelenis, A. E. (2024). Neoliberalism and health in global context: The role of international organizations. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 154–165). Routledge.

Gough, I. (1975). State expenditure in advanced capitalism. *New Left Review, 92*, 53–92.

Hamzaoğlu, O. (2009). Kapitalizmin krizi ve sağlık: Türkiye örneği. *Toplum ve Hekim, 24*(1), 26–35.

Harvey, D. (1997). *Postmodernliğin durumu: Kültürel değişimin kökenleri* (S. Savran, Çev.). Metis Yayınları.

Harvey, D. (2015). *Neoliberalizmin kısa tarihi* (A. Onacak, Çev.). Sel Yayıncılık.

Henderson, J. (2015). Michel Foucault: Governmentality, health policy and the governance of childhood obesity. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 324–339). Palgrave Macmillan.

Jessop, B. (1993). Towards a Schumpeterian workfare state? Preliminary remarks on post-Fordist political economy. *Studies in Political Economy, 40*(1), 7–39.

Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health



and health promotion. *American Journal of Public Health, 93*(3), 383–388.

Koray, M. (2008). *Sosyal politika* (3. baskı). İmge Kitabevi.

Kuhlmann, J. (2019). What is a welfare state? İçinde: B. Greve (Ed.), *Routledge handbook of the welfare state* (2nd ed., ss. 13–22). Routledge.

Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly, 21*(2), 253–268.

Labonté, R. (2016). Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *International Journal of Health Policy and Management, 5*(12), 675–682.

Labonté, R., & Stuckler, D. (2016). The rise of neoliberalism: How bad economics imperils health and what to do about it. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*(3), 312–318.

Lapavitsas, C. (2013). The financialization of capitalism: "Profiting without producing". *City, 17*(6), 792–805. https://doi.org/10.1080/13604813.2013.853865

Leys, C. (2001). *Market-driven politics: Neoliberal democracy and the public interest*. Verso.

Leys, C. (2014). Sağlık ve kapitalizm (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 15–42). Yordam Kitap.

Lister, J., & Labonté, R. (2009). Globalization and health systems change. İçinde: R. Labonté, T. Schrecker, C. Packer, & V. Runnels (Ed.), *Globalization and health: Pathways, evidence and policy* (ss. 181–212). Routledge.

Marshall, T. H., & Bottomore, T. (1992). *Citizenship and social class*. Pluto Press.

Marx, K. (1976). *Capital: A critique of political economy* (Vol. 1, B. Fowkes, Trans.). Penguin Books. (Original work published 1867)

Mooney, G. (2014). *Ulusların sağlığı: Yeni bir ekonomi politiğe doğru* (C. Terzi, Çev.). Yordam Kitap.

Navarro, V. (1989). Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither. *Social Science & Medicine, 28*(9), 887–898.

Navarro, V. (2008). Neoliberalism and its consequences: The world health situation since Alma Ata. *Global Social Policy, 8*(2), 152–155. https://doi.org/10.1177/1468018108080020203

Nervi, L., & Birn, A.-E. (2024). Critical political economy of Latin America's healthcare systems: A century of struggles. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 309–321). Routledge.

Newell, K. W. (1988). Selective primary health care: The counter revolution. *Social Science & Medicine, 26*(9), 903–906.

O'Connor, J. (2001). *The fiscal crisis of the state*. Transaction Publishers. (Original work published 1973)

Offe, C. (1984a). Competitive party democracy and the Keynesian welfare state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 179–206). Hutchinson.

Offe, C. (1984b). Some contradictions of the modern welfare state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 147–161). Hutchinson.

Offe, C. (1984c). Theses on the theory of the state. İçinde: J. Keane (Ed.), *Contradictions of the welfare state* (ss. 119–129). Hutchinson.

Peck, J., & Tickell, A. (2002). Neoliberalizing space. *Antipode, 34*(3), 380–404. https://doi.org/10.

iiii/1467-8330.00247

Polanyi, K. (2010). *Büyük dönüşüm: Çağımızın siyasal ve ekonomik kökenleri* (A. Buğra, Çev.). İletişim Yayınları.

Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I: Theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promotion International, 36*(5), 1253–1263. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa133

Rao, M. (2014). "Herkes için sağlık" ve neoliberal küreselleşme: Bir Hint illüzyonu (U. Haskan, Çev.). İçinde: L. Panitch & C. Leys (Haz.), *Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık: Sağlıksızlık semptomları* (2. bs., ss. 285–301). Yordam Kitap.

Raphael, D. (2013). The political economy of health promotion: Part 1, national commitments to provision of the prerequisites of health. *Health Promotion International, 28*(1), 95–111. https://doi.org/10.1093/heapro/dar084

Raphael, D. (2015). Beyond policy analysis: The raw politics behind opposition to healthy public policy. *Health Promotion International, 30*(2), 380–396. https://doi.org/10.1093/heapro/dau044

Redikopp, S. (2024). Issues of social reproduction and the political economy of health. İçinde: D. Primrose, R. Loeppky, & R. Chang (Ed.), *The Routledge handbook of the political economy of health and healthcare* (ss. 131–142). Routledge.

Rifkin, S. B., & Walt, G. (1986). Why health improves: Defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science & Medicine, 23*(6), 559–566.

Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge University Press.

Rostila, M. (2015). Gøsta Esping-Andersen: Welfare regimes and social inequalities in health. İçinde: F. Collyer (Ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine* (ss. 644–659). Palgrave Macmillan.

Saad-Filho, A. (2019). *Value and crisis: Essays on labour, money and contemporary capitalism* (Studies in Critical Social Sciences, Vol. 134). Brill.

Tatar, M., & Tatar, F. (1997). Sağlığın ölçülmesi: Kavramsal bir çerçeve. *Toplum ve Hekim, 12*(78), 54–61.

Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2017). The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765

Walsh, J. A., & Warren, K. S. (1979). Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine, 301*(18), 967–974.

