

Kamu Tarafından Finanse Edilen Halk Sağlığı Araştırmalarının Özel Sektörün Kontrolüne Geçtiğinden Kuşkulananmayı Gerektiren Nedenler^a

Jean-Pierre Unger, Hekim, (MPH, DTM&H, PhD), Antwerp Tropikal Tıp Enstitüsü, Belçika. E-posta: 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.¹ ABD’de, 20. yüzyılda yaşam beklentisinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine bağlı olarak 30 yıla kadar uzadığına gönderme yapan bazı yazarların² prematüre ölümlerinin çok büyük bir çoğunluğunun tıbbi bakım koşullarıyla ilişkili olması nedeniyle³, 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’ten⁴ 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.⁵ 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.⁶⁻⁸ (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^b–sağlık hizmetinin metalaştırılmasının yanı sıra, sunum anında ücretsiz sağlık hizmeti için topyekün bir kampanya başlatmıştır.⁹

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.¹⁰ Bu pazarın ulaşacağı büyüklük göz önüne alındığında, sağlık politikaları konusundaki kararlar, vahşi hukuki ve finansal taktikler, siyasal nüfuz ve bilimin çarpıtılmasına ilişkin sorunlardır.¹¹ 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)¹² 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.¹³

Devlet üniversiteleri, kendi bilim insanlarını özel sektörün çıkarlarına uygun davranmaya yönlendirmek amacıyla çeşitli mekanizmalar geliştirmiştir. Önemli öğretim elemanları yasaklanmış ya da üniversitelerdeki görevlerine son verilmiştir¹⁴. 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^c 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.¹⁵ 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^{16,17} bu dergilerin de, yayınları politikalar üzerinden yönlendirmesi olasıdır. Dahası, etik kurullar, insan bilimleri bileşeni bulunan araştırma protokollerini sansürleme yetkilerini arttırmış görünmektedirler.¹⁸

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) ¹⁹ 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:

^aBurada 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.

^b 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.

^c 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.
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.
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.