

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
BİYOTEKNOLOJİ ENSTİTÜSÜ

SOSYOEKONOMİK GELİŞME VE BİYOTEKNOLOJİ

DOKTORA TEZİ

TIBBİ BİYOTEKNOLOJİK ÜRÜNLER KAPSAMINDA TÜRKİYE’DE BİYOPOLİTİKA
VE VATANDAŞLIK UYGULAMALARI

Başak AKAR

Danışman Öğretim Üyeleri

Prof. Dr. Hakan YARDIMCI

Dr. Öğr. Üyesi Hakan AKIN

Haziran

2019

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının; akademik kural ve etik ilkelere bağılı kalınarak hazırlandığını, çalışmada yararlanılan ve bu çalışma ürünü olmayan bütün bilgiler için kaynak yayınlara atıfta bulunulmuş olduğunu beyan ederim.

Başak Akar

İmzası



ONAY

Prof. Dr. Hakan YARDIMCI danışmanlığında Başak Akar tarafından hazırlanan bu çalışma 13/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sosyo-ekonomik Gelişme ve Biyoteknoloji Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Hakan YARDIMCI

İmza:

Üye: Prof. Dr. Hilal ÖZDAĞ

İmza:

Üye: Prof. Dr. Özlen ÖZGEN

İmza:

Üye: Prof. Dr. Aykut ÖZKUL

İmza:

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Elif EŞİYOK

İmza:

Yukarıdaki sonucu onaylarım.

Prof. Dr. Aykut ÖZKUL

Enstitü Müdürü

ÖZET

Doktora Tezi

Tıbbi Biyoteknolojik Ürünler Kapsamında Türkiye’de Biyopolitika ve Vatandaşlık Uygulamaları

Başak Akar

Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü

Prof. Dr. Hakan Yardımcı

Dr. Öğretim Üyesi Hakan Akın

Bu tez, tıbbi biyoteknolojik ürünler kapsamında aşı ile ilgili teknolojik gelişmelerin ve siyasetin Türkiye’de biyopolitika ve vatandaşlık uygulamalarında yol açtığı değişimi ele almaktadır. Bu tez çalışmasında Türkiye’de biyopolitika uygulamaları bağlamında, modernite çerçevesinde aşı politikalarının toplumu, postmodernite çerçevesinde ise bireyi önelediği ileri sürülmektedir. İkinci olarak, Türkiye’de vatandaşlık uygulamaları bağlamında modernite çerçevesinde aşı politikalarının klasik ulus devlet vatandaşlık anlayışını, postmodernite çerçevesinde ise tüketici vatandaşlık anlayışını benimsediği ileri sürülmektedir.

Tezde, Türkiye’nin biyoteknoloji ile ilişkili politika belgeleri incelenmiş, yorumlayıcı analiz yöntemi benimsenmiştir. Çalışma içerik analizi ile desteklenmiştir. Analiz sonucunda, aşı konusunda, biyopolitika uygulamalarında yıllar içerisinde bireyin ön plana çıktığı, kamu sağlığı anlayışının farklılaştığı görülmüştür. Ayrıca, vatandaşlık uygulamalarına ilişkin politikalarda tüketici vatandaşa verilen önem artmış, aşı politikaları tüketicilik ve vatandaşlık arasında bireyin kurduğu bir dengeye evrilmiştir. Türkiye’de devletin aşı üreticisi konumundan, aşı tüketicisi ve sağlayıcısı konumuna geldiği, son dönem tıbbi biyoteknoloji ve aşı politikalarına ilişkin söylemler ile bu durumun değiştirilmek istenmektedir.

2019, 153 sayfa

Anahtar Kelimeler: tıbbi biyoteknoloji, aşı, biyopolitika, vatandaşlık, modernite, postmodernite

ABSTRACT

PhD Thesis

Biopolitics and Citizenship in the Context of Medical Biotechnology: The Case Of Turkey

Başak Akar

Ankara University Biotechnology Institute

Prof. Dr. Hakan Yardımcı

Assist. Prof. Hakan Akın

This thesis argues that technological improvements in medical biotechnology, in particular the vaccine affect Turkish biopolitics and the citizenship implementations. The thesis shows that the modern Turkish vaccination policies prioritize public health to individual whereas the postmodern Turkish vaccination policies prioritizes individual to public health in the context of biopolitics. Additionally, modern Turkish vaccination policies mind classical nation state citizenship whereas postmodern Turkish vaccination policies mind the consumer citizen approach.

The thesis uses interpretive methods to explore the qualitative data derived from the Turkish biotechnology policy documents. The study is supported by content analysis. Findings indicate that Turkish vaccination policies prioritized the individual, yet public health policies have been trivialized in time. Congruently, the significance of the consumer citizenship implementations have increased and the vaccination policies have evolved into a balance between the consumerism and the citizenship. Turkish state have become a vaccine consumer and provider while abandoning the production. Recent policies aim at changing this status.

2019, 153 pages

Keywords: medical biotechnology, vaccine, biopolitics, citizenship, modernity, postmodernity

TEŞEKKÜR

Doktora öğrenimim boyunca bilgisini, tecrübesini, insani ve ahlaki duruşunu örnek edindiğim, birlikte çalışmaktan gurur duyduğum değerli hocalarım yalnız bu çalışma üzerine değil, benim akademik kimliğim üzerine de son derece büyük emek verdiler. Doktora tezimin yalnızca bir başlangıç olduğunu hatırlatarak, her zaman beni umutla sosyo-ekonomik gelişme ve biyoteknoloji alanında beraber yapacağımız nice katkılar için umutlandırdılar.

Beni doktora öğrencisi olarak kabul ederek onurlandıran ve bu süreci tamamlamam konusunda bilgisi yanında hoşgörüsü ve sabırla cesaretlendiren değerli danışman hocam Prof.Dr. Hakan YARDIMCI'ya; en zor zamanlarında dahi saatlerini ayırarak bu çalışmanın yürütülmesinde satır satır emeği geçen Dr. Öğrt.Üyesi Hakan AKIN'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Bu uzun ve zorlu sürecin, lisansüstü hayatımın en başından başlayarak, hayatımın da en güzel anlarında hep yanımda olduğunu bildiğim Prof. Dr. Özlen ÖZGEN'e; tartışmaları ile akademik vizyonumu etkileyen ve beni hep bir adım öteye geçmeye zorlayan ama en önemlisi beni hep güler yüzü ve sabrıyla karşılayan Prof. Dr. Hilal ÖZDAĞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Lisansüstü hayatımın başladığı, benim hayatımda her zaman çok özel bir yere sahip olacak olan Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü'nün değerli hocalarına ve çalışanlarına, başta tezimi yorumlarıyla zenginleştiren Enstitü Müdürümüz Prof. Dr. Aykut ÖZKUL'a, her soruma sabırla cevap veren Asuman ERZİNCAN'a ve Devrim AYDIN'a, içtenlikleri ve yardımları için teşekkür ediyorum.

Tezim için son derece önemli olan ithalat ve ihracat verilerine ulaşmam konusunda yardımlarını esirgemeyen Dr. Ümit Başara'ya ve verileri kullanmama izin veren Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'ne, bu tezin gerçekleşmesinde bulundukları katkılardan dolayı müteşekkirim.

Son olarak, bu zorlu süreçte her anlamda bana tarifsiz biçimde destek olan annem Ece AKAR'a ve babam M. Nejat AKAR'a, dualarıyla bana güç veren anneannem Sevim BAYKARA'ya, bu tezin pek çok aşamasında büyük katkısı bulunan yol arkadaşım Dr. Alper KARAKAYA'ya, beni teşvik eden tüm aile fertlerime, teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
SİMGELER DİZİNİ	x
1 GİRİŞ.....	1
2 KURAMSAL TEMELLER	2
2.1 TEZİN KAVRAMSAL KILAVUZU VE AKIŞ	2
2.1.1 MODERNİTE.....	2
2.1.2 POSTMODERNİTE	3
2.1.3 BİYOPOLİTİKA	5
2.1.4 VATANDAŞLIK	7
2.1.5 TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ	8
2.1.6 AŞI.....	9
2.2 MODERNİTE VE POSTMODERNİTE BAĞLAMINDA TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ, BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK	12
2.2.1 MODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE BİYOPOLİTİKA	12
2.2.2 MODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE ULUS DEVLET VATANDAŞLIĞI	26
2.2.3 POSTMODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE BİYOPOLİTİKA	36
2.2.4 POSTMODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE TÜKETİCİ VATANDAŞLIK	48
3 GEREKÇE VE AMAÇ	60
3.1 ARAŞTIRMANIN GEREĞİ VE AMACI	60
3.2 TEZİN LİTERATÜRE KATKISI	62
3.3 TEZİN BİYOTEKNOLOJİ ALANINA KATKISI.....	65
3.4 ÇALIŞMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI.....	66
4 MATERYAL VE YÖNTEM	70

4.1	MATERYAL	70
4.2	METOT	72
5	BULGULAR	75
5.1	TÜRKİYE’DE TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ, BİYOPOLİTİKANIN VE VATANDAŞLIĞIN DÖNÜŞÜMÜ	75
5.1.1	MODERNİTE TARTIŞMALARI, KALKINMA PLANLARI VE ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORLARINDA BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK (1963-1985)	76
5.1.2	POSTMODERNİTE TARTIŞMALARI, KALKINMA PLANLARI VE ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORLARINDA BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK (1985-2018).....	85
6	TARTIŞMA VE SONUÇ	126
7	KAYNAKLAR.....	132
8	EKLER	149
8.1	Ek 1: Çiçek Aşısı Nizamnamesi Çevirisi Tam Metin (42).....	149
9	ÖZGEÇMİŞ	152

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 Hipotez Akış Şeması: Bağımsız Değişken ve Bağımlı Değişken İlişkisi	61
Şekil 3.2 Geliştirilmekte Olan Biyoteknoloji Ürünü İlaçların Tedavi Yöntemlerine Göre Sınıflandırılması ve Geliştirilen İlaç Sayısı (Kaynak: Biotechnology Industry Organisation, 2003) (119).....	67



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1 Tarihte Büyük Salgınlar ve Yaklaşık Kayıp Sayısı (37)	17
Çizelge 2.2 Cumhuriyet Dönemi (1923-1950) aşı üretimi ile ilgili gelişmeler kronolojisi(46)	24
Çizelge 3.1 Dünya Geneline İlaç Satışları (Kaynak: Evaluate Mayıs).....	68
Çizelge 3.2 Türkiye’de Yıllara Göre Satın Alınan Yerli ve İthal Aşı Sayısı (2014- 2017) (Kaynak: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği)	68
Çizelge 3.3 Türkiye’de Yerli ve İthal Aşı Satış Toplamı (Kaynak: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği)	69
Çizelge 4.1 Araştırma materyali- Temel ve destekleyici kaynaklar.....	71
Çizelge 4.2 Tanımlayıcı analiz için taranan kavramlar	72
Çizelge 5.1 1984 Yılı Aşı Kapsama Oranı (Dünya Sağlık Örgütü’ne Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Aşı ve Aşılama verileri).....	90
Çizelge 5.2 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın öngördüğü hukuki düzenleme gereksinimleri (142)	94
Çizelge 5.3 İçerik Analizi “Yurttaş”-“Vatandaş”, “Tüketici”, “Müşteri”	97
Çizelge 5.4 Aşı takviminde yıllara göre antijen sayısı ve TL bazında bağışıklama bütçesi (Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)(153)	117
Çizelge 5.5 Bulguların özeti	121
Çizelge 5.6 Özel İhtisas Komisyonu Raporları bulgu özeti	124
Çizelge 5.7 Modernite-postmodernite bağlamında siyaset, biyopolitika ve vatandaşlık	125

SİMGELER DİZİNİ

\$	Amerika Birleşik Devletleri Doları
AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Sistemi Sendromu (Acquired Immunity Deficiency Syndrome)
Ar-Ge	Araştırma - Geliştirme
AB	Avrupa Birliği
AT	Avrupa Topluluğu
BCG	Bacillus Calmette Guérine
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
CBS	Coğrafi Bilgi Sistemi
CRISPR	Düzenli aralıklarla bölünmüş palindromik tekrar kümeleri (Clustered Regularly Interspaced Palindromic Repeats)
DBT	Difteri Boğmaca Tetanoz
DDT	Dikloro difenil trikloroethan
DNA	Deoksiribonükleik asit
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	İnsan Bağışıklık Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
NATO	Kuzey Atlantik Anlaşması Örgütü (North Atlantic Treaty Organization)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OYAK	Ordu Yardımlaşma Kurumu
GAT	Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (General Agreement on Trade in Services)
GATT	Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (General Agreement on Tariffs and Trade)
r-DNA	Rekombinant DNA
PCR	Polimeraz zincirleme tepkimesi (Polymerase Chain Reaction)

RG	Resmi Gazete
TRIPS	Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
TÜSEB	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
TÜSİAD	Türkiye Sanayi ve İşadamları Derneği
TL	Türk Lirası



1 GİRİŞ

Tıbbi biyoteknoloji ve tıbbi biyoteknolojik ürünler toplumsal hayata 18. Yüzyıl sonunda endüstrileşme ve modernleşme ile girmiş, aşılar ise bu ürünlerin en yaygın ve en eski kullanılanları olmuştur. Koruyucu sağlık politikalarının önemli bir bölümünü oluşturan aşılar, 20. Yüzyılın sonlarından itibaren modern biyoteknolojik yöntemler ile daha hızla üretilebilir hale gelmiştir. Rekombinant DNA teknolojisinin yaygın olarak kullanıldığı bu ürünler birer piyasa ürünü olarak toplumsal hayatta önemli bir yer edinmiştir. Aşılarla ek olarak, modern biyoteknolojik yöntemler ile üretilen pek çok tıbbi biyoteknolojik ürün de tıbbi biyoteknoloji pazarında yer almaktadır.

18 ve 19. Yüzyılda yürütölen aşılama politikaları, dönemin üretim ilişkileri ve gereklilikleri bağlamında sağlık politikalarının yeni ve önemli bir kısmını oluştururken, yeni oluşın kentlerde bulaşıcı hastalıklarla mücadele, en uygun maliyetlerle toplum sağlığını bütöncöl biçimde korumayı hedeflemektedir. Oysa ki 20. Yüzyılın sonu itibarıyla, modern biyoteknolojinin tıbbi biyoteknoloji ürünlerinin üretilmesi ve tüketilmesi noktasında üretim ilişkilerinin değışiminde rol aldığı açıktır. Dolayısıyla halen koruyucu sağlık hizmetlerinin ilk ve en önemli aşamalarından biri olan aşılama politikaları, sağlık politikasının yanında biyoteknoloji politikası vizyonu da gerektirmektedir. Halihazırda üretilmiş aşı politikalarının tarihsel bir yorumu, aşılama ve tıbbi biyoteknolojik ürünlerin konusunu oluşturduğu biyopolitika ve vatandaşlık ile ilişkisi kurulmadan eksik bir yorum olarak kalacaktır.

Bu tez, biyoteknolojik ürünlerden aşının bağımsız değışken olarak belirtilmesiyle biyopolitikada ve vatandaşlık olgusunda yaşanan değışimleri incelemektedir. Bu inceleme yapılırken biyoteknoloji ve biyopolitika, biyoteknoloji vatandaşlık ilişkisine odaklanılmaktadır. Aynı zamanda fen bilimleri ve sosyal bilimlerin kavramları interdisipliner bir yaklaşımla kullanılmaktadır. Özellikle biyoteknoloji politikalarının siyaset bilimine özgü kavramlarla ifade edilmesi konusunda bu tez, önemli bir çalışma olmayı hedeflemektedir.

2 KURAMSAL TEMELLER

2.1 TEZİN KAVRAMSAL KILAVUZU VE AKIŞ

Bu tez, interdisipliner bir bakış açısıyla yaşam bilimleri ve sosyal bilimler arasında anlaşılır bir dil oluşturarak iki alan arasında nasıl bir köprü olduğunu incelemesi bakımından önemlidir. Yaşam bilimleri alanında çalışan uzmanlar için sosyal bilimlerin, özellikle sosyoloji ve siyaset biliminin teori ve kavramları karmaşık ve anlaşılmaz bulunmaktadır. Tüm bilim dallarında derinlemesine uzmanlaşmak yerine, toplumsal/siyasal/yönetimsel sorunların çözümünde farklı disiplinlerden alınan bilgilerle yeni bileşenlere ulaşılması epistemolojik bir gerekliliktir.

Bu çalışmada siyaset biliminin ve sosyolojinin sıklıkla kullanılan kavramları olan modernite, postmodernite, biyopolitika ve vatandaşlık kavramları yaşam bilimleri uzmanları için, tıbbi biyoteknoloji ve aşı kavramları da sosyal bilimciler için giriş niteliğinde bir kılavuz halinde verilmiştir. Bu kılavuz, basitleştirilmiş bir terminoloji sağlayarak iki alandan da uzman, akademisyen ve politika yapıcılarının bu çalışmadan yararlanmasını hedeflemektedir.

2.1.1 MODERNİTE

Avrupa’da Rönesans, Reform ve coğrafi keşifler ile 16. Yüzyıldan itibaren geri dönüşsüz bir siyasal, ekonomik, sosyolojik dönüşüm başlamış, 18. Yüzyılda doruğa ulaşmıştır. Bu siyasal, ekonomik ve sosyolojik dönüşüm, kendini sanatta, günlük hayatta, üretim ilişkilerinde hissettirmeye de 18. Yüzyıl itibariyle başlamıştır. Modern, yani çağcıl olan, rasyonalite ile düşünsel alanda, kapitalizm ile ekonomik alanda, ulus devlet ve merkezileşme ile siyasal alanda, endüstrileşme ile teknolojik alanda, kentleşme ve sosyal hayat bağlamında sosyolojik olarak varlığını hissettirmiştir (1). Modernite, bu büyük dönüşüm çağına verilen isimdir. Modernlik, modern olmak, bir şeyi modernize etmek, yalnız kendi kendine gerçekleşmez. Üretim, tüketim, kimlikler, güç ilişkileri, insan eliyle modernize edilir (2). Kimlikler, milletlerle, merkezi devletler vatandaşlarla, üretim büyük ölçekli ve fiziken belirli bir mekanda çakılı fabrikalarla ilişkilendirilir. Üretim, endüstriyel ölçekte, mekanik, kişiye ve ihtiyaca özel olmayan, tek tip ürünün tüketilmesine dayanır.

Modernite bir zaman aralığına verilen isim ise de bu aralığın başlangıcı ve bitişi sosyolog teorisyenler tarafından hala tartışılmaktadır. Ancak, genel bir bakış ile, modernitenin

başlangıcı, Avrupa için 18. Yüzyıl, Fransız İhtilali ve Endüstri Devrimi'dir. Bu kırılmaların sosyal politika, ekonomi ve endüstriyel ilişkilerin dönüşümü biçiminde sonuçlarının hissedilmeye başlanması ve sona erdiğinin kabulü ise 1960'ların sonu olarak varsayılmaktadır (3).

Siyaset alanında modernitenin eleştirisini yapan önemli akademisyen Foucault, *“moderniteyi baskı altına alma, disipline etme süreci olarak tanımlamıştır”* (4)¹. Bu bakış açısına göre toplumu oluşturan bireylerin bedenlerinin sağlıklı bir toplumsal beden, şehir veya ülke için disipline edilme süreçleri moderniteye özgüdür (5). Hızlı kentleşme, nüfus artışına paralel olarak bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ihtiyaç duyulan aşılarda aynı zamanda moderniteye özgü biyoteknolojik ürünlerdir. Aşılar, moderniteye ilişkin üretim ve tüketimin yanı sıra kimlik ve güç ilişkilerinde biçimlendirilen döneme özgü siyasal dönüşümün etkileşen unsurların başında gelir.

Bu çalışmanın kapsamında, tıbbi biyoteknolojinin en eski uygulamalarından biri olan aşının moderniteden başlayarak siyasal dönüşümdeki yeri incelenmektedir. Geleneksel tıbbi biyoteknolojik yaklaşımlarla yapılan aşılamanın kullanılmaya başlanması, modernitenin başlangıcına tekabül etmektedir. Modernitenin başlangıcı varsayılan 18. Yüzyıl itibariyle 1960'ların sonuna kadarki süreçte aşı, siyasal dönüşümü etkileyen bir güce sahiptir. Bu çalışma, bu etkiyi, biyopolitika ve vatandaşlık gibi etkilenen kavramları da kullanarak açıklamaktadır.

2.1.2 POSTMODERNİTE

Postmodernite, modernitenin son bulduğunu ve yeni bir dönemin başlangıcına işaret eder. Siyaset bilimci ve sosyologlar, modernite ve modernite sonrası dönemi, modernitenin yol açtığı siyasal, entelektüel, ekonomik ve sosyolojik dönüşümün tarihselleştirmesini 1970'lerden başlatır. Bu tarihten itibaren siyasal, yönetsel alanda değişmeye başlayan üretim pratikleri sebebiyle bir döneme verilen tarihsel ad olarak da kullanılır (6). Asıl olan, 20. Yüzyılın sonunda, modernitenin sebep olduğu büyük dönüşümün sonuçları eleştirel bir bakış açısıyla siyaset bilimciler (2) ve sosyologlar (7) tarafından farklı bakış açılarıyla ele alınmaya başlanmasıdır.

¹ Şaylan G., 2016, s.143

Örneğin, Anthony Giddens (7), modernin devam eden bir düzen olduğunu söyler; çünkü ona göre modernite belirli siyasal, ekonomik ve kültürel kurumları gösteren dinamik bir yapıdır, içinde değişimleri ve süreklilikleri barındırır. Dolayısıyla modern sonrası dönem denilen şey, modernitenin sonuçlarının hissedilmesi ve kendi içinde değişimlere yol açmasıdır. Benzer biçimde Zygmunt Bauman (2), modernitenin kendi içinde sürekliliklerinin ve kopuşlarının olduğunu savunur. Ancak, teknolojinin her geçen gün zihnimizdeki bazı kavramları daha fazla dönüştürdüğünü kabul eder. Artık modernite farklı bir hal almıştır ve modernitenin öngördüğü katı merkezilikten uzaklaşılarak esnek ve akışkan bir düzene geçildiğini söyler. Üstelik değişim kültürel, ekonomik, siyasal ve sosyolojik mecrada devam etmektedir. Merkezi siyasal yönetimlerin zayıflaması, büyük fabrika binalarından, fiziken fabrikaların var olmadığı ya da dünyanın dört bir yanına dağıldığı esnek üretimin biçimlerinin ön plana çıkması, kişiye ya da ihtiyaca yönelik ürünlerin üretimi ve tasarlanması, moderniteden farklılaşmayı gösteren örneklerdir (7,8).

Literatürde genel olarak popüler kültür ve kültürel dönüşüm ile ilişkilendirilen bir kavram olan postmodernite, bu ismi tam da bu sebeple kullanmayan Giddens ve Bauman'ın bakış açısından yararlanarak modernitenin sonuçlarının yaşandığı ve yeniden bir dönüşüme zemin hazırladığı bir dönem olarak ele alınmaktadır. Ancak, metnin akışı ve anlatım kolaylığı sağlaması açısından postmodernite bu çalışmada kavramsal bir isim olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada yer aldığı biçimiyle postmodernite, "*Akışkan Modernite*", "*Modernitenin Sonuçları*" ya da "*Geç Modernite*" biçiminde de adlandırılabilir.

Bu çalışma, tıbbi biyoteknolojik bir ürün olan aşının moderniteye siyasal dönüşümdeki yerini inceledikten sonra postmodernite çerçevesinde bu dönüşümdeki etkisini değerlendirmektedir. Postmoderniteye özgü şekilde geleneksel yaklaşımlarla yapılan aşılamanın yanı sıra, modern biyoteknolojik yöntemlerden rekombinant DNA teknolojisinin yardımıyla üretilen aşılarda uygulanmaya başladığı bir dönem olmuştur. Bu aşılarda, daha hızlı ve daha düşük maliyet ile aşı üretilmesini sağlamış, bakterilerin yanı sıra virüslere karşı korunma olanağını da beraberinde getirmiştir. 1970'lerin sonunda ve 1980'lerin başında bu aşılarda uygulanmaya başlanmıştır. Sosyal bilimlerden postmodernitenin başlangıcı olarak tartışılan 1970'lerde, biyoteknolojide üretim biçimleri, siyaset biliminin iki kavramında dönüştürücü etkiye sahip olmuştur: biyopolitika ve vatandaşlık. Postmodernite ile birlikte yeni biyoteknolojik ürünlerin üretim biçimleri

arasındaki ilişkiyi önemseyen bu çalışma, biyopolitika ve vatandaşlık üzerindeki etkiyi açıklamayı hedeflemektedir.

2.1.3 BİYOPOLİTİKA

Biyopolitika, genel bir tanım yapıldığında yaşam ile ilgilenen bilim anlamına gelmektedir. Yaşam kavramını etimolojik olarak temsil eden “bios” sözcüğü Eski Yunancadan gelmektedir (9). Ancak bugün anladığımız biçimde biyopolitika, sadece yaşam ile ilgilenen politikanın ötesine geçmiştir. Biyopolitika, kelime anlamı olarak yaşam üzerine geliştirilen ve uygulanan politikaları ifade eder. Yaşam, tüm canlılar ile ilgili olan, onların yaşamsal dinamiklerini ilgilendiren bir yönetsel süreçtir. Dolayısıyla, yaşam yalnız biyolojik bir varlık değildir, aynı zamanda politik bir olgudur (3).

Thomas Lemke (10), biyopolitika yaklaşımlarını ikiye ayırır. Giorgio Agamben’in içinde bulunduğu ilk grup siyaset ve egemenlik boyutlarına odaklanır. Biyoteknolojinin biyopolitika ile olan ilişkisini önemseyen, hatta bunu etnografik araştırmasıyla destekleyen Paul Rabinow ve Nikolas Rose’un bulunduğu ikinci grup ise daha çok teknolojinin etkisini ön plana alır. Öte yandan tarihsel analizi ile ön plana çıkan Michel Foucault biyopolitikanın bu iki ayrı yaklaşımını aşmayı hedefler. Günümüzde ise biyopolitikayı analizlerinde kullanmak isteyen pek çok araştırmacı bu iki yaklaşımı birbirine yaklaştırmaktadır (11).

Modernite kapsamında yaşama ilişkin süreçlerin politikanın konusu olması, yaşamın, doğanın, biyolojik olanın insan tarafından yönetilmesini, şekillendirmesini içermektedir. İnsan eliyle olan bu yönetim ve şekillendirme süreci, hayvan, bitki ya da mikroorganizmaların yanında insanın yaşamını da içerir. Tıbbi uygulamaların odağı insan bedeni, insan yaşamıdır (12). Tıp insan yaşamı üzerinde değişime, dönüşüme yol açmayı hedefler. Bu hedef modernitede yalnızca bireyin sağlığı değildir, aynı zamanda bireyin sağlığından yola çıkarak toplumun sağlığıdır. Toplumun sağlığı ise, politik ilişkiler bütünü ile sağlanmaktadır. Biyopolitika, modernite kapsamında, sınırları ölçüsünde genel olarak en gelişmiş mekanizma olan devletler eliyle yürütülür. Dolayısıyla, insan yaşamı, özellikle biyolojik bedenin siyasal bir konuya, nesneye dönüştürülmesi ile devlet-vatandaş ilişkileri bağlamında politikleşmiştir². Beden, güç ilişkilerinin önemli bir sorunsalı olmuş,

² Bu politikleşme süreci, sosyologlar, siyaset bilimciler ve tıp uzmanları tarafından sıklıkla *medikalizasyon* kavramı aracılığıyla dile getirilir. Beden ve biyopolitika odağından bağımsız biçimde alana eleştirel bir yaklaşım getiren Ivan Illich, sürecin tıp uzmanlığı ve piyasa dinamikleri ile sağlığın gaspı olarak

modernite tartışmaları kapsamında, nüfus sayımı, yaşam süresi, ölüm kayıtları, doğum kayıtları gibi sayısal ve ölçülebilir veriler aracılığıyla devletler tarafından politika yapım sürecinde kullanılmıştır. Hatta bu sürecin doruk noktası II. Dünya Savaşı sırasında insan bedeninin siyasi kurumlar tarafından tutulabilmesine, deneylere tabi olmasına sebep olmuştur³. Öyle ki, insan bedeni bilimsel deneylerin doğrudan bir nesnesi olmuş, insan bedeni olarak görülmekten çıkmıştır.

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde ise insan bedeni üzerinde olumsuz etkisi olan bazı kimyasal uygulamaların sonuçları görülmeye başlanmış, kötü tecrübeler uygulamaların konu olduğu bedenler tarafından korkuyla karşılanmıştır. Bu kötü tecrübeler ile, devlete vatandaşlık bağı ile bağlı olan kişiler eliyle biyopolitikanın kavramsal açıdan dönüşmesine zemin hazırlamıştır. Michel Foucault'nun deyimiyle artık politika, yaşam ve beden ile arasındaki sınırdır (13). Yaşam ve politika arasındaki sınır, saygı duyulduğu müddetçe salt bir nesne olmaktan kurtulacak, ama aynı zamanda salt bir özne de olmayacaktır⁴. Dolayısıyla, biyopolitika, artık devletler tarafından tek taraflı yürütülen bir politika olmasa da, halen siyasal iktidarlar eliyle dışlama, düzeltme, normalleştirme, disipline etme, tedavi etme, optimize etme ve hatta bağışıklama gerçekleştirildiği devletin yanı sıra, özel sektör ve sivil toplumun da yer aldığı siyasal karar alanıdır (10). Buna örnek olarak önkoşullu –ya da günlük dilde zorunlu- aşılama, mülteci kampları oluşturma gibi uygulamalar örnek verilebilir. Son dönemde ise biyopolitikanın uygulama erki/otoritesi yalnız ve ağırlıklı olarak piyasa mekanizmasının ve küreselleşmenin de etkisiyle devlet mekanizması olmaktan çıkmış ve genişlemiştir (14).

sonuçlandığını savunur (156). Tıp karşıtı söylemini, modern tıbbın başarısız girişimlerini ampirik biçimde sayarak güçlendirmeye çalışır.

³ Hannah Arendt II. Dünya Savaşı sırasında sözkonusu süreçte yaşanan soykırım, katliam ve insanların deneylerde kullanılmasının gerçekleşme koşullarını siyasal psikolojik açıdan değerlendirir (40). İnsanların kullanıldığı bilimsel deneylerde bilim insanlarının da duruma nasıl katıldıklarını örnekleriyle açıklayan bir kaynak olarak Robert N. Proctor'un Racial Hygiene isimli kaynağına bakılabilir (157).

⁴ Foucault'nun biyoiktidar ve biyopolitika ayrımındaki muğlaklığı Hardt ve Negri'nin genişleterek netleştirmesinin ardından, Rose ve Rabinow, biyoiktidar kavramına değinerek biyopolitikaya ilişkin uygulamaları üç temel bileşende toplar: biyopolitikayı oluşturan otorite, strateji ve eylemler, son olarak da bireylerin kendi kararlarını verdikleri bir öznelleşme (11). Özellikle öznelleşme süreci, yeni bir biyopolitik bireyselleşme pratiği olarak, küreselleşme ve postmoderniteye özgü kimlikler, yeni toplumsal hareketler ve yeni vatandaşlık tanımları için önemlidir.

2.1.4 VATANDAŞLIK

Kişi, vatandaşlık statüsü sayesinde üyesi bulunduğu topluluğa kültürel, sosyal ve ekonomik anlamda bağlılığını dile getirirken; ait olma ihtiyacını karşılamış olur. Bu bağlılık sözleşmesi aracılığıyla topluma yönelik taleplerini daha kolay dile getirir, ihtiyaçlarını daha kolay karşılar. Genel olarak, vatandaşlığın en önemli hedeflerinden biri kişinin insani değer ve haysiyetini toplum içerisinde gerçekleştirebilmesidir (15). Kişi, bu bağ sayesinde toplumun baştan ona vermeyi kabul ettiği hakları kullanma olanağı bulur. Aynı zamanda toplum bu “kabul” ile kişiye haklar vermenin yanında bazı yükümlülükler de yükler(16).

“Vatandaşlık”, otorite ve birey arasındaki karşılıklı ilişkiyi ifade eder. Otorite ilk akla gelen şekliyle devlet olmaktadır. Birey ise bu ilişkiden birçok yarar sağladığı ve hak elde ettiği için “kişi” haline gelir. Bunun için, vatandaşlık olgusunun sadece ulusal kimlik ya da devlet tarafından oluşturulan bir statü olarak değil “haklar dizisi” temelinde tanımlanması son derece önemlidir. (17). Dolayısıyla modernitenin öngördüğü ulus devlet ile bireyin ilişkisini düzenleyen, genel tabirle bir siyasal topluluğa mensup olma durumunu anlatan vatandaşlık kavramı, postmodernite ile çeşitlenmiştir. Bu çeşitli tanımlardan biri, vatandaşın piyasa koşulları açısından önemini yansıtan, tüketici boyutunu oluşturmaktadır. Hak ve sorumluluklarını tüketici kimliği ile tanımlanan postmodernite çerçevesinde vatandaşlık kavramsallaştırmalarından biri tüketici vatandaşlıktır. Postmodernite “sanayileşme ve sınıf dayanışması özelliği taşıyan topluluklarda, daha bölünmüş ve çoğulcu “bilgi” topluluklarının politik düzlemde varlığını ifade ettiği, aynı zamanda bireylerin üreticiden tüketiciye dönüştüğü, bireyciliğin sınıf, din, ve ırk bağlılıklarının yerini aldığı” bir döneme işaret eder (3).

“Tüketici vatandaş satın alma tercihlerini etik, ekonomik ve çevresel olguları göz önünde bulundurarak gerçekleştiren bireydir” (18). Tüketici vatandaşlar, toplumun siyasal ve aktif üyesidirler. Bilinçli tercihleri belirli bir hak ve sorumluluk çerçevesinde piyasada tüketim ile sonuçlanır. Üstelik tercihleri yalnız piyasada arzı ve talebi belirlemez, politikaları da etkiler (18). Öyle ki, modern devletin tek taraflı biçimde müdahaleye açık olarak gördüğü vatandaş, postmodernite çerçevesinde tüketici kimliği ile ayrılmaz hale gelmiştir.

Biyoteknoloji, disiplinlerarası olma özelliği sayesinde, bir hukuki varlık olarak “vatandaş” ya da “tüketici” olarak da adlandırabileceğimiz “insan”ı çevrelemektedir. Piyasa için vatandaşın önemi biraz daha karmaşıktır. Biyoteknolojinin canlı organizmaları prosten

geçirerek ürettiği ürünler, piyasa üzerinden tüketicilerle buluşmaktadır. Tüketicilerin, bu ürünler hakkında tam bilgi sahibi olduğu varsayılır, ürünün tüketimi ile ilgili hak ve sorumlulukları, risk ve etik algılamaları tüketici vatandaşa bırakılır. Oysa ki tüketici, özellikle tıbbi biyoteknolojik ürünler söz konusu olduğunda bu ileri teknoloji ürünleri hakkında tam bilgi sahibi değildir. Dolayısıyla, tıbbi biyoteknolojik ürünlerin en eski, kabul gören uygulamaları niteliğindeki aşılardan, benzer biçimde değişimde rol oynadığı düşünülmektedir.

2.1.5 TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ

20. Yüzyıl kimya ve nükleer bilimlerin ön planda olmuş, ancak 20. Yüzyılın sonlarında, 21. Yüzyılın başlarında ise biyoloji ve genetik teknolojik gelişmelere damgasını vurmuştur. Biyoteknoloji genel olarak tanımlanacak olursa, amaca yönelik biçimde ürün üretilmesi amacıyla biyolojik süreçlerin kullanılması, canlı organizmalar ya da parçalarının ürüne dönüştürülmesi, işleminden geçirilmesidir (19,20). Klasik biyoteknoloji, seçici üretme gibi ıslah yöntemlerle ürünlerinin daha verimli olması veya ideal özellikleri taşıması için kullanılmıştır (21). Günümüzde ise genetik mühendisliğinin katkısıyla geleneksel ıslah yöntemlerinin yanında modern teknikler ile farklı organizmalar arasında genetik materyal değişimi yapılabilmektedir. “Modern biyoteknoloji, moleküler biyolojiye dayanan, DNA’nın insan eliyle dizilimini değiştirme kapasitesi sağlayan rekombinant DNA teknolojisini kullanan biyosistemler aracılığıyla yapılan mal ve hizmet üretimidir” (22). Bu tanıma göre tıbbi biyoteknoloji disiplinlerarası bir alan olmakla beraber, endüstri ve tüketici boyutunu da bünyesinde barındırır.

Avrupa Komisyonu biyoteknolojiyi ekonomik sektörlere olan katkısına bakarak tıbbi, tarımsal ve endüstriyel biyoteknoloji olarak üç kategoride toplamaktadır (23). Tarımsal biyoteknoloji tarım, hayvancılık ve gıda merkezli ürün ve uygulamalara odaklanırken; endüstriyel biyoteknoloji enerji, çevre biyoteknolojisi gibi alanlar ile ilgilenir. Tıbbi biyoteknoloji ise, insan sağlığı, insan yaşamının sürecinin uzatılması, tanı, tedavi gibi konularda geleneksel ve modern biyoteknolojik tekniklerin kullanılmasını içerir.

Bu çalışma, tıbbi biyoteknolojiyi aşı örneği üzerinden olgu olarak ele almaktadır. Tıbbi biyoteknoloji, genetik mutasyonları araştırır, bu mutasyonların arkasındaki proteinlere bakar ve kökensel sebeplere eğilir. Bu çabadan yola çıkarak, ürün ve hizmetler geliştirir, konvansiyonel çözümler üretmeyi hedefler. Bu bağlamda, tıbbi biyoteknoloji bu kapsama giren hastalıkların ortaya çıkışını, tanılanmasını ve tedavi edilmesini konu edinir. Tıbbi

biyoteknoloji, biyoinformatikten, biyoçip teknolojisinden, CRISPR⁵ teknolojisinden ve biyomateryallerden yararlanmaktadır. Tıbbi biyoteknolojide dört temel konu bulunmaktadır: tanı, aşılama, tıp ve gen terapisi (20,24). Sağlık kapsamında biyoteknoloji mikroorganizmaların tıbbi amaçlarla genetik mühendisliğinde kullanılmasını, bitkilerin, hayvanların (xenotransplantasyon örneğinde olduğu gibi) ve hatta insanların (kök hücre tedavisi ve tüp bebek tedavisi ve CRISPR gibi) (25) genetik mühendisliğinde materyal olarak kullanılmasını içerebilir. Bu bakımdan tıbbi biyoteknolojinin konusu da materyali de doğrudan canlı hayatıdır. Hatta bu biyolojik hayatın ticarileşmesini de içerebilir, sadece iç pazara değil, uluslararası pazar ve uluslararası ticarete de konu edilebilir, buna bağlı olarak pek çok risk ve avantaja da yol açabilir (26,27). Dolayısıyla, tıbbi biyoteknolojinin yaşam bilimleri perspektifine ek olarak, etik, politik, ekonomik, sosyolojik boyutları da son derece önem taşımaktadır.

2.1.6 AŞI

Aşı, insanları ve hayvanları hastalıklara karşı bağışıklamak amacıyla kullanılır. Bağışıklama, en düşük maliyetli ve etkin tıbbi müdahalelerden biridir (28). Aşılama sayesinde pek çok ölümcül olabilecek hastalıktan korunmak mümkün olmaktadır. Öyle ki, etkin ve güvenli aşılar, milyonlarca insanı, ölümden, hastalıklara bağlı fiziksel engellerin oluşmasından korumaktadır (29).

Aşılar bağışıklık sistemine antijen ismi verilen hastalık sebebi organizmanın zararsız biçimde verilmesi ile çalışır⁶. Genellikle antijenler, vücut tarafından düşman olarak

⁵ CRISPR (clustered regularly interspaced short palindromic repeat), , immünolojik çalışmalar ışığında keşfedilmiş olan düzenli aralıklarla bölünmüş kısa palindromik tekrar kümeleridir. CRISPR/Cas-9 (CRISPR - associated nuclease-9) ise genom düzenlemede kullanılan enzime verilen isimdir. İmmünite ve kanser araştırmalarında kullanılan ve terapötik etkinliği tartışılan son dönem biyoteknolojik uygulamadır (158).

⁶ “Bakteri ya da virüsler vücuda girdiğinde en basit anlamıyla saldırıya geçer ve ortamda çoğalmaya başlarlar. Hastalığa yol açan sözkonusu duruma enfeksiyon adı verilir. Vücut, bakteri ya da virüsün yol açtığı enfeksiyon ile çeşitli araçlar ile savaşır. Bu araçlar kanda taşınan kırmızı kan hücreleri, beyaz kan hücreleri ya da bağışıklık hücreleridir. Beyaz kan hücreleri, B-lenfosit, T-lenfosit ve makrofajları içerirler” (159). “Makrofajlar hastalık yapıcı organizmaları yutan, sindiren ve geride bu organizmaların parçalarını bırakan beyaz kan hücreleridir. B-lenfosit hücreleri antijenlere karşı savunma geliştirir ve antikör oluştururlar. Bu antikörler makrofajlardan geriye kalan antijenlere saldırırlar. Bunun yanı sıra halihazırda enfekte olan hücrelere ise bir diğer beyaz kan hücresi olan T-lenfosit hücreleri saldırır” (159). T-lenfosit hücreleri, hafıza hücreleridir ve gelecekte aynı hastalık yapıcı organizma vücuda girip çoğalmaya başladığında bu organizmayı hatırlayarak bağışıklığı sağlamaktadır.

algılanan bakteri ya da virüslerin bir parçasını içerir. Bazı aşılar ise bakterinin ürettiği toksinlerin aktif olmayan biçimlerini de içerebilir. Böylece sağlıklı vücuda verildiğinde bağışıklık sisteminin bu yabancı organizmaya savunma oluşturmaya ve gelecekte de tanınması beklenir (30).

Biyolojik materyallerin kullanılması ve ürüne dönüştürülmesi sebebiyle aşılarda tümü genel biçimde biyoteknolojik yöntem içerir. Aşılar farklı şekillerde kategorize edilmektedir. Fakat temelde aşılarda başlıca iki prensiple hazırlandığı söylenebilir (31). Buna göre aşılar, klasik aşılar ve biyoteknolojik aşılar olarak kategorize edilir. Klasik aşılarda üretiminde mikroorganizmalar tam olarak aşı materyalinde bulunur. Klasik aşılar inaktif (ölü) ya da aktif (canlı-attenüe) olarak hazırlanabilirler. Biyoteknolojik aşılar ise klasik aşılarda bazı sakıncalarını ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Biyoteknolojik aşılar dört temel strateji ile üretilebilir. Bunlardan ilki Rekombinant DNA aşılardır (31). “*Bu yeni aşılarda mikroorganizmaların sadece antijenini kodlayan genlerin DNA segmentlerinden yararlanılır*” (31)⁷. Diğer stratejiler ise, sentetik peptid aşılar, anti-idiotip antikör aşılarda ve mutant aşılardır (31).

İnaktif aşılarda hastalığa neden olan mikroorganizma inaktiftir. Canlı atenüe aşılarda ise mikroorganizma, hastalığa sebep olan özelliklerini kaybedecek biçimde laboratuvar ortamında üretilir. Rekombinant ve vektör aşılar, hastalığa neden olan organizmanın genetik içeriğinin bir başka taşıyıcı organizma tarafından çoğaltıldığı aşılardır. Aşı üretiminde teknikler üzerinde de çalışılmaya devam edilmektedir (32). Aşılar genel olarak biyolojik materyallerin teknolojik süreçlerden geçirilerek ürün biçimini alması bakımından biyoteknolojik ürün olarak nitelendirilir. Klasik üretim yöntemlerinde devrim yaratan rekombinant teknolojisine⁸ aşılarda modern biyoteknolojik yöntemlerle üretilmesine, piyasaya sürülmesini ve tüketilmesine olanak sağlamıştır.⁹

⁷ Arda M., 1994, s.83

⁸ Rekombinant DNA teknolojisi, moleküler klonlamayı mümkün kılan ileri teknolojidir. “Moleküler klonlama olayı bir DNA dizisinin izole edilmesi ve bunun başka organizma içinde çok sayıda kopyasının elde edilmesinden ibarettir. Bu organizma genellikle bakteridir. Çok miktarda DNA molekülü bu yolla daha ileri incelemeler için elde edilebilir.”(160). Rekombinant DNA teknolojisi koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Aşılarda geliştirilmesinde yeni yaklaşımlardan en başarılı olan alanlar enfeksiyon ajanının proteinindeki amino asit dizisine müdahaleyi ve rekombinant DNA teknolojisinin kullanımını içermektedir (161). Moderniteye özgü geleneksel aşılarda kullanımı, postmoderniteye özgü yeni yaklaşımlardan

Avrupa Komisyonu biyoteknolojiyi ekonomik sektörlere olan katkısına bakarak tıbbi, tarımsal ve endüstriyel biyoteknoloji olarak üç kategoride toplamaktadır (23). Bu çalışma, Türkiye’de tıbbi biyoteknolojiyi olgu olarak ele almaktadır. Tıbbi biyoteknoloji mikroorganizmaların, bitkilerin, hayvanların ve hatta insanların (25) genetik mühendisliğinde materyal olarak kullanılmasını içerebilir. Bu bakımdan tıbbi biyoteknolojinin konusu da materyali de doğrudan canlı hayatına, yaşama ilişkin endüstriyel süreçlerdir. Hatta bu süreçler biyolojik hayatın ticarileşmesini de içerebilir (16).

Tıbbi biyoteknoloji tanı ve tedavi prosesleri, ve önleyici sağlık hizmetlerinde test kitleri, aşılar ve yöntemler ile günlük hayatın bir parçası haline dönüşmüştür. Tıbbi biyoteknolojinin konvansiyonel olarak sunduğu ve günlük hayatın bir parçası haline gelen bağışıklama, önleyici ve yaygın bir uygulama örneğidir.

Modernleşme ve endüstrileşme ile kentlere olan göç, savaşlar ve nüfus yoğunluğu ile önem kazanan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için 19. Yüzyılın başından itibaren aşılama üzerine çalışmalar başlamıştır. 1880’lerde Pasteur’ün ve Pasteur Enstitüsü’nün veba, kuduz, çiçek, tüberküloz üzerine yaptığı çalışmalar bu önleyici tedbirlere odaklanmıştır. 1960’lardan itibaren yavaşlayan aşı araştırmaları, 1990’larda Hepatit aşısının gündeme gelmesi ve bu aşıda rekombinant DNA teknolojisinin kullanılabilmesi aşı araştırmalarına olan ilgiyi canlandırmıştır.

Tıbbi biyoteknoloji çerçevesinde geliştirilen aşılar, endüstri devriminden itibaren organizmaların insan ve halk sağlığına hizmet etmeleri açısından kullanıldığı bilinmektedir. Endüstrileşme ve modernleşme ile kentlerde artan nüfusa paralel olarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve durdurulması önemli bir tıbbi sorun haline gelmiştir. Aşı uygulamaları ile dünya nüfusu ve sağlığı konusunda gelişmeler kaydedilmiştir. İnsan bedeninde bağışıklık sisteminin önleyici bir şekilde iyileştirilmesini içeren aşılama ile bağışıklığın senelerce kimi zaman da insan ömrü boyunca devamlılığı hedeflenir. Aşı

rekombinant aşılarda kullanımı biçiminde yapılan bir kategorizasyon, bu çalışmanın zamansal ayrımına denk düşmektedir.

⁹. Aşılar, iki şekilde sınıflandırılmaktadır. İlk sınıflandırma aşıları aktif ve inaktif aşılar olarak (162) ele alır. İkinci sınıflandırma ise aşıları monoklonal antikoları kullanarak antijen saflaştırma ile elde edilenler, klonlanmış bir genin yardımıyla antijen sentezleme yöntemi ile elde edilenler ve peptitlerin aşı olarak sentezlenmesi ile elde edilen aşılar olarak üçe ayırmaktadır (163).

uygulamalarında bir başka canlının rekombinant DNA'sı hastanın rızası ve iktidarın öngörüsü ile halk sağlığı açısından da zorunlu tutularak insan bedenine verilir. Büyük ölçüde bu bedene yapılan uygulama, vatandaş olmaktan kaynaklanan hak ve aynı zamanda yükümlülüklerden kaynaklanır. Hak olarak devletin sunduğu olanaklar çerçevesinde sağlıklı bedene kavuşacak olan ve müdahale edilen beden aslında tüketici vatandaşın bedenidir. Tüketici vatandaşın bireysel bedeni, ulusa özgü olarak nitelendirilebilecek toplumun bedeninin sağlığının bir parçası olarak görülür. Bu müdahalenin ortaya çıkışında rekombinant DNA teknolojisinin aşı üzerinden uygulanması tüketici vatandaşın bebek olarak doğumundan itibaren kazandığı önce anayasal haklar ile daha sonra da uygulamalar ışığında çerçevelenmiştir. Aşı bebeğin anne karnında embriyo oluşundan itibaren iktidarın kaynağı olan devlet tarafından gözlenmekte, kontrol altında tutulmakta, sağlıklı toplumsal bedenin bir parçası olarak görülmektedir. Dolayısıyla öncelikle anne sağlığı, doğumdan itibaren de aşı şeması ile bu iktidar tarafından devam ettirilmekte, uygulayıcı olarak da Sağlık Bakanlığı'nın aşılama politikaları belirleyici olmaktadır.

Ancak bu çalışma, aşırı içerik olarak inceleyen çalışmalardan farklı olarak tıbbi biyoteknolojinin uygulaması olması sebebiyle bir olgu olarak incelemektedir. Tıbbi biyoteknoloji, bu çalışma kapsamında ele alındığı biçimiyle biyolojik materyallerin, organizmaların işlenerek tıp alanında insan sağlığı gözetilerek uygulanmasıdır. Bu bağlamda, bu çalışma aşıları moderniteye özgü tekniklerle üretilen klasik aşılar ve postmoderniteye özgü biçimde modern biyoteknolojik yöntemlerle üretilen aşılar olarak ele almaktadır. Bu bakış açısı, tıp alanında yapılan aşı sınıflamasını reddetmez, ancak kategorizasyonunu siyaset bilimi kavramlarıyla yeniden yorumlar. Tıbbi biyoteknolojinin yapılan tanımı, klasik aşı yöntemlerini de ait rekombinant aşıları da böylece kapsamaktadır.

2.2 MODERNİTE VE POSTMODERNİTE BAĞLAMINDA TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ, BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK

2.2.1 MODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE BİYOPOLİTİKA

Modernin, rasyonalite ile düşünsel alanda, kapitalizm ile ekonomik alanda, ulus devlet ve merkezileşme ile siyasal alanda, endüstrileşme ile teknolojik alanda, kentleşme ve sosyal hayat bağlamında sosyolojik olarak varlığını hissettiren bir akım olarak tanımını yapmıştık (1). Michel Foucault'ya göre, modernite, bu değişimi biyopolitika ve gözetimden yararlanarak söylemler aracılığıyla kurmaktadır (13). Modern hayatın tüm alanları

biyolojik organizmanın bedensel pratiklerinin disipline edilmesine sahne olmaktadır. Bu pratikler, modernite içinde de modernliğin sonuçları olarak da dönüşüme uğramaktadır.

Örneğin, modernite, geleneksel zaman algısını, endüstri toplumunun gerekleri itibariyle değiştirmektedir. Güneşin doğuşu ve batışı ile ölçülen zaman, modern toplumda yerini saat kulelerine bırakmış, katı bir endüstriyel üretim biçiminin çalışma saatlerini standart olarak belirler hale gelmiştir. Geleneksel toplumda bireyin bedeni, güneşin doğuşu ve batışı ile merkezi bir otorite ile yüzyüze gelmeden gününü tamamlarken, modern toplumda bireyin bedeni, artık ofislerde, fabrikalarda belirli saatler içinde disipline edilerek tutulmaktadır. Biyolojik bir organizma olan insan, kırsaldan kentlere göç etmeye başlamış, endüstrileşmenin ihtiyaç duyduğu zaman ve mekan içinde yaşamaya başlamıştır (2,33).

Modernlik, sosyo-kültürel bir değişim getirmiş, buna ek olarak, tıbbi gereklilikleri de değiştirmiştir. Kentlerde, fabrika ve ofislerde nüfusun birbiri ile etkileşiminin artmasıyla bulaşıcı hastalıklar ile geleneksel yöntemlerden (limanlarda karantina uygulaması gibi) farklı bir mücadelenin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Böylece modernite ve modernlik, birey ve beden arasındaki ilişkiyi sağlık bilimleri üzerinden de kurmuştur. Bunun sebebi de sağlık bilimi uygulama alanının insan bedeni olması ve insan bedeninin öncelenmesidir.

“Modernlik” 17. Yüzyılda Avrupa’da başlayan yaşam ve örgütlenme biçiminin dönüşerek yayılmaya başlaması ile ortaya çıkmıştır (7). “Modernlik, modern olmak” modernize etmek anlamına gelir, üretimin, tüketimin, kimliklerin modernize edilmesini içerir (2). Modernizasyon, üretimin büyük makinelerle, büyük ölçeklerde, standart üretime geçiş ile gerçekleşmektedir. Modern ise; çağcıl olan, imparatorlukların çöküşü ile yaşanan köklü iktisadi, entelektüel ve siyasi dönüşümlerin yaşandığı döneme verilen addır. Bu dönem, tarihsel olarak imparatorlukların hüküm sürdüğü dönemin bir reddiyesi, ideolojiler döneminin ve büyük anlatıların bir başlangıcıdır. Modernite, endüstriyel bakımdan bu değişimi tecrübe etmiş gelişmiş ülkelerin sanayileşme ile beraber yaşadığı; gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunun da modernleşme projeleri çerçevesinde yaşadığı bir dönüşüm olmuştur. Bu dönüşüm, mimaride, sanatta, politikalarda, ulus inşa projeleri olarak ilk aşamada değerlendirilmiştir. Ardından, iktidarın merkezileşmesini izleyen süreçte, iktidarın yönetimin, vatandaşın ve sosyal hayatın kılcal damarlarına kadar ulaştığı görülmüştür (1).

Modernite, zaman ve mekan kavramlarında, birey ve bireyin hayatı üzerinden bir değişime yol açmıştır. Modernlik ile zaman ölçülebilir, standartlaştırılabilir bir kavram olurken; mekanlar sınırları çizilmiş, katı ve ulaşılabilir hale gelmektedir. Zamanın gök hareketleri ile ölçümünden standart saat uygulamasına geçiş; üretim biçiminde saate bağıllık ve kentleşme ile paralel olmuştur. Mekan, özellikle üretim mekanı insanı üretim bandı hattına sabitlemiştir. Üretim yapılan mekan ve araçlar büyük, yerinden kımıldamayan, katı bir sistem içinde üretici bedeni mekana belirli- ve ölçülebilir- bir zaman içinde sabitlemiştir (7).

İngiltere’de Sanayi Devrimi ile köklü bir iktisadi dönüşüm, Fransa’da Fransız İhtilali’nin fikirlerinin yayılması ile modernizmin ilk işaretleri görülmüştür. Modernitenin kendini yenileme yolları bularak devam ettiğini savunan Marshall Berman’a göre, modernite bir yaşam biçimidir (34). Bireylerin aynı anda belirli bir toplumsallık içerisinde bireyleşme çabasını ve toplumun bir parçası olma durumunu içerir. Toplumun bir parçası olmak aynı zamanda karşılıklı iletişim içinde, yerleşik, kayıtlı, yani görünür olmak anlamına gelir. Modernite yalnız bu bireylerin birbirleri ile konuşmasını, anlaşmasını beklemez, aynı zamanda daha büyük sınırlar içerisinde –ulus gibi- birbiri ile iletişimine ve anlaşmaya zorlar. Dolayısıyla, Rönesans, Reform ve Aydınlanma düşüncesinin bir sonucu olarak ortaya çıkan modernite, sadece iktisadi, entelektüel ve siyasi dönüşüme değil aynı zamanda sosyolojik değişime de yol açar (35). Modernitenin siyasal ve ekonomik dönüşümünün en belirgin dönemi 20. Yüzyılda başlamıştır. Bu dönem, kitlelerin seferber edildiği, ulus ölçeğinde iletişimin önemsendiği ve modern teknolojinin kutsandığı bir dönem haline gelmiştir (34). Özellikle fizik ve kimya alanlarındaki gelişmeler dünya savaşlarında çok önemli bir role sahip olurken, tıp alanındaki uygulamalar ve araştırmalar hız kazanmıştır.

Modernite rasyonalite ile düşünsel alanda; kapitalizm ile ekonomik alanda; ulus-devlet ile siyasal alanda; sanayileşme ile teknolojik alanda; kentler ve sosyal hayat ile sosyolojik olarak hissedilmiştir (1). Bir diğer deyişle modernite iktidar ilişkilerini dönüşüme uğratmıştır. Merkezi politikaların yürütüldüğü, ulus devletlerin kurulduğu, sınırları içinde yaşayan kişilerin vatandaşlık bağı ile ulusa ve devlete belirli haklar ve yükümlülükler çerçevesinde bağlandığı bir dönem olmuştur.

Modernitenin bir ögesi olan ulus devletin vatandaşlık bağı aracılığıyla eğitim, sağlık gibi temel haklardan yararlanması ve bunlara ilişkin politikalar modern hukuk sistemleri tarafından ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda moderniteye özgü kamusal sağlık politikaları,

vatandaşın bedenini hak ve yükümlülükler çerçevesinde konu edinmektedir. Oysa modernite, ulus devlet çerçevesinde vatandaşı ve vatandaşlığı tanımlarken, sadece hak ve yükümlülükleri tarif etmez, aynı zamanda vatandaşın kim olduğunu da tarif eder. Bu tarif, aydınlanma düşüncesinin öngördüğü rasyonalite ile gözlemlenir, vatandaş insan aklına referans ile ölçülür. Nüfus, vatandaşın göze çarpan ilk sayılabilir, ölçülebilir bedenidir. Modernite ile merkezileşmeye başlayan devletler için nüfusun yoğunluğu ve sağlığı, modern ulusun gücü anlamına gelecektir. Modern ulusun gücü, hem ulus devletin sınırlarını yeni uluslararası sistemde koruyacak, hem de sınırları içerisinde modern devletin en önemli yükümlülüğü olan vatandaşın güvenliğinin korunmasında katkıda bulunacaktır.

Modern devlet ve vatandaş ilişkisinde kamusalılık genişlemiştir. Bu genişleme yerini tutarsız biçimde kamu-özel ayırımına bırakmıştır. Bu sebeple Zygmund Bauman, moderniteyi “paradokslar” içerdiği için eleştirel bir gözle tarif eder (2,33). Modernite, modern devletin vatandaşın hayatını ve bedenini kamusal politikalar kapsamında müdahale alanı biçiminde görmesine olanak sağlamıştır. Michel Foucault’ya göre biyopolitikanın, yaşam üzerine politika geliştirmenin ve biyoiktidarın doğuşu da bu modern kamusalılık ile ilişkilidir (13). Moderniteye özgü biyopolitika, bireyin bedeninin ıslahından ayrı biçimde, bireyin toplum için yaşatılması üzerine kurulmuştur (13). Disiplin ve ıslahtan ziyade, düzen sağlayıcı stratejileri içeren bir politikaya dönüşmüştür (5).

Devlete vatandaşlık bağı ile bağlı olan birey, en temel anlamda devletten güvenlik sağlamasını bekler. Bu güvenlik kapsamında can ve mal güvenliğinin korunması yanında ve sosyal güvenliğini de kapsamaktadır. Sağlıklı olmak ve sağlık hizmetlerine ulaşabilir olmak, bireysel sağlık bağlamında bir haktır. Böylece vatandaşın sağlıklı bedeni bir hak olarak görülür. Fakat, vatandaşın sağlığı, hak olduğu kadar bir yükümlülüktür. Beden, yalnızca bireyin sağlığı ile değil, aynı zamanda toplumun sağlığı ile de ilişkilidir. Bu sebeple, toplum sağlığı için bireyin sağlıklı bir bedene sahip olması, kamuya karşı bir yükümlülüğünün de olduğunu işaret eder. Bu yükümlülük, toplum sağlığının bir parçası olmaktan ileri gelir. Devlet ise, toplum sağlığının bir parçası olan vatandaşa, sağlık hakkının kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür. Vatandaşın bedeni, toplumun bedeninin parçası olma niteliği taşıması bakımından; modern devletin sağlık politikaları kapsamında müdahale alanı kapsamına girmektedir. Bu müdahale alanı, aşı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmayı hak olduğu kadar yükümlülük, hatta kimi ülkelerde zorunluluk olarak tanımlar. Vatandaşlık haklarından yararlanmayı isteyen birey, modern devletin öngördüğü koruyucu sağlık hizmetlerini reddediyorsa, devlet tarafından bazı

yaptırımlarla karşılaşabilir, ya da başka hizmetlerden yararlanması engellenebilir. Tarihsel açıdan bunun en somut örneklerinden biri olarak, Osmanlı Devleti'nin zorunlu çiçek aşısını memur olarak çalışmanın bir önkoşulu olarak koşması gösterilebilir.

Bu bakış açısının somut uygulamalarla kendini gösterişi, ilk olarak tıp alanında, zaruri sebeplerle olmuştur. Bedenin tıp alanında müdahale alanı olarak görülmesi, denetlenmesi ve gözlenmesi, ilk olarak doğum kayıtları ve ölüm nedenlerine ilişkin sayısal verilerin toplanması olmuştur (36). 1606-1661 yılları arasında Londra'daki doğum ve ölüm kayıtları bunun bilinen ilk örneğini oluşturur. Geniş bir tanımlamayla tıbbi biyoteknoloji, biyolojik ajanların çoğaltılması, zayıflatılması ya da öldürülmesi yoluyla geliştirilen aşılar aracılığıyla sanayileşmeden itibaren insan bedeni üzerinde kullanılmaya başlanmıştır. Böylece organizmalar insan ve halk sağlığı kapsamında modern devletlerin sunduğu sağlık hizmetlerinin bir parçası haline gelmiştir.–Endüstrileşme ve modernleşme ile kentlerde artan nüfusa paralel olarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve durdurulması önemli bir tıbbi sorun haline gelmiştir. Sanayileşme ve modernizm ile birlikte artan Avrupa'daki salgın hastalıklar, nüfusun kırılması, tıp alanında çözüm üretilmesini sağlamış, özellikle koruyucu sağlık uygulamaları ön plana çıkmıştır. Kolera, çiçek, veba, frengi, verem, sıtma, sarıhumma ve son dönemi de kapsayacak biçimde AIDS ve grip salgınlarını kontrol edilmeye ve hatta eradike edilmeye çalışılmıştır (37). Irwin W. Sherman, bu salgın hastalıkların dünyamızı, nüfus, teknoloji, politika ve hatta dünya siyasi tarihi bakımından değiştirdiğini dahi iddia etmiştir (37).

Sağlık uygulamaları ve araştırmaları ile iki hedefe sahiptir: koruyuculuk ve tedavi. Sağlık alanında yaşanan uygulama ve yine bu alandaki araştırmalardaki gelişmeler, 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren öncelikle koruyucu uygulamalar ile önem kazanmıştır. Koruyucu uygulamalarda bağışıklamanın, dolayısıyla aşılanmanın önemi vurgulanmaktadır. Özellikle çiçek hastalığı ile mücadelede önce variolasyon, sonra da atenüe aşılarla bağışıklama çalışmaları, 19. Yüzyılda çok önemli değişimleri beraberinde getirmiştir. Bağışıklama çalışmaları, toplum sağlığı açısından merkezi bir politika olarak ulus devletler tarafından benimsenmeye başlamıştır. Böylece, aşılama bir hak ve yaptırımlar bütünü olarak algılanmaya başladığı düşünülebilir. Modern devlete vatandaşın güvenliğini ve sağlığını koruma yükünü, vatandaşa ise toplum sağlığının bir parçası olma yükünü üstlenmiştir. Üstelik, bu kamusal yükümlülüklerin dışına çıkan vatandaş çeşitli yaptırımlarla karşılaşabilecektir. Bireyin kişisel refahı, toplumun refahı içinde erimektedir. Bu bağlamda, modernitenin örgütlenme biçiminin, sağlığı topluma yönelik kamu politikası

alanı olarak gördüğü kanısı ağır basmaktadır. Tarihsel sürece bakıldığında Kara Veba ve Jüstinyen Veba Salgını dışındaki salgınların büyük ölçüde modernizmin etkilerinin görülmeye başlandığı ve sanayi devriminin yaşandığı 19. Yüzyılda yoğunlaştığı, 20. Yüzyılda can kayıpları ile devam ettiği görülmektedir (Çizelge 2.1) (38).

Çizelge 2.1 Tarihte Büyük Salgınlar ve Yaklaşık Kayıp Sayısı (38)

Yıl	Salgın	Kayıp
541-542	Jüstinyen Veba	100 000 000
1346-1350	Kara Veba	50 000 000
1817-1823	1. Kolera Epidemisi	110 000
1829-1849	2. Kolera Epidemisi	200 000
1847	Tifüs Epidemisi	20 000
1863-1879	4. Kolera Epidemisi	704 596
1881-1896	5. Kolera Epidemisi	1 000 000
1890-1899	Rus Gribi	1 000 000
1894-1903	Modern Veba	10 000 000
1899-1923	6. Kolera Pandemisi	1 500 000
1918-1920	İspanyol Gribi	20 000 000
1957-1958	Asya Gribi	2 000 000
1960-...	HIV AIDS	39 000 000
2009	Domuz Gribi	284 000
2014	Ebola	4 877

Sanayi devrimi ile üretimin ve yaşam koşullarının kent merkezlerinde toplanması, bulaşıcı hastalıkların etkisini artırmış, sağlık bilimcileri bulaşıcı hastalıkların doğasını daha iyi anlamak için çalışmalar yapmaya itmiştir. Sağlıklı bireysel bedeni toplum bedeninin refahı ve sağlığı için korumanın yolları aranmıştır. Bu noktadan sonra, geleneksel olarak uygulanan toplumdan tecrit etme ve gözetleme yöntemlerinin yanı sıra, bulaşıcı hastalık ajanlarının daha iyi anlaşılması ile birlikte, aşılama gibi koruyucu sağlık önlemleri önem kazanmıştır.

Vatandaşın bedeni bu kamusallığın hak sahibi olduğu için bir öznesi, bedeni üzerinde bir uygulama yapıldığı için nesnesi ve toplum sağlığının tamamlayıcı bir parçası olarak ele alınmaktadır. Aşı, vatandaşın hayatının ve bedeninin politikaya konu edilmesi nedeniyle önemlidir; çünkü bir bağışıklama uygulaması olan aşı, bir başka organizmanın DNA'sını içeren ya da bir başka organizmada üretilen bir serumun, geri dönülemez bir değişiklik yapacak şekilde insan bedenine verilmesidir. Modernite, aşılanmanın ulusal sınırlar içerisinde, gerekli görüldüğünde uluslararası iş birliği ile kamusal olarak yapılmasını öngörür. Vatandaşın hayatı ve bedeni, bir kamu politikası olarak sağlığın konusu olmuştur.

Bu çalışma, insan bedeni kapsamındaki aşılama ile sınırlı tutulmuştur. Ancak biyoteknolojide aşı geliştirme faaliyetleri insan bedeni ile sınırlı olmayıp tüm canlıları ve onlarla ilgili prosesleri kapsamaktadır. Sanayileşme ile birlikte artan nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak üzere, hayvanların ve bitkilerin aşılama teknolojisi geliştirildiği, genetik yapılarının değişikliğe uğratıldığı, arz/talep dengesi gibi iktisadi bir bakış açısıyla piyasa ilişkilerinin küreselleşmenin de etkisiyle yeniden biçimlendiği görülür (39).

Örneğin, Anayasal bir hak olan sağlık hakkını sağlamakla yükümlü olan devlet, aynı zamanda aşı şemaları belirleyerek ve aşı yapılmasını destekleyen kampanyalar düzenlemektedir. Böylece aşılamaı kamusal olarak sorumluluk sahası olarak nitelendirirken, bu şemaları zorunlu hale getirerek, vatandaşın bedeni üzerine, toplumun kolektif bedeninin sağlığı için müdahale alanı haline getirir.

19. Yüzyılda tıp alanında başlayan dönüşüm ve gereklilikler, tıpta biyolojik materyallerin kullanılmasına olanak vermiştir. Biyolojik materyallerin kullanıldığı tıbbi biyoteknolojinin en önemli ve yaygın materyali, aşı haline gelmiştir. Aşı, tıbbi biyoteknolojinin en yaygın ve en eski uygulamalarından biridir. Tıbbi biyoteknoloji tanı ve tedavi prosesleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde kullanılan test kitleri, aşılar ve yöntemler ile birlikte günlük hayatın parçası haline dönüşmüştür. Tıbbi biyoteknolojinin ürettiği konvansiyonel olarak nitelendirilebilecek en yaygın ve eski uygulama koruyucu sağlık uygulaması aşılamaıdır. Vatandaşın ve dolayısıyla da toplumun sağlığı, güçlü ve yoğun bir nüfusu elde edebilmenin yolu koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar olarak görülmüştür. Rekombinant DNA teknolojisinin 1970'lerden itibaren uygulaması öncesinde kullanılan aşılama ve bağışıklama bu noktada modern devletin üretimini ve/veya sağlayıcılığını üstlenmesi ile gerçekleşmiştir. Modern biyoteknolojinin yeni yöntemler ile daha düşük maliyetli ve yaygın olması hedeflenmiştir; ancak ticarileşme ile aşı ve tedavi daha farklı bir seyir izlemektedir.

20. Yüzyıla gelindiğinde ise I. Dünya Savaşı sırasında nüfus yoğunluğunun ordu için önemi fark edilmiştir. Aslında “büyük” olan her şeyin güç ile ilişkilendirildiği modernite (2) için nüfus yoğunluğu, sadece orduların gücü değil, ulusların gücü olarak da algılanmıştır. Bu sebeple hem ordu, hem de cephe gerisi toplum sağlığını sağlamak amacıyla bağışıklama kampanyalarına sahne olmuştur. II. Dünya Savaşı sırasında ise, tıp alanındaki gelişmeler pek çok trajik olayla anılmaktadır. Hannah Arendt, totaliter rejimlerin ve kitle kültürünün siyasal alanda doğuşunu, bedenin saf bir nesne haline

getirildiği örnekler ve bireyin tikel bir özne haline getirilişi karşılığı üzerinden açıklar (40). II. Dünya Savaşı'na giden koşullar ve savaş esnasında, Nazi kamplarında yaşanan insanlık dışı uygulamalar, bilhassa tıp alanındaki araştırmaların sorgulanmasına sebep olmuştur. Savaştan sonra, modernitenin vardığı nokta, etik, beden politikaları ve sağlıklı beden tartışılmaya başlanmış, modernitenin artık bir yenilik vaad edemeyeceği, kaçınılmaz bir dönüşümün yaklaştığı, postmodernistler tarafından işaret edilmiştir.

Modernite, vatandaş ve beden arasındaki ilişkiyi öncelikle tıp alanı üzerinden kurmaktadır. Modern devlet örgütlenmesinde, toplumun sağlığı kamusal bir sorumluluk olmanın yanında, herkese eşit araçlarla eşit biçimde ulaştırılması gereken bir hak olarak görülür. Birey olarak vatandaş, anayasal düzende farklılıkları gözetilmeksizin eşittir. Dolayısıyla modernitenin özgürleştirici etkisinin bu bağlamda sınırlı olduğu da tartışılmaktadır (34).

Tıp alanında tıbbi biyoteknolojinin en yaygın kullanılan araçlarından aşılama çalışmalarının bu bakış açısıyla vatandaşların tümüne bedenin fizyolojik farklılıklarını gözetmeksizin, aynı biçimde ulaştırılması, modernite ve sanayileşme sürecinde “kitle üretim” mantığıyla özdeştir. Dolayısıyla aşılama, vatandaşın bedenine kamu sağlığı hedefi ile şemalar kullanılarak yapılır, takip edilir, istatistiksel verilere dönüştürülür. Böylece hem vatandaşın bedeni, hem de toplumun bedeni ölçülebilir, gözlemlenebilir ve iyileştirilebilir hale getirmesi beklenir (5).

Bağışıklama, tedavi aşamasına gelinmeden bir hastalığı karşılaşma olasılığına karşı organizmayı bağışıklık sistemine yapılacak geri dönüşsüz bir müdahale ile güvende tutmaktır. “Bu kulağa iyi bir çözümmüş gibi gelebilir, fakat kesinlikle en güvenlisi değildir. Bağışıklık sistemiyle oynamak riskli bir iştir ve kendisi bizzat *patojenik* olabilir” (2).

Sonuç olarak, modernite vatandaş ve beden arasındaki ağırlıklı olarak tıbbi biyoteknolojinin getirisi olan aşı uygulamalarının merkezileşmesi ve kamusallaşması ile kurar. Ulus ölçeğinde merkezileşen, örgütlenen sağlık, bir politika haline getirilmiş, kamu sağlığı hedeflemiştir. Bu bağlamda ulus ölçeğinde örgütlenen devletin üyeleri vatandaşlara eşit ve aynı aşılama yapılmaları öngörülmüştür. Vatandaşların bedenlerine aşılama aracılığıyla yapılan müdahale, toplumun genel sağlığına ulaşan bir adım olarak değerlendirilmiştir.

Aşılama moderniteye özgü toplu yaşam pratiklerinin gerçekleştiği kentlerde gerekli ve yaygın bir uygulama olarak Türkiye’de 19. Yüzyıl itibariyle kendini göstermiştir. Türkiye’de tıpta modernleşme hareketleri ile koşut ilerleyen bu süreç aşı üretimi, yaygın aşılama çalışmaları ile Cumhuriyet’in ilanında kamusal sağlık politikası biçimini almıştır.

Modernite, Türkiye’de Tıbbi Biyoteknoloji ve Biyopolitika

Modernite ve sonuçları, ilgili literatürde genellikle Avrupa merkezli tartışılmıştır. Ancak, modernist projelerinin benimsendiği bağımsızlık mücadelesi vermiş ülkelerde de etkili olmuş ve sonuçları etkili olmaya devam etmektedir (34). Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti, Avrupa’daki bu çok yönlü dönüşümden etkilenmiş, 18. Yüzyıldan itibaren öncelikle askeri alanda, ardından tıp ve bürokratik modernleşme hareketlerine girişmiştir (41).

Kolonyal bir tarihe sahip olmayan, imparatorluktan ulus devlete geçiş yapan ve bağımsızlık savaşı veren, ardından modernleşme projesine hız veren Türkiye, dışardan zorlama olmadan modernleşmeye önem veren istisnai örneklerden biridir. 18. Yüzyıl itibariyle tıp ve toplum sağlığı alanında gelişmeleri yakından takip eden Osmanlı İmparatorluğu sonrasında ilan edilen Türkiye Cumhuriyeti toplum sağlığına çok önem vermiş, hatta bir kamu politikası olarak aşılama zorunlu tutulmuştur. Kamusal ve toplum sağlığı fikri Avrupa’da da modernleşme projelerini benimseyen, bağımsızlık savaşı veren post-kolonyal ülkelerde de ani bir değişikliğe uğramamıştır. Türkiye örneğinde ise 1970li yıllara kadar Hıfzıssıhha odaklı sağlık politikası yerini korumuştur.

Modernleşen Türkiye, Kurtuluş Savaşı’nın kazanılması ve Cumhuriyet’in ilanından hemen sonra Cumhuriyet’in ilk anayasası Teşkilat-ı Esasiye’yi 1924 yılında kabul etmiştir. 1924 Anayasası, savaş sonrası kabul edilen bir anayasa olması sebebiyle, güçlü bir meclis oluşturmaya odaklanmış, vatandaşın beden politikasına vurgu yapmamıştır. Türkiye vatandaşlığı, 88. Madde Türkiye ahalisine din ve ırk gözetilmeksizin verilmiş ve yalnız 73. Maddede işkence, eziyet ve angarya yasaklanmıştır (42). Refik Saydam’ın Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı döneminde çıkarılan pek çok kanun ve tüzük, modern sağlık sisteminin altyapısını oluşturmuştur. 1960’lı yıllarda yapılan revizyonlarla birlikte bu yapı devam etmiştir. Bu kapsamda, pek çok bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş, modern ulusun bedeni tedaviden önce korunmak istenmiştir. Sıtma, uyuşturucu maddeler, sular hakkında kanunların yanı sıra, bağışıklamaya ayrıca yatırım

yapılmıştır. Bulaşıcı Hastalıklar ve Yayılması Tüzüğü'ne İlave Edilen Hükümler Hakkında Kanun ve son olarak Çiçek Aşısı Tüzüğü gibi düzenlemeler Türkiye'nin biyopolitikasının çerçevesini çizmiştir (43).

Türkiye'de aşının tarihi modernleşmenin Osmanlı İmparatorluğu'ndaki ilk girişimlerine kadar uzanmaktadır. Örneğin, 1721 yılında İngiltere Büyükelçisi'nin eşi Lady Montague'nun Edirne'den yazdığı Şark Mektuplarında, Avrupa'da çok korkulan çiçek hastalığına karşın bir metot geliştirildiği ve bu metotun aşıya benzediğinden bahsetmektedir (36). Lady Montague, 1796'da Edward Jenner'ın çiçek aşısını bulmasından çok önce, İstanbul'daki hekimlerin çocuklara uyguladığı variolasyon metodundan söz etmektedir (44). Böyle önemli bir gelişme ve uygulamanın varlığına karşın, tıbbın modernleşmesi için gerekli olan ilk kurumsal adım, bir asır sonra gerçekleşmiştir. Askeri alandaki modernleşme hareketlerinin hemen ardından II. Mahmut tarafından 1827 yılında açılan Tıbbiye ile modern tıp eğitiminin Osmanlı İmparatorluğu'ndaki temeli atılmıştır. Böylece, modernitenin önemli bileşenleri olan merkezileşme, kamusalılık, yaygınlık ve eşitlik, çeşitli uygulama ve düzenlemeler ile görünür olmaya başlamıştır¹⁰.

1885 yılında çiçek hastalığı için variolasyon metodu Çiçek Nizamnamesi ile resmîyet kazanmıştır (45,46). İnsan bedeninin bu zorunluluk kapsamında müdahale alanı olarak tanımlanmaya başlandığı ve devlet-birey ilişkilerinin değişmeye başladığını göstermektedir. İmparatorluk-tebaa ilişkisinden merkezileşen yönetim-vatandaş ilişkisi yönünde beden üzerine bir değişiklik gözlenmektedir. Tıbbiye'nin açılışından sonra modern tıp ve biyopolitika uygulamalarından çok önemli ikisi, karantina uygulaması ve aşılama. Bu iki uygulama da II. Mahmut'un girişimleriyle başlatılmıştır. Söz konusu biyopolitik girişim de toplumda tartışma ile karşılanmış, ancak II. Mahmut'un iradesi ve yazdırdığı risaleler ile 1835'te Karantina Müdürlüğü ile karantina; 1839'da çıkarılan bir fetva ve 1845'te yayımlanan Çiçek Aşısı Risalesi ile aşılama başlamıştır. (41).

Çiçek Aşısı Risalesi çiçek hastalığını, aşının nasıl yapılacağını anlatan bir kitap halinde hazırlanmıştır. Ayrıca, Çiçek Aşısı Nizamnamesi'nde, çiçek aşısının çocuklar için zorunlu tutulduğu görülmektedir. Aşılama ve şahadetname olmaksızın çocukların okula kayıtları mümkün değildir. Aşı şahadetnamesi bulunmayan çocukları okula kabul, müdür ve

¹⁰ Devlet ile kişinin arasındaki ilişki modernitede vatandaşlık kavramı ile oluşturulur. Bryan Turner'a göre modern vatandaşlık uygulamalarının kökeni eşitlik ve eşitsizlik kavramının uygulanışı ile yakından ilişkilidir (164).

öğretmenin sorumluluğundadır. Öyle ki müdür ve öğretmen bu çocukların aşılanmalarından da sorumludur. Zorunluluk icabı da aşı ve aşıcılar, Tıbbiye kökenlidir ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca memurun, askerin ve aşığı uygulayacak olan ekibin de aşılanması mecburi tutulmuştur(46)¹¹.

Çiçek Aşısı Nizamnamesi, Türkiye'deki modernleşme hareketlerinde aşılama kapsamında vatandaşın bedeni üzerinde devletin müdahale alanı belirleyen ilk belgelerden olması sebebiyle önem taşımaktadır. Osmanlı'nın moderniteye özgü biyoteknolojik gelişmeleri eşzamanlı uygulaması kayda değerdir. Üstelik okulda aşının uygulandığı çocuklar için şehadetname düzenlenme zorunluluğu (45), bu kişilerin kayıt altına alınmalarını ve takibini kolaylaştırması açısından önemli bir politikadır. Benzer bir zorunluluk, yine toplu halde yaşamın ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasının kolay olabildiği hapishanelerde olmuştur (45). Nizamnameye göre, kamu sağlığı bireyin bedenine ilişkin haklarının üzerinde tutulmuş, bireyin bedeni sağlıklı toplumun bir parçası olarak kabul edilmiştir. Kamu yararı/halk sağlığı, bireyin bedenine yönelik mecburi yükümlülükler ve yaptırımların moderniteye özgü biyopolitika uygulamaları ile başladığı görülmektedir. Sağlıklı toplum için bireysel bedene yönelik yaptırımlar sözkonusu olmuştur. Devlet, kamu ve birey sağlığı için gerekli olan tıbbi biyoteknolojik aracı- aşığı ve uygulayıcıyı- sağlamakla yükümlüdür. Ancak birey, bu aracı bedenine uygulatmak ile yükümlüdür, aksi takdirde devletin yaptırımını ile karşılaşacaktır. Bu yaptırım, çocuklar için eğitim gibi bir kamusal hizmetten faydalanma için önkoşul olmasının yanı sıra, aşılamaı reddedenlere para cezası uygulanması biçiminde de gerçekleşmiştir (45). Bunun yanında memuriyete girmek isteyen yahut askerlik hizmetinde bulunacak olanların bedenleri doğrudan zorunlu aşılama uygulaması ile müdahaleye açıktır. Son derece pratik ve sonuç odaklı olduğu görülen bu uygulama, yetkili elden olmak kaydıyla matbu aşı kartının olmaması halinde aşılamanın yapıldığına ilişkin bir belge geçerli olmaktadır. Devletin bireysel bedene yönelik yaptırımlarının ilk örnekleridir.

Çiçek Aşısı Nizamnamesi'ne göre, biyopolitika açısından karantina uygulamalarının ardından ilk girişimlerden sayılabilecek uygulama, çiçek aşısı gibi, muafiyet sağlanacak mazeretlilerin de hekim raporu ibraz etmeleri gerekliliğidir. Aşı, beşinci maddede yer aldığı biçimiyle devletin sorumluluğuna verilmiş, zorunlu ve temel bir kamu hizmeti olarak ele alınmıştır. Aşılama ücretsiz biçimde, belediyeler eliyle yapılmaktadır. Sağlık

¹¹ Çiçek Aşısı Nizamnamesi tam metni Ek-1'de yer almaktadır.

hizmetinin modernite öncesinde vakıflar eliyle yürütüldüğü düşünüldüğünde, sözkonusu döneme ilişkin kamusal sağlık anlayışının kent ve kasabalarda devlet tarafından yürütülmesi için ilk ve en pratik aşama belediyeler olarak görülmüştür. Bunun dışında gerektiği takdirde köylere de aşı memurları sevk edilecek, masraflar devlet tarafından karşılanacaktır.

Çiçek aşısı, moderniteye özgü toplu yaşam pratiği sözkonusu olduğunda, kamusal alanlarda, kısaca ordu, okul, hapishane gibi toplu yerlerde zorunlu tutulmuştur. Takip, aşı şahadetnamesi ile sağlanmaktadır. Uygulamaların tümünün modern tıp anlayışıyla şekillendiği görülmekte, nizamname aşılamanın kimler eliyle ve nasıl yapılacağını ve nasıl yapılmasının yasak olduğunu net bir şekilde belirtmektedir.

Osmanlı İmparatorluğu'nun modernleşme çabalarının ikinci aşamasını oluşturan Tıbbiye, aşı uygulamaları konusuna oldukça önem vermekteydi. Dönemin padişahı II. Abdülhamit, 1886 yılında Fransa'da aşı araştırmaları için en önemli kurum olan Pastör Enstitüsü'ne hibede bulunarak kurulmasına katkıda bulunmuş ve kuduz aşısının anlaşılması ve çalışmaların Türkiye'ye faydalı olmasının sağlanması için Tıbbiyeli bir ekip Fransa'ya gönderilmiştir. Bu ekip, 1887'de Kuduz Tedavi Müessesesi'ni kurmuş, ardından, 1892 yılında Telkikhane, 1893'te Bakteriyoloji Enstitüsü, 1894'te Kimyahane ve 1898'de Gülhane kurulmuştur. 1903 itibariyle kızıl serumu üretimi için yatırım yapılmış ve atlar satın alınmıştır. 1906'da Telkikhane'de çiçek aşısı üretimi yapılmıştır. Çiçek aşısını, difteri serumu izlemiştir. Bu haliyle modernleşme sürecinde koruyucu sağlık ve aşılama alanında Osmanlı Devleti'nin Kıta Avrupası'ndaki 19. Yüzyıl Fransa ve Almanyası ile teknolojik dünyası ile eşit olduğu söylenebilir (47).

1905 yılında Tıbbiye'den mezun olan isimler, önce cephede ardından da modern Türkiye'nin sağlık politikalarının oluşturulmasında etkin rol oynamışlardır. Bunların arasında Refik Saydam ve Mustafa Hilmi Sağun da bulunmaktadır. 1911'de Mustafa Hilmi tarafından tifo ve 1920'de veba aşısı üretilmiştir. 1913 yılında ise Bakteriyolojihane'de kolera ve dizanteri aşıları üretilmeye başlanmış, bir de eğitim şubesi kurulmuştur (47).

Gülhane'deki hekim arkadaşlarına tifüs ile aşı vasıtasıyla savaşılabileceğini anlatan Reşat Rıza Kor'u, Tefik Sağlam izlemiş, I. Dünya Savaşı sırasında Erzurum'da Reşat Rıza'nın metodunu esas alarak tifüs aşısını mecburi kılması sebebiyle yaklaşık 500 kişiye

uygulamıştır. Başarılı olan metot sayesinde tifüs sebebiyle yaşanan kayıplar görece azalmıştır (48).

I. Dünya Savaşı süresince cephedeki kayıpların yanı sıra cephe gerisinde de salgın hastalıklar sebebiyle nüfusun hızla azalması, tıbbi tedbirlerin gerekliliğini ortaya koymuştur. Hem I. Dünya Savaşı hem de hemen akabinde verilen Kurtuluş Savaşı sırasında hekimler, yalnız cephede görev yapmamış, bağışıklama kampanyaları ile halk sağlığı konusunda önemli çaba göstermiştir (45,46,48). Bu çabalar, modern Türkiye'nin sağlık politikalarını da etkilemiş, genç Türkiye Cumhuriyeti'nin ağırlık verdiği ilk konu halk sağlığı olmuştur. Bu kapsamda anne-çocuk ölümleri ve bağışıklama ile ilk basamak sağlık hizmeti konusunda bakanlık bütçesinden önemli pay ayrılmıştır. Bu payın içinde de Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulması önemli bir yer tutmaktadır. Bir eğitim enstitüsü niteliği de taşıyan Hıfzıssıhha, 27 Mayıs 1928 tarihinde kurulmuştur. Hıfzıssıhha bünyesinde Hıfzıssıhha Enstitüsü'nü, Aşı-Serum Enstitüsü'nü ve Hıfzıssıhha Mektebi'ni de barındırmaktaydı. 1934 yılında ise, İstanbul'daki Çiçek Aşısı kurumu da Hıfzıssıhha'ya dahil edilmiştir (47).

Erken Cumhuriyet Dönemi'nden 1950lere dek, Türkiye'de kamu sağlığı kapsamında devlet tarafından sağlanan aşı üretimi ile ilgili kronolojik gelişmeler şu şekilde olmuştur (47):

Çizelge 2.2 Cumhuriyet Dönemi (1923-1950) aşı üretimi ile ilgili gelişmeler kronolojisi(47)

1930	Difteri aşısı
1930	Tetanoz aşısı
1933	Semple tip kuduz aşısı
1934	Çiçek aşısı
1935	Yerli-yabancı ilaç kontrolü
1937	Kuduz serumu
1939	Pnömonokok aşısı
1946	Tifo-tifüs karma aşısı
1947	İntradermal BCG aşısı
1947	Veba-kolera karma aşısı
1947	Difteri-tetanoz karma aşısı
1947	Veba-kolera-tifüs karma aşısı
1947	Biyolojik kontrol laboratuvarı
1948	Viroloji Müdürlüğü
1948	Boğmaca-Difteri karma aşısı
1950	Modern BCG aşı laboratuvarı

Bu haliyle 1950'lere kadar olan Erken Cumhuriyet ve Tek Parti Döneminde iktisadi açıdan bağımsızlığı öngören Türkiye Cumhuriyeti'nin aşılama kapsamında tıbbi biyoteknolojinin temellerini oluşturan çalışmalara II. Dünya Savaşı koşullarına rağmen devam edildiği gözlenmektedir.

1950'ler, erken cumhuriyet döneminin sağlık politikalarına verilen hızın meyvelerinin toplandığı yıllar olmuştur. 1950'de BCG laboratuvarı Dünya Sağlık Örgütü tarafından tescil edilmiştir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü Hıfzıssıhha Enstitüsü'nü Ulusal İnfluenza Merkezi olarak kabul etmiştir. Türkiye influenza, tifo-difteri-tetanoz karma aşısını üretmeye başlamıştır. 1952'de ise başarılı bir BCG difteri-boğmaca aşısı kampanyası yürütmüştür. 1956'ya gelindiğinde yeni tetanoz aşısı laboratuvarı oluşturulmuş, tetanoz aşısı üretilmiştir. 1957 yılında ise üretime difteri-boğmaca-tetanoz aşısı eklenmiştir (47). Aşı konusunda yaşanan tüm bu gelişmeler, modernitenin ve refah devletinin kamusal sağlık politikalarında yükselişe geçtiği döneme denk gelmektedir. Biyopolitika açısından devletin alanının genişlediği, koruyucu sağlığın öncelendiği bu dönemde sağlık, ulusal bir kamu hizmeti, yararlanıcısı da ulus devlet vatandaşı olarak görülmektedir.

Böylece 1950lerde tifo, dizanteri, kolera, veba, meningokok, stafilokok, boğmaca, brusella, nezle, BCG (ağız ve deriden), difteri, tetanoz, kızıl, alüminyum presipiteli karma aşılar, lekeli humma, kuduz, çiçek ve grip aşıları üretilmiş ve vatandaşlara devlet tarafından sağlanmıştır. Antijenlerin yanında tüberkülin de üretilmiştir(49).

1960 sonrası başlayan Planlı Kalkınma çabaları ile birlikte Türkiye, sağlık politikaları ve bağışıklama konusundaki hedeflerin yansıtıldığı görülse de üretim anlayışı bakımından değişim göstermemiştir. Endüstriyel olarak rekombinant DNA teknolojisi, 1977'de somatostatin, 1978'de insülin (1982'de piyasada yer almıştır), 1980'de de Hepatit B aşısının üretimini sağlamıştır. Tıbbi biyoteknolojik ürünlerin üretim teknolojilerinde rekombinant teknolojinin kullanılmasıyla önemli bir kırılma yaşanmıştır. Rekombinant aşılarda küresel pazarda yer almasıyla, postmoderniteye özgü üretim ve politik süreçlerde dönüşüm başlamıştır.

Buna karşın, artan nüfusun ihtiyaçları, üretim kapasitenin geliştirilmemesi ve hızla gelişen teknolojinin takip edilememesi sonucu 1970'lerden itibaren Türkiye'de aşı ve serum üretimi olumsuzluklarla karşılaşmıştır. Üretim durma noktasına gelmiştir. Yalnız liyofilize BCG aşısının üretimi 1983 yılında başlatılmış, ancak 1998 yılında üretimi durdurulmuştur.

1984 yılında, yeni teknolojilerin, bilhassa modern biyoteknolojiyi esas alan yöntemlerin kullanılmasını sağlayacak aşı üretim alt yapısı Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmak istenmiştir. 1994 yılında bir kılavuz, 2003 yılında ise “Beşeri Tıbbi Ürünler İmalathaneleri Yönetmeliği” adıyla yayınlanmıştır. Bu doğrultuda 1995 yılında tetanoz aşısının modernizasyonu için yatırım yapılmış, hatta 1999 yılında tetanoz aşısı üretilmiş, ancak mevzuat ile uyum bu dönemde sağlanamamıştır. Dönemsel olarak, bu girişimlerin sonuçsuz kalması, 1983 yılından itibaren DPT’nin ve Hıfzıssıhha’nın öncü rolünden ayrılarak kurumsal dönüşüme tabi tutulması ile aynı döneme denk gelmektedir.

“Biyoteknoloji” sözcüğü hukuki düzenlemelerden önce ilk kez Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda atık su arıtımı çerçevesinde ele alınmıştır. Mevzuatta ise, modern biyoteknolojik yöntemler, 1994 yılında çıkarılan kılavuzda yer almıştır. Beşeri Biyolojik Farmasötik Ürünlerin İmalatı hakkındaki Ek 7, biyolojik kaynaklı farmasötik ürünleri üretim yöntemlerine göre, Dünya Sağlık Örgütü’nün kategorizasyonunu örnek alarak, dörde ayırmaktadır. Buna göre, r-DNA teknikleriyle elde edilenler hariç tüm mikrop kültürleri, rekombinant DNA veya hibridoma teknikleri ile elde edilenler de dahil olmak üzere, tüm mikrop ve hücre kültürleri, biyolojik dokulardan ekstre edilenler, embriyoda veya hayvanlarda üretilen canlı ajanlar bu ürünleri oluşturmaktadır.

2.2.2 MODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE ULUS DEVLET VATANDAŞLIĞI

“Vatandaşlık”, otorite ve birey arasındaki karşılıklı ilişkiyi ifade eder. Otorite ilk akla gelen şekliyle devlet olmaktadır. Bu ilişki ilk aşamada hukuki bir bağ niteliğinde kurulmaktadır. Ancak bu bağın siyasal, kültürel, sosyal boyutları da tartışılmaktadır. Bu hukuki ilişki içerisinde birey bu ilişkiden birçok yarar sağladığı ve hak elde ettiği için “kişi” haline gelir. Bunun için, vatandaşlık olgusunun sadece ulusal kimlik ya da devlet tarafından oluşturulan bir statü olarak değil “haklar dizisi” temelinde tanımlanması son derece önemlidir (17).

Otoritenin kişiye yüklediği yükümlülükler temelinde tanımlanan vatandaşlıkta ise varsayılan hakların karşılığında kişinin görev ve sorumlulukları ön plana çıkar. Ancak, bu karşılıklılık toplum sözleşmecilerinin kuramsallaştırdığı gibi, yalnız oluşturulan “otorite” ve üye arasındaki ilişkinin eşitlik esasına dayandığı anlamına gelmemektedir. Devlet ya da üye olunan toplumun otoritesi, sahip olduğu ve ürettiği bilgi, tek yanlı güç kullanabilmesi, karar alma mekanizması olması gibi önemli özellikleri ile kişiden hep bir adım önde

olmaktadır. Bu eşitsiz durum demokrasi idealiyle, katılımcılıkla, bilgi edinme hak ve yükümlülükleri ile giderilmeye çalışılmakta; böylece bireye otoriteyi de dengelemek adına daha fazla sorumluluk yüklenmektedir (50,51).

Vatandaşlık kavramının ilk olarak Antik Yunan yurttaşlığı biçiminde ortaya çıktığı kabul edilir. Yurttaşlığın klasik anlamıyla Aristoteles'in *Politika* eserinde ilk olarak yer aldığı görülür (52). Roma'da ise Aristoteles'in fikirlerine dayalı ancak daha kapsayıcı, kitlesel ve üyelikten gurur duyulan, hukuki ve mülkiyete dayalı bir imparatorluk temelli yurttaşlık fikri ortaya çıkmıştır (52). Yurttaşlığın Hristiyanlığa ve prenze sadakatle şekillenen hak ve ödevler bütünü olarak tanımlanan ortaçağ vatandaşlığı ve monarşik devletlerde krala sadakatle şekillenen tebaa anlayışının ardından egemenlik anlayışı yüzyıllar boyunca dönüşerek modern vatandaşlığın zeminini oluşturan halk egemenliği kavramı 18. yüzyılda ortaya çıkmıştır.

Kıta Avrupası'nda ise modern yurttaşlığın temeli Fransız İhtilali ve ihtilali hazırlayan düşünsel arka plan ile atılmıştır. Thomas Hobbes ve John Locke'un doğal liberal düşünce ile "birey" in doğal hakları temelinde tanımlanabileceğini vurgulamıştır. Jean Jacques Rousseau ise bu görüşün aksine "genel irade" nin toplumsal çıkar ekseninde bir "ortak iyi"ye ulaştıracağını düşünmektedir (53) . Sosyal sözleşme kuramları teorik açıdan vatandaşlık bağını kuran ilk kuramlar olmuştur. Bu iki görüş ayrılığı, bugünkü vatandaşlık tanımlamalarının temelini oluşturmaktadır. Modern anlamda vatandaşlık, modern kent kültürünün, endüstrileşmenin ve merkezileşen otoritenin de işaretidir (54)¹². Marksizmin vatandaşlık kavramına olan eleştirisi de bu noktada belirginleşir. Kentlilik, burjuvazi ve vatandaşlık arasındaki "eşitlik" üzerinden kurulan ilişki, ekonomik sömürüyü gizleyen bir perde konumundadır. Bunun yerine, uluslararası bir proleterya dayanışmasını önceler (55). Dolayısıyla moderniteye özgü pratikleriyle ve teorileriyle liberalizmden Marksizme kadar vatandaşlık kavramı geniş bir perspektifte tartışılmıştır.

Modern vatandaş statüsüne sahip kişi, yalnız devlet ile bir ilişki kurmuş olmaz, aynı zamanda bu ilişkinin işaret ettiği bir topluluğa üyelik de elde eder. Bu üyelik, kültürel, sosyal ve ekonomik bir bağlılığı dile getirmeyi de içerir. Bir çeşit bağlılık

¹² Fransızca'da *citoyen*, İngilizce'de *citizen*, Almanca'da *burger* sözcükleri etimolojik olarak kent ve kentli olmak ile ilişkilidir (54). Türkçe'de ise vatandaş/yurttaş, aynı yurdu, duygusal ve mitolojik biçimde bir ulusun paylaştığı ev ile ilişkilidir. Millet sözcüğü, modernleşmeye ilişkin ilk tartışmalarda Osmanlı *millet* sisteminden ayrı bir anlam içerecek şekilde Türkçeleşmiş ve modernleştirilmiştir.

sözleşmesi de olan üyelik temelinde tanımlanmış modern vatandaşlık, bir hukuki bağın ötesinde bağlılık sözleşmesi haline gelir, bir tür sadakat içerir. Söz konusu bağlılık, insani değer ve haysiyetini bağlı bulunan toplum içinde gerçekleştirme olanağı sunar (15). Böylece üyelik elde etmiş kişi toplumun kendisine verdiği hakları kullanma olanağı bulurken, aynı zamanda birtakım yükümlülükler ile de donatır.

Vatandaşlık bağı günümüzde ise hak ve yükümlülükleri işaret eden bir statüye dönüşmüştür. 1789 İnsan Hakları ve Yurttaşlık Bildirgesi'nde sosyal ve siyasal olarak ele alınan vatandaşlığın boyutları, T.H. Marshall'ın (56) sınıf ve sosyal kalkınma boyutunu da vatandaşlık teorisine eklemiştir. Özellikle haklar ve görevler söz konusu olduğunda yaptığı eşitlik vurgusu ile vatandaşlık tanımında önemli bir dönüşüm sağlamıştır. Temel olarak üç kategoride ele alınan vatandaşlığın boyutları, yakın zamanda vatandaşlık çalışmalarındaki çeşitlenmeler ile demokrasi, katılım ve teknoloji bağlamında sıklıkla kullanılır olmuştur.

Soyut olarak toplumun yüklediği sorumluluklar somut olarak bir yetkili otorite tarafından uygulamaya geçirilir. Bu noktada varlık bulan modern iktidar ilişkileri, kendini öncelikle düzenleyici ardından da hayata geçirilen politikalar ile hissettirir. Birey, otorite yani devlet ile olan ilişkisinden fayda ve hak sağladığı için “vatandaşlık” statüsü elde etmiş olur.

Literatürdeki vatandaşlık kavramı, ulusal kimlik veya milliyet olarak tanımlanan vatandaşlık, resmi belgeler temelinde tanımlanan vatandaşlık, haklar temelinde tanımlanan vatandaşlık, görev ve sorumluluklar temelinde tanımlanan vatandaşlık olarak dört şekilde kullanılmaktadır (17). Ulusal kimlik veya milliyet bağlamında vatandaşlık modern vatandaşlık kavramının birlikte anılması Fransız Devrimi'ne kadar gider (17). Ulusal kimlik, egemenlik olgusunun dönüşmesi ve ilahi güç ve doğal hukuktan ulus ve devlet temelli bir egemenlik anlayışına evrilmiştir. Aydınlanma hareketinin hümanizm anlayışının bir kazanımı olarak görülebilecek halk egemenliği, ulusçuluk fikirleri ile birlikte ele alınmış ve bağlamından uzaklaşmıştır. Böylece vatandaşlık, ulusal bir bilince işaret eder hale gelmiştir (17). Öyle ki Ernest Gellner millet ve milliyeti açıklarken ulusal ve siyasal arasındaki örtüşmenin gerekliliğine vurgu yapmıştır (57).

Resmi belgeler temelinde vatandaşlık kavramı ise birtakım hukuki hakları işaret eden belgelere dayanmasıdır. Bu belgeler nüfus cüzdanı, pasaport olabilmekte ise de, bu belgelerin tümü her sahip olana aynı hak ve sorumluluğu vermemektedir. Üstelik

ayrımcılığa sebep olan bilgiler içermesi sebebiyle bu şekilde evrak temelinde tanımlanan vatandaşlık konusu oldukça tartışmalıdır (17).

Haklar temelinde tanımlanan vatandaşlık, T. H. Marshall'ın literatüre kazandırdığı haklar kategorizasyonu ve vatandaşlığın sosyal haklar boyutu ile birlikte genişlemiştir. Haklar temelinde tanımlanan vatandaşlık, 18. Yüzyılda bireyin mutlak otorite kabul edilen, merkezileşen devletlerin karşısında bireyin elde ettiği sivil haklar, 19. Yüzyılda bireyin siyasete katılımına ilişkin elde ettiği siyasi haklar ve nihayetinde 20. Yüzyılda bireyin sosyoekonomik eşitsizliklerin giderilmesine ilişkin kazanımlarına işaret eden sosyal haklar, haklar temelinde tanımlanan vatandaşlığı oluşturur (56). Modern vatandaşlığın dönüşümü, her ülkeye özgü biçimde de olsa, sivil, siyasi ve sosyal hakların gelişimi olarak izlenebilir (17).

Görev ve sorumluluklar temelinde tanımlanan vatandaşlık, ulus devletleşme sürecinde devlet, toplum ve birey arasındaki ilişkinin liberal ve cumhuriyetçi gelenekler arasındaki dengesine bağlı olarak açıklanabilir. Cumhuriyetçi geleneğin güçlü olduğu vatandaşlık kavramsallaştırması, ulusun çıkarının bireyin önünde tutar, görev ve sorumluluk tanımları ağır basar (17). Liberal geleneğin güçlü olduğu vatandaşlık anlayışında ise birey topluluğun önünde yer alır (58).

Günümüzde ise bu kavramsallaştırmaların ışığında, siyaset bilimi literatüründe pek çok tartışma süregelmiştir. Modern vatandaşlık kavramsallaştırmaları eleştirilmiş, eksiklikleri tartışılmış, geliştirilmeye çalışılmıştır. Vatandaşlığın ulustan arındırılması, anayasal vatandaşlık, insan hakları temelinde vatandaşlık gibi tartışmalar bunlardan bazılarıdır. T.H. Marshall'ın kavramsallaştırmasına ek olarak dördüncü kuşak haklar olarak kültürel haklar eklenmiştir (59). Modern vatandaşlık kavramının farklı temellerde ele alınsa dahi dışlama ve dahil etme pratiklerini içerdiğini savunmaktadır (52). Dolayısıyla küreselleşme ile dönüşen vatandaşlık pratiklerinin, geçmiş pratiklerde olduğu gibi, genişlemeci olması kaçınılmaz olsa da mutlaka bir dışlayıcı- ayrımcı pratik içereceğini söylemektedir (52). Ancak, bu eleştirel yaklaşımların bir kısmı aynı zamanda piyasanın ve küreselleşmenin vatandaşlık üzerindeki etkilerini de göz önünde bulundurarak, devlet-toplum-birey arasında tanımlanan ilişkinin ve güç ilişkilerinin dönüştüğünü dolayısıyla yeni tanımlamaların sosyal bilimler açısından gerekli olduğunu savunmaktadır.

Modern vatandaşlık tanımlarının postmodern dönüşümü açıklamakta pek çok yönden eksik kaldığı görülmüştür. Bu bağlamda kozmopolit vatandaşlık, çevreci vatandaşlık, dijital vatandaşlık, teknolojik vatandaşlık ve tüketici vatandaşlık gibi kavramlar, teknolojinin, dönüşen piyasa koşullarının ve küreselleşmenin siyasal ve sosyolojik dönüşümü anlamak açısından kullanılmaya başlanmış, bu dönüşüm biyoteknoloji gibi ileri teknoloji politikalarına yansımıştır.

Bir toplumda farklı çıkarların kural ve yöntemlerle uzlaştırılması, düzenin ve işleyişin sağlanması için belirlenen çabalara politika denir (60). Genel olarak teknoloji politikası, bir toplumda bilim ve teknolojiye, araştırma-geliştirme yatırımlarına, eğitime ve dünyada gerçekleşen son gelişmelere yönelik yönetimin, kuralların ve önceliklerin “nasıl” olması gerektiğine aranan cevap, kural ve yöntemlerdir (16). Teknoloji politikaları, bilimsel rasyonaliteye dayandığı 2. Dünya Savaşı sırasında ve teknolojik gelişmenin kutuplu bir rekabete dönüştüğü Soğuk Savaş koşullarında önem kazanmıştır. Bilim insanlarının bilim ve teknoloji politikalarında ve hatta güvenlik temelli politikalarda belirleyici bir konumda olmaları bilim ve teknolojiye bir ulaşılmazlık atfetmiştir. Ancak, 2. Dünya Savaşı’nda yaşanan insaniyetten uzak bilimsel deneylerin ortaya çıkışı, Soğuk Savaş Dönemi’nde uzman görüşlerindeki yanılgılar ile teknokratik itibar zedelenmeye başlamıştır (16). Risk algısı, etik ve bilimsel belirsizlik gibi ilkelerin tartışılmaya başlanması ile modernitenin teknoloji politikaları açısından geldiği nokta, özellikle kamuoyu ve sosyal bilimciler tarafından eleştirilmektedir. Postmodernite tartışmaları çerçevesinde ise, risk algıları çerçevesinde biyoteknoloji gibi ileri teknolojilerin riskleri ve bilimsel belirsizliği daha fazla tartışılmaktadır (16,22,61,62). Bu bağlamda, biyoteknolojinin modern ve ulus devlet vatandaşlık pratiklerini dönüşüme uğratmaktadır.

Tüm tanımlamalarda ortak biçimde yer alan vatandaşlık bağının içerdiği karşılıklılık toplum sözleşmecilerinin kuramsallaştırdığı gibi, yalnız oluşturulan “otorite” ve üye arasındaki ilişkinin eşitlik esasına dayandığı anlamına gelmemektedir. Devlet ya da üye olunan toplumun otoritesi, sahip olduğu ve ürettiği bilgi, tek yanlı güç kullanabilmesi, karar alma mekanizması olması gibi önemli özellikleri ile kişiden hep bir adım önde olmaktadır (16). Bu eşitsiz durum demokrasi idealiyle, katılımcılıkla, bilgi edinme hak ve yükümlülükleri ile giderilmeye çalışılmakta; böylece bireye otoriteyi de dengelemek adına daha fazla sorumluluk yüklenmektedir (50,51). Devlet için vatandaş, yine vatandaşların bir araya gelerek oluşturduğu kurallara uymalı, söz konusu bir ulus devlet ise bu devletin birliği, bütünlüğü, tekliği ve rejimi için gerekli olan yükümlülükleri yerine getirmelidir

(15). Bu şekilde düzenlemeler yapma ve güç kullanma yetkisine sahip olan devlet bu karşılıklı ilişkide hem vatandaşlık statüsünden kaynağını almakta, hem de sürekliliğini pekiştirmektedir. Bu karşılıklı ilişki, yararlanım ve yükümlülükler, güç ilişkilerinin niteliğini belirler. Güç ilişkileri, devlet-vatandaş, vatandaş-vatandaş ve piyasa-vatandaş biçiminde gerçekleşirken, her ne kapsamda olursa olsun bu ağ beden algısı üzerinden inşa edilir. Yararlanım ve yükümlülüklerin karşılıklı olması hiyerarşi yoksunluğu anlamına gelmez. İktidar odağı ile vatandaş, vatandaş ile vatandaş ya da piyasa vatandaş ilişkisinde eşit olmayan güç dağılımı gözlenebilir. Bu eşit olmayan güç dağılımı da beden algısının inşa edilmesi sürecinde bir gerilim yaratmaktadır. Bu gerilim, bilhassa teknoloji parametresi devreye girdiğinde görünür olmaktadır. Tüketici vatandaşlık kavramı da bu noktada gerilimlerin kaynağı ve ilişkilerin zaman içerisindeki dönüşümünü doğru gözlemleyebilmek açısından yararlı bir kavramsallaştırma olarak ortaya çıkar.

Tüketici vatandaşlığın, endüstriyel ürünlerin tüketimini de konu edinen biyoteknoloji gibi ileri teknoloji ile ilişkilendirilerek ele alınması, postmodernite ve küreselleşmenin etkisiyle geliştirilen politikaların şekillendirilmesinde önem taşımaktadır.

Modernite, Türkiye’de Vatandaşlık ve Tıbbi Biyoteknoloji

Türkiye’de vatandaşlığın ortaya çıkışına tarihsel olarak bakıldığında modernleşme süreci ile bu kavramın siyasi ve hukuki hayata girdiği söylenebilir. Modernleşme hareketlerinin en önemli aşamalarından birini modern tıbbın benimsenmeye başlanması ve Tıbbiye’nin kurulması oluşturur. Başta ordunun, ardından tebaanın sağlık ihtiyaçları konusunda modern tıp ve biyopolitika uygulamalarından yararlanması, aynı zamanda devlet ve kişi arasındaki ilişkinin değişmeye başladığının da sinyallerini verir.

Henüz 1827’de II. Mahmut’un Tıbbiye’nin açılışında yaptığı konuşma ve uygulamalar dikkat çekicidir. Tıbbiye’ye Osmanlı uyruğundan hangi dine mensup olursa olsun öğrenci kabul edileceğini ilan etmiştir. Ayrıca, açılış konuşmasında modern tıbbi Fransızca olarak öğrenmenin, Türkçe modern tıp eğitimini en kısa zamanda verebilecek düzeye gelmenin ilk aşaması olarak görür. Berkes (41), bu konuşmadaki Türkçe vurgusunu, ulusal dilin geliştirilmesi akımının öncüsü bir görüş olarak yorumlar¹³.

¹³ Berkes N., 2005, s. 186

Tıbbiye'nin kurulması, karantina ve çiçek aşısı nizamnamesi gibi moderniteye özgü biyopolitika uygulamaları, modern ve ulusal dilde verilen bir eğitim hedefi öncelense de Osmanlı'da temel olarak uyrukluk tanımı bütünüyle değişmemiştir. Modernite öncesinde Osmanlı Devleti'nde *reaya* padişahın kulu olarak sayılırken, çeşitli gerekçeler ile 1869'da çıkarılan Tabiyet-i Osmaniye Kanunnamesi ile uyrukluk ile devlete ve padişaha bağlanmıştır. Dolayısıyla monarşik rejimlerde olduğu gibi bir uyrukluk bağı Osmanlı tebaasının bir parçası ve padişaha bağlılık gerektirmekteydi. Ulus, halk ya da vatandaşlık kavramına ilişkin bir düzenlemeden ziyade bu kanunname bir tabiyet belgesidir (63). Yedi yıl sonra yürürlüğe giren Kanun-i Esasi de benzer bir anlayışı benimsemiştir.

Osmanlı İmparatorluğu'ndaki ilk anayasal girişim olarak kabul edilen 1876 tarihli Kanuni Esasi'nin uygulama başarısızlığının ardından, söz konusu metin değişiklikler ile 1908'de tekrar yürürlüğe girmiştir. II. Meşrutiyet döneminde kuldan tebaya geçiş başlamıştır. 1908 sonrası modernleşme çabaları ile değişen devlet erki ile kişi arasındaki ilişki Cumhuriyetin ilanı ile vatandaşlığa dönüşmüştür. Balkan Harbi, I. Dünya Savaşı ve ardından Kurtuluş Savaşı'nın ortak yarar ve tek amaçta birleşme ihtiyacı doğurmasıyla başlayan, Cumhuriyetin ilanı ile ulus devletleşme sürecinden bağımsız ele alınamayan vatandaşlık kavramı, hak temelli liberal vatandaşlıktan ziyade görev temelli cumhuriyetçi vatandaşlık anlayışına ağırlık verilmesiyle sonuçlanmıştır (58). Geleneksel tebaadan vatandaşlığa dönüşüm olgusunun seyri Cumhuriyet rejiminin kurulmasıyla netleşmiştir (41). Şerif Mardin'in deyiimiyle, “*Bir ümmet topluluğundan bir ulus-devlete geçiş*”i simgeleyen vatandaşlık kurumu, modernleşme sürecinde önemli bir siyasal ve kültürel kurumdur (64). Dolayısıyla vatandaşlık bağı ile devlete, millete ve vatana sadakatle ve hukuki bağ ile bağlı olan vatandaştan topluma hizmet etmesi ve ortak yarara uygun hareket etmesi beklenir. Bu sadakat ve bağ, sorumluluk sahibi “makbul vatandaş” olmak için gerekli niteliklere dikkat çekmektedir (65)¹⁴.

1921 Anayasası öncelikleri bakımından bir geçiş anayasası olmakla birlikte vatandaşlık konusuna eğilmemiştir. Devlet düşüncesinin halk egemenliği yerine ulusal egemenlik

¹⁴ “Makbul vatandaş” benzeri “makbul uyruk”a ilişkin onay ve ödüllendirme, Osmanlı'da çiçek aşısının uygulanmasını teşvik etmek amacıyla da uygulanmıştır. Çiçek aşısının uygulamasında ciddi emek veren kişilere, Tıbbiye mezunlarına ve cerrahlara, gazeteler aracılığıyla padişah tarafından teşekkür ilanları verilmiştir (45). Modern tıp uygulamalarının yalnızca orduya değil halka da ulaştırılması sebebiyle teşvik edilmesi moderniteye özgü toplu yaşam biçimi ve dönüşmeye başlayan uyrukluk ve eşitlik anlayışını işaret eder.

söylemi üzerine kurulmuş, böylece devlet “modernitenin rasyonel egemen öznesi” olarak görülmüştür (64). Bu bağlamda devlet, Cumhuriyet anayasalarında “aktif bir öznedir”, toplumsal ilişkilere yön verir, gerekli kurumsal pratikleri biçimlendirir (27). Modernleşme hareketlerinin hızlanması ve 1923’de Cumhuriyet’in ilanından sonra, 1924 yılında kabul edilen Anayasa ile ilk olarak Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlığı konusu ele alınmıştır. 88. Maddede yer aldığı biçimiyle Türkiye’de yaşayanlara din ve ırk farkı gözetilmeksizin vatandaşlık verilmiş ve “Türk” denmiştir (42). Böylece iradi, hukuki ve yasal bir statü olarak “Türk” vatandaşlığı kurulmuştur.

Kadioğlu’nun değerlendirmesiyle, 1940’lara kadar vatandaşlık kavramı, bu yasal statüden beklenen sorumluluklar çerçevesinde ele alınmıştır. Bu bağlamda da özel hayata ilişkin sağlık, hijyen gibi konular da yönetim ve sorumluluk kapsamında değerlendirilmiştir (66). Tek partili dönemde devlete karşı borçlu ve yükümlü olma çerçevesinde vatandaşa sorumluluk yükleyen yaklaşım çok partili hayata geçiş ile değişmeye başlamıştır (58). 1961 Anayasası’nda vücut bulan bu anlayış, yine devlet merkezli olmasına karşın daha liberal biçimde vücut bulmuştur. Sivil ve katılımcı özellikleri ve vatandaşın özgürlüğünün korunması sorumluluğunu devlete yüklemiştir (58).

Osmanlı İmparatorluğu temelde monarşik bir yapıya ve teolojik öğelere sahip olduğundan otorite ve kişi ilişkisi önce kul, ardından tebaa ilişkisi olarak tanımlanmıştır. Tanzimat Fermanı ile resmen başlayan modernleşme hareketleri Türkiye’de vatandaşlık algısını dönüştürmeye başlamıştır. Cumhuriyetin ilanı ile beraber modernleşme hareketlerine hız verilmiş, vatandaşlık algısındaki dönüşüm de hız kazanmıştır. Cumhuriyet Dönemi reformları ile de vatandaşlık, eşit üyelik temelinde kabul edilmiş, dolayısıyla devlet ve birey arasındaki ilişki de dönüşmüştür. Bu dönüşüm, dünyadaki siyasal, ekonomik hatta teknolojik gelişmelere de paralel biçimde pek çok açıdan devam etmektedir (63).

Osmanlı’da modernleşme, askeri alanda, idare alanında ve sağlık alanında üç ayak üzerinde yükselmiştir. 1827 yılında Tıbbiye’nin kuruluşu ve aşı üretiminin başlaması ile modern kurumlarda üretilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin, toplum sağlığı açısından kullanılması söz konusu olmuştur. Aşılar aracılığıyla önem kazanan bu süreç yalnız biyopolitika bağlamında değil devlet ile kişi arasındaki ilişkiyi düzenleyen vatandaşlık statüsü bağlamında da belirleyici olmuştur.

Tıbbiye eliyle ve devlet desteği ile üretilen aşılar, özellikle okul çağı çocukları, askere alınanlar ve memuriyette bulunanlar için zorlayıcı nitelik taşımaktaydı. Örneğin, Çiçek Nizamnamesi ile zorunlu tutulan çiçek aşısı kişilerin bedenlerini müdahale alanı olarak gören ilk belgelerden olmasının yanı sıra, devlet-kışı ilişkisinin toplum sağığını önceleyerek düzenleyen bir belgedir. Devletin gözetimi, şahadetname almaya hak kazananlar üzerinden yürümekte; fakat mümkün olduğunca bu kitle aşılamanın kapsamı genişletilerek salgın hastalıklarla mücadele edilmek istenmekteydi.

Balkan Savaşları, I. Dünya Savaşı ve ardından Kurtuluş Savaşı'na sahne olan Anadolu'da koruyucu sağık kapsamında aşılama cephelerde öncelenmiştir. Örneğin Tefvik Sağlam'ın teşvikiyle I. Dünya Savaşı sırasında Erzurum'da tifüs aşısı zorunlu tutulmuştur. Aşılama kapsamı yalnız tifüs ile sınırlı tutulmamıştır. Çiçek aşısı öncelikle orduda ek olarak da sivil halka ulaştırılmıştır (48).

Ancak, savaş koşullarına rağmen aşı üretimini devam ettiren Türkiye, cephe gerisinde de aşılama faaliyetlerini sürdürmüştür. Bu sayede tıbbi biyoteknolojik ürünlere modernleşmeyle beraber yalnız büyük şehirlerde değil ulaşılabilen kasaba ve köylerde de ulaşmak mümkün olmuştur. Her ne kadar bu kampanyalar halk sağığı açısından büyük önem taşısa da, net bir şekilde modern ulus devlet vatandaşı biçiminde aşılama girişimlerinden yararlanıldığını göstermez. Daha çok, Osmanlı tebaasından modern ulus devlet vatandaşlığına sağık hizmetlerine yansıyan bir geçiş sürecinden bahsetmek mümkündür. Bu geçiş süreci, yalnızca vergi ödeyerek otoriteye tabi olan kişilerin, artık içinde bulundukları toplumun bir parçası olmak için daha fazla yükümlölük taşıdığını, aksi halde yaptırımla karşılaşabileceklerini, dolayısıyla toplumun bireye öncelendiğı bir geçiş aşamasının başlangıcını içerir.

18. Yüzyıldan itibaren tıp ve toplum sağığı alanındaki gelişmeleri hem Osmanlı İmparatorluğu hem de Türkiye Cumhuriyeti yakından takip etmiştir. Kamu politikası bağlamında zorunlu tutulan aşılama ulus devlet vatandaşı için yalnız bir haktan yararlanma anlamı taşımamaktadır. Aynı zamanda bir yükümlölük olarak görölmüştür. Bu bakış açısı temel olarak tıbbi biyoteknolojik ürünlerin en yaygın olarak kullanıldığı alan olan aşılamanın toplumun; tebaanın sağığını önceleyen bakış açısını ortaya koyar. Doğal olarak toplumun sağığı, bireyin sağığından ileri gelse de, tebaadan yaratılan modern ulusun bütünsel sağığı açısından gerekli ve önceliklidir. 1970li yıllara kadar da Hıfzıssıhha odaklı kamu sağığı politikası ciddi bir dönüşüme uğramamıştır.

Cumhuriyetin ilanı ile beraber eşitlik kabulünden yola çıkan vatandaşlık statüsü, bir ulusa ve ulusla bölünmez bütünlükte olduğu tahayyül edilen devlete sadakatle bağlı kişilerin bu sadakatin ve hukuki bağın karşılığı olarak temel bir hak olan sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği öngörülmüştür. Sağlık hizmetlerinin başında anne çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık gelirken, bu hizmetlerin en önemli kalemini aşılama oluşturmaktaydı. Ulus devletin üyesi olan kişilerin, bir diğer deyişle ulusun kendisinin sağlığının korunması vatandaşlık bağından ileri gelmekteydi. Aşılamanın genişletilmesi ve ulusun her bireyine eşit biçimde ulaştırılabilmesi için erken Cumhuriyet Dönemi'nde bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı ve Hıfzıssıhha Enstitüsü işbirliğinde kampanya ve ulusal ölçekli projeler politika olarak benimsenmiştir. Bu kapsamda, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla düzenli radyo programları başlatılmış, sağlık sergileri müzeleri açılmış, eğitici afiş ve broşürler dağıtılmış, eğitici film gösterimleri olmuştur (67). Genç Cumhuriyet, aşılar ile her vatandaşa tek tek ulaşarak, kitlesel bir halk sağlığı planını ortaya koymayı hedeflemektedir.

1928'de kurulan ve faaliyetine başlayan Hıfzıssıhha Enstitüsü hem eğitim kurumu olarak hem de tıbbi biyoteknolojik ürün kapsamında aşı üretiminin merkezi olarak çalışmıştır. Bünyesinde barındırdığı Aşı-Serum Enstitüsü sayesinde Türkiye'nin aşı ihtiyacını sağlamıştır. Çiçek aşısı ile salgınlar önlenmiş, vaka sayısı kontrol altında tutulmuştur. Anayasal bir zorunluluk olmamakla birlikte aşı uygulamalarını gereklilik, hak ve yükümlülük olarak tanımlanmasında, kamu sağlığı politikası kapsamında vatandaş anlayışı etkili olmuştur. Bu şekilde devlet 1950'li yılların sonuna kadar aşı üretiminin merkezi ve temel sağlayıcısı konumunu korumuştur. Çeşitli düzenlemeler ile ilaç üretimi teşvik edilerek ithal edilmekte olan ilaçların %60'ı, Refik Saydam'ın bakanlık döneminde üretilmeye başlanmıştır (67). Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem kapsamında da Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu laboratuvarlarında çiçek, tifo, dizanteri, veba, kolera, kuduz, tetanoz, verem, aşı ve serumları üretmişlerdir (67). Bu dönemde Bulaşıcı Hastalıklar ve Yayılması Tüzüğüne İlave Edilen Hükümler Hakkında Kanun ile birtakım revizyonlar ve Çiçek Aşısı Tüzüğü çıkarılmıştır. 1960'tan sonra ise Planlı Kalkınma çabaları kapsamında aşı üretiminin devamının önkabulü ile hedefler koyulmuş fakat bir iyileşme sağlanamamıştır. 1970'lerden itibaren hızla gelişen tıbbi biyoteknoloji, rekombinant teknolojisi ile aşı üretimine önyak olmuş, Türkiye bu noktada yeni üretim teknolojilerinin tüketicisi konumunu almıştır.

1980lerden başlayarak Türkiye’de neoliberal politikaların önem kazandığı, tıbbi biyoteknoloji ürünlerinin, özelde de aşıların üretimi yerine ithalatına odaklanıldığı görülmektedir. Aşıların devlet üretimi ve sağlayıcılığından çıkarak tüketime açılması vatandaşın devlet karşısındaki aşı uygulamalarına yansıyan statüsünün yeni bir değişime açıldığını gösterir. 1980’ler, vatandaşlık bağlamında Türkiye’de anayasal vatandaşlık, katılımcılık gibi kavramlar üzerinden tartışılmaya başlanmış, bu kırılma pek çok açıdan önemsenmiştir. Bu tartışmalar dünyada vatandaşlık çalışmaları literatüründe yeni yaklaşımların Türkiye’de de yer bulması bağlamında önemlidir. Kavramsal olarak hak/özgürlük ve sorumluluk artık toplumda farklı ilişkiler ifade eder hale gelmiştir.

2.2.3 POSTMODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE BİYOPOLİTİKA

Endüstriyel ve entelektüel dönüşümün 17. yüzyılda başladığı, 20. Yüzyılda ise farklı bir boyut kazandığı tartışılmış, modernitenin sonuçları eleştirel biçimde ele alınmaya başlanmıştır. Modernin yerini postmoderne bıraktığını tartışan düşünürlerin yanında, modernin devam eden bir düzen olduğunu vurgulayan Anthony Giddens’a göre “*modern, modern toplumu ve endüstriyel uygarlığı aynı anda anlatan temsili bir kavram, tüm dünyayı ve rejimleri etkileyen örgütlenme şeklidir*” (1). Giddens ve Pierson (2001)’e göre ve Saygın’ın deyişiyle “*Daha genel olarak modernlik, dünyaya karşı belirli yerleşik tutumları, insanın müdahalesiyle şekil almaya müsait bir dünya fikrini; ekonomik kurumların karmaşık bir bileşimini, özellikle endüstriyel üretim ve pazar ekonomisini; ulus-devlet ve kitle demokrasisi dahil olmak üzere belirli siyasal kurumları gösteren dinamik bir yapıdır*” (1)¹⁵ Bir başka deyişle, modernlik toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel bağlamda vuku bulan küresel ölçekli bir fenomendir.

Modernite ve post-modernite; bir diğer deyişle modernite sonrası ya da endüstri sonrası dönem tartışmaları siyaset felsefesi ve sosyologlar arasında süregiden tartışmalardan biridir. Bu tartışma, genel olarak modernitenin bir kopuş ile post-moderniteye yerini bıraktığını düşünenler ile modernitenin post-moderniteye yerini bırakması fikrine karşı çıkarak, aslında modernitenin daha radikalleşen sonuçlarından bahsedildiğini öne sürenler arasındadır (7). Örneğin, Zygmunt Bauman, “*modernitenin bir devamlı oluş içinde bulunmak*” olarak tanımlayarak bu tartışmaya katkıda bulunur. Üretim biçiminde dönüşüm yaşandığını kabul eder.

¹⁵ Saygın U., 2016, s.70

Postmoderniteye özgü üretim dönemi, post-Fordist dönem olarak da adlandırılır (6)¹⁶. Fordizm-Postfordizm tartışmaları geniş bir literatürde tartışılmaktadır (68)¹⁷. Fordist üretim biçimi, katı, kitlesel ve belirli bir mekana ve zamana sabitlenmiş üretim biçimi olarak nitelenebilir. Adını Henry Ford'un kitlesel üretim metodundan alan Fordist üretim, fabrika temelinde örgütlenmiş, birbirinin eşi olan çok sayıda ürünün mekanize şekilde sabit üretim bandında üretilmesini içerir. Bu özelliğiyle de moderniteye özgü olarak nitelenir. Postfordist üretim biçimi ise fordizmdeki katılığın aksine, mekan ve zaman açısından daha esnek, ürün profili çeşitlenmiş, esnekleşmiş, desantralize, küreselleşmiş bir üretim mekanını nitelerken, seçim ve bireyselliğe vurgu yapar (69). Kapitalist üretim biçiminin temel olarak bilişim ve iletişim alanında ortaya çıkan teknolojik değişim ile başladığı düşünülür (4). Sermayenin teknolojik imkanlar doğrultusunda küresel ölçekte hareketlilik kazanması ile (4) üretim biçiminin katı ve büyük ölçekli standart makinelerden ve fabrikalardan çıkıp daha inşa sürecinde bozunmaya başlayan biyoçözünür ürünlerin öne çıkması ile gösterir. Dolayısıyla artık endüstriyel üretimin katılığı, yerini esnekliğe, akışkan üretime bırakmış, akışkan bir moderniteye dönüşmüştür (2).

Foucault'nun moderniteye özgü biyopolitika uygulamalarından ayırma, iyileştirme, gözetleme, kontrol altında tutarak müdahale etme ve istatistiklere yansıtarak nüfus ve toplum sağlığı için bireyleri raporlama gibi uygulamalar, küreselleşme ve teknolojiadaki gelişmeler ile dönüşmüş, Foucault'nun biyopolitika kavramı¹⁸, Hardt ve Negri tarafından

¹⁶ Şener, H.E. 2007, s. 36

Kamu yönetiminde postmodernizm ve postfordizm tartışmaları çerçevesinde, “Yeni kamu işletmeciliği, kuramsal öncülleri açısından modernizm düşüncesi üzerine inşa edilmiştir. Bu nedendir ki, bilgi kuramı bakımından postmodern olarak değerlendirilemez. Bununla birlikte 1970’lerdeki petrol krizine verilen bir yanıt olması itibarıyla postmodernite/postfordizm içerisinde yer alır” sözleriyle, postmodernizmin epistemolojik aşamasının tartışılmamasının büyük eksiklik olacağını vurgular. Bu çalışmada olduğu gibi postmoderniteyi dönemselleştirme biçimiyle araçsallaştırma, yönetimin belirleyeni olan siyaseti, postmodernitede ön plana çıkan kavramlar olan, yeni kamu işletmeciliği, katılımcılık, görelilik gibi kavramların takip edilmesini dışlamaz.

¹⁸ Foucault açısından söylemsel olarak oluşturulan biyopolitika, modernite ile yakından ilişkilidir. Biyopolitika ile biyoiktidar arasında keskin bir ayrım gözetmeyen Foucault için, analizlerinde öncelikli olan birey ve nüfus politikalarıdır. Oysa, Thomas Lemke (10), eleştirel biçimde ele aldığı biyopolitika yazını ikiye ayırır. Bir tarafta yaşamı temel alan, diğer tarafta özneleştiren biyopolitika yaklaşımlarından ikincisine dahil olan Paul Rabinow, Foucault'nun öngörmediği şekilde biyoteknolojinin yaşamı algılamamızda geri dönüşsüz bir etki yaptığını ifade eder (10).

genişletilmiştir (70). Tıbbi biyoteknoloji alanındaki gelişmeler ile de yaşam üzerine anlayış değişerek, Nikolas Rose'nin tabiriyle moleküler genetiğin bir nesnesi haline dönüşmüş, parçalara ayrılmıştır (71)¹⁹.

Günümüzde kullanılan biyoteknoloji tekniklerinin yaşama ve bedene ilişkin hem fikri hem de politik dünyayı değiştirmesi postmoderniteye özgü biyopolitik pratiklerin ortaya çıkmasında rol oynar. Özellikle genetik bilimindeki gelişmeler, bedeni moleküler düzeyde müdahaleye açabilir. Hatta bu düzeyde müdahaleye açılan beden ya da biyolojik materyaller, ulusal ve ulusötesi alanda ticarileşerek tüketim malzemesine dönüştürülebilir.

Bağışıklama ve aşı konusunda çalışmalar da benzer biçimde katıdan esneğe bir dönüşüme uğramıştır. Önce yerel ve bölgesel aşı üretimi, ulus-devlet ölçeğine taşınmıştır. Bu büyümede, salgın hastalıkların rolü büyüktür. Salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri araştırılırken her döneme özgü egemenlik anlayışının bulaşıyı önlemek için egemenliği ölçüsünde başarıya ulaştığı görülür (37). Ulus-devlet, küreselleşmenin hız kazanmasına dek, modernitenin örgütlenme biçimi, en yoğun politik güç uygulama potansiyeli ile bağışıklama çalışmalarının aygıtı olmuştur. Bu genişleme ve ulus-devletin sınırlarının çizilmesi, insan aklının bilim ve teknolojiye verdiği ayrıcalıklı yer ile paralel biçimde gerçekleşmiştir.

Oysa, postmodernite tartışmaları kapsamında yaşam ve biyoteknoloji bedeni ve yaşamı parçalara ayırarak manipölasyona açık hale getirmektedir. Rekombinant aşılar, biyolojik materyallerin genetik manipölasyonu ile çoğaltılarak üretildiğinden, yalnız insan bedenine değil aynı zamanda üretim sürecinde kullanılan mikroorganizmaların da manipölasyonunu içermektedir. Biyolojik materyallerin ürünleşmesi, tüketime konu olabilmesi, küreselleşen piyasada yer alabilmesi ile biyopolitika bağlamında bedenler ve tercihler bireyselleşmiş, öznelleşmiştir. Dolayısıyla biyoteknolojinin biyopolitika üzerinde yarattığı değişim, bireyin bir nesne olduğu klasik liberal bireyden farklı olarak öznelleşmesi ve özneleşmesi anlamını da taşır.

Modernitede günlük yaşamı dönüştüren akıl ve gözlem, bilimin toplum hayatında etkili olması sonucunu doğurmuştur. Oysa post-modern perspektif, bilimin modernitenin atfettiği önemde olmak yerine, diğer pek çok bilgi edinme yollarından biri olarak görür, ayrıcalıklı konumunu siler. Bilim, güvenilir bir otoriteyken toplumdaki yeri ve hakikate olan katkısı

sorgulanmaya başlanmıştır. Bilimin en eski dallarından biri olan tıp, bu bağlamda uygulama alanı bedenın üzerindeki ayrıcalıklı konumunu post-modern bakış açısına göre yitirmektedir. Bilgi edinme süreçleri çeşitlenmektedir. Tıp biliminin hakikate ve iyiliğe hizmet kapasitesi sorgulanmaya başlanmıştır. Bu sorgulama süreci, aslında Anthony Giddens'ın belirttiği gibi modernitenin sonuçlarına dayanmaktadır.

Postmodern ve postmodernlik arasındaki farka “düzen” üzerinden açıklık getiren Giddens (7) post-modernitenin modernitenin sonuçlarından çok farklı bir kavram olduğunu söyler. Bu farkı şöyle tanımlar, “...modernliğin ötesinde oluşmakta olan yeni ve farklı bir düzenin ana hatlarını algılayabiliriz; bu düzen ‘postmodern’dir; ama şu anda bir çokları tarafından “postmodernlik” olarak adlandırılardan çok farklıdır.” Modernitenin sonuçları ve hissedildiği dönem ve düzen itibarıyla postmodernidir.

Giorgio Agamben (72) çıplak bedenin tarihini de modernitenin tarihi ile uyumlu biçimde başlatmaktadır. Çıplak insan, otoritenin, iktidarın kararı ile tutulabilen, haklardan mahrum bırakılabilen bir tutuklu bedenine sahiptir. Dolayısıyla, istisnaidir. Tıp ve bağışıklama çalışmaları da hak ve çıplak beden arasındaki ince çizgide yer almaktadır. Aşılama ve tıp, özellikle kamusal sağlık söz konusu olduğunda, vatandaş olarak sayılanların, hatta bazı durumlarda bu genişletilebilir, tutulmasını, zorunlu olarak sağlık hakkında yararlandırılmasını içerebilmektedir. Modernlik, bu zorunlu tutulmayı meşru ve hatta ödev olarak tanımlamakta, insan bedenini bu geri dönüşsüz müdahaleye açmaktadır. Bu gönüllülük, modernitenin sağladığı güven ve risk dünyasından kaynaklanır.

Modern hukuk normlarıyla sabitlediği vatandaş ve sağlık arasındaki ilişki, modernitenin küresel sonuçları ile değişime uğramıştır. Modern hukuk normlarının çerçevesinde bir değişim söz konusu olmazken içerik, modern sonrası dönemin gerekliliklerine ilişkin olarak dönüşmeye başlamıştır. Post-modern bakış açısı bunu, ulus devletin aşınması, büyük anlatıların sona ermesi, esnekleşme, vatandaşlık haklarında dönüşüm, kültürün hatta bilimin ayrıcalıklı konumunun yitirmesi (7) olarak görmektedir. 20. Yüzyıla gelindiğinde sağlık politikaları, vatandaşın bedeninin hak ve yükümlülükler çerçevesinde konu edinmektedir. Ancak aynı zamanda vatandaşın da bedeninin yalnız kamusal bir müdahale alanı değil, aynı zamanda bireysel bir alan olduğunu da kabul etmeye başlamıştır.

Modern ulusun gücü, hem ulus devletin sınırlarını yeni uluslararası sistemde koruması, hem de sınırları içerisinde modern devletin en önemli yükümlülüğü olan vatandaşın

güvenliğinin korunmasında katkıda bulunması iken, vatandaşın bedeni artık modern devletin kendisine karşı da korunmayı gerektiren bir alan haline dönüşmüştür. Bu bağlamda, politika ile beden arasında yeni bir sınır çizilir. Yaşamın politikasını, biyopolitikayı tanımlayan Michel Foucault (13), bu dönüşümü şu şekilde ifade eder: “Hayat”, politikanın temeli ya da nesnesi değildir, bunun yerine siyasetin sınırlarıdır (13). Değişim, modernitenin öngördüğü, bedeni nesneleştiren tek taraflı bir politika olmaktan çıkarmış, beden ile politika arasında bir sınır çizmiştir.

Foucault’nun biyoiktidar yeni bir kavramsal niteleme açısından modern biyopolitikanın çözümlemesi için çok önemlidir. Çünkü Foucault’nun biyopolitik çözümlemesi nüfusu ve kitleleri bedenleri üzerinden yöneten bir disipline edici iktidarın çevresinde gerçekleşen güç ilişkileri olarak görür. Dolayısıyla modern biyoiktidar nüfusun verimliliğine, üretimine odaklanır. Verimlilik ve üretim, refahın, ürünlerin ve diğer bireylerin üretimini kapsar. Antonio Negri için ise biyopolitika özellikle egemenlik, disipline edici iktidarın ve üretim yapısının değişimi ile birlikte farklı tarif edilmelidir. Biyopolitika artık, iktidarın kendini belirli bir zaman zarfında dönüştürerek sadece bireyleri disipline etmeyi değil, aynı zamanda popülasyon olarak tanımlanabilecek tüm yaşayan varlıkları ve topluluklarını disipline etmeyi hedeflemektedir. Öyle ki, biyopolitika, yaşamı yönetebilmek amacıyla popülasyonların tamamının bedenine uygulanan büyük bir sosyal tıp olarak görülmelidir (73). Negri için ise, dikkat edilmesi gereken nokta, biyopolitikanın düzenleme odaklılığı kayarak otoriteryen bir hal alması, özneyi de kapsayacak şekilde genişleme olasılığıdır. Üretim yapılarının postmodern dönüşümü ile paralel biçimde biyoiktidarın öznelere çeşitlenmiş, piyasa da disipline edici bir biyoiktidar olarak ortaya çıkmıştır. Foucault’nun iki aşamalı dispoitif kavramsallaştırmasından yola çıkar, sadece söylemsel ve kurumsal yapıların değil, bunların sonuçlarının da önem taşıdığını tekrar eder ve postmodernitede bir direniş stratejisi olabileceğini söyler (73). Bu bağlamda Negri, çokluk ve biyopolitikanın temelinden bahsederken aslında biyoiktidar kapsamında postmodernitenin düzen bozuculuğuna, farklılaşma ve çeşitlenmeye ve güçlü bir çokluk anlayışına vurgu yapmış olur.

Modernitenin vardığı katılık, biyopolitika ve beden üzerinde verilen kararların, uygulamaların sınırlarını değiştirmiştir. Bu katılık ile egemen, bedeni müdahaleye açık bir alan olarak görmektedir. Bunu insan aklının vardığı bir nokta olarak görmek gerekir. Oysa bu katılık, içinde bunu esnekleştirme çabalarını da içerir.

Modernitenin örgütlenme ölçeğinde ulus-devlet ve vatandaş arasındaki kısıtlayıcılık, yakın zamanda yerini esnetilmeye çalışılan bir politik beden sınırına dönüştürür. Günümüzde biyopolitika denildiğinde bu sınırın yeniden belirleniyor olması “bireyin seçme ve eyleme geçme özgürlüğünü sınırlandırdığından haklı ya da haksız olarak kuşkuyla karşılanan kısıtlamaların, engellerin, ayak bağlarının radikal biçimde eritilmiş olmasıdır”(2). Katı endüstriyel üretim dinamiklerini ağır kapitalizm, esnek üretimi ise hafif kapitalizm biçiminde adlandıran Bauman, sağlık ve beden politikalarının dönüşümünü açıklarken günümüz politikalarının artık büyük tasarımlara değil, gündelik yaşam politikalarına ve kararlara referans verdiğini söyler. Örneğin, hastalıklar da tedavileri de artık kişiselleşmektedir. Dolayısıyla günümüz sağlık ve beden politikaları güçlerini birleştirerek oluşturulacak büyük örgütlenmelerle varacakları sonuçları düşünmekten uzak politiklardır (2). Bunun bir sonucu olarak da sağlık alanında toplumsallık fikrinden uzaklaşmaktadır. Her vatandaş, artık bireyleşmekte, kendi bedeninin sorumluluğunu kendisi almaktadır. Kendi eseri olan bedeninin herhangi bir otoriteye açılmasına karşı durmakta, yalnızca kendi gibi sorumluluk almış sıradan bir modeldir.

Bağışıklama ve modernitenin öngördüğü şekilde sağlıklı topluma bilim ve teknik yardımıyla ulaşılması, yerini “sağlıklı yaşam” idealine bırakmıştır. Sağlıklı yaşam, bir kez bağışıklık uygulamasıyla korunmak yerine, her gün her saat mücadele etmeyi, tüm hastalıkları uzak tutmayı içerir. Hastalık tanımında ise giderek bir belirsizleşme söz konusu olmaktadır. Uygulamadaki çeşitlenmeler, ikincil sağlık sorunlarına yol açmakta ancak tıp alanındaki üreticileri bu durum rahatsız etmemektedir. Genel olarak ikincil sorunlar yeni tedaviler gerektirdiğinden yeni yöntemlerin ortaya çıkmasını da karlılığı da artırmaktadır. Dolayısıyla, tedavi, korunmanın ve bağışıklamanın yerini almıştır. Sağlıklı yaşam ve sağlıklı beden, korkular ve risk ile idealize edilir. Sağlıkta risk ve güven, denge arayışı ile ilgili bir durum haline gelmiştir. Aşı uygulamalarında gözle görülür bir kesinlik elde edilmediği için, bireylerin günümüz sağlıklı beden beklentilerini karşılayamamaktadır (2). Birey, bu sebeple piyasadan bu beklentilerini karşılayacak ürün, hizmet ve modelleri satın almaya girişir. Dolayısıyla, modernite-postmodernite bir geçiş mi kopuş mu tartışmaları çerçevesinde, modernitenin sunduğu vatandaş profilinin dönüştüğü, çeşitlendiği söylenebilir. Piyasada bir aktör olmanın hak ve yükümlülüklerini taşıyan vatandaş, artık ileri teknolojik ürünleri de tüketmektedir. Ticarileşen ileri teknolojilerden biri olan tıbbi biyoteknoloji alanında da piyasadan bireyselleşmiş tıp hizmeti satın alma beklentisi doğmaktadır. Bu bağlamda vatandaş, piyasa ile etkileşim halinde olan tüketici

vatandaş profilini kazanmaktadır (15). Modernitenin toplum sağlığını hedefleyen güvene dayalı bütüncül bağışıklama yaklaşımı yerini, risk algılarının şekillendirildiği bireysel sağlıklı beden yaklaşımına bırakmaktadır.

Sağlıklı yaşam ve sağlıklı beden düşüncesinden yararlanma hakkı olan vatandaşların dışında, istisnai kabul edilen, toplumdan izole edilen bedenlerin durumu da tartışmalı hale gelmektedir. Modernite, toplum sağlığı için her bedenin toplumun bedeninin bir parçası, sağlıklı toplumsal bedene giden bir aşama olarak görmekte, olabildiğince bu ideal için izole beden bırakmamaya çalışmaktaydı. Bu da otomatik olarak fiziksel izolasyonun kaydı, şehir gettoları, kimlerin dahil sayılacağı ya da bir hizmetten kimlerin yararlanabileceğinin gözetim ve düzenlemeler yoluyla kontrol edildiği mekanları yaratmıştı (2). Oysaki günümüz sağlık politikaları, bu gettolar tarafından da dışlanan kesimler olduğunu bilmekte, sisteme nasıl dahil edeceğini aramaktadır (74). Toplumdaki ötekilerin ötekiliklerinden kurtarılmaya çalışılması için genel geçer uygulamalar, içinde bulunduğumuz dönem için geçersizdir. Bunun en önemli örneği tüm dünyada yaşanan göçmen krizidir. Kayıtdışı göçmenler, sistem tarafından görünmezdir. Dolayısıyla, günümüz sağlıklı yaşam ideali için de risk oluştururlar. *“Tek tip (cemaate) doğru gidiş hızlandıkça, ‘kapiya gelip dayanmış yabancılara’ karşı duyulan korku da derinleşmektedir.”*(2) Bauman, bu bakış açısının yabancı ya da bilinmeyen olarak algılananın toplumsal bir tehdit olarak görülmesinin, güvenlik algısının toplumsal temizlik anlayışı ile uyumlu olduğunu savunur. Bu görüş, aslında modernitenin örgütlenme biçimi olan ulus-devletin, sağlıklı toplumsal bedene ulaşmayı hedeflemesi ile de uyum içindedir.

Küreselleşme ile moderniteye özgü bir yapı olan ulus devlet ilişkisi boyutu ele alındığında ise ulus devletlerin küresel sistemin içinde yer alma koşulunun tanınmak olduğunu söylenebilir. Toplum sağlığı, kaçınılmaz olarak ulus-devletin sınırları ile çizilmiş görünse de, ulus-devlet içinde yer alan toplumun da sağlığını korumak için küresel örgütlenme sistemleri kaçınılmazdır. Her alanda etkili olan küreselleşme, dünyada tıbbi biyoteknoloji ve aşılama açısından yapısal sonuçlar doğurmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulması ve halk sağlığını hedefleyen küresel politikalar yürütmesi, bunu da ulus-devletlerin işbirliği ile yapması bu sonuçlardan biridir. Ancak zaman içinde, tıbbi biyoteknoloji ve aşının piyasalaşması, standart ve modern biyoteknolojik yöntemlerle üretimi bu işbirliğinin piyasa aktörleri ile paylaşılmasına neden olmuştur. 1970’lerden itibaren hızlanan bu süreç, Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması (TRIPS) ile 1994 yılında, Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATT) ve Ticaret ve Tarifeler Üzerinde Genel Anlaşma (GATS) ile

1995 yılında somutlaşmıştır (75). TRIPS ve GATTs anlaşmaları bu yapısal sonuçların iki farklı bakış açısını temsil eder. TRIPS, fikri mülkiyet haklarının patentleme süreci ile garanti altına alınmasını ve kullanım kısıtı getirilmesini öngörürken, GATT, sağlık hizmetlerinin küresel biçimde yayılmasını öngören çok taraflı anlaşmalardır²⁰.

Özellikle sağlık politikaları bağlamında kendini gösteren bu dönüşüm, modernitenin bir sonucu, geri dönüşsüz bir değişimin habercisidir. Sağlık politikalarında kitlesel üretimin endüstri sonrası toplumda, sağlık politikalarının kâr amaçlı biçimde piyasalaşması ve özel şirketlerin elinde olması ilk başta çelişkili görünebilir. Sağlık politikalarında modernizasyon, ulus-devlet ölçeğinde, tüm vatandaşlara ulaşacak bir genişlemeyi içermiştir. Bunun örgütlü biçimi, Fransa ya da Amerika’da olduğu gibi hükümet-dışı organizasyonlar ya da vakıflar tarafından yürütülmüş ve devletin çatısı altında uygulamaya konmuş veya Türkiye’de olduğu gibi doğrudan devlet kurumları ve politikası aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

²⁰ 1956 yılında toplanan Uruguay Turu’nda tarım ve fikri mülkiyet hakları konuşulmuştur. Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (General Agreement on Tariffs and Trade GATT), uluslararası ekonomik işbirliği olarak tasarlanmış ve dünya barışının ekonomik bağılıklarla sağlanmasını hedeflemiştir. 1994’e kadar uygulanan GATT’ın ardından, Uruguay Turu’na taraf ülkeler arasında 15 Aralık 1993 tarihinde görüşmeler tamamlanmış, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) 1 Ocak 1995’te kurulmuştur. GAT’ın devamı olarak nitelenebilecek DTÖ sürekli ve kapsamlı biçimde tarım ürünleri, hizmetler ve fikri mülkiyet hakları konularına ilişkin hükümler içermektedir. DTÖ’nün amaçları sürdürülebilir kalkınma, çevrenin korunması ve farklı ekonomik düzeydeki ülkelerin, gelişmekte olan ve en az gelişmiş olanların da dünya ticaretinden pay almasını sağlamak olarak özetlenebilir. Fikri Mülkiyet Hakları DTÖ çerçevesinde şeffaflık ve kamuoyu bağlamında gözden geçirme mekanizmasına eklenmiştir. Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (General Agreement on Trade in Services- GAT) ise çevre, sağlık ve sosyal hizmetler, kültürel hizmetler, enerji vb. konulara odaklanır. Biyoteknoloji açısından özel önem arz eden Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları anlaşması (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights- TRIPS) ise sahte mallar ile mücadele kapsamında patentlere açıklık getirir. Marka, coğrafi işaretler, endüstriyel tasarım ve modeller, patentler ve know-how korunmasına odaklanır. Geçiş aşaması olarak 1 yıl kabul edilmiştir. Bu süre gelişmekte olan ülkeler için 5, en az gelişmiş olan ülkeler için ise 10 yılı bulmaktadır. Dezavantajlı duruma sebep olabilecek olan bu hüküm, özellikle tıbbi ve zirai ilaçların patentle korunmasında gelişmekte olan ülkelerin geçiş sürecinin başlangıcından itibaren tüm patent başvurularını kabul etme zorunluluğu getirir. Geçiş sürecinin bitimine dek patentin tescil edilememesi halinde de buluşun yeniliği kabul edilir (165). Türkiye, 2000’den itibaren anlaşma hükümlerini kullanmaya başlamıştır. Bu kapsamda uyumlu, 6769 sayılı Sınai Mülkiyet Kanunu 2016 yılında kabul edilmiştir (166). TRIPS ve kanun, tıbbi biyoteknoloji ve patent süreci ile ilgili önemli düzenlemeler içermektedir. İlgili hükümlere göre tanı kapsamına girmeyen teknolojik proseslerin ürünü olan olan aşı, patentlenebilir.

Günümüzde ise, toplum sağığı sorumluluğundan bireysel tüketici vatandaş sağığına olan dönüşüm yapısal olarak da gözlemlenebilmektedir. 1970’lerde başlayan özelleştirme süreçleri ile kamu sağığıının özel sektöre devredilme girişimleri, 2000’li yıllardan itibaren farklı bir boyuta taşınmıştır. Kamu ve özel sektör iş birliği halinde aşılama konusunda bir ara yol arayışındadır. Ancak bu arayış, kamu ve özel sektörün diğer alanlardaki iş birliklerinde olduğu gibi kamusalılığı dışlamak, lüks hizmet sunmak, kâr amacı gütmek ve yeni bir kapitalist biçime dönüşmek gibi sonuçlara varabilir. Sağıık ve aşılama hizmetinin sunumunda gerçekleştirilen kamu-özel sektör iş birliğinde kamusalılık boyutu insan kaynağı sağııkla, özel sektörün beklentisi de kar etmekle sınırlıdır.

Tarihsel olarak, tıp, biyoloji ve kimya bilim dallarının ürünlerini aktif biçimde kullanan hastalar, tüketiciler, II. Dünya Savaşı’nda yaşananların ortaya çıkması, yıllar içinde DDT, radyum, cıva gibi kimyasalların doz yönetimi sorunları sebebiyle pek çok sağıık sorununa yol açması (36), kar-yarar dengesinin kar lehine çevrilmesi, risk değerlendirme metodolojisine geçişi sağıılamıştır. Risk değerlendirme ve yönetiminin standardize edilmesi ise Amerika Birleşik Devletleri’nin “Ulusal Kanseri Enstitüsü Karsinogenesis Test Programı” tarafından 1976 yılında yayınlanan test protokolü ile sağıılanmıştır (36). Modernitenin refah ve sağıığa ancak bilim ve teknoloji uygulamaları ile ulaşılabilceğıı savı, bilim ve teknolojinin risk içerdiğinin ve kötüye kullanımının mümkün olduğunun ortaya çıkışı ile sarsılmıştır. Modernitenin içerdiğii tüm bu sonuçlar sebebiyle bilim dünyası modern bilim ve teknolojinin ikili kullanımı için risk değerlendirme metodolojisi ve etik ile önlem almaya çalışmaktadır. Diğer yandan biyopolitika ve tıp alanında karlılık ile değersizleştirme başka sorunlara yol açmaktadır. Bu da büyük ölçüde beden ve yaşamın üzerindeki politik algıyı değıştirmiş, korku kültürünü beslemiş, hem bilimsel hem de bilimsellikten uzak yeni karlılık alanları yaratmıştır.

Postmodernite, Türkiye’de Beden ve Tıbbi Biyoteknoloji

1960’lar Türkiye’de sanayi planları hariç tutulmak üzere, ilk kalkınma planlarını yaparak, politika konusunda rota belirlediğıı yıllar olmuştur. 1950’ler, sağıık ve aşılama konusunda erken Cumhuriyet Dönemi’nin yatırımlarının geri dönüşünün alındığıı yıllardır. Dünya Sağıık Örgütü’nün aşılama konusunda Hıfzısıhha Merkezi’ni uluslararası influenza merkezi ve BCG laboratuvarı olarak akredite etmesi bunun en güzel örneğidir. Üstelik Hıfzısıhha, ulusal aşı ihtiyacını karşılayacak üretim kapasitesine sahiptir. Üretim

geleneksel biyoteknolojik yöntemlerle, standart biçimde yapılmakta, tüm vatandaşlara eşit biçimde ve tek tip olarak üretilerek ulaştırılmaktadır.

Öte yandan 1960'lar, hem dünyada hem Türkiye'de modernitenin olumsuz yanlarının da hissedilmeye başlandığı yıllar olmuştur. Türkiye'de dış politika, iç politikada etkisini sürdürmüş, dünya diplomasisini yönlendiren Soğuk Savaş, Türkiye'yi de etkilemiştir. 1950'li yıllar, Marshall yardımlarının ardından Türkiye'nin demokratik bloktan yana siyaset izlemesi ile sonuçlanmış, bu yakınlaşmayı NATO'ya üyelik izlemiştir. Türkiye ilk kez yabancı menşeli ve görece yeni bir aşığı 1963'te takvimine almıştır. Bu da Amerika'da üretilen polio aşısıdır.

Türkiye 1970'lere dek aşı üretimini geleneksel yöntemlerle sürdürmeye çalışmıştır. Ancak dünyada üretim biçimlerinin değişmeye başladığı, modern, tek tip, katı üretim biçimlerine hizmet eden endüstriyel üretim yapan fabrikaların yerini esnek üretime bırakmaya başladığı 1960'larda Türkiye'de aşı üretimi ile ilgili olarak bir duraklama söz konusu olmamıştır. 1965 yılında Türkiye ilk kez kuru çiçek aşısı üretimine geçmiş, 1976 yılında kuru BCG aşısı deneysel üretimine başlanmıştır. Ancak, 1970'lerin sonu itibarıyla dünyada aşı üretimi modern biyoteknolojik yöntemlerin geliştirilmesi ve sağlıkta özelleşmenin dünyada hız kazanması ile Türkiye aşı üretiminde son üretim teknolojilerini yakalayamamıştır. 1996 yılında semple tipi kuduz aşılarının ve DBT aşılarının üretimi durdurulmuştur. 1986 yılında kuru BCG aşısı üretimine geçilmiş, fakat bu girişim de 1997 yılında kuru BCG'nin üretiminin durdurulması ile son bulmuştur (49).

Genel anlamda aşı üretim kapasitesi yeterliliğini yitirmiş, 1991 yılında Devlet Planlama Teşkilatı üretim ve kalite artırılması için aşı üretimi konusunu yatırım başlığı altında değerlendirmiştir. Ayrıca 1984 yılında Sağlık Bakanlığı, aşı-serum üretimini düzenleyen bir düzenleme hazırlamış, 1994'te bu girişim bir rehber olarak yayınlanmıştır (76)²¹.

1960'lı yıllar, bu bağlamda 1970'lerden itibaren yaşanacak küresel bir dönüşümün habercisi olmuştur. Modernitenin sonuçlarının eleştirel bir şekilde değerlendirilmesi 1970'lere denk gelmektedir. Postmodernizm kültürel alanında popüler kültür ile, ekonomik alanda neoliberal politikalarla ve esnek üretim ile ilişkilendirilmeye başlanmıştır. Türkiye bu değişimi takip etmeye çalışmış, ancak özellikle modern biyoteknolojik yöntemlerin aşı

²¹ Metnin revize edilmiş 1999 yılı üçüncü baskısı internet üzerinden ulaşılabilir.

üretiminde kullanılmaya başlandığı rekombinant DNA teknolojisini, üretim ve uygulama bazında girişimleri olsa dahi yakalayamamıştır.

1970'lerin sonuna gelindiğinde aşılarda üretim yöntemlerinin yanı sıra hastalara ulaştırılma ve piyasalaşma süreçleri de farklılık göstermeye başlamıştır. Rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen ilk ürünler, 1978'de Somatostatin, 1978'de İnsülin olmuştur. 1980'de ise Hepatit B aşısı üretilmiş, isteğe bağlı olmak üzere piyasaya sunulmuştur. Türkiye de bu ürünlerin ithalatına başlamıştır.

1960 Anayasası daha çok sosyal devlete olan vurgusu ile anılır. Toplum sağlığına ilişkin bir bakış açısı taşımaktadır. 1960 Anayasası'na dayanarak hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (77) da toplum sağlığını önceleyen anlayışın kanuni çerçevesini oluşturmaktadır. 1982 Anayasası ise daha çok bireye atıf yapması ile dikkat çeker. Bu bağlamda postmodernite ile ilişkilendirilebilir bir metindir. Daha esnek bir anlayış ile dönemin sağlık politikalarının, özelde de aşılamanın daha çok Kanun Hükmünde Kararnameler ve genelgeler ile düzenlendiği bu dönemde sağlık hizmeti daha liberalize edilmiştir, bireyin bedenine ve bireyin haklarına odaklanması açısından dikkat çekicidir. 2010 yılında yapılan Anayasa değişikliğinin kapsamı bu bağlamda değerlendirilebilir.

1960 Anayasası sosyal devlet ve toplum sağlığı anlayışını içerir. 224 sayılı Kanun bu bakış açısının en güzel örneklerinden biridir. 1982 Anayasası ise bireye atıf yapan bir anayasa olması sebebiyle daha çok postmoderniteyle ilişkilendirilebilir. Daha esnek anlayışla kanun hükmünde kararnamelerin sıklıkla yer alması ile sağlık liberalize edilmiş, bireyin sağlığına verilen öncelik artmıştır. Bu gelişmeler Türkiye'de biyopolitikanın temel çerçevesi olarak dikkat çekmektedir.

1982 Anayasası'nda 2010 yılında biyopolitika kapsamında yapılan değişiklikler, 20. Maddenin 3. Fıkrası ve 41. Madde olarak incelenebilir. 20. Maddenin 3. Fıkrası, kişisel verilerin korunması ve bu verilerin kullanılmasında rıza aranmasını kişisel hak ve ödevler kapsamında değerlendirmiştir. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir." Büyük ölçüde dijital bilgilerin saklanması olarak algılanan bu madde, aslında, dijital verilerin saklanması ve paylaşılmasına ek olarak, devlet nezdinde tutulan vatandaşlıktan kaynaklanan tüm arşiv verilerini, sağlığa ilişkin bilgileri ve vücut

bütünlüğüne ilişkin sayılabilecek her türlü uygulamaya ve tüketime ilişkin veriyi korunma talebini hak ve ödev olarak değerlendirir. Bu veriler, kimliğe dayalı adres bilgileri, kimlik numarası biçiminde olabileceği gibi, kişinin genetik bilgisini de içerebilir. Öyle ki, çok çeşitli sağlık sebepleriyle gerçekleştirilen genetik taramalar ve testler, belirli kişisel ve genetik bilgilerin saklanması hizmetini de içermektedir. Kamu sağlığı ve güvenlik temelli 1982 Anayasası, 2010’da yapılan bu değişiklikle biyopolitika kapsamında genetik mühendisliği teknolojisini de kapsamaktadır. Dolayısıyla vücut bütünlüğünün bir parçası olan bu unsuru en temel haklardan biri olarak yorumlamaktadır. Ancak bu hakkın talebi ve kullanılması da bireyin rızası ve bilinci ile gerçekleşebilir. Kişisel verilerin korunması klasik vatandaşlık ilişkisinden öte, bireyin ileri teknolojiler ve verilerinin bu teknolojiler ile olan ilişkisi kapsamında bilinçli bir tüketici gibi davranmasını gerekli kılmaktadır²².

2000’ler ise sağlıkta reform çalışmalarının kırılma yaşandığı politik yılların başlangıcıdır. Pek çok tıbbi biyoteknolojik ürünün patent süresinin de yavaş yavaş sona ermesiyle beraber, başta Türkiye olmak üzere pek çok ülke üretimin önemine vurgu yapmaya başlamıştır. Bununla beraber, yapısal bazı reformlar ile, bağışıklama uygulamalarının yer aldığı birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeye ve yaygınlaştırılmaya, sigorta kurumlarında birleştirmeye gidilmiştir. 1970’lerden itibaren etkili olan neoliberal bakış açısı dönüşerek farklı bir yapıya evrilmiştir. Bu noktada piyasa ve hizmet arasında devlet bir garantör olmayı hedeflemiştir.

2000’li yılların başından itibaren Türkiye’nin biyoteknoloji alanındaki politika seçenekleri tartışılmaya başlanmıştır. Takip eden Yedinci, Sekizinci, Dokuzuncu ve Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planlarında biyoteknoloji farklı alanlarla ilişkilendirilerek yer almaya devam

²² Son dönem Türkiye’de yükselişe geçen aşı reddi tartışmalarının odağına anayasal çerçeve ve Anayasa Mahkemesi kararı yerleşmiştir. Anayasa Mahkemesi’ne bireysel başvuru yoluyla ulaşan aşı reddine ilişkin olgu, 2015 yılında önce zorunlu aşının hak ihlaline yol açabileceği gerekçesini sunan Yargıtay kararı ile gündem olmuş, Anayasa Mahkemesi’nin aşılamanın çocuğun “üstün yararına” olacağına ilişkin kararı ile aşının zorunlu olduğu yorumlamalarına sebep olmuştur (167). Anayasa Mahkemesi’nin kararı ise biyopolitika bağlamında ayrı bir önem teşkil etmektedir. Karar (168), Anayasa’nın 17. Maddesinin aşı yapılmasına ilişkin herhangi bir zorlama ya da yaptırım ile ihlal edildiğini belirtmiştir. Anayasanın 17. Maddesi, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu; tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağını, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağını hükme bağlamıştır.

etmiştir. Ancak 1986’da Uruguay’da imzalanan ve 1994’te yürürlüğe giren Nihai Senet ile geliştirilen fikri mülkiyet hakları sistemi beklenenin aksine küresel ölçüde biyoteknoloji alanında gelişmekte olan ülkeleri dezavantajlı konuma sürüklemiş, Türkiye’de araştırma ve geliştirme faaliyetleri de bu dezavantajlarla politika temelinde mücadele etmek durumunda kalmıştır.

2011 yılında, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri’ne ilişkin 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile Hıfzıssıhha’nın yapısı değişikliğe uğramış, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na dönüştürülmüştür. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun işlevi de 26.maddenin fıkrasında, biyolojik ürünler ve test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak, üretirmek ve gerektiğinde üretmek olarak belirlenmiştir.

2.2.4 POSTMODERNİTE, TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ VE TÜKETİCİ VATANDAŞLIK

Biyopolitika, beden ve vatandaşlık bağlamında temelde iki tartışma ile karşılaşılmaktadır. Bu tartışmalardan ilki günümüz vatandaşlık algısı ve tüketici vatandaşlık tartışmaları, ikincisi ise biyopolitika tanımı üzerinden yürütülen geleneksel biyopolitika ve yeni dönem (yeni siyasetin bir olgusu olarak) biyopolitika ve vatandaşlık tartışmalarıdır.

Postmodernizm üretim ilişkileri ve beden üzerinde kavramsal açıdan ve pratiklerle dönüştürücü olmasının yanı sıra, farklılıklara, göreliliğe, çoğulculuğa, eşitliğe de değinmesiyle dayanışma biçimlerini de değişikliğe uğratmıştır. Küreselleşme ile birlikte, ulusun sınırlarını aşan şirketler ve sermaye, uluslararası kuruluşlar, şirketler ve sivil toplum kuruluşlarının varlıklarını farklı kimlikler üzerinden siyasal alanda hissettirmeye başlamasıyla bu değişimin habercisi olmuştur (4).

Piyasa koşullarının, neoliberal politikaların vatandaşlık kavramı üzerindeki dönüştürücü etkisi teorik çalışmalarda vatandaşlık ve tüketici kavramlarının bir araya getirilmesi ya da farklarının ortaya koyulması biçiminde gerçekleşmiştir. Tüketici ve vatandaş kavramlarını bir araya getirerek tüketici vatandaşlık vurgusu yapan çalışmalar, tüketim toplumu çerçevesinde kültür ve vatandaşlığı birleştirmeye çabalar (78). 21. Yüzyılın ikinci yarısı, geleneksel ulus devlet ve refah devleti kavramlarının bir sonucu olan ulus devlet vatandaşlığından tüketim pratiklerinin sonuçlarının ortaya çıkardığı tüketici vatandaşlığına

bir geçişe sahne olmuştur. Üretim toplumundan tüketim toplumuna geçişin siyaset bilimi ve sosyoloji açısından sonuçları bu bağlamda kaçınılmazdır (2).

Tüketicilik ve vatandaşlığı bir arada tartışan literatür, liberal ve cumhuriyetçi vatandaşlık literatüründe tüketiciyi yerleştirmeye çalışır. Bu doğrultuda pek çok teorik çalışma vatandaşlık ve tüketicinin karşı karşıya geldiği, gerilim yaşadığı bir haklar ve yükümlölükler sorunu olarak ele alır. Bir tüketici olarak rasyonel davranarak bireysel çıkarını piyasada maksimize etmeye çalışan tüketicinin, dayanışma, etik ve cumhuriyetçi boyutuyla bir yönüyle topluluğun çıkarı için kendi çıkarını feda etmesi beklenen bir vatandaş gibi davranamayacağını savunan teorik çalışmalar bulunmakta ve vatandaşlık çalışmaları literatüründe eleştirilmektedir (78,79). Söz konusu eleştirinin temel sebebi, tüketim toplumu fikrini olumlayan görüşlerin demokrasiye yaptığı vurgudur. Tüketim toplumunu olumlayan görüşler, tüketicinin piyasa koşullarında her kişiye eşit olarak ulaşma olanağı verdiğini, bu sebeple de diğer pek çok vatandaşlık tanımından daha az dışlayıcı olduğunu, aksine kapsayıcı olduğu varsayımına dayanır (80). Aslında, kapsayıcılık konusundaki pek çok yerinde eleştiriye karşın, siyasi partiler ve politika yapıcılar tarafından gözardı edilen vatandaşlık pratiklerini dönüştürme gücü bulunmaktadır (78). Dolayısıyla risk merkezli postmodern ve küresel toplumlarda vatandaşlık ve tüketicilik bir arada anılmaya, gerilim ile değil birbirini tamamlayıcı iki kavram olarak gündeme gelmeye başlamıştır (81). Öyle ki bazı çalışmalar ampirik olarak da regölasyonların, medyanın, uygulayıcıların ve politika belgelerinin vatandaş ve tüketici kavramlarını günümüzde birbirinin yerine geçişli biçimde kullandığını ortaya koymaktadır (81).

Bu tartışmaları kavrayabilmek açısından öncelikle, tüketici vatandaşlık kavramının sınırlarının çizilmesi önem taşır. Pek çok araştırmacı tarafından yönetim karşısında kişinin konumu belirlenirken, toplumsal sözleşme ve vatandaşlık kavramlarına sıklıkla başvurulur. Kişi, vatandaşlık statüsü sayesinde üyesi bulunduğu topluluğa kültürel, sosyal ve ekonomik anlamda bağlılığını dile getirirken; ait olma ihtiyacını karşılamış olur. Bu bağlılık sözleşmesi aracılığıyla topluma yönelik taleplerini daha kolay dile getirir, ihtiyaçlarını daha kolay karşılar. Genel olarak, vatandaşlığın en önemli hedeflerinden biri kişinin insani değer ve haysiyetini toplum içerisinde gerçekleştirebilmesidir (15). Kişi, bu bağ sayesinde toplumun baştan ona vermeyi kabul ettiği hakları kullanma olanağı bulur. Aynı zamanda toplum bu “kabul” ile kişiye haklar vermenin yanında bazı yükümlölükler de yükler. Bir tüketici, piyasada belirli bir yönetim ve topluma aynı zamanda bağlı olan kişidir. Tüketici, piyasada satın aldığı ürün üzerinden bu topluluğa olan güven ve sorumluluğu çerçevesinde,

piyasa stratejilerini uygular, rasyonel davranır ve kendisinin tam olarak bilgilendirilmiş biçimde hareket ettiği varsayılır (79). Bu ideal durumdan ayrı biçimde, tüketici rolü ve vatandaş rolünü aynı anda taşıyan bir kişinin tüketici olarak verdiği kararlar ile vatandaş olarak verdiği kararların birbiri ile zıt olabileceği de tartışılmaktadır (79).

Tüketimin kültürel boyutunun dışlanamayacağını vurgulayan akademisyenler de vardır. Tüketim toplumunun vurgusu hedonizmdir fikrinden yola çıkarak Kate Soper, tüketimin cumhuriyetçi ve etik yönünü vurgulayan bir “*alternatif hedonizm*”in tartışılması gerekliliğine vurgu yapar; çünkü tüketici vatandaşın bireysel eylemleri her zaman toplumun yararına ve zararına olmayabilir (82).

Zygmunt Bauman’ın “*akışkan*”lık kavramını tüketici vatandaşlık kavramı ile ilişkilendiren Eleftheria J. Lekakis (83), etik tüketim ve tüketici vatandaşlığın postmodernite için geçerli olmasını sağlayacak bir model önerir. Moderniteye özgü vatandaşlık pratiklerini dışlamak yerine, bazı pratiklerin halen geçerli olduğunu, bazı pratiklerin ise tüketici vatandaşlık lehine dönüştüğünü tartışır.

Antonio Negri’nin biyopolitika kapsamında direnişten bahsettiği postmodernitede, bu direnişe paralel biçimde etik tüketim, tüketim boykotları, ekolojik farkındalık, genetiği değiştirilmiş organizmalara karşı bir politik duruş gelişmiştir (78). Politik ve etik duruş, tüketicinin ileri teknolojiler de dahil olmak üzere yaşam üzerinde etkisi olan tüketimin öngörülemeyen sonuçları için vatandaşlık bilinciyle hareket edebildiğini göstermektedir. Fakat, Stevenson, tüketimin vatandaşlığın tamamen yerine geçemeyeceğini, günlük hayatta tüketicinin ürün boykotları gibi davranışlarla hareket edebilecekken, vatandaşların katılımcı bir biçimde politik olarak üretim ve tüketim bağlamında daha makro soru ve sorunlara cevap aranması gerektiğini öne sürer (84).

Bu tartışmaların ekoloji, politika yapma biçimleri, adil ticaret, küresel vatandaşlık, etik gibi kapsamlarda yürütüldüğünü görmek mümkündür. Bu çalışmalar, teknolojinin, özellikle postmodernite tartışmaları kapsamında uygulamaları genişleyen ve piyasalaşan ileri teknolojilerin önemini derinlemesine incelememektedir. Genel olarak ileri teknolojilerin, özelde ise tıbbi biyoteknolojinin, hayata dair her bir materyali disipline ederek piyasa ürünü haline getirmesi tüketici vatandaşlık tartışmalarının önemli bir boyutu olduğunu göstermektedir. Öyle ki, teknoloji politikaları tüketici vatandaşlık kavramından yararlanmaksızın sağlıklı biçimde oluşturulamaz bir durumdadır.

Teknoloji politikası, politika belirleyicilik konusunda otorite sahiplerinin bilim ve teknolojiye, araştırma- geliştirme yatırımlarına, eğitimine, son teknolojik gelişmelere yönelik ülke içindeki yönetiminin “nasıl” olacağına aranan cevap; seçilen, geliştirilen yöntem veya plandır (16). Tüketici vatandaş ise devlet-vatandaş ilişkisi bağlamında bu politikaların aktörü ve nesnesi; piyasa ilişkileri bağlamında ise tüketicidir. Tüketici vatandaşın içinde bulunduğu güç ilişkileri teknolojiye ilişkin politik ilişkileri de kapsar, yararlanım ve yükümlülükleri içerirken aynı zamanda piyasadaki güç ilişkileri boyutu bağlamında tüketici kimliğine vurgu yapar.

Tıp, tarihsel olarak beden’in ilksel olarak tasavvur edildiği bilimsel ve teknolojik alandır. Daha doğru bir açıklama ile tıp, cinsellik, güzellik, yargı ve başka pek çok alanda çıplak bedenin tanımlanması için uygulanmıştır. Biyolojik beden ile vatandaş bedeni arasında bir ayrım, otorite tarafından yaratılmıştır. Otorite, kurum ve yapının öngördüğü bir aygıt olan devlet, modern çağda ise ulus devlet biçimini almıştır. Ulus devlet, uygulamaları aracılığıyla en belirgin biçimde tıp bilimini kullanarak vatandaşın çıplak bedenini kurgular ve bu bedene ulusun sağlığı ve bekası için müdahalede bulunur. Bu müdahaleler, tıbbi biyoteknoloji uygulamaları ile kalıcı ve kitlesel hale getirilir. İleri bir teknoloji olan biyoteknolojinin müdahalesindeki ulus devletin üyeleri, tüketici vatandaşa dönüşür; tüketici vatandaşa özgü birtakım hak ve ödevlerle donatılır. Tıbbi biyoteknoloji uygulamaları önce klasik sonra da çağdaş yöntemlerle ulusun tüketici vatandaşlarının bedenini tanımlar, ona müdahale eder ve sağlıklı bir ulusa; büyük bedene dönüştürmeye çalışır. Bu çabalar, hukuk sisteminde ve siyasasında görünür bir hal alır. Bunun yanı sıra, ulus devletin aşınması, post-modernizm, neoliberalizm ve yeni siyaset tartışmaları yönetim ve siyaset ilişkisini dönüştürmüştür (85). Bu dönüşümün tıp ve tıbbi biyoteknolojinin etkisiyle sağlık alanında da görünürlük kazandığı ve ancak beden, biyopolitika ve vatandaşlık kavramlarının kesişimi aracılığıyla açıklanabileceği gözlenmiştir.

Yaşam, beden ve politika arasındaki ilişkinin biyoteknoloji bağlamında yeniden kurulduğu postmodernite, aynı zamanda Ulrich Beck tarafından risk toplumu olarak da adlandırılır. Riskin ortaya çıkışını endüstri toplumu ile beraber gören Beck, modernite ekseninde ekonomik ve bilimsel rasyonaliteye dayanan yaşamın pek çok riski ve zararı gözardı ettiğini, postmodernitede ise uzmanlara olan güvenin zedelendiğini ve risk ve zararların artık gözardı edilemeyecek boyutlara ulaştığını savunur. Aynı zamanda, postmodernitede riskin ulusal değil küresel bir nitelik olduğunun, dolayısıyla da ulus devlet sınırlarını aşan bir dayanışmanın gerekliliğinin kabulü ile kaçınılmaz olarak bireylerin üzerine sorumluluk

ve haklarında, dolayısıyla vatandaşlık pratiklerinde dönüşüm gerçekleşecektir (8). Belirsizlik, öngörülemezlik ve şüphe etrafında toplanan risk toplumu tüketici kimliği içinde şekillenir ve demokratik talepler bu kimlikten bağımsız pratiğe dökülemez. Bunun sebebi, belirsizliğin piyasa için iyi, vatandaşlık açısından ise riskli ve kötü olmasıdır (84).

Doğal olarak genelde teknoloji, özelde biyoteknoloji politikaları üretmek bu dönüşümü anlamayı, sosyal bilimcilerin ve politika yapıcılarının halkın taleplerini, ihtiyaçlarını ve katılımlarını sağlayacak demokratik kanallar sağlamasını gerektirir (15). Mayor ve Forti (86), bu süreci kişiyi merkeze alan, önemseyen “sivil”, kitle iletişim tarafından yaygınlaştırılabilmiş ve katılımı mümkün kılan teknoloji politikalarının geliştirilmesi olarak değerlendirir. Biyoteknoloji gibi, özelde de tıbbi biyoteknoloji gibi alanlarda teknoloji politikasına katılım çok kolay görünmemektedir. Bunun sebebi, öncelikle bu alanlardaki çeşitlilik, ileri bilimsel ve teknolojik bilgi birikimden yoksunluk, vatandaşlara hissettirdiği belirsizlik ve anlaşılmazlıktır. Üstelik, tıbbi biyoteknolojik ürünlerin piyasada, ürünler olarak yer alması, bu belirsizlik ve anlaşılmazlık sebebiyle tüketicilerin ticarileşme kaygılarını ve risk algılamalarını tetiklemektedir (16). Bu doğrultuda Slovic (61) deneme yanılma yönteminin geçersizleştiğini savunur. Risk ve belirsizlik, politikaların önleyici olmasını, olası zararlara karşı tedbir almasını gerekli kılar (62). Tıbbi biyoteknoloji kapsamında bilimsel belirsizliğin yüksek olması, genetiği değiştirilmiş organizmaların doğaya bırakılması ve tıbbi biyoteknolojinin insan bedeninde yarattığı değişimin gözleminin uzun yıllar alması sivil toplum, vatandaş ve tüketici kimliklerinin önem kazanmasına yol açmıştır.

Tüketici vatandaşın bedeni ile, güç ilişkilerinde aynı anda hem özne ve hem nesne olduğu en önemli alan sağlıktır. Sağlık üzerine geliştirilen teknoloji politikaları yalnızca sağlık hizmetini değil, sağlık uygulamalarını ve sağlık ürünlerini kapsar. 20. Yüzyılın ikinci yarısında modern biyoteknolojinin yükselişi ve sağlık konusunda iddialı ölçekte piyasa yaratması, bunu da yaşamı ve öğelerini nesneleştiren yöntemler ile yapması ise iktidar ilişkilerinin tıbbi biyoteknoloji alanındaki görünürlüğü artırılmıştır.

Yıllar içinde gerçekleşen politika değişimleri, kendini mekansal olarak da göstermektedir. Tıpta yeni politikaların mekansal dönüşüme olan etkisine yeni dönem sağlık turizmi uygulamaları örnek olarak verilebilir. Bireysel ihtiyaçların kamusal alan olarak kullanılan hastanelerden çıkarak tedavinin ve tatilin birleştirilerek ticarileştirildiği, bunun da politik iktidarın yanı sıra piyasa aktörlerinin de girişim ve ortaklığıyla sağlandığı ileri sürülebilir.

Hastanelerin mekansal dönüşümünün tartışmasının tıbbi biyoteknoloji uygulamaları kapsamında da olabileceği sorgulanmalıdır. İkinci olarak tıbbi biyoteknolojinin zamansal dönüşüme olan etkisi, hasta yatış sürelerindeki istatistiksel kısaltmalar olarak gözlenebilir. Zamansal değişim, tıbbi biyoteknolojinin yeni uygulamalar ile yatan hasta süresini kısaltması şeklinde bir örnek ile açıklanabilir.

20. yüzyılın başında teknoloji politikaları fizik ve kimya alanlarındaki gelişmeler ile belirlendiyse de 21. Yüzyılın teknoloji politikalarını belirleyecek olan alanın biyoloji, özelde de gen teknolojisindeki gelişmeler ve sosyal bilimlerin bu alandaki yönetim yetkinliği olduğu görülmüştür (39). Ancak bu gelişmelerin tarihsel arka planı göz önünde bulundurulmadan politika konusu edilip yaşama ve bedene müdahale edilme girişimleri toplum tarafından reddedilecek ya da yanlış aktarılacaktır. Yakın zamanda tıbbi biyoteknoloji ve genetik ürün ve uygulamaları geniş konu başlıkları ile üreme, öjeni, ilaç, aşı, tanı ve tedavi ile etik kapsamında beden ve vatandaşlık politikalarının konusu haline gelmiştir (87,88).

Türkiye’de Postmodernite, Tıbbi Biyoteknoloji ve Vatandaşlık

1990’lı yıllar, farklılık taleplerinin dillendirildiği, küreselleşme ve postmodernite çerçevesinde yeni bir vatandaşlık bağlamını işaret eder. Modernleşme hareketlerinin anayasal çerçevede hissettirdiği biçimlendirici konumu değişmeye başlamıştır. Katılımcılık, sorgulayıcılık, kimlik ve pek çok konuda tartışmaların ulusun sınırlarını zorladığı küreselleşme ve postmodernitede daha kapsayıcı, konu, sorumluluk veya bir toplumsal hareket odaklı vatandaşlık kavramsallaştırması ön plana çıkmaya başlamıştır. 1990’lardan günümüze devlete karşı borçlu ve görevlerle donatılmış vatandaşlık anlayışı değişmiştir (64). Siyasal açıdan Habermas’tan ödünç alarak anayasal vatandaşlık kavramını öneren Keyman ve İçduygu, kullandıkları anayasal vatandaşlık kavramı ile sorgulayıcılık, katılımcılık ve alttan belirleyici, üst kimlik olabilecek güçlü bir vatandaşlık profilinin kimlikler açısından kapsayıcı olabileceğini vurgularlar (64).

Küreselleşme ile şirket ve finans sermayesinin ulus devlet sınırlarını aşması ve ulus devletin 1990’lardan itibaren milli ekonomiler üzerindeki etkisini kaybettiği tartışılır (89). Ayrıca güç bloklarının oluşması, uluslararası örgütlenmeler ile ulusal egemenliğin paylaşılmaya başlanması, bireyin hak, özgürlük ve sorumluluklarının ulus devletin ötesinde tanımlanmaya ve kullanılmaya başlanması bu etkinin habercisidir (90). Michael

Hardt ve Antonio Negri ise ulus devletin egemenliğini kaybetmediğini fakat kullanma biçiminde dönüşüm yaşandığını söyler (90). Dayanışmaya karşı olan ve ihlal eden bireysel tercihler olarak modernitede yaşanan bozulma, ölçülemez ve disipline edilemez hale gelen bedenler yaratır (70). Her biçimde de küreselleşme ve postmodernitenin etkisi ülkeler bazında vatandaşlık talep ve uygulamalarında değişime yol açmıştır. Bu dönüşümün ilk somut adımı Türkiye’de 24 Ocak Kararları ile gözlemlenebilir. Türkiye “liberal birey” anlayışını oluşturmaya başlamış, Cumhuriyet dönemi vatandaşlık kurgusu tartışmaya açılmıştır. 1980’lere kadar pasif olarak nitelenebilecek, cumhuriyetçi ve sorumluluklar temelinde tanımlanmış vatandaşlıktan siyasal, ekonomik ve sosyal alanlarda tartışan, siyasal kararları etkileyebilen, katılımcı bir anlayışa geçiş hayal edilmiştir. Yine de 1982 Anayasası’nın doğası gereği birey-vatandaşın devlet karşısında güçlü olduğunu söylemek mümkün değildir. Devletçi bakış açısına geri dönen 1982 Anayasası güçlü devlet, devlete sadakat ve sorumlu olma vurgusundan ayrılmamıştır (58).

2000’li yıllarda ise bu vurgu devam etmekle birlikte yapılan pek çok değişiklik, özellikle Avrupa Birliği uyumu çerçevesinde esnemiştir. Türkiye’de vatandaşlığın sınırları, bir takım gelişmeler olmasına rağmen, hala devlet tarafından belirlenmekte ve vatandaşın bu sınırlar içinde kalarak haklarını kullanıp vazifelerini yerine getirmesi anlayışı devam etmektedir (58). 2000’li yıllarda iletişim ve teknolojinin etkisi ile tüm farklılıklara ilişkin taleplerde ortak nokta tüketim kültürü olmuştur. Tüketimi ulus devleti aşan boyutu yalnız satın alma olmamış, sorumlu tüketim, hak ve yükümlülükler bağlamında kozmopolitan boyut yakalamıştır. Tüm siyasi taleplere sahip gruplar nihayetinde tüketici kimliği ile hareket etmekte, piyasa koşulları tarafından korunma ve katılım talebine sahip olmaktadır.

Tüketici vatandaşlık, anayasal vatandaşlığı, yeni cumhuriyetçiliği, toplulukçu yaklaşımları ve çokkültürlülüğü aşan bir kavram olarak vatandaşlığın hem siyasi hem sosyal boyutlarına seslenme iddiasındadır. Örneğin sağlık turizmi ile tüketim yapanlar da sisteme dahil olmaktadır fakat sağlık turizmi tüketicisi Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nı kabul etmek ya da vatandaşlık bağı tesis etmek zorunda değildir. Ya da göçmenlerin, sığınmacıların sağlık hizmetinden yararlanması konusunda da vatandaşlık temelli bir talep bulunmamaktadır. Sağlık sistemi ve piyasası bu kişileri de tüketici olarak tanımaktadır. Öte yandan vatandaşlık bağı ile anayasa, devlet ve vatana sadakat yükümlülüğünü onaylamış; ancak küreselleşmenin etkisiyle postmoderniteye özgü değişim rüzgarı ile toplumsal iyiyi gözeterek bireysel tüketim yapması beklenen vatandaş kimliği bulunmaktadır. Dolayısıyla anayasal vatandaşlığı aşan, kozmopolitan vatandaşlığa yönelen hak temelli bir anlayış

bulunmaktadır. Cumhuriyet'in ilk yıllarında politik belgelerde cumhuriyetçi bir yaklaşımla haklar sınırlandırmaya çalışılırken artık hak temelli bir yaklaşımla ortak yarar gözetilmeye çalışılmaktadır. Burada, Kalkınma Planları'nda yer alan tüketici vurgusu, politika belgelerinde yer aldığı biçimiyle anayasal çerçevede açıkça görünmemekte, ancak uluslararası antlaşmalar çerçevesinde bu dönüşüm gerçekleşmektedir.

Tüketicinin korunmasına ilişkin temel esasları Evrensel Tüketici Hakları Bildirgesi ele alır. Bu esasların içinde tüketicileri olumsuz yönde etkileyen ulusal ve uluslararası düzeyde faaliyette bulunan tüm iş yolsuzluklarına mani olmak için ülkelere yardımcı olmak, bağımsız tüketici gruplarının gelişmesini teşvik etmek bulunmaktadır (91). Bu çerçevede tüketicilerin ekonomik çıkarlarının yanı sıra kendi dilek, ihtiyaç ve çıkarlarına göre bilinçli ve tam bilgili seçim yapabilmeleri için gerekli kaynaklara ulaşmalarının sağlanması gereklidir. Bunlar yapılırken de uluslararası ticarete ilişkin anlaşmalar ve sınırlamalar geçerlidir (91).

Bildirge, özellikle tüketilen ürünlerin riskleri konusunda bilgilendirme ve farkındalığı artırma konusunda eğitimi önemsemektedir. Madde 33, tüketim konusunda ulusal ve uluslararası standartların belirlenmesine vurgu yaparken, bildirge, tüketici eğitim ve bilinçlendirme programlarının kapsamını sağlık, beslenme, gıda kökenli hastalıkların ve gıdalara gereksiz katkı maddelerinin konulmasının önlenmesi, ürün tehlikeleri, temel ihtiyaçların mevcudiyeti hakkında bilgiler biçiminde çizer. Ayrıca sürdürülebilir tüketim alışkanlıklarına atıfta bulunur (91). Bildirge, 1985'te kabul edilmiş, 1999 ve 2015 yıllarında revize edilmiştir. Gözden geçirmeler sonucunda ulusal ilaç politikalarının üye devletler arasında bir entegrasyon gerektirdiği, Dünya Sağlık Örgütü'nün veri ve uyarıları gözetilerek takibi için harekete geçilmiştir (91).

Bu bağlamda Avrupa Birliği ile uyum, Tüketici Hakları Bildirgesi gibi uluslararası sözleşmelerin metinlerinin hukuk sistemine girmesi ile Türkiye'de tüketici hukukuna ilişkin çalışmalar hız kazanmıştır. Türkiye'de 1982 Anayasası'nın 172. Maddesinde yer aldığı biçimiyle "Devlet, tüketicileri koruyucu ve aydınlatıcı tedbirler alır, tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini teşvik eder." (92). Tüketici hukuku esasen Türkiye'de Avrupa Birliği uyumu çerçevesinde 1975'te ilk olarak Tüketicinin Korunması ve Bilgilendirilmesi Politikası Hakkında I. Program ile yürürlüğe girmiştir (93). Bu bildirge ile uyumlu biçimde Türkiye 1995 yılında 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'u çıkarmıştır. Gümrük Birliği Anlaşması'ndan önce tüketici hukukuna ilişkin

kurallar farklı kanun, tüzük ve yönetmeliklerde yer almıştır (93). 2013 yılında 6502 sayılı kanun olarak gözden geçirilen Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun amacı tüketicinin sağlık ve güvenliği ile ekonomik çıkarlarını koruyucu, tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini özendirmek, gönüllü örgütlenmeleri teşvik etmeye ilişkin hususların düzenlenmesi biçimindedir. Kanun her türlü tüketici işlemi ve tüketiciye ilişkin hususların düzenlenmesini kapsar. Kanuna göre sağlayıcı, kamu tüzel kişilikleri dahil ticari veya mesleki amaçlarla tüketiciye hizmet sunan ya da hizmet sunan adına ya da hesabına hareket eden gerçek veya tüzel kişiyi, satıcı, mal sunan kişiyi, tüketici ise ticari veya mesleki olmayan amaçlarla hareket eden gerçek veya tüzel kişiyi ifade eder.

Tüketim; tüketicilerin mal ve hizmetleri satın almaları ve kullanmaları sürecidir (18). Jean Baudrillard bu tanıma bir ekleme yaparak günümüz tüketiminin, bir sistem olduğunu ve bu sistemin sembollerle desteklenerek kolektif bir davranışa dönüşmesi, kimikleşmesi, kurumsallaşması, çok çeşitli güç ilişkileri oluşturmasıdır (80). Küreselleşme ile bu kolektif davranış, yerelliğin küreselleşebildiği, ulus devlet sınırlarını aşabildiği bir piyasa sistemine ihtiyaç duyar. Baudrillard bu sistemin içinde tüketim kültürü içinde yaşayan toplum için tüketim toplumu kavramını kullanır (80). Tüketici tüketen birey anlamına gelmektedir (18). Küreselleşme ile postmodernitenin yol açtığı kültürel çeşitlilik ve dağınıklık, tüketiciyi yaratılan ihtiyacı giderme, tatmin etmeye ve tüketmeye odaklı bir tüketim sistemine yönlendirir (94). “Bu bağlamda tüketim artık basit bir eylem olmaktan çıkmış, sosyal, ekonomik ve kültürel unsurları olan karmaşık bir deneyim haline gelmiştir.”(18).

Tüketim toplumsal, kültürel bir deneyim olmasının yanı sıra, bireyin karar mekanizması haline geldiği, tepki verdiği ve sorguladığı bir davranış haline gelmiştir. Dolayısıyla tüketici, tüketim toplumunun pasif bir alıcısı olmak yerine, karar vericisi konumunda da yer aldığı iddia edilmektedir. Bu çerçevede belirlenen tüketici politikası, tüketicinin bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve korunmasını içeren araçları kullanır (18). *“Gelişmiş ülkelerin tüketici politikalarında tüketicinin eğitilmesi ve bilgilendirilmesi ön planda yer almaktayken, gelişmekte olan ülkelerde tüketicinin korunmasına ağırlık verilmektedir”* (18). Bu durum, tüketimin yaşam şartları, çevresel duyarlılık ve kaynakların azalması üzerindeki etkisinden ve tüketicilerin “tüketici vatandaş” olarak firmaları etkileme ve onların meşruiyetlerini onaylama potansiyelinden kaynaklanmaktadır. “Bu gruptaki tüketiciler, satın alma süreçlerinde önlerine çıkan seçenekler konusundaki tüm kararları birçok alternatifin var olduğunu bilerek vermektedirler. Sürdürülebilir tüketim ve bunun

sağlanmasındaki en önemli unsurlardan biri olan tüketici vatandaş kavramı literatürde yerini almıştır.” (18). Tüketici vatandaş, vatandaşlık haklarını tüketimini bilinçli gerçekleştirmek üzere de kullanan bireydir. Hem yerel, hem ulusal ve büyük ölçüde küresel birtakım hak ve sorumluluklarının, dayanışma gücünün bilincini taşır, boykot, tercih gibi araçlar ile hak ve sorumluluklarını eyleme dönüştürür (79,95,96).

Türkiye de özellikle 1980’lerden itibaren küreselleşmenin etkisiyle, biyoteknolojik ürünler bu yaklaşım değişikliğinden etkilenmiştir. İleri teknolojilerin de hayatın birer parçası haline gelmesiyle tüm sektörlerde olduğu gibi tıbbi biyoteknoloji sektöründe de ürün çeşitliliğinde artış yaşanmış, bu ürünler piyasada tüketicinin beğenisine sunulmuştur. 1960’lı yıllarda kalkınma planları hazırlayarak kendine politik vizyon belirlemeyi hedefleyen Türkiye, geleneksel biyoteknolojik yöntemler ile gerçekleştirdiği aşı üretimini standart bir şema biçiminde vatandaşlara ulaştırmaktaydı. 1980’lerden itibaren ise üretimde durma noktasına gelinmiş, rekombinant DNA teknolojisinin geleneksel biyoteknolojik yöntemlerin yerini alması ile, her ne kadar deneysel çalışmalar devam ettirilmeye çalışılsa da, Türkiye uluslararası rekabetten olumsuz etkilenmiş, üretici konumundan yıllar içinde tüketici konumuna gelmiştir. 1980’de üretilip piyasaya sürülen Hepatit B aşısı, önce özel aşı olarak tüketime, daha sonra ise şemaya konarak tüketime sunulmuştur. Türkiye de somatostatin, insülin ve Hepatit B aşısının ithalatına başlamıştır. 1998 yılında kuru BCG ve kuduz aşısının üretiminin durdurulması ile de ithalat lehine olan süreç netleşmiştir (49)²³.

Tıbbi biyoteknolojik ürünlerin piyasadaki varlığı, çeşitli tüketici kategorileri ortaya çıkarmıştır. Örneğin, 1960’ların sonuna dek tıbbi biyoteknolojik ürün olan aşılardan üretimini kamu yatırımları ve hatta devlet yüklenirken, 1980’lerden itibaren devlet bu alandan çekilmiş, uluslararası aşı firmaları sektörde öncü olmuştur. Bu kırılmanın en önemli sebeplerinden biri rekombinant DNA teknolojisinin kullanılması ile düşük maliyetle üretilen aşılardan piyasa hakimisi haline gelmesidir. Bu değişimin politik karşılığı da pek çok sektörde geçerli olan neoliberal politikalar olmuştur. Dolayısıyla tüketici, bir anlamda aracılardan devlet, alımı yapan hastaneler ve aşısı olan hastalardır. Hastaların öncelikli olarak vatandaşlık bağının kendilerine sağladığı sağlık hakkı gibi birtakım haklardan yararlanarak tıbbi biyoteknolojik ürünlerin tüketicisi olduğunu söylemek mümkündür. Ancak, savaşlar ve bölgesel istikrarsızlıkların da etkisiyle

²³ Çiçek ve tifüs aşılarının durdurulduğu bu dönemde, iki hastalık eradike edilmiştir (47). Ancak aşı ve serum geliştirme konusundaki duraklama ithalat ile takviye edilmiştir.

Türkiye'ye göç edenlerin ve mültecilerin sayısındaki artış tüketicilerin yalnız vatandaşlık bağına sahip olanların ötesine geçtiğini düşündürmektedir.

2000'ler sağlıkta reform çalışmalarında dönüşümün ve hızın habercisi olmuştur. Tıbbi biyoteknolojik ürünlerin büyük bir kısmının patent sürelerinin dolması, Türkiye gibi biyoteknoloji alanına yatırım yapmak isteyen ülkelerin dikkatini çekmeye başlamıştır. Neoliberal politikalar ile devletin üretim ve yatırıma minimum müdahalesini hedefleyen politik bakış açısı, başka bir yöne evrilmiş, devletin üretim ve yatırımda garantör olduğu, ihaleleri yönettiği ve politik vizyonunu belirlediği bir yapıya dönüşmüştür.

Politik değişimlerin yaşandığı tıbbi biyoteknolojik ürünlerin de önemini koruduğu bu süreç, tıbbi biyoteknolojik ürünlerden aşılardan algısını yalnız tıbbi bir müdahale olmaktan çıkarmaktadır. Aşılar, diğer tıbbi biyoteknolojik ürünler gibi aynı zamanda piyasadan tedarik edilen, uygulanan, tüketilen ürünlere dönüşmüştür. Tüketicinin, piyasada satın alım yaparken tam bilgili olduğu varsayıldığı düşünüldüğünde tıbbi biyoteknolojik ürünler açısından “tam bilgili” olma durumunun gerçekleşmesinin zorluğu dikkat çeker. Bu yalnızca piyasadaki söz konusu ürün hakkında tüketicinin yeterli bilgiye sahip olup olmamasından ya da anlaşılabilir olmasından kaynaklanmaz. Tıbbi biyoteknolojinin pek çok diğer ileri teknolojide olduğu gibi bilimsel belirsizlik gibi riskleri içermesi tüketici vatandaşın seçimlerini yapmasını zorlaştırmaktadır. Tüketici vatandaşın etik, sosyal, ekonomik ve çevreyle ilgili konuları düşünerek aktif seçimler yaptığı varsayılmaktadır (18). Sürdürülebilirlik, bilimsel belirsizlik, ihtiyatlılık, kozmopolit dayanışma, bireysel çıkar ve toplum çıkarı konularında tüketici haklarından hareketle vatandaşlık haklarını kullanarak kolektif eylemlere dönüşen tepkiler Türkiye’de son yıllarda hız kazanmıştır. Aşı reddi, son yıllarda Türkiye’nin tarihsel biçimde daha önce karşılaşmadığı bir sorun olarak önem kazanmıştır. Aşı reddi kapsamında bir araya gelen aileler çok çeşitli sebepler ile Sağlık Bakanlığı aşı takvimini reddedebilmektedir. Hatta bu reddi gerçekleştirmek için yargı yoluna dahi başvurmaktadır.

Türkiye örneği üzerinden yürütülen saha araştırması (97) daha çok bu ailelerin toplum sağlığına yaklaşımları ile ilgili olup aşı takviminde yer alan aşı hizmetini neden reddettikleri üzerine fikir verse dahi, hangi yollarla ve hangi saikle hareket ettiklerini makro politik ölçekte sorgulamamaktadır. Hızla yeni kavramsallaştırmalarla zenginleşen vatandaşlık literatürünün tıbbi biyoteknoloji ürünleri ve aşı uygulamaları özelindeki yansımaları sosyolojik olduğu kadar politik düzlemde de olmuştur. Tıbbi biyoteknolojik

ürünlerin bir çoğu gibi aşı da kişinin üzerinde ömürlük değişiklikler yapar ve bu değişiklikler hak ve sorumluluklar çerçevesinde gerçekleşir. Bireysel hak ve sorumlulukların yanında, toplum sağlığı söz konusu olduğundan toplumsal hak ve sorumlulukların sınırları da önem taşır. Aşılama gibi tıbbi biyoteknolojik uygulamalar büyük ölçüde vatandaşlık bağından kaynaklanan hak ve yükümlülükler aracılığıyla kullanılır. Ancak, tüketim olgusunun, neoliberal politikaların, göç ve küreselleşmenin etkili olduğu 1980 sonrasında ise vatandaşlık bağının dışında toplum sağlığının gözetilmesi için bu uygulamalar genişletilirken, vatandaşlar açısından değişen piyasa koşulları kişileri bireysel kararlar vermeye yönlendirir. Bu noktada tüketici vatandaş olarak davranan kişiler, yalnız vatandaşlık bağı ile sınırlı kalmadıkları için hakları genişletilmiş olurken, sorumluluklarını bireysel çıkar ile sınırlı biçimde algılamaya devam edebilir, yeni bir hak ve yükümlülük dengesi kurmaya yönelebilir.

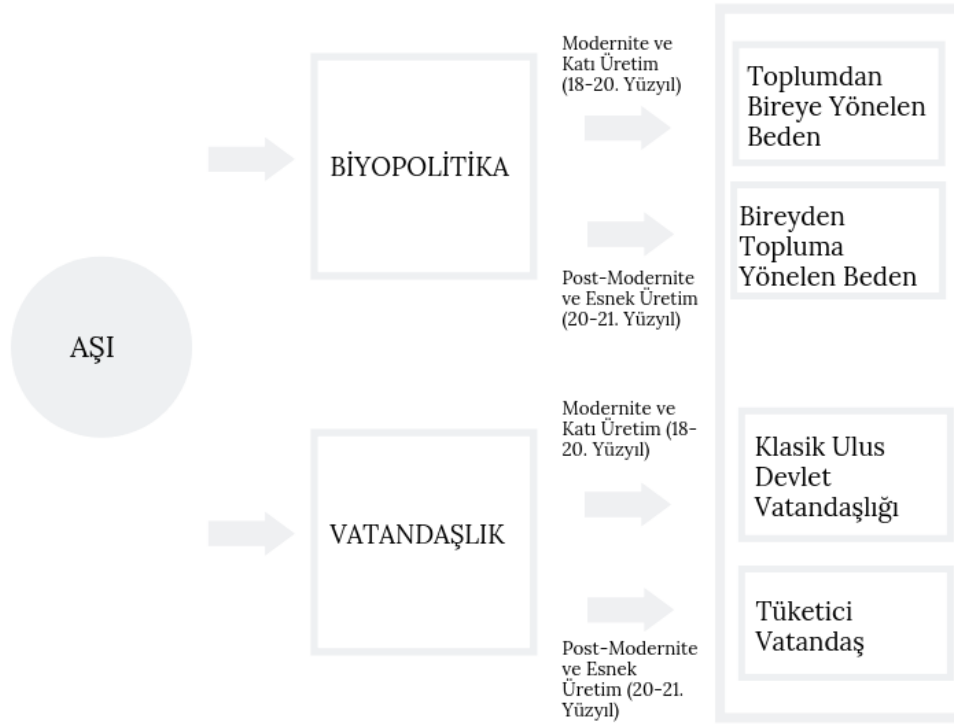
Bu çalışmada, tıbbi biyoteknoloji alanında, modernite ve postmodernite bağlamında biyopolitikadaki dönüşüm ile vatandaşlık uygulamalarındaki tüketicileşme incelenecektir. Kavramsal ve kuramsal çerçevesi, modernite ve postmodernite bağlamında, tıbbi biyoteknoloji, aşı, biyopolitika ve vatandaşlık eksenleriyle çizilmiştir. Tarihsel olarak, modernite çerçevesinde Türkiye'nin aşı politikalarına biyopolitika ve vatandaşlık kavramları ışığında açıklama getirilmiştir. Çalışmanın sonraki bölümlerinde gerekçe ve amaç belirtildikten sonra, moderniteye özgü aşı politikalarının etkili olduğu son dönem 1963-1985 yılları ve küreselleşmenin etkili olduğu, postmodern aşı politikalarının hakim konuma geldiği 1985-2018 yılları arasındaki dönem incelenecektir.

3 GEREKÇE VE AMAÇ

3.1 ARAŞTIRMANIN GEREĞİ VE AMACI

Bu çalışmanın amacı tıbbi biyoteknolojik ürünler kapsamında Türkiye örneği üzerinden biyopolitika ve tüketici vatandaşlık uygulamalarının ve bu uygulamalardaki dönüşümlerin incelenmesidir. Bir başka ifadeyle Türkiye’de tıbbi biyoteknoloji kapsamında aşının biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları üzerindeki dönüştürücü etkisinin interdisipliner bir yaklaşımla incelenmesini sağlamaktır. Çalışma, aynı zamanda politika yapıcılar açısından Türkiye’de biyopolitika ve biyoteknoloji arasındaki tarihsel ilişkinin incelenmesi bakımından farklılaşmaktadır. Çalışmada biyoteknolojinin en temel kavramlarından biri olan aşı üzerinden tarihsel gelişim süreci dikkate alınarak modernite- postmodernite bağlamında ilişkilendirme yapılmaktadır. Bir sonraki aşamada, genel bağlamda tıbbi biyoteknoloji ve vatandaşlık, özel bağlamda aşı ve tüketici vatandaşlık arasındaki ilişki tartışılmaktadır.

Aşının bağımsız değişken olarak ele alındığı bu çalışmada 18. Yüzyıl ve 20. Yüzyılın ikinci yarısına kadar moderniteye özgü katı hizmet, üretim ve uygulama biçimlerinin ulus devlet vatandaşlığı ve biyopolitikası ile uyumlu ve ilişkili olduğu gösterilecektir. Ayrıca aşının 20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra günümüze dek postmoderniteye özgü esnek hizmet, üretim ve uygulama biçimlerinin bireysel beden ve tüketici vatandaşlık kavramları ile ilişkili ve açıklanabilir olduğu değerlendirilecektir. Bu bağlamda bağımsız ve bağımlı değişkenler Şekil 3.1.’de şema halinde gösterilmiştir.



Şekil 3.1 Önermelerin Akış Şeması: Bağımsız Değişken ve Bağımlı Değişken İlişkisi

Tıbbi biyoteknolojik bir ürün olan aşı, biyopolitikayı etkilemektedir. Daha detaylı biçimde dile getirilecek şekilde, modernite ve katı üretim biçimlerinin bir ürünü olan, toplumdan bireye yönelen beden anlayışından, post-modernite bağlamında ve esnek üretim biçiminin geçerli olduğu bireyden topluma yönelen beden anlayışına doğru bir değişim söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla aşı hizmeti kapsamında 18-20. Yüzyılda Türkiye’de halk sağlığı öncelenirken, 20.yüzyılın ikinci yarısından itibaren bireyi önceleyen sağlık yaklaşımı hakim olmuştur²⁴.

İkinci argüman ise aşı, vatandaşlığı etkilemektedir, biçimindedir. Modernite ve katı üretim biçimlerinin bir ürünü olan klasik ulus devlet vatandaşlığı yerini, post-modernite bağlamında ve esnek üretim biçiminin egemenliğinin bir ürünü olan tüketici vatandaşa bırakmaktadır. Bu doğrultuda, aşı hizmeti kapsamında 18-20. Yüzyılda ulus devlet

²⁴ Araştırmanın bütününde, postmoderniteye özgü bireyi önceleyen sağlık anlayışı, biyopolitikanın tanımında sözü edilen öznelleşme ile ilişkili biçimde ele alınmıştır. Dolayısıyla, modernitenin doğuşuna koşut biçimde önemsenen liberal birey ve bireyden yola çıkarak toplum sağlığını sağlamayı hedefleyen kamusal sağlık anlayışı ile öznelleşmiş bireyin sağlığını tüketici vatandaş ile ilişkilendiren kavramsal fark araştırma önermeleri kurgulanırken ve yorumlanırken önem taşımıştır.

vatandaşlığı ön plana çıkarken, 20. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren tüketici vatandaşı esas alan kamusal sağlık politikaları söz konusu olmuştur.

Bu çalışmanın Şekil 3.1’de de gösterildiği biçimiyle temel önermeleri şu şekildedir:

Tıbbi biyoteknolojik ürünlerde yaşanan gelişmeyi yakalamada ürünlerden aşının açıklayıcı olduğu varsayımına dayanarak;

Ö1: Tıbbi biyoteknolojik ürünlerdeki gelişmelerin Türkiye’de biyopolitika alanında kamu politikalarının yapım ve uygulamalarında değişim/dönüşüme neden olmaktadır.

Ö.1.1. Moderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen klasik aşlar biyopolitika açısından “Toplum” odaklı kamusal sağlık politikalarıyla ilişkilidir.

Ö. 1.2. Moderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen klasik aşlar vatandaşlık uygulamaları açısından “ulus devlet vatandaşlığı” odaklı politikalarla ilişkilidir

Ö2: Tıbbi biyoteknolojik ürünlerdeki gelişmelerin Türkiye’de vatandaşlık uygulamalarında dönüşüme neden olmaktadır.

Ö.2.1. Postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen biyoteknolojik aşlar biyopolitika açısından “birey” odaklı sağlık politikaları ile ilişkilidir.

Ö.2.2. Postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen biyoteknolojik aşlar vatandaşlık uygulamaları açısından “tüketici vatandaş” odaklı sağlık politikaları ile ilişkilidir.

3.2 TEZİN LİTERATÜRE KATKISI

Bu çalışmada bir olgu olarak Türkiye’de tıbbi biyoteknoloji kapsamındaki aşı uygulamaları biyoteknolojinin biyopolitika ve vatandaşlık algısı üzerindeki dönüştürücü etkisi araştırılmış olacaktır. Tez, siyaset bilimi ve biyoteknoloji arasındaki ilişkiyi tıbbi biyoteknoloji uygulamalarından hareketle ortaya koyacaktır. Bu tez, global ölçekte tıbbi biyoteknoloji kapsamında değerlendirilen aşı ve aşılama ile Türkiye örneğinin yerini politika yapıcılık bağlamında gösterecektir. Biyopolitika Türkiye örneğinde öjeni bağlamında incelenmiş, ırkçılık, milliyetçilik ve göç konularında pek çok inceleme ve saha araştırması yapılmıştır. Ancak, Lemke (10) biyopolitika literatürünü ikiye ayırır ve incelenmesi eksik kalan biyoteknoloji boyutuna değinir. Bu bağlamda, olgu ve ülke

incelemeleri önem kazanmaktadır. Gelecek planları, genel anlamda yaşam bilimleri ve tıp konusunda uzman kişilerce planlanmıştır; ancak sosyal bilimcilerin konuya ilgisi ve uzmanlığı kısıtlı kabul edilmiştir. Oysa ki bu çalışma ile biyoteknoloji alanında politika yapıcılara sosyal bilimler, siyaset bilimi ve yönetim bilimleri bakış açısı kazandırılması yönüyle ileri teknolojiler alanında kamu politikalarının önemi vurgulanmış olacaktır.

Biyopolitika, Tıp ve Tıbbi Biyoteknoloji bağlamında yapılan çalışmalar, genel tıp ile genetik ve tıbbi biyoteknoloji kapsamında yapılan çalışmalar biçiminde kategorize edilebilir.

Uluslararası çalışmaların biyopolitika, tıp ve tıbbi biyoteknolojiye ilişkin kısmı, genel anlamda tıp literatürüne hitap eden çalışmalar ile özel anlamda genetik ve tıbbi biyoteknolojiye odaklanan çalışmalar olarak ikiye ayrılabilir. Bu çalışmaların ağırlıklı bir kısmı 2000’li yıllarda yapılmış olup son tıbbi teknolojilerin ve bakım hizmetinin biyopolitika ile olan ilişkisine odaklanmaktadır. Tıbbi biyoteknolojinin tıp alanında açtığı kapıların yanında bedeni aynı anda hem nesne hem özne olarak görmesinden kaynaklanan siyasal dönüşüme neden olduğu düşünülmektedir. Bu dönüşüm nihayetinde sağlık hizmetinin tüketimi ve sağlanması noktasında siyaset yapıcılara yol gösterici olmaktadır. Kuramsal tartışmalar biyopolitika ile hukuk, cinsiyet, küreselleşme, neoliberalizm ve piyasa kavram ve etkilerini ilişkilendirmişlerdir (71,88,106–109,98–105). Ayrıca artan biçimde bilim ve teknolojinin kültürel olarak inşa edilen kimliği, bedeni, dolayısıyla siyasal ve kültürel etkileri tartışılmaktadır (110). Daha detaylı biçimde ise aşılama konusunda güvensizlik (111) ile aşının ve yan etkilerinin modernite ile olan ilişkisi kuramsal olarak tartışılmıştır (112). Dolayısıyla, bu çalışmaların büyük bir kısmında vatandaşlık kavramının beden ile olan ilişkisi sorgulanmış, günümüz biyopolitika uygulamalarının günümüz vatandaşlık uygulamalarıyla ilgili uyumsuzluğu, sorun yaratan doğası tartışılmıştır .

Biyopolitika, Tıp ve Tıbbi Biyoteknoloji literatürünün birlikte ele alındığı çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Ulusal çalışmalar, daha çok tıpta biyopolitikanın bir analiz aracı olarak kullanılması noktasındadır. Diğer konu başlıkları ile de kesişecek biçimde, küreselleşme ve tıptaki görünürlüğü, beden algısı ve sağlık hizmet ve problemleri açısından dönüşüme uğramıştır. Bu dönüşüme dikkat çeken iki çalışma (113,114) bulunmaktadır. Dönüşüm, Kızılçelik (113) için şizofrenide, Aslantürk (114) için ise kadın bedeninde gerçekleşmiştir. Genetik ve Tıbbi Biyoteknoloji kapsamında ise genetik ve insan hakları (115), moleküler

düzeyde uygulamaların yaşam üzerinde ve toplumsal cinsiyet bağlamındaki etkileri (116) çalışma konuları olmuştur. Alanda yapılan en geniş kapsamlı araştırma Çankaya'nın (115) Biyoteknoloji ve İnsan Hakları tezinden ürettiği çalışmadır. Ulusal çalışmaların genel olarak biyopolitikayı biyoetik, tıp etiği, göç ve insan hakları kapsamında ele aldığı görülür.

Uluslararası literatürde vatandaşlık, öncelikli olarak ulus devlet vatandaşlığı (117–122), liberal-cumhuriyetçi vatandaşlık ayrımı ve bu ayrımın ötesinde geliştirilen kuramsal modeller (56), etnisite kimlik ve vatandaşlık üzerine olgu incelemeleri (122–126), tarihsel çalışmalar etrafında kategorileştirilebilir. Son dönemde ise küreselleşme ve yeni toplumsal hareketlerin kazanımı ile kozmopolitan vatandaşlık, ekolojik vatandaşlık ve tüketici vatandaşlık tartışmaları, uluslararası vatandaşlık literatürünü çeşitlendirmiş, zenginleştirmiştir.

Siyaset biliminin en önemli kavramlarından biri olan vatandaşlık kavramını, tüketim ve tüketim kültürüyle ilişkilendiren bu yeni literatür, küreselleşmenin ve postmodernitenin etkisiyle dönüşen vatandaşlık uygulamalarının interdisipliner biçimde ele alınmasını kolaylaştırmıştır.

Vatandaşlık çalışmaları ulusal siyaset bilimi literatürünün oldukça geniş bir bölümünü oluşturmakta, genel olarak yapılan tarihsel çalışmalar, ulus-devlet, milliyetçilik, göç, kimlik, etnisite ve ideolojiler ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmaların pek çoğu Türkiye olgusunu modernleşme ile ilişkilendirerek incelemekte ya da küreselleşmenin vatandaşlık tanımlamalarındaki etkisi ile ilgilenmektedir (58,63–65,127,128). Siyasi haklara ve uygulamalara odaklanan bu çalışmaların yanı sıra, son dönem vatandaşlık teorileri yaklaşımları da toplumsal hareketler temelli olarak ilgi çekmektedir (59,65,129). Az sayıda çalışma Türkiye'de son dönem vatandaşlık tartışmaları kapsamında tüketici vatandaşlığın rolü üzerinde durmaktadır (18,68,130). Tüketici vatandaşlık tartışmalarını ulusal sosyal bilimler literatürüne kazandıran bu çalışmalar daha çok tüketici vatandaşlık kavramının Avrupa Birliği mevzuatında yer alış biçimini veya sosyal sorumluluk yönünü ortaya koymayı hedeflemiştir. Çalışma tüketici vatandaşlık kavramını, biyoteknoloji ve biyopolitika ile birlikte ele alması bakımından farklılaşmaktadır.

Bu çalışmanın önermesi, zamansal olarak tıbbi biyoteknoloji uygulamaları yaşam üzerindeki politika ve vatandaşlık uygulamalarını etkileyip etkilemediğini gözlemlemek, etkiliyorsa nasıl etkilediğini gözlemlemek yönündedir. Sanayi Devrimi, yakın dönemdeki

teknolojik dönüşümler ve bilgi çağı tartışmaları, tezin ana argümanı için birer yol gösterici olmaktadır. Biyopolitika literatürünün genel biyoteknoloji uygulamaları perspektifinden çeşitli kavramlarla ilişkilendirilerek incelendiği görülmekte ise de bu çalışmada, biyopolitika ve tıbbi biyoteknolojinin kesişme alanını irdeleyerek, Türkiye’de nasıl politik uygulamaların hakim olduğu ve nasıl dönüştüğüne cevap aranmaktadır.

3.3 TEZİN BİYOTEKNOLOJİ ALANINA KATKISI

Biyoteknoloji, sadece ileri bir teknoloji alanı değil, aynı zamanda insanın doğasını, yaşayış biçimini de etkileyen bir teknolojik uygulamalar bütünüdür. Dolayısıyla insanın öncelikli olarak bedenini, ardından yaşayışını ve ilişkilerini yakından ilgilendirir. Biyoteknoloji yalnız yaşam bilimlerinde çığır açan bir alan değildir, aynı zamanda sosyal dünyayı, politikaları ve insanlar arası ilişkileri de etkilemektedir. Biyoteknolojinin bu tez aracılığıyla interdisipliner bir yaklaşım ile dönüştürücü etkisinin incelenmesi önemlidir; çünkü toplum ve siyaset pratiği açısından bu bakış açısı hayata geçirilmektedir. Türkiye özelinde ise biyoteknoloji konusundaki politika yapıcılara bir kaynak oluşturacaktır. Siyaset bilimi literatüründen yararlanarak, modernite ve postmodernite açısından biyoteknolojinin tanımlanması konuyla ilgili düzenlemelerin kuramsal temellerini oluşturacaktır. Özellikle Türkçe yazındaki bu eksikliğin, biyoteknoloji ürün ve uygulamalarının politik ve hukuki zeminin temelini sağlamlaştırma önünde engel olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca bu çalışma, siyaset bilimi literatürü aracılığıyla biyoteknoloji uygulamalarına açıklama getirerek, Türkiye’deki biyoteknoloji literatürünün disiplinlerarası kavramsallaştırılmasına katkıda bulunacak, böylece biyoteknolojinin sosyal ve interdisipliner boyutunu zenginleştirecektir. Disiplinlerarası bu çalışma, biyoteknoloji ve siyaset bilimi ilişkisi ile hukuki, siyasi ve sosyolojik çözümlemeler üretmesi bakımından literature katkı sağlamaktadır. Biyoteknoloji alanına sosyal bilimlere bakış açısı ekleyerek zenginlik katmaktadır. Genelde, yaşam bilimleri ile sosyal bilimler arasında, özelde ise siyaset bilimi ve biyoteknoloji disiplinleri arasında ortak bir dil yaratılmasına yardımcı olacaktır. Yaşamın kendisinin politikaya konu edildiği biyoteknolojinin sosyal boyutuna eğilmek, diğer ileri teknolojilerin yönetiminde de aydınlatıcı olacaktır.

Aynı zamanda politika yapıcılar için biyoteknoloji kapsamında ortak bir dil oluşturan bu çalışma tıbbi biyoteknoloji ürün ve uygulamalarının risk değerlendirme sürecinin

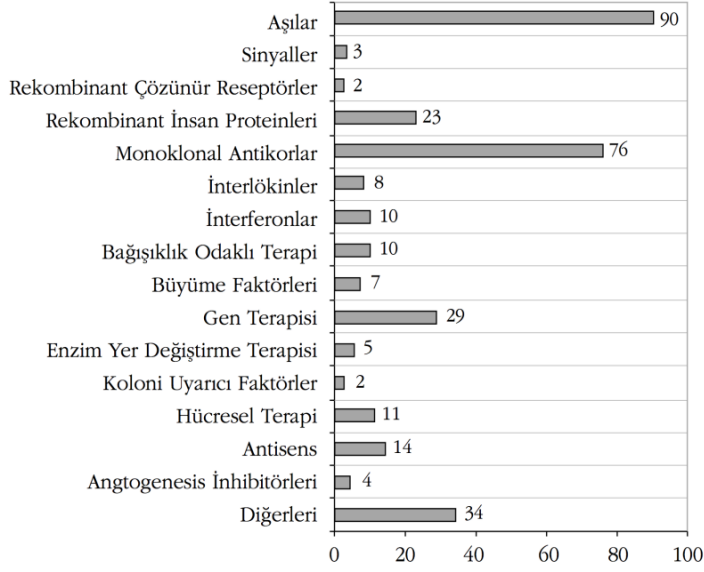
akademik girişimi niteliğindedir. Sosyal bilimlerin ve politika yapıcılarının bu alandaki kavramlara, olaylara ve tarihsel dönüşüme hakim olmasını sağlayarak özelde Türkiye, genelde ise uluslararası alanda tıbbi biyoteknoloji kapsamında kavramsallaştırmalar ile biyoteknoloji literatürünü zenginleştirmeyi hedefleyen, tarihsel bir perspektifte yapılmış ilk çalışma olmayı hedeflemektedir.

3.4 ÇALIşMANIN KAPSAM VE SINIRLILIKLARI

Çalışmanın kapsamı, tıbbi biyoteknolojik ürün niteliğinde olan ve biyoteknolojideki tarihsel, bilimsel ve toplumsal değişimi tüm yönleriyle açıklayıcı özellikleri haiz olan “aşı” ile sınırlandırılmıştır.

Bu çalışma, biyopolitikanın biyoteknolojik uygulamalar kapsamında aşı üzerinden biyopolitika ve vatandaşlık uygulamalarının dönüşümünü incelemektedir. Araştırmanın kapsamını modern ve ileri tıbbi biyoteknoloji uygulamalarından en yaygın önleyici tedbir olan aşıyı çalışmanın merkezine koymaktadır. Tıbbi biyoteknolojideki günümüze özgü uygulama ve alanları (CRISPR, teşhis ve tedavi kitleri vb.) örneklem dışında bırakılmıştır. Araştırma, beden kavramının birincil olarak etkileşime girdiğı sağlık bilimleri altında yer alan tıp alanını da konu edinmektedir. Yalnız tıbbi biyoteknoloji uygulamaları üzerinden biyopolitika kavramı ve vatandaşlığa olan dönüştürücü etkisi incelenmektedir. Oldukça geniş bir literatüre sahip olan endüstriyel ve tarımsal biyoteknoloji alanları çalışmanın dışında bırakılmaktadır.

Bu çalışmada aşı üzerine odaklanılacaktır. Aşının temsil gücü, 2003 yılına kadar tıbbi biyoteknoloji üretim sınıflandırmasının yaklaşık %90’ına karşı gelmektedir. Şekil 3.2, TÜSİAD’ın başvurduğu Biyoteknoloji Endüstri Örgütü’nün verilerine göre aşılar, geliştirilmekte olan biyoteknoloji ürünü ilaçların arasında sayısal olarak lider konumundadır. Dolayısıyla insan sağlığı kapsamında hayat üzerine geliştirilen politikalara konu olan en önemli ürün sınıflarından biridir.



Şekil 3.2 Geliştirilmekte Olan Biyoteknoloji Ürünü İlaçların Tedavi Yöntemlerine Göre Sınıflandırılması ve Geliştirilen İlaç Sayısı (Kaynak: Biotechnology Industry Organisation, 2003) (131)

Son dönemde ise pazar satış kapasitesi sıralamasında 5. sırada bulunan aşılar, toplum sağlığı açısından önemini korumaktadır. Özel sektörün tedaviye yönelik biyoteknolojik ilaçlar açısından kar marjının daha yüksek olması, yaşlanan dünya nüfusunun kronik hastalıklar ile mücadele etmeye başlaması gibi sebeplerle üretim onkoloji, anti-diabetikler, romatizma ilaçlarına yönelmiş olsa da, bağışıklama alanındaki I. Basamak sağlık hizmetlerinin ve koruyucu niteliğinin daha düşük maliyetli olması sebebiyle- satışların 2016 yılı verileri itibariyle TÜSİAD raporunda belirtildiği üzere dünya çapındaki satışların %3,4'ünü (27.5 milyar \$) oluşturmaktadır (Çizelge 3.1.) (131). Bu rakamın 2022 yılı itibariyle de %3.2'ye (35.3 milyar \$) düşeceği tahmin edilse de (132) satış cirosunun %27.5 milyar dolardan 35.3 milyar dolara yükseleceği öngörülmektedir. Bu yükselişin anlamı, Türkiye olmak üzere koruyucu sağlığa ve bağışıklamaya ağırlık veren ülkeler için aşının ülke içinde üretimi gelecek yıllarda daha önemli bir hal alacak olmasıdır. Dolayısıyla aşı, üretim açısından dönüştürücü bir rol oynamaktadır.

Politika belgelerinde aşı temsili üzerinden bir analiz yapılmakta ise de genel çerçeve politika belgeleri olan Kalkınma Planlarında genel sağlık politikaları ve tıbbi biyoteknolojiye bakış bağlamında da veriler toplanıp yorumlanacaktır. Böylece yalnız aşı konusunda değil, genel tıbbi biyoteknolojinin de dönüştürücü etkisi bu verilerle aydınlatılacaktır.

Çizelge 3.1 Dünya Geneline İlaç Satışları (Kaynak: Evaluate Mayıs)

Sıralama	Tedavi Alanı	Dünya Çapında Satışlar (milyar \$)			Dünya Çapında Pazar Payı			Sıralama Değişim (+/-)
		2016	2022	CAGR % Büyüme	2016 %	2022 %	Değişim %	
1	Onkoloji	93.7	192.2	12.70	11.70	17.50	+5.8	
2	Anti-diabetikler	43.6	57.9	4.80	5.40	5.30	-0.1	+2
3	Romatizma İlaçları	53.3	55.4	0.60	6.60	5	-1.6	-1
4	Antiviraller	48.5	42.8	-2.10	6.00	3.90	-2.1	-1
5	Aşılar	27.5	35.3	4.20	3.40	3.20	-0.2	+1
6	Bronkodilatör	28.3	30.1	1	3.50	2.70	-0.8	-1
7	Duyu Organları	20.2	28.3	5.80	2.50	2.60	+0.1	+2
8	İmmünoşüpresanlar	11.6	26.3	14.60	1.40	2.40	+1	+5
9	Anti-hipertansif	24.8	24.4	-0.2	3.10	2.20	-0.9	-2
10	Antikoagülanlar	14.1	23.2	8.60	1.80	2.10	+0.3	
11	MS terapileri	21.6	21.7	0.10	2.70	2	-0.7	-3
12	Dermatoloji	10.5	19.9	11.20	1.30	1.80	+0.5	-1
13	Anti-fibrinolitikler	11.6	17.1	6.60	1.50	1.60	+0.1	-3
14	Antihiperlipidemikler	13.8	13.4	-0.60	1.70	1.20	-0.5	+1
15	Antibakteriyeller	10.5	12.8	3.40	1.30	1.20	-0.1	
	İlk 10	434.0	601.0	5.60	54	54.60	+0.6	
	Diğer	369.0	500.0	5.20	46	45.40	-0.6	
	Toplam İlaç Satışları	803.0	1101.0	5.40	100	100		
	Toplam İlaç Satış İçeriği							
	Dünya Jenerik Satışlar	78.7	111.8	6.00	9.8	10.20	0.40	
	Reçetesiz İlaçlar	35.1	41.5	2.80	4.4	3.80	-0.60	

Aşının Türkiye özelinde önemi ise aşının koruyucu sağlık hizmeti kapsamında sağlık hizmetinin ve piyasadaki yerinin öneminden kaynaklanmaktadır. Türkiye, bütçesinden aşı için çok büyük paylar ayırmasa dahi elde ettiği fayda sebebiyle ithalatına büyük önem vermekte ve devam etmektedir (Çizelge 3.2.). Aşı genel fiyatlarında bir artıştan söz etmek bu verilerle mümkün değildir, ancak Türk Lirası bazında ithalata ayrılan miktarın yıllar içinde arttığı söylenebilir (Çizelge 3.3.). Bu artış satış birim toplamındaki azalmaya rağmen gerçekleştiği için Türkiye'nin aşı ithalatı ve piyasa ilişkileri bağlamında döviz endeksli bir kırılganlığı olduğu yorumlanabilir. Sosyoekonomik açıdan aşı, Türkiye için ithalat odaklı, pozitif dışsalılığı yüksek bir biyoteknolojik üründür.

Çizelge 3.2 Türkiye'de Yıllara Göre Satın Alınan Yerli ve İthal Aşı Sayısı (2014-2017)
(Kaynak: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği)

	Aşı Birim Toplamı /2014	Aşı Birim Toplamı /2015	Aşı Birim Toplamı /2016	Aşı Birim Toplamı /2017
İthalat	3679191	3938297	3773195	3472632
Yerli	40500	43519	42969	33889
Genel Toplam	3719691	3981816	3816164	3506521

Çizelge 3.3 Türkiye’de Yerli ve İthal Aşı Satış Toplamı (Kaynak: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği)

Yerli ve İthalat Toplam Aşı Satışı	2014	2015	2016	2017
Dolar	33,277,633	28,515,956	29,377,010	27,447,457
TL	72,940,740	78,918,453	88,501,117	99,492,284

Bu çalışma aşının kimyasal ve biyolojik içeriğine girmek yerine aşıyı, sosyal bilimlere özgü bir bakış açısıyla, sosyal bir olgu olarak inceler. Çalışma, tarihsel açıdan bir olgu olarak aşının gelişimine bakmaktadır. Dolayısıyla da biyoteknoloji ve aşı arasındaki tarihsel değerlendirmeler yapmaya odaklanır. Bunu yaparken hukuk bilimlerinin getireceği yorumlamaları dışarıda bırakır. Bu analiz üzerinden de toplumsal bilimler açısından etkileri tartışılacaktır.

Tezde öncelikle materyal tıbbi biyoteknoloji uygulamalarının kalkınma planlarındaki ve bu kalkınma planları ile ilişkili özel ihtisas komisyonu raporlarındaki yeri ele alınır. Bu bağlamda, bu tezde öncelikle iktidarın odağında bulunan siyasete odaklanılacaktır. Devlet ve kamu kurumu merkezli verilerden yola çıkılacak, tüketici ve sosyal etki boyutu çalışma dışında tutulacaktır. Dolayısıyla tüketici ya da sosyal etkiyi ölçen bir saha araştırması içermeyecektir. Bunun yerine, Sağlık Bakanlığı, Hıfızsızıha ve ilişkili kuruluşlardan elde edilebilecek ikincil verilere başvurulacaktır. Bu verilerin toplanma ve analizi materyal yöntem bölümünde detaylandırılmıştır. Türkiye, biyoteknoloji konusunda gelişmekte olan ülkeler kategorisinde yer almakta, ilk aşamada biyogüvenlik sistemini yerleştirmekte ve uygulamaya koymaktadır. Öncelikle bu perspektifin kuramsal olarak ortaya konması, gelecek çalışmalarda düzenlemelerin ve uygulamaların sosyal etkisi, kabul edilebilirliği ve risk algılarının ölçülebilmesi için bir araç olacak, aynı zamanda gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkeler arasında karşılaştırmalı analiz yapılması için bir kaynak oluşturacaktır.

4 MATERYAL VE YÖNTEM

4.1 MATERYAL

Sosyal ve ekonomik haklar başlığı altında devlete yükümlülük yükleyen 41. Maddenin 2. Fıkrası, iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek amacıyla, devletin yatırımları toplum yararının gerektirdiği önceliklere yöneltir ve kalkınma planlarını yapmanın bir ödevi olduğunu düzenler. Doğrudan bireyin bedeni üzerinde bir hak ve ödev düzenlemesi yapmayan bu madde, aslında Türkiye'nin 1961'den sonraki aşırı politikalarının yönünü belirleyecek olan kalkınma planlarının temelini atmaktadır. Dolayısıyla bu madde ile, kalkınma anlamında pek çok başlık altında politika süreçlerini yönlendiren kalkınma planları, koruyucu sağlık ve aşı bağlamında beden üzerinde yeni politikalar geliştirebileceğini işaret eder.

Bu çalışmanın materyali, Türkiye'nin başlıca politika belgeleri olan Kalkınma Planlarıdır. Planlı ekonomiye geçiş ile beraber oluşturulan on kalkınma planı, sağlık ve biyoteknoloji ile doğrudan ilişkili özel ihtisas komisyonu raporları temel araştırma materyalini oluşturur. Siyasa kararları olarak da nitelendirilebilecek olan bu temel belgeler, “kurumsal gündeme giren bir konunun üzerinde onaylama ya da emir verme biçiminde verilen kararlardır”(133)²⁵. Bu kararlar yıllar içinde, tarihsel ve politik koşullara ve seçimlere göre değişiklik gösterebilir. Yakınsama, difüzyon veya transfer gibi yöntemlerle değişime uğrayabilir (133)

Ek olarak, ilgili çalıştay kitapçıkları, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları ile Araştırmacı İlaç Derneği'nin sağladığı ithalat verileri destekleyici nitelikteki verileri oluşturur.

Araştırmanın materyali Çizelge 4.1.'de tablo haline getirilmiştir:

²⁵ Akın H., 2014, s.32

Çizelge 4.1 Araştırma materyali- Temel ve destekleyici kaynaklar

Kaynaklar			
Temel Kaynaklar	Politika Belgeleri	Beş Yıllık Kalkınma Planları	Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)
			İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)
			Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)
			Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)
			Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)
			Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)
			Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)
			Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)
			Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)
			Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)
		Özel İhtisas Komisyonu Raporları	Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik İhtisas Komisyonu Raporu (2000)
			Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001)
			Sekizinci Kalkınma Planı İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001)
			Onuncu Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu (2014)
Destekleyici Kaynaklar	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Yıllıkları İstatistikleri	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı (2001)
			Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2011)
			Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013)
		Genelge ve Etkinlikler	Genişletilmiş Bağışıklama Programı Hakkında Genelge (2008)
			Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştay Kitapçığı (2017)
			Ulusal Aşı Sempozyumu (2017)
			Ulusal Aşı Çalıştayı (2014)
			2. Ulusal Aşı Çalıştayı (2016)
			3. Ulusal Aşı Çalıştayı (2018)
	Araştırmacı İlaç Derneği Verileri	İthalat–İhracat Veri Tabanı	Aşı ithalatı verileri (2014-2017)

Dünyada ve Türkiye’de tıp tarihinden örneklemeler ile genel sağlık politikalarında bir dönüşüm söz konusudur. Bu dönüşüme Türkiye entegredir ve biyoteknoloji uygulamaları da paralel biçimde tıp tarihinin içinde yer almıştır. Zaman olarak araştırma, Türkiye’nin modernleşme tarihinin başlangıcı kabul edilen Tanzimat Dönemi’nden günümüz Türkiye’sinin biyoteknolojiye sağlık politikaları bakımından yaklaşımını inceleyecektir. Çalışma, modernite bağlamında Tanzimat ile yapılan girişin ardından 1923-1960 yılları arası Erken Cumhuriyet Dönemi’ni ele alır. Planlı döneme geçilen 1963 yılı itibariyle aşı

politikalarını beden ve vatandaşlık kavramları ışığında irdeler. Son olarak postmodernite başlığı altında 1980’den günümüze kadar olan dönüşüm analiz edilecektir. Her dönemin kendi içinde dönüşümüne yer verilecek ve tartışmada ise büyük resme odaklanarak dönemler arasında Türkiye’de biyopolitika anlayışından hareketle vatandaşlık uygulamalarının tıbbi biyoteknoloji örneği üzerinden dönüşümü incelenmiş olacaktır.

4.2 METOT

Yazılı metin halinde bulunan politika belgeleri sıklıkla kamu politikası çerçevesinde bilgi üretmek için kullanılmaktadır. Politika belgeleri gibi yazılı dökümanlardan elde edilen veriler, niteliksel veri özelliği taşır (134). Niteliksel veriler, sözcüklerden oluşur, semboller, resimler, rakamsal olmayan kayıtlar, materyaller ve sosyal ürünlerden elde edilebilir. Niteliksel verilerin analizi, verilerin doğasına uygun biçimde metinlerin derinlemesine yorumlanmasını ve anlamlandırılmasını hedefler (135). Bu araştırmada, temel kaynak olarak Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları kullanılmış, elde edilen niteliksel veriler, yorumlayıcı analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Niteliksel verileri anlamlı niceliksel veriye dönüştüren içerik analizinden yararlanılmıştır. İçerik analizi, araştırmanın bütününde yorumlayıcı analiz yöntemi ile bütünleştirilmiştir. İçerik analizinde ve yorumlayıcı analizde niteliksel araştırma analizi yazılımı Maxqda 2018 (Cleverbridge, Berlin, Almanya) kullanılmıştır. Literatürdeki hakim kavramlar, araştırmanın bağımlı değişken ve bağımsız değişkenleri aracılığıyla sınırlanmış, Maxqda aracılığıyla taranarak opere edilmiştir.

Çizelge 4.2’de tanımlayıcı analiz sırasında veri elde ederken kullanılan kavramlar tablo haline getirilmiştir:

Çizelge 4.2 Tanımlayıcı analiz için taranan kavramlar

Bağımsız Değişken		Bağımlı Değişkenler	
Biyoteknoloji (Tıbbi Biyoteknoloji kapsamında aşı)	Tıbbi Biyoteknoloji	Biyopolitika	Vatandaşlık
	- Biyoteknoloji - Tıbbi Biyoteknoloji - Aşı/Aşılama	- Gözetim - Beden - Aile - Aşı	- Risk Toplumu - Birey - Tüketici - Vatandaş - Yurttaş - Müşteri
	Aşı ve Sağlık		
	- Kamu/Özel Finansman - Halk/Birey Sağlığı - Koruyucu Sağlık/Tedavi Edici Sağlık - Aşı, Bulaşıcı Hastalık		

Temel kavramlar biyopolitika ve tüketici vatandaşlık, tıbbi biyoteknoloji ve aşı uygulamalarıdır. Beden algısı, tüketici vatandaşın hak ve ödevleri, biyopolitikanın biyoteknoloji merkezli biçimde nasıl şekil aldığını ortaya koyacak şekilde materyalin içinde aranacaktır. Sağlık politikalarının neoliberalizm tartışmaları ışığında özelleştiği, piyasanın tıbbi biyoteknolojik uygulamaları vasıtasıyla ticarileştiği de göz önünde bulundurulduğunda bu çalışma, devletin öngördüğü tüketici vatandaşlık ve biyopolitikayı hem Türkiye tıp tarihi, hem de biyoteknolojik uygulamaların geleceği açısından inceleyerek önemli bir literatürü ve bilgiyi bir araya getirmektedir.

Ana argümana ulaşmamızı sağlayacak araştırma soruları şu şekildedir:

1. Türkiye’de tıbbi biyoteknoloji uygulamaları zamansal olarak (modernite ve postmodernite bağlamında) biyopolitika üzerinde dönüşüme yol açmış mıdır ve açtıysa nasıl?
2. Türkiye’de tıbbi biyoteknoloji uygulamaları zamansal olarak (modernite ve postmodernite bağlamında) vatandaşlık üzerinde dönüşüme yol açmış mıdır ve açtıysa nasıl?

Buna göre çalışmanın alt argümanları şu şekilde tanımlanabilir:

Türkiye’de tıbbi biyoteknoloji uygulamaları, spesifik olarak aşılar, biyopolitika vatandaşlık uygulamaları üzerinde zamansal olarak dönüşüme yol açmıştır.

- Zaman içinde öncelenen tıbbi biyoteknoloji aracılığıyla ulus sağlığı (ulusa özgü bedenin sağlığı) yerini bireyin sağlığına bırakmıştır.
- Zaman içinde öncelenen ulus devlet vatandaşlığı yerini tüketici vatandaşlığa bırakmıştır.

Tıbbi biyoteknoloji aracılığıyla uygulamaların yapıldığı mekan, devletten özel sektöre devredilmiş, modern ulusa özgü vatandaş, tüketici vatandaşa dönüşmüştür. Bireyin sağlığı her birey kendi sağlığından sorumlu tutulacak biçimde sağlanmaktadır. Zaman içerisinde ulus sağlığına yönelik aşılama yerini tüketici vatandaşın bedeninin bireysel sağlığına yönelik aşılamanın alması beklenmektedir. Teknoloji ve bireyin buluşarak biçim değiştirmesi, tezin temel sonucuna ilişkin beklentiyi oluşturmaktadır.

Dolayısıyla zamansal değişim, şu alt başlıklarda incelenecektir:

Modernite içinde;

- 1800'lerde, dünyada veba, kuduz, çiçek, tüberküloz aşısının bulunması ile kentleşme ve endüstrileşmenin etkisiyle bulaşıcı hastalıkları engellemek amacıyla yapılan aşılama ile Türkiye'de uluslaşma sürecine paralel biçimde devlet merkezli uygulamalar olması. Bu dönemin bakteri ve parazitlerin bulunması ile aşılarda bulunmasındaki verimlilik.
- 20. Yüzyıl Tıbbi Biyoteknoloji ve Aşılamada: Devlet merkezli, kamu finansmanı ağırlığı ile sağlık kampanyaları kapsamında aşılamada halk sağlığı, ulusun sağlığı biçiminde algılanarak geniş kitlelere yayılması. Vatandaşın sağlıklı bedeninin, ulusun sağlıklı bedenini pekiştireceğı düşüncesi ile aşılarda ve aşılamada kampanyalarının zorunlu aşılamayı takip etmesi.

Postmodernite içinde;

- 1960-1980: Yeni aşılarda bulunması konusunda yavaşlama, kamu finansmanının aşısı ve serum üretim ve uygulamasında ağırlığını sürdürmesi.
- 1980'lerden itibaren Tıbbi Biyoteknoloji ve Aşılamada: Rekombinant DNA teknolojisinin düşük maliyetli ve kitlesel aşılarda üretiminde kullanılması, Hepatit B aşısının bulunması ve gelişmiş ile gelişmekte olan ülkeler arasında aşısı üretimi açısından makasın açılması dönemi. Türkiye'de ise bu gelişmeyi takip eden politikalarla ithalatın artması, Hıfzıssıhha'nın kapatılması ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na dönüştürülmesi ile sağlık hizmetlerinde özel sektöre devir yaşanması.
- 2000'li yıllardan itibaren aşısı ve serum çerçevesinde üretim yerine tüketimin ön plana çıkarak, yeniden üretime geçilmesine ilişkin kamu-özel işbirlikleri modellerinin önerilmesi.

5 BULGULAR

5.1 TÜRKİYE’DE TIBBİ BİYOTEKNOLOJİ, BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIĞIN DÖNÜŞÜMÜ

Türkiye’de planlama kültürünün oluşumuna yönelik politika yapımında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)’nin kuruluşu, ardından DPT’nin 2011 yılında Kalkınma Bakanlığı’na dönüştürülmesi önemlidir (133). DPT’nin, daha sonra da Kalkınma Bakanlığı’nın hazırladığı plan ve raporlar Türkiye’de politika yapımının araçları olmuşlardır. “1960’lı yıllar, ekonomik, toplumsal ve yönetsel reform çabalarının tek elden DPT koordinatörlüğünde planlanıp yürütüldüğü yıllar olmuştur” (133)²⁶. Kamu politikalarının açıklanmasında Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları resmi kaynak özelliği taşımaktadır. Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları, siyasal iktidar tarafından, hazırlandığı dönemin kurumsal politika gündemini oluşturur (133).

Kalkınma Planları, geleneksel vatandaşlık tanımının yanı sıra, ilerleyen yıllarda tıbbi biyoteknoloji gibi ileri teknolojilerin vizyon çerçevesine girmesiyle beraber toplumun genel iyiliği için çeşitli politikaların gerekliliğine vurgu yapmıştır. Kalkınma Planlarında ve planlara bağlı biçimde çıkarılan Özel İhtisas Komisyonu raporlarında tıbbi biyoteknoloji ve vatandaşlık çerçevesinde hem hak ve yükümlülükler, hem aşılama hem de vatandaşlık bağının dönüşümüne ilişkin bakış açısı sunar. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemine dek modern biyoteknoloji özelinde bir politika doğal olarak geliştirilmemiştir. Tıbbi biyoteknoloji, bu dönem için, koruyucu sağlık ve aşı politikası olarak kendini göstermekte, pek çok politika, çevre ve insan sağlığı kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca, “modernleşme” ve toplumsal çıkara dayalı vatandaşlık bir ideal ve bir söylem olarak bu süreçte varlığını korumuştur. Sonraki kalkınma planı dönemlerinde ise giderek yerini kitle içinde özel olan bireye ve tüketicinin korunmasına bırakmıştır.

²⁶ Akın H. 2014, s.206

5.1.1 MODERNİTE TARTIŞMALARI, KALKINMA PLANLARI VE ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORLARINDA BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK (1963-1985)

Anayasalar, kanunlar ve düzenlemeler aracılığıyla biyopolitikanın dayandığı temel esasların sınırlarını çizer. Türkiye, anayasa, kanun ve düzenlemelere dayanarak Devlet Planlama Teşkilatı ve Kalkınma Bakanlığı eliyle 1963 yılından başlayarak ekonomik, siyasal ve sosyal hayata yönelik planlı kalkınma sürecini başlatmış, büyük ölçüde toplum sağlığına ilişkin biyopolitikanın çerçevesini çizmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın aşı politikalarının temel vizyonunu Kalkınma Planları ve Kalkınma Planları'nın altında yer alan Özel İhtisas Komisyonu Raporları belirlemektedir.

Aşı gibi tıbbi müdahalelerinin önce klasik yöntemlerle, günümüzde ise rekombinant DNA teknolojisini de kapsayan biyoteknolojik yöntemlerle üretilen aşılardan yararlanarak tüketici vatandaşın bebek olarak doğumundan itibaren kazandığı önce anayasal haklar ile daha sonra da uygulamalar ışığında çerçevelenmiştir. Aşı bebeğin anne karnında embriyo oluşundan itibaren iktidarın kaynağı olan devlet tarafından gözlenmekte, kontrol altında tutulmakta, sağlıklı toplumsal bedenin bir parçası olarak görülmektedir. Dolayısıyla öncelikle anne sağlığı, doğumdan itibaren de aşı şeması ile bu iktidar tarafından devam ettirilmekte, uygulayıcı olarak da Sağlık Bakanlığı'nın aşı politikaları belirleyici olmaktadır.

Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları, biyopolitika söz konusu olduğunda, demografik istatistik ve öngörüler sunar. Bu plan ve raporlar, Türkiye'de sağlık kapsamında politika yapımı sözkonusu olduğunda, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık politikalarının oluşturulmasında rol alan tüm kurumlar için temel metin niteliğindedir. Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları tıp ve biyopolitika çerçevesinde demografik veriler ile sağlık politikasıyla ilişkili olarak aşılama ile ilişkin pek çok veri içermektedir.

224 sayılı 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin önemi biyoteknoloji açısından “sosyalleştirme” bağlamında bir biyopolitika oluşturmaktır. İlk üç kalkınma planı dönemi (1963-1977) bütünleşmiş bir sağlık sisteminin tek elden idaresini hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kamu finansmanının geçerli olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin

öncelendiği ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı görüldüğü bir bakış açısı benimsenmiştir. Aşının ve bağışıklama çalışmaları, koruyucu sağlığın en önemli aşaması olarak değerlendirildiği söylenebilir. Devletin Sağlık Bakanlığı eliyle ürettiği aşının, devlet eliyle sosyalizasyon çerçevesinde vatandaşların tümüne ulaştırılmaya, böylece toplumun bedenini koruyarak sağlıklı tutmayı hedefler. Toplumun koruyucu sağlığından Sağlık Bakanlığı sorumludur (136)²⁷. Tüm vatandaşları kapsayacak nitelikte bir sosyal güvenlik sisteminin kurulması, sosyal sigortaların yaygınlaştırılması (136)²⁸, kademeli geçiş sağlanması ile işçi sigortası, emekli sandığı ve Bağ-Kur olanaklarının araştırılması (137)²⁹, işsizlik sigortası, sosyal sigortaların yaygınlaştırılması, ilaç israfının ve yüksek harcamanın önüne geçilmesi (138)³⁰ gibi gelişmeler bu dönemde yaşanmıştır.

İlk üç kalkınma planı döneminde (1963-1977) kamu finansmanının ve sağlık hizmetinde Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunun ağır basmasına koşut biçimde, sağlık hizmeti “ulusal” ve kamusal bir mesele olarak görülür. Tek elden idaresi hedeflenen ve tüm vatandaşlara devletin ürettiği aşılara aracılığıyla ulaştırılan aşılama hizmetini hedefleyen üç plan da sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesi kapsamında tüm vatandaşlara götürülmesini önemser. Moderniteye özgü geleneksel üretim teknolojileri ile geliştirilen klasik aşılama hizmetlerinin “ulus devlet vatandaşlığı” pratiklerini gözeterek politika geliştirdiği söylenebilir. Sağlık sigortası dışında kalan vatandaşların sağlık gereksinimlerinin de yüklenicisi devlet olarak görülmüş, dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri ve bağışıklama başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi öngörülmüştür.

Birinci BYKP, 1960'lerden erken Cumhuriyet Dönemi uygulamalarının bir değerlendirmesini yaptığında “*Halk sağlığı hizmetleri arasında bulaşıcı hastalıklarla yapılan savaşı oldukça başarılı*” bulmuştur (136)³¹; başka bir deyişle çözümü birincil olarak aşılama olarak görülmüştür. Ayrıca, bu durumun devamı niteliğinde bulaşıcı hastalıklarla savaş programları belirlenmiştir. Verem, bu programda aşı ile önlenemez hastalıklar çerçevesindedir. Bulaşıcı hastalıkların Türkiye’de çocuk ölümleri üzerindeki

²⁷ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.409

²⁸ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.110

²⁹ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.225, 232

³⁰ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.818

³¹ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.414

etkisi, planda önemsenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın kontrol ve sorumluluğunda olan aşılama ve üretiminin geliştirilmesi için aşı ekipleri ve 16 bölge Hıfzısıhha Laboratuvarının kurulmasını öngörür (136)³². Aşı üretiminin yurtiçinde korunması amacıyla ithal ikameci bir anlayış benimsenmiş, yerli sermaye ile kurulan ilaç ve aşı laboratuvarlarının desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür. Öyle ki, *“Yurdumuzda etken madde üretmeyen yabancı firmaların...üretimine gerekirse engel olunacak”* denilmektedir (136)³³. Biyopolitika açısından devletin güçlü ve merkezde olduğu, ulus devlet sınırlarının net biçimde ifade edildiği, vatandaşlık açısından da “iyi” bir ulus devlet vatandaşı olarak toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek için devletin ürettiği aşı ve ilacı uygulatan kişi olması bu dönemin biyopolitika ve vatandaşlık açısından uygulamalarını yansıtır.

1963'te hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık hizmetini yurttaşların yararlanabileceği bir kamu hizmeti olarak değerlendirir. Moderniteye özgü vatandaşlık tanımına uygun biçimde sosyal adalet ve fırsat eşitliği vurgusu yapar. Bu noktada halk, vatandaşlardan oluşur ve sağlık hizmeti halkın tümüne devlet tarafından ulaştırılmalıdır. Plan, sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi adını verdiği bu programda, aşılamanın da dahil olduğu koruyucu sağlık ve iyileştirici sağlık hizmet birimlerinin birbirini tamamladığı düşünülerek küçük yerleşim birimlerine dahi ulaşması ve yürütülmesi öngörülmüştür. Hizmetin tek elden yürütülmesinin uygun olacağı belirtilmiş, bu fikre uygun olarak da, Tarım, Milli Savunma ve Sağlık Bakanlıklarının ayrı ayrı yaptıkları aşı ve serum üretiminin tek elde toplanması gerektiğine vurgu yapılmıştır (136)³⁴.

Sağlığın sosyalleştirilmesinin önemsendiği İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı itibariyle beden üzerinde iktidarın sağlık aracılığıyla sağlanması amacıyla demografik verilerden yararlanıldığı görülür. Sağlık kamusal hizmet olarak ele alınmıştır. Toplumun sağlığı, biyopolitikanın nesnesi, uygulama alanı olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla savaş (137)³⁵, toplum ve toplumun sağlığı anne-çocuk sağlığı olarak görülmektedir. Gelecek nesil olarak çocuklar ve onlara gelecek hazırlayan anneler, toplumun bedeni olarak bu planda tasvir edilmiştir. Doğum ve gebelikte anne ölüm oranları, bakım ve bulaşıcı hastalıklar, bu

³² Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s. 410-411.

³³ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s. 282

³⁴ Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.413

³⁵ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968, s.220

toplumsal bedenin sağığı önünde engel teşkil etmektedir. Temel çözüm aşılama olarak görülmüştür. Anne çocuk sağığı hizmetlerine bu bakımdan ağırlık verilmektedir (137)³⁶.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde erken Cumhuriyet Dönemi'nin geleneğı olan aşı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele *kamu hizmeti* ve *halk sağığı* meselesi olarak görülmektedir. Plan, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kamu kuruluşları net ve doğrudan biyopolitikanın öznesi olarak görevlendirilmiştir. Aşı ekiplerinin artırılması, Hıfzısıhha bölgelerinin artırılması, aşı kampanyaları ve işbirliklerinin çoğaltılmasına ilişkin öngörüler de İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer bulmuştur (137)³⁷. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin önemli bir kısmını verem ile mücadele oluşturur. Bağışıklama konusunda etkililik dönemsel olarak yetersiz kaldığı için eleştirilmektedir. Verem kapsamında çalışan nüfusun ve iş gücü kaybının vurgulandığı görülür. Verem tarama, bağışıklama ve kontrol konusunda etkililik eleştirilmiştir. Öyle ki veremle mücadele kapsamında %83'ünün kontrol dışı; bir başka deyişle biyopolitika kapsayıcılığı dışında kalması söz konusu olmuştur (137)³⁸. Bu eleştiri, aşı konusunda devletin kontrol ve gözetim çabalarının bir yansıması olarak görülebilir. Anne-çocuk ölümleri üzerinden öncelikli olarak demografik yapı düşünülmüştür. Aşı ile önlenabilir hastalıkların bir bölümünü oluşturduğu bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye anne-çocuk sağığı kapsamında da önem verilmiştir. Biyopolitikanın nesnesi, ilk olarak çalışan nüfusun bedeni, ikinci olarak ise anne ve çocuğun birlikte düşünüldüğü bedendir. Anne ve çocuk ölümlerinin sağık hizmetinin, dolayısıyla da bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin yaygınlaşmasıyla azaldığı belirtilmiş, şehirleşmeye de paralel olarak genç nüfusta dönemsel olarak artış beklenmiştir.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın vizyonunda modernleşme sürecinde sağık, gelişmenin bir aracı olarak görülmektedir. Halk sağığı, modernleşmede köylerin önderlik etme isteğıne de aracılık edecek biçimde öncelenmiştir. Devlet de, sosyal amaçlı görülen sağık hizmetini halka ulaştırmak için gerekli yatırımı yapmakla yükümlüdür (137)³⁹. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı benzer bakış açısını devam ettirir. Hedef koyarak, 22 yıl içinde Türkiye'nin İtalya'nın yaşam standardını yakalayacağını belirtir (138)⁴⁰.

³⁶ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968, s.220

³⁷ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968, s.222

³⁸ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968, s.220

³⁹ İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968, s.55

⁴⁰ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s. V

Toplumsal bedeni, moderniteye özgü biyopolitika anlayışı ile uygun biçimde ilerlemeci bir şekilde ele alınmış, sağlıklı toplum refah sağlarken aynı zamanda modernleşmenin bir aracı olarak görülmüştür. Koşut biçimde, vatandaşlık bağı ve ulus devlet vatandaşının bedeni ulus devletin egemenlik sahasında değerlendirilmektedir.

Kamu hizmetlerinin %94.4'ünü kamu finansman yatırımlarının oluşturduğunun belirtildiği Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamının kamu finansmanı ile gerçekleştiği gösterilir (138)⁴¹. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan demografik veriler, 1950'den sonra doğum oranında yavaş, ölüm oranında ise hızlı bir azalmaya işaret eder. Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, halen biyopolitikanın uygulama alanı olarak anne ve çocuğu, ardından da aileyi görmektedir. Bu sebeple, anne çocuk sağlığının yanında artık aile planlamasına da vurgu yapılır. Bunun yanı sıra, sağlığın yönetimi konusundaki yaklaşım merkezi bir *koruyucu sağlık sistemine* uygun biçimde yurt genelinde dengeli bir sağlık hizmetinin verilmesi biçiminde olmuştur. Tek elden ama kademeli biçimde sigorta sistemi ile koruyucu hekimliğe ağırlık verme isteği vardır. Biyopolitika bağlamında koruyucu hekimliğin olması beden ve yaşam üzerindeki politik gücün kişiyi tedavi etmektense korumaya çalıştığını göstermektedir (138)⁴². Sağlık Bakanlığı Devlet İlaç Kontrol laboratuvarı kurarak, standardizasyon çalışmalarının yanı sıra, aşı ve serum üretimi için Ar-Ge çabalarına önderlik eder (138)⁴³. Ayrıca yabancı sermayeli firma üretimlerine ilişkili biçimde, yerli firmalarca teknik bilgi dış ödemesi yapılarak ilaç ve aşı üretimi ile ihracatın artırılması için Sağlık Bakanlığı sorumlu tutulmuştur (138)⁴⁴. İthal ikameci anlayışa vurgu yapan Üçüncü BYKP, ilaç talebinin tümüne yakınının dönem itibariyle yerli üretim ile karşılandığını belirtir (138)⁴⁵. Söz konusu ağırlık, ulus devlet merkezli bir biyopolitik sahanın önderliğine işaret eder.

1979 yılına gelindiğinde, Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlıklı beslenme, sağlıklı tüketim, sağlıklı kentleşme ve tüketim olgusunun ilk kez değerlendirildiği plan olduğu görülür. Plan, sağlıksız tüketim eğilimleri sebebiyle Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında öngörülen tüketim düzeyinin üzerine

⁴¹ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s.167

⁴² Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s. 310

⁴³ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s.406

⁴⁴ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s.406

⁴⁵ Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973, s.463

çıkacağı saptamasını yapar. Üretimle desteklenen bir tüketim kalıbının geliştirilmesi gerektiğini belirtir (139)⁴⁶. Ayrıca aşılamanın da içinde bulunduğu koruyucu sağlık hizmetleri ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin en küçük yerleşim yerlerine dahi ulaştırılmasını öngören sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının personelin büyük şehirlerde yoğunlaşması sebebiyle tam olarak gerçekleştirilemediği belirtilmiştir (139)⁴⁷. Bu dönemde sigortadan yararlananların sayısında artış olmuştur (139)⁴⁸, sağlık sigortası dışında kalan vatandaşların sağlık hizmetinin yüklenicisi devlet olacaktır (139)⁴⁹.

Dördüncü BYKP dönemi itibariyle “birey”e yapılan vurgu, politika belgelerinde yıllar içinde artmaktadır. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, yaptığı sağlık tanımına göre sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir. Kimyasal ve biyolojik faktörler çerçevesinde çevre sağlığı sağlıklı olma ilişkilendirilmiştir (139)⁵⁰. Fiziki sağlığı aşan bir sağlık tanımı ile plan, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi de bu tanımda kullanır. Dördüncü BYKP’na kadar bulaşıcı hastalıklar ile ilişkilendirilen çevre sağlığı anlayışı bu plan ile bu anlayışı öteye taşır.

Teknolojik yapı söz konusu edildiğinde Dördüncü BYKP ithal edilen ileri teknolojilerin işlerliğinin sağlanması konusundaki eleman azlığından şikayet eder. İleri teknolojilerden biri olarak kabul edilen biyoteknoloji kavram olarak bu planda yer almaz. Ancak, piyasanın teknolojinin dönüşümü ile beraber işleyişinin de değiştiğine ve teknoloji kullanımının teknolojiyi üreten firmalar eliyle gerçekleştirildiğine dikkat çeker (139). Bu plan, yeni ileri teknolojiler için politika yapımcılar için vizyon olmasının yanı sıra uyarı niteliği taşır. Yeterli ve nitelikli eleman eksikliği ile aslında piyasada istenen sıçrama yaşanmamaktadır. Bu sebeple altyapı gerekliliğine dikkat çekilir. İleri teknolojiler, (biyoteknoloji ve genetik isimleri zikredilmese de), işgücünü dönüştürmeye başlamaktadır. İşgücünün değişim isteği bu noktada ekonomide, sosyal hayatta da dönüşümü işaret edecektir. Kullanılmayan makine yığınlarından bahsediliyor olması artık üretimde mekânsal bir dönüşümün şart olduğunu göstermektedir.

⁴⁶ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.261

⁴⁷ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s. 144

⁴⁸ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.150

⁴⁹ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.468

⁵⁰ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.462

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemi, biyopolitika açısından önceki üç Kalkınma Planı'nın eksiklerini belirtir. Bu haliyle Dördüncü BYKP, birinci, ikinci ve üçüncü BYKP'nın sosyalleşmenin gelişimini destekler. Bu dönemde “birey”den ve özel kesimin sağlık hizmetlerindeki varlığından söz edilmeye başlanır (139)⁵¹. Sağlık hizmetinde sosyalleştirmenin önemine değinmiş, eşit yararlanma ve tüm yurda yaygınlaştırma politikası benimsemiştir. Kamu finansmanına öncelik verilmiş, Sağlık Bakanlığı'na özel kesimin denetleyicisi rolü verilmiştir. Buna rağmen toplum sağlığı halen ön planda tutulmaya devam etmiştir(139)⁵². Önceki plan dönemi koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediği için eleştirilse de (139)⁵³, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, ilk üç planın aşı ve bağışıklamaya verdiği özel önemi göstermez. Politikalar, tedavi edici hizmetler ile de ilgilenmeye, tedavi ve koruyucu hizmetlerinin bir bütün olduğu anlayışına doğru kayar (139)⁵⁴. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar kıyaslandığında da az farkla tedavi edici hizmetlerin öne geçtiği görülür (139)⁵⁵.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda biyopolitik amaç, “...nüfus hareketlerinin sağlıklı bir eğilime kavuşması” olmuştur (139)⁵⁶. Plan, bu amacı gözeterek öncelikle yeni bir sağlık tanımı yapar. Sağlık tanımı, fiziki sağlığı aşan, bulaşıcı hastalıkların da ötesinde sağlıklı bir çevreyi de içeren bir tanım haline gelmiştir. Bu noktada sağlık hizmetleri, sadece bağışıklama veya bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında değerlendirilmekten uzaklaşmıştır. Bulaşıcı hastalıklar da çevre sağlığı kapsamında değerlendirilmiştir. Üretim kapasitesi ile ilgili olarak detaylı bir değerlendirmeye yer vermeyen plan, Devlet İlaç Kontrol Laboratuvarı'nın yerli ve yabancı üretimin kontrol ve standardize edilmesi sorumluluğu taşıdığını ancak müstahzar yapımı denetiminde sorun yaşandığını belirtir (139)⁵⁷.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda biyopolitikanın nesnesini, önceki planlarla benzer biçimde ana çocuk sağlığı, dolayısıyla da anne ve çocuk bedeni oluşturur. Nüfus yapısının özelliklerine vurgu yaparak, genç nüfus sahibi olan Türkiye'nin sağlık

⁵¹ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.462

⁵² Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.468-469

⁵³ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.156

⁵⁴ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.465

⁵⁵ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.468

⁵⁶ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s. 4

⁵⁷ Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979, s.144

sorunlarının da bu genç nüfusun bedenine göre olduğu ve çözümlerin de bu özelliğe göre geliştirilmesi gerektiğini söyler. İlk üç kalkınma planının Türkiye'deki sağlık sorunlarının çözümünde sınırlı kalması, genel olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesindeki yavaşlık, nüfusun özelliklerinin tam olarak değerlendirilmeyişine bağlanmıştır.

Kamu finansmanının, koruyucu sağlık hizmetlerinde ve bağışıklamadaki ağırlığının korunduğu Dördüncü BYKP dönemi, modernite kapsamında biyopolitika ve vatandaşlık tartışmalarına ilişkin ilk kırılmanın yaşandığı Beşinci BYKP'na kavramsal altyapı oluşturması sebebiyle önemlidir. Her ne kadar, günün siyasi koşullarının elverişsizliği sebebiyle uygulanamamış ve sosyal devlet anlayışını yansıtmış olsa da, 1970'lerde dünyada yükselen değerlerinden kopuk bir kavramsallaştırmaya gitmemiştir. Bu çerçevede, birey ve tüketicinin ilk kez yer aldığı plan, Türkiye'nin yaşadığı dönüşümü de eleştirel biçimde ortaya koyar.

Sonuç itibariyle, ilk üç kalkınma planında sağlık politika yapımı ve sağlık hizmetinin sağlanması konusunda kamu finansmanı ön planda tutulmuştur. Bu üç plan dönemini kapsayan 1963-1975 yılları arasında bütünleşmiş, ulusal bir sağlık sisteminin tek elden idaresi hedeflenmiştir. Sağlık hizmeti, halk sağlığı sorunu olarak ele alınmış, Sağlık Bakanlığı tek sorumlu mercii olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlığın sosyalleştirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla savaş, anne ve çocuk sağlığı, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması konularına önem verilmiştir. Sağlık hizmetinde öncelik net biçimde koruyucu sağlık hizmetine verilirken, koruyucu sağlık hizmetinin tek sorumlusu Sağlık Bakanlığı olarak görülmüştür. Özel sektör ise, yalnız tedavi edici sağlık hizmetinde yer alabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı konumundadır. Tıbbi biyoteknolojik ürün niteliğindeki aşılara ilişkin olarak, aşının ve bağışıklama çalışmalarının en önemli koruyucu sağlık aşaması biçiminde gördüğü söylenebilir. Devlet eliyle üretilen aşı, devlet eliyle ulaştırılırken, bu aşı ve hizmetin geliştirilmesi için Hıfzıssıhha bölge laboratuvarlarının kurulması hedeflenmiştir.

Koruyucu hizmet, tüm toplumun sağlıklı bedenini sağlamayı hedeflemektedir. Ek politika olarak, aşı ekiplerinin sayısında ve niteliğinde artış hedeflenmiş ve bu hedef doğrultusunda, aşı kampanyaları ve işbirlikleri gibi tedbirler uygulamaya konmuştur. Aynı dönemde ilaç başlığı altında değerlendirilmiş aşı ve serum üretimi konusunda ithal ikameci bir anlayış benimsenmiş, yabancı sermayenin aşı ve serum üretimi etken madde

kapsamında değilse, engellenebileceği dahi öngörülmüştür. Yerli sermaye ile kurulan ilaç ve aşı üretim laboratuvarlarının ise teşvik edileceği öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Kurumu'na bağlı olarak Devlet İlaç Kontrol Laboratuvarı hem standardizasyon hem de araştırma geliştirme faaliyetlerine önderlik edecek biçimde dizayn edilmesi hedeflenmiştir.

Modernitenin son dönemlerini, refah devletinin ise en net yaşandığı dönemi temsil eden ilk üç kalkınma planı kapsamında vatandaşlık uygulamaları, sağlık hizmetini devletin sorumluluk alanındaki “milli” sağlık hizmeti olarak görürken toplum çıkarını öncelemektedir. Toplumun topyekun sağlığı hedeflenirken, ulusun üyesi olarak görülen tüm vatandaşlara sağlık hizmeti, özellikle de koruyucu sağlık hizmeti, ulaştırılmak istenmiştir. Bunun için de genel sağlık sigortası biçiminde sosyal güvenlik sistemi oluşturulmuştur. İşçi sigortası, OYAK, Emekli Sandığı gibi kurumlar ile Bağ-Kur'un oluşturulma imkanlarına eğilen İkinci Kalkınma Planı'nın ardından Üçüncü Kalkınma Planı, sosyal sigortaların yaygınlaştırılmasını hedeflemiştir.

24 Ocak 1980 kararlarının ardından ekonomide liberalizasyonun önü açılmıştır. 1980'lere dek kamu finansmanının ağırlıklı olduğu ve milli nitelikte görülen sağlık hizmetinde piyasalaşma süreci bu tarihten itibaren gerçekleşmeye başlamıştır. 24 Ocak kararlarından önce hazırlanmış olan ve 1980 askeri darbesinin ardından DPT'nin değişen politikalarının gölgesinde kalan Dördüncü Kalkınma Planı, sağlık politika yapımında özel sektörün varlığının kendini göstermeye başladığını ifade eder. Bu planda, kamu finansmanı önceliklidir, özel kesim ise Sağlık Bakanlığı denetimindedir. “Birey” ilk kez sağlık hizmeti kapsamında bu planda telaffuz edilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince sağlanamadığını, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetinin birbirini bütünlediğini, bu görüşün olmaması sebebiyle de sosyalizasyon uygulamalarında hedeflere ulaşamadığı eleştirisini getirir. Koruyucu sağlık ve tedavi edici sağlık yatırımlarının karşılaştırması yapıldığında, tedavi edici hizmetlerin üçüncü plan döneminde, az farkla önde olduğu görülmektedir.

Biyopolitika uygulamaları bağlamında bireyin bedeni nesne olarak görülmeye başlansa da, temel olarak hedef toplum bedeninin genel sağlık düzeyinin yükseltilmesidir; dolayısıyla halen toplum sağlığı önemsenmektedir. Ayrıca biyopolitikanın odağında nüfus hareketleri yer almakta, genç nüfus, anne ve çocuk sağlığı halk sağlığı açısından önemli kabul edilmiştir. Vatandaşlık uygulamalarında ise sağlık sigortasından yararlanan vatandaş sayısının artış gösterdiği, sağlık sigortası dışında kalanların sağlık gereksinimlerinin devlet

tarafından karşılanacağı belirtilmektedir. Dördüncü Kalkınma Planı, ilk üç kalkınma planının aşırıya verdiği özel önemi vermez, bulaşıcı hastalıkları çevre sağlığı kapsamında değerlendirir.

5.1.2 POSTMODERNİTE TARTIŞMALARI, KALKINMA PLANLARI VE ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORLARINDA BİYOPOLİTİKA VE VATANDAŞLIK (1985-2018)

Postmodernite tartışmaları ekseninde Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporlarında postmoderniteye özgü kavramlara daha fazla yer verildiği görülmektedir. Beşinci BYKP ile başlayan hızlı değişim, bir kez de Sekizinci BYKP döneminde yaşanmış, yeni politika arayışları ile günümüze dek etkisini sürdürmüştür. 1985-2018 yılları döneminde postmoderniteye özgü biyopolitika kapsamında özel kesimin varlığını giderek daha çok hissettirdiği kamu işletmeciliği anlayışı, verimlilik, küreselleşme, birey gibi kavramlar ile, tüketici vatandaşlığına ilişkin, tüketicilik, uyumlaştırma, ulusüstü yapılar, küreselleşme gibi kavramların daha sıklıkla ve farklılaşan biçimde yer aldığı görülmüştür.

Postmodernitenin ve küreselleşmenin ilk etkilerinin gözlemlendiği ve değerlendirildiği Beşinci BYKP 1985-1989 yıllarını kapsar. Bu dönemde kamusal sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ilk işaretler görülmüştür. Buna rağmen halk sağlığı anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin tüm yurtda yaygınlaştırılması bakış açısı devam etmektedir. Bu yönüyle moderniteye özgü biyopolitika anlayışının sürdüğü 5. BYKP, postmoderniteye özgü “birey” anlayışında yer vermiştir. 5. BYKP, sağlık politika yapım ve sunumunda özel sektörün varlığına yer vermiştir. Sağlık hizmetinin amacı, “Sağlık hizmetinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması, sağlık hizmetinin eşit, sürekli ve etkili ulaştırılması” biçimindedir (140)⁵⁸. Tedavi edici sağlık hizmetinden koruyucu odaklı sağlığa kademeli geçiş, tedavi ve koruyucu sağlıkta bütünleşmenin yanı sıra, verimlilik artışı, rasyonalite, “hastane işletmeciliği” anlayışları da önemsenmiştir (140)⁵⁹. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık hizmetinin işletmecilik anlayışına göre dizaynı, hizmet verimliliğinin sağlanması için üniversite işbirliğini önemser:

⁵⁸ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.2

⁵⁹ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.152

“Sağlık kuruluşları, hizmet verimliliğinin arttırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacak; Devlet, Üniversite ve SSK hastaneleri arasında işbirliği imkanlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacaktır.” (140)⁶⁰

Moderniteye özgü geliştirilmiş olan kamusal sağlık politikalarına paralel biçimde bağışıklama çalışmalarında kamu finansmanının ağırlıkta oluşunun aksine, postmodernite çerçevesinde özel sektörün sağlık hizmetine girişi hızlanmış ve teşvik edilmiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na bakıldığında sağlık hizmetinden, bütün vatandaşların en iyi şekilde, eşit, sürekli ve etkili biçimde faydalanmasına odaklanılır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükünün şehirlerde olduğu ve bu yükün paylaşılmasında özel sektöre gereksinim duyulduğu ifade edilir. Koruyucu sağlık hizmetine kademeli biçimde tedavi edici hizmet anlayışından geçilmesi gerektiği vurgulanırken, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birincil nesnesi, sağlıklı bireylerin yetişmesine vesile olacak kurum, aile olarak görülür. Fakat plan biyopolitikanın uygulama alanını aynı zamanda anne ve çocuğun sağlığı olarak da ele alır. Sağlık sigortası ve tedavinin tüm vatandaşları kapsadığı bir sistem öngörülmüştür. Aşı ve serum üretimi ile bağışıklama uygulamalarını ilgilendirecek şekilde, sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşüm hedefi ile yola çıkılmış, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için sağlık evlerinin sayısının artırılması gerektiği düşünülmüştür. Sağlık sisteminde politik duruşun değişimi, sağlık kurumlarında hizmet verimliliği için işletmecilik anlayışına yapılan vurgu ile netleşmektedir. Bu plan dönemi itibariyle toplum çıkarı öncelense dahi bireysel çıkarın ve tercihlerin tanınacağı bir yapıya doğru dönüşüm başlamıştır.

Devlet ve vatandaşlık ilişkilerine yeni bir bakış açısı getiren Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, “Devlet-vatandaş ilişkisinin sağlıklı biçimde oluşmasını sağlamak için vatandaş ile devlet arasında karşılıklı bilgi akışını sağlayacak bir organizasyonun” gerekliliğine vurgu yapar (140)⁶¹. Devlet ve vatandaş arasındaki klasik egemenlik anlayışı, devletin ulaşılabilirliği ve hizmetin verimliliği konusunda bireysel fikirlerinin alındığı bir işletme anlayışına evrilir.

⁶⁰ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.216

⁶¹ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.174

İlk kez “biyoteknoloji” sözcüğüne yer veren; verimlilik, rasyonalite, işbirliği ve koordinasyon gibi kavramların sıkça karşılaşıldığı Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, “modern işletmecilik”(141)⁶² anlayışı vurgusunu yineler. Etkin iletişim, bilgi-kayıt sistemlerinin kurulması ve kullanılmasına yönelik yapılacak olan düzenlemeler ile vatandaşlık bağı, müşteri ya da tüketici ilişkisine dönüştürülmektedir. Üstelik, iletişim ve yazılım teknolojisindeki gelişmelerle birlikte, kişinin sağlık hizmetleri kapsamında takip edilmesinin, bedeninin kayıt altına alınmasının yolu açılmıştır. Aynı dönem, tüketicinin korunması, Avrupa Topluluğu uyumu çerçevesinde değerlendirilmiştir (141)⁶³. Sağlık hizmetlerinde özel kesim finansmanından da yararlanılması için teşvik verilmesinin altı çizilmiştir.

Koruyucu ve sağlık hizmetlerinin tüm yurttaki yeterli, etkili yaygınlığı hedeflenirken, koruyucu ve tedavi hizmetlerinde mevcut kurumların bütünleşmesi, kademeli biçimde tedavideki yoğunlaşmanın koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılması öngörülmüştür (140)⁶⁴. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin öncelikli nesnesi aile olarak değerlendirilmiştir (140)⁶⁵. Sosyal güvenlik kapsamında bütün vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için sağlık sigortasına geçiş ve devlet üniversite ve SSK hastanelerinin işbirliği imkanları değerlendirilmiştir (140)⁶⁶.

Önceki planlardan ayrı olarak, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, anne çocuk sağlığına halihazırda bağlantılı biçimde baksa dahi, anne ve çocuk bedenini ayrı kabul etmektedir. Aile, anne ve çocuk sağlığı toplumun temeli olarak görülmesinin yanı sıra, bebek ölüm hızı ve çocuk sağlığı ve sosyal koşulları iyileştirmeye odaklanır. Ancak, yeni teknolojilere uygun olarak yürütülecek bu iyileştirmeler, yalnız kamu kuruluşları eliyle değil, artık özel kuruluşların da desteği ile yürütülecek, temel sağlık hizmetleriyle beraber teşkilatlanacaktır. Sağlık kuruluşlarının verimliliğinin artırılması için işletmecilik yönünden sağlık politikalarının ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bunun için ise ilk adım, devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkanlarının geliştirilmesi olacaktır. Postmoderniteye özgü öngörülen sistem, sağlık kuruluşları hizmet verimliliği

⁶² Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.290

⁶³ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.308, 337-345

⁶⁴ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.152

⁶⁵ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.125

⁶⁶ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s.152, 200-201.

için işletmecilik anlayışının benimsenmesi gerekliliğidir (140)⁶⁷. Bu anlayış, ücret serbestisini, kamunun sağlıkta hizmet satın alımını, sağlık hizmetlerinde özel kesimin teşvik edilmesini içerir (140)⁶⁸.

Gençlik, biyopolitikanın önemli bir nesnesi haline gelirken aile planlaması, çocuk ölümlerinin azaltılması gibi hizmetlerin halen önde geldiğini gözlemek mümkündür. Çocuk ölümlerinin azaltılması, gelişmiş ülke düzeyine getirilmesi olarak anlaşılmaktadır. Bu planda ilk kez, kan ihtiyacı, insan kanı temini ve kullanımı konusundaki sıkıntılardan söz edilmiş, vatandaşın bedeninin bir parçası olan kan, tıbbi biyoteknolojik bir ürünün yeni müdahale aracı olarak görülmüştür (140)⁶⁹.

Hali hazırda koruyucu sağlık hizmetlerinin şehirlerde biriktiği yeterince yaygınlaştırılmadığı saptaması yapılmıştır. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli ve dengeli biçimde dağıtılması, yapısal eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir. Özel kuruluşların desteği uygun görülmekte ve biyopolitika, sağlık ve aşı kapsamında dönüşüm başlamış olsa dahi, halen sağlıklı bir toplumsal beden anlayışı varlığını korumaktadır.

Modern biyoteknolojinin ilk kez politika belgesinde yer aldığı Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, özel sektörün varlığını hissettirdiği bu dönemde, biyoteknoloji, etik ve tüketici ilişkisine değinir. Sağlık hizmeti finansmanı kaynaklarının çeşitlendiği ve özel kesimin devreye girdiği görülür (141)⁷⁰. Bireyi önelemeye başlayan plan tüketicinin korunmasına ilişkin ilkelerden söz eder (141)⁷¹. Aşı özelinde, bağışıklama oranlarının artırılması için eyleme geçilmesi, aşı ve serum üretiminin yapılması için yeni düzenlemelere duyulan gereksinim yeni teknolojilere dikkat çekerek aktarılır (141)⁷². Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması kapsamında temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine

⁶⁷ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s. 152

⁶⁸ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s. 152

⁶⁹ Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1985, s. 151

⁷⁰ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.291

⁷¹ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.308

⁷² Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.289

önem verilirken, koruyucu sağlık hizmetlerinde etkinsizlik sebebiyle tedavi edici hizmetlere olan talebin arttığı eleştirisi getirilir (141)⁷³.

Modern işletmecilik anlayışına geçişe önem veren Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, ulus devlet vatandaşlığı pratikleri ile sağlık hizmetinden yararlanma mantığını dönüştürür. Küresel üretim ve pazar yapısına uygun biçimde aşı ve serum üretiminin gerçekleştirilmesi gerektiğini söylerken, ulus devleti ve üretimde kamu finansmanını aşan şekilde bir örgütlenmeye işaret eder.

Biyopolitikanın temel nesnesi, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın görüşlerinden farklılaşan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, ailenin sağlıklı bedeni ve varlığı olarak görülmektedir. Aile, sağlıklı toplum bağlamında “toplumun temel taşı” olarak nitelendirilmiştir (141)⁷⁴. Planda biyopolitika, doğurganlık, bebek ve anne ölüm oranları üzerinden bir aile gözetimi kurmaktadır. Sağlık politikasında hedefler, biyopolitika bağlamında hayatta kalma umudu, bebek ölüm oranları ve ilk basamak sağlık hizmetlerinin birlikte geliştirilmesi ve sağlanması konusunda istatistiklerin geliştirilmesidir. Ana çocuk sağlığının halen çok önemsendiği planda sağlıklı aile yapısı aynı zamanda aile planlaması ile anılmaya başlanmıştır. Bunun sebebinin doğum oranı hızındaki yavaşlama olduğu söylenebilir. Nüfus artış hızının 1990-1995 döneminde ortalama olarak % 2,16'ya inmesi beklenmektedir. Dolayısıyla bebek ölüm oranının %51'e düşürülmesi ve yaşam umudunun yükselmesi nüfus yapısı açısından önemli olarak değerlendirilmiştir (141)⁷⁵.

Aşının ise biyopolitika bağlamındaki yeri ve önemi vurgulayan plan, yalnızca bağışıklama aracılığıyla planın sağlık politikası hedeflerine ulaşamayacağını, çevre sağlığı, beslenme, eğitim ve benzeri sosyal koşulların da iyileştirilmesinin önemini de belirtir. Bağışıklama oranı gibi temel sağlık düzeylerinde da ayrıca, yeterli iyileşme sağlanamadığının altı çizilmiştir. Sınırlı kaldığı ve iyileştirmeye gerektiği söylenen veriler, Çizelge 5.1'de yer almaktadır.

⁷³ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.342

⁷⁴ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.3

⁷⁵ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.340

Çizelge 5.1 1984 Yılı Aşı Kapsama Oranı (Dünya Sağlık Örgütü’ne Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Aşı ve Aşılama verileri)

Aşı (1984)	Oran (%)*
BCG	65
DTP 1	79
DTP3	56
MCV 1	62
Polio	57

Altıncı BYKP, aynı zamanda “biyoteknoloji” sözcüğünün ilk kez geçtiği plan olarak önem taşımaktadır. “Bio-teknoloji alanındaki yeni gelişmeler, demografik yapıyı ilgilendiren yönleriyle takip edilerek bu alanda başlatılan uygulamalardan olumlu sonuç alınabilmesi için gerekli tedbirler alınacaktır” ifadesi ile biyoteknoloji alanına politika yapıcıların yaklaşımının nüfus ve gözetim bağlamında olduğu görülür (141)⁷⁶. Farkındalık yaratması açısından önemli olan biyoteknolojinin kavramsal varlığı, içerik bakımından yeterince detaylandırılmamıştır. Nüfus yapısını hızla etkileyecek biyoteknolojik uygulamaların başına dönemsel olarak aşı, kemik iliği transplantasyonu, in vitro fertilizasyon gelmekte, bu da aslında politika yapıcıların tıbbi biyoteknolojiyi beden bağlamında ne kadar önemseydiğini göstermektedir. Bilim ve teknolojiye üretim ve pazar yapısına uygunluk çalışmalarına da bu planda dikkat çekilmiş (141)⁷⁷, teknoloji transferi ve lisansüstü araştırmalarda sanayi ihtiyacına göre destek verilebileceğinin altı çizilmiştir (141)⁷⁸.

Modern biyoteknolojiye ilişkin ilk politika gerekliliğinin yer aldığı Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık hizmetlerinin sağlanmasında finansmanın çeşitlendiği, özel finansmanın devreye girdiği görülür. Özel sektörün varlığını hissettirdiği sağlık alanında, diğer pek çok alanda olduğu gibi, tüketicinin korunmasına ilişkin ilkeler önemsenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde etkinsizlik ve yeterli yaygınlaştıramamanın bir sonucu olarak tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmekte olduğunun altı çizilir. Biyoteknoloji demografıyı etkileyecek en önemli araçlardan biri olarak ele alınmıştır. Aşı özelinde ise, bağışıklama oranlarının yükseltilmesi için eyleme geçilmesi, aşı ve serum üretimi için

⁷⁶ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.298

⁷⁷ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.40

⁷⁸ Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1990, s.296, 309.

gerekli düzenlemeler yapılması gerektiğini vurgular. Üretim ve pazar yapısına uygunluğun temel alındığı bir modern işletmecilik anlayışı, bu düzenlemelerin ilk adımı olarak görülür. Biyopolitikanın demografik hareketler ile ön plana çıktığı, aile, kadın ve çocuk sağlığı odaklı olduğu Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, kişinin aileler üzerinden bilgilerinin bilgi-kayıt sistemleri aracılığıyla takip edilebilirliğinden bahsedilmiştir. Toplum sağlığı için bireyin sağlığı özel sektörün yardımıyla ve işletmecilik anlayışının hayata geçişi ile mümkün olacağı planlanmıştır.

2000’li yıllar, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planının sunduğu politik vizyon ile başlar. Kapsadığı dönem (1996-2000), AT uyumunun kapsamında özellikle tüketici hukukunun uyumlaştırılmasını, Tüketicinin Korunmasını ve sağlıklı dışa açılmanın aşamalarının gözden geçirildiği yıllardır (142)⁷⁹. Plan, kapsamlı reform çalışmalarının başladığı, toplumun tümünün sağlık hizmetine kavuşturulması hedefleyen bir politika belgesidir. Bu yönüyle hem moderniteye hem de postmoderniteye özgü bakış açılarını beraber ele almıştır. Özel sektörün varlığını ve özel ile kamu arasındaki koordinasyon gerekliliğini sağlık politikasına dahil eder. Sosyal Devlet anlayışını yansıtan plan, kamunun finansman ağırlığının devam etmesini öngören son plandır⁸⁰. Ancak bu yalnızca sağlık hizmetinin özel hastaneler tarafından verilmesi bağlamında değil, tıbbi ürün ithalatının da sağlık hizmetinin içinde ele alınmasını da öngörür. Yedinci BYKP, sağlık hizmetlerinde denge, yaygınlık, koruyuculuk yerine artık etkililik, kalite, tüketici memnuniyeti, maliyet etkinliği gibi ilkelerin üzerinde durur. Tüm bu değişen toplumsal koşullar ile sağlık reformuna ihtiyaç duyulmuştur. Biyopolitika açısından reform, sağlıkta tüketicileşme ve küreselleşme ile gerçekleştirmektedir.

Hızlı nüfus artışı ve iç göç ile şehirlerdeki sağlık ve bağışıklama hizmetleri üzerindeki yük artmıştır. Şehirde de hayatta kalma oranının daha fazla olması sebebiyle şehirlerdeki nüfusta da artış yaşanmıştır. Her ne kadar Yedinci BYKP sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine sıcak baksa da, kamunun yetersizliğini postmoderniteye özgü kavramlardan verimlilik, etkililik, maliyet etkinliği kavramlarıyla eleştirir (142)⁸¹. İdari ve mali özerklik sağlanması ile de sağlık hizmetinin devletin tek elden kontrol ettiği bir saha

⁷⁹ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.96

⁸⁰ Kamu ve özel finansmanı sağlık hizmetlerinde varlığını gösterirken, kamu finansmanı bir önceki plan dönemine göre %58, 5’ten %64,7’ye çıkmıştır (s.43)

⁸¹ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s. 44

olmaktan çıktığı görülür. Yine eleştirel biçimde koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmediği değerlendirmesini yapan Yedinci BYKP, koruyucu sağlık hizmetlerini tamamen Sağlık Bakanlığı'nın, bir başka deyişle kamunun sorumluluğunda görmektedir. Bunun dışında Sağlık Bakanlığının görev, yetki ve sorumlulukları azaltılacaktır (142)⁸².

Aile, biyopolitikanın nesnesi olarak kabul edilmektedir. Çocuk ölümleri ile ilgili çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve bağışıklamanın yaygınlaştırılması kapsamında ele alınan çocuk aileden bağımsız olarak planda tekrar ele alınmıştır. Aile planlaması, aile ve anne sağlığı açısından tartışılarak eğitim ve bilinçlendirmenin gereğine değinilmiştir (142)⁸³. Anne-çocuk sağlığı kapsamında bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu hizmetlerden aşılama, kamu hizmeti olarak görülmeye devam edilmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti kamu hizmeti olarak bedelsiz sağlanmaktayken, tedavi hizmetleri ise kullanıcı tarafından yüklenilir (142)⁸⁴. Ayrıca, özel sektör ve kamu arasındaki koordinasyon eksikliğinin yazılımsal olarak eksik kalmasından da bahsedilmektedir. Yeni bir veri tabanı ihtiyacı doğmuştur (142)⁸⁵. Özellikle sağlık, ve doğal olarak bağışıklama politikasında takip sağlanması gerekmektedir. Örneğin bugün kullandığımız hastanelerde aşı takviminin işlendiği özel hastanede verinin otomasyon sistemi (Aşı Takip Sistemi) üzerinden Sağlık Bakanlığı'na ulaştığını, aile sağlığı merkezleri tarafından da gözlendiğini söylemek mümkündür. Dolayısıyla, bir ihtiyaç olarak vatandaşın bedeninin sağlığı, veri tabanı üzerinden takip edilebilir hale gelmektedir. Yedinci BYKP “*Hizmet kademeleri arasında gerçekçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilmesi, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulması*” şeklinde öngörülen politika ile yalnızca vatandaşların değil, sisteme bir noktada dahil olan tüm tüketici bireylerin takibini öngörür.

Yaşlanan nüfusun OECD ülkelerinde sağlık ve sigorta altyapısını zorladığına dikkat çekilen Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, “*kontrollü nüfus artışının*” Türkiye'nin sağlık sistemi açısından gerekli olduğunu belirtir. Sağlık ocaklarının kurulması, ana-çocuk sağlığı merkezi olarak kullanılmaları, aşı takibinin de bu birimler üzerinden yürütüleceği anlamını taşır. Birinci basamakta örgütlenen bu yönetsel durum ile biyopolitikanın uygulanması

⁸² Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.46

⁸³ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.50

⁸⁴ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.59

⁸⁵ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.53

kurumsal olarak kendini genişletmektedir. Türkiye'nin aşı konusundaki biyopolitikası yine de radikal bir değişikliğe uğramamıştır. Çünkü aşılama, ücretsiz biçimde sağlanan bir kamu hizmeti olmayı sürdürür. Ücretsiz olmadığı takdirde bağışıklamanın, takip edilebilir olmaktan çıkacağı düşünülmektedir. Bu açıdan kamudan özele kayıştan nispeten daha az ve farklı yönleriyle etkilenen bir konu olan aşılama politikası, halen halk sağlığı fikrini içermektedir: *“Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek, tedavi hizmetlerinin bedeli ise kullanıcılar tarafından ödenecektir.”* (142)⁸⁶ Aşı konusu ayrıca, Yedinci BYKP'da düzenleyici politikalar kapsamında yer almaktadır. Aşı, rasyonel ilaç kullanımına yönelik düzenleyici politikalar yapılması öngörülmektedir. Ancak hukuki ve kurumsal düzenlemeler bağlamında pratik bir siyasa bulunmamaktadır. Düzenlemeler, Avrupa Birliği ile uyum çerçevesinde yeniden ele alınmak üzere düzenleme gereksinimi olarak Yedinci BYKP'da bulunmaktadır. Söz konusu uyum Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda çizelge (Çizelge 5.2.) halinde yer almaktadır. Devletin Düzenleyici ve Gözetici Fonksiyonlarını Geliştirme Projesi başlığı altında gündeme alınan düzenleme gereksinimlerine ilişkin Çizelge 5.2., tüketicinin korunması, bilinçli tüketici vatandaşın hakları korunurken, tüketiminin düzenlenmesini ve gözetimini de ilişkilendirmesi açısından önemlidir.

⁸⁶ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.59

Çizelge 5.2 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın öngördüğü hukuki düzenleme gereksinimleri (142)⁸⁷

KONU	YAPILACAK DÜZENLEME	İLGİLİ MEVZUAT	AÇIKLAMA
Sınai Mevzuat- Beşeri ve Veteriner Tıbbi Ürünler	İmmünolojik Ürünlerle İlgili Düzenlemelerin Yapılması		5 yıl içinde ticarete teknik engellerin kaldırılması konusundaki Topluluk mevzuatının tümünün, iç yasal düzenlemelere dahil edilmesi sağlanacaktır. Ancak, bu değişikliklerin mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi, Türk ürünlerinin AT ülkelerine girişlerindeki engellerin kaldırılması sağlanacaktır. Değişiklik yapılacak düzenlemelerin karşılarında yer alan süreler, ilgili kamu kurum ve kuruluşlardan alınan bilgilere göre düzenlenmiştir. Öte yandan, bu alanda yapılması öngörülen yeni düzenlemeler, ürünlerin daha kaliteli olarak tüketiciye sunulmasını, insan sağlığının ve ürün güvenilirliğinin üst düzeyde koruma altına alınmasını, Türk ürünlerinin uluslararası standartlara uygun hale gelmesi nedeniyle de yabancı ülkelerde daha çok aranan ürünler haline gelmesinin sağlayacaktır.
	İnsan kanı ve plazmasından elde edilen ürünlerle ilgili düzenlemelerin yapılması		
	Klinik öncesi ve klinik araştırmalarla ilgili olarak analitik, farmakolojik ve toksikolojik çalışmalar konusunda mevzuat uyumu sağlanması	İlaç Araştırmaları Yönetmeliği	
	Tıbbi ürünlerde boyar maddelere ilişkin prensip uygulamaları hakkında yeni bir mevzuat hazırlanması		
	Biyoteknoloji kaynaklı yüksek teknoloji ürünü ilaçların ruhsatlandırılması, halk sağlığının korunması hakkında yeni bir mevzuat hazırlanması		
	Tıbbi ürünlerde fiyatlandırma ile ilgili farklılıkların ortadan kaldırılması ve ulusal sağlık sistemine dahil edilen ürünler konusunda yeni bir mevzuat hazırlanması		
	Tıbbi ürünlerin ithalatı ve ihracatı ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması ve Topluluğun iyi dağıtım uygulamaları prensiplerine yaklaşma	Eczane, sanayi ve ziraat işlerinde kullanılan zehirli ve müessir kimyevi maddelerin satıldığı dükkanlarla ilgili yönetmelik	
	Reçeteye tabi ilaçların kategorize edilmesi, buna bağlı olarak halka yönelik tanıtım konusunda eksikliğin giderilmesi	-1262 sayılı ve 14.5.1928 tarihli İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu -Beşeri İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarların Tıbbi Tanıtım Yönet.(RG 7.9.1990)-20628	
	Alternatif tedavi aracı olarak beşeri homeopatik ilaçlarda mevzuat hazırlanması		
Patent Haklarının Korunması	Veteriner ilaçların sınıflandırılması, ruhsatlandırılması, ithali, güvenlik kontrolleri, ambalajlanması, korunması ve dağıtımı ile ilgili düzenlemelerde yeni bir mevzuatın hazırlanması		Günün şartlarına uygun bir koruma sisteminin getirilmesi ve halihazırda korunmayan faydalı modellerin korunması öngörülmektedir.
Biyoteknoloji ve yarı iletken teknolojisi ile üretilen ürünlerin korunması	Biyoteknoloji ve yarı iletken teknolojisi ile üretilen ürünlerin korunması ile ilgili yeni mevzuat hazırlanması		Henüz koruması olmayan alanlarda dünyada da yeni olan gelişmeler doğrultusunda koruma sağlanması öngörülmektedir.

⁸⁷ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.269-270.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "Yaşam" tanımı, farklılaşmıştır. Rose'un teorileştirdiği şekilde (71) Türkiye'e bu değişim gözlemlenebilir olmuştur. "İnsan" "kişi" ve bedeni tanım olarak sanayi ürünü çerçevesinde değerlendirebilecek pozisyona gelinmiştir. Dünyadaki tıbbi biyoteknolojik gelişmeler bu plan döneminde Türkiye'yi bu ürünlerle ilgili düzenleme yapılmasına zorlamaktadır. Bu kapsamda, immünolojik ürünler, insan kanı ve plazmasından elde edilen ürünler, klinik-analitik, farmakolojik ve toksikolojik çalışmalar, tıbbi ürünlerde boyar madde, biyoteknolojik ilaçların ruhsatlandırılması, fiyatlandırma sistemi, ithalat ve ihracat ile dağıtım, kategorizasyon ve halkın bilgilendirilmesine yönelik düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Plan, düzenleme ihtiyacını "halk sağlığının korunması" hakkında yeni bir mevzuat girişimi ihtiyacı olarak tanımlar. Dolayısıyla tüm bu değişiklikler, yeni bir biyopolitika oluşturulması gerektiğinin de sinyallerini verir.

Bu haliyle Çizelge 5.2.'nin biyoteknolojik ilerlemeler ışığında; Türkiye'de yeni dönemde biyopolitikaların hangi esaslar doğrultusunda oluşturulacağını açıklaması bakımından önemlidir. Bu noktada; AT, DTÖ, TRIPS hükümlerine yer verilmesiyle biyopolitikanın yeni düzendeki belirleyicisi ulus devlet olmaktan çıkarak ulus üstü kurumlara devredilmektedir. Bu değişime koşut biçimde vatandaşlık uygulamaları ulus devlet vatandaşlığını ve sınırları aşan biçimde kurgulanmıştır. Ulrich Beck (8)'in risk toplumu dönemi olarak adlandırdığı küreselleşmenin rekabet aracılığıyla kurduğunu belirttiği yeni sistem, benzer biçimde Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da değişim gereğinin rekabet unsuru ile ortaya çıktığını gösterir. Patent ve biyoteknolojiye ilişkin buluşların korunması, AT, DTÖ ve TRIPS ile uyumlaştırarak bitki ve hayvan yetiştirilmesi, patent korumasının sağlanması gibi konulara değinerek, biyopolitikanın hem nesnesi hem öznesi ulusu aşan bir nitelik kazanmıştır.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Avrupa Topluluğu'na uyum ve tüketicinin korunması kapsamında uyumlaştırma ile evrensellik iddiası taşır ve vatandaşlık kavramını tüketici lehine genişletir (142)⁸⁸. Tüketicinin korunması alanında, tüketicinin sağlık ve güvenliğinin ve ekonomik çıkarlarının korunması amacıyla, AT'de kabul edilen esaslara uygun değişikliklerle, mevzuatımız AT mevzuatıyla tam uyumlu hale getirilecektir (142)⁸⁹. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, demografik yapıdaki değişime dikkat çekmiş,

⁸⁸ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s. 59, 102

⁸⁹ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.90

sağlık alanında yapılacak kapsamlı bir reformun bu değişimi göz önünde bulundurması gerektiğini belirtmiştir. Öngörülen sorun ve değişim, gelişmiş ülkelerin tecrübelerine referans vererek, yaşlanan nüfusun sağlık altyapısını zorlamasıdır (142)⁹⁰. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin 1990’larda birbirinden bağımsız kamu ve özel kesimden kuruluşlar tarafından sunulması koordinasyon eksikliğine yol açmıştır. Bu saptama, yazılımsal olarak giderilmek istenmektedir. Veritabanı eksikliği ve takip edilebilirlik konusundaki ihtiyaç kalkınma planlarına ilk kez bu dönemde konu olmuştur. Örneğin bugün kullanılan aşı takviminin özel hastanede işlenen verinin merkezi bir otomasyon sistemi üzerinden sağlık ocağı tarafından gözlemlenebilir olması gerekir.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık hizmetine toplumun katkı ve katılımının gerekliliğini de vurgulaması sebebiyle de önem taşır. Bireye hekim ve hastane seçme imkanının sağlanması ile, ulus devlet vatandaşlığı odaklı değil, bireyin hak ve yükümlülüğü odaklı bir katılım fikri sunulmuştur. Bireye daha kaliteli ve etkili sağlık hizmetinin sunulabilmesi için çağdaş işletmecilik anlayışı vurgusu yapılmıştır (142)⁹¹. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı sağlık hizmetlerinde etkililik ve verimlilik odaklı Sağlık Projelerinin hayata geçirilmesine vurgu yapar. Özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılamamasını eleştirir. Yapısal bu dönüşümler ve kavramlar, sağlık hizmetinde kamunun hizmeti sağlayıcılığını özel kesim ile paylaştığını, bunu da politika olarak benimsediğini göstermektedir. Dolayısıyla, hizmetten yararlanan kişiler artık yalnız vatandaşlık bağından kaynaklanan hak ve sorumluluklar çerçevesinde değil, aynı zamanda tüketici olarak sağlık hizmetinin alıcısı konumuna gelmiştir. Bu bakış açısı, “Sağlıkta kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır” (142)⁹² biçiminde genel olarak tüketicileşen sağlık hizmeti yararlanıcılarını konu edinir. Plan itibariyle vatandaş sözcüğü yerine tüketici sözcüğü tercih edilmiştir. Detaylı bir içerik analizi yürütülerek bu tercih Çizelge 5.7.’de gösterilmiştir.

⁹⁰ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.36

⁹¹ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.14

⁹² Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.41,45

Çizelge 5.3 İçerik Analizi “Yurttaş”-“Vatandaş”, “Tüketici”, “Müşteri”

Kalkınma Planları	Yurttaş (n)	Vatandaş (n)	Tüketici (n)	Müşteri (n)
1. BYKP (1963)	7	6	11	0
2. BYKP (1968)	2	25	0	0
3. BYKP (1973)	0	18	0	0
4. BYKP (1979)	11	15	26	0
5. BYKP (1985)	0	28	15	0
6. BYKP (1990)	0	18	26	0
7. BYKP (1996)	0	36	156*	0
8. BYKP (2001)	5	50	0	0
9. BYKP (2007)	2	12	7	1
10. BYKP (2014)	0	31	19	3

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı devletin düzenleyici ve gözetici fonksiyonlarını geliştirme projesini tüketicinin korunması kapsamında geliştirmiştir. Tıbbi biyoteknolojide olduğu gibi ileri teknolojilerin getirdiği yeni riskleri, yeni tehlikeler ve düzenleme gereksinimi yaratan yeni muğlak alanlar yaratması ile yeni bir gözetim ve koruma alanı ortaya çıkmıştır. Aslında kamunun ayrıldığı, etkinliğini azalttığı tüm alanlarda yeni bir koruma ve gözetim gereksinimi olmaktadır. Plan, bu koruma alanının nesnesini yurttaş olarak değil, tüketici olarak nitelemektedir (142)⁹³. Ayrıca, biyoteknoloji ve koruyucu sağlığa yatırımın önem kazanması ile, tüketici vatandaş ve biyopolitikanın da planda kesişim alanı artar. Plan, detaylı bir politik araç sunmasa dahi, mevcut ilaç, aşı ve serum üretiminin mevzuat yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını gösterir. Bu nokta da biyopolitika ve gözetimin altında değerlendirilmiştir. Bakıldığında düzenleme gereksinimi, aslında kamunun çekildiği alanların gri alana dönüşmesi ile yeni bir güç sistemi yaratmasının yarattığı ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla yeni bir gözetim, koruma biçimine ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de üretim durmuş olsa da özel kesimin duruma dahil olabilmesinin zemini hazırlanmaktadır. Kamu kesiminin alandan çekiliyor olması vatandaş- devlet arasındaki klasik ilişkiyi bilinçlendirilmesi ve korunması gereken yeni bir vatandaşlık anlayışı; tüketici vatandaşlığa dönüştürmektedir. Bu sayede tüketicinin algılayacağı risklerden korunması sağlanacaktır (142)⁹⁴.

⁹³ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.282

⁹⁴ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.283

Ayrıca, “*Gelişmiş ülke standartlarına göre tüketicilerin örgütlenme ve örgütler aracılığıyla görüşlerini ifade edebilecekleri temsil edilme hakları konusunda sorunlar devam etmektedir*” (142)⁹⁵ diyen Yedinci BYKP, Türkiye’ye tüketicinin korunması konusunda gelişmiş ülke standartlarının vizyonunu getirir. Teknolojik gelişmelerle gerçekleşen dönüşüm karşısında evrensel olarak örgütlenebilecek tüketiciler, ulus devlet vatandaşlığını bu durumda aşabilecek konumdadır ve buna ilişkin uygun düzenlemeler politika olarak benimsenmelidir. Yedinci BYKP, tüm bu bulgular ışığında ayrıca, “*tüketici memnuniyeti, katılımcılık, kaynakların etkin kullanımı, kamuda rasyonalite*” gibi postmoderniteye özgü kavramlarla sistem öngörüsünde bulunduğu için önem taşır (142)⁹⁶. Ayrıca biyoteknoloji gibi ileri teknolojiler konusunda nitelikli personel açığını kapatmak için çeşitli eğitim politikalarına ve eylem planlarına ihtiyaç olduğu vurgulanır.

Sosyal devlet anlayışı ve kamu finansmanının ağırlığının korunmasını öngören plan, küreselleşmenin etkisini yok saymaz. Özel kesimin sağlık hizmetindeki varlığına koşut biçimde sağlık hizmetlerinde finansmanın, devlet, özel kesim ve birey tarafından sağlandığı bir dönemi işaret eder. Çeşitlenen kimlikler ve politik ihtiyaçların kamu politikalarına yansıdığı görülür. Yedinci BYKP’nda yer alan “Devletin Düzenleyici ve Gözetici Fonksiyonlarını Geliştirme Projesi (Rekabet Hukuku ve Politikaları)” bu bağlamda değerlendirilebilir. Kamunun çekildiği alanlarda devletin yeni bir gözetici ve düzenleyici pozisyonunun olması beklenir. Pek çok alanda rekabetin ön ayak olduğu dönüşüm biyoteknolojiden etkilenen biyopolitikaya da bu planda konu olmuştur. Öyle ki “*Biyoteknoloji... ile üretilen ürünlerin korunması*” kapsamında yeni bir mevzuat hazırlanması, “*Henüz korunması olmayan alanlarda dünyada da yeni olan gelişmeler doğrultusunda koruma sağlanması öngörülmektedir*” (142)⁹⁷. Ayrıca bu dönüşüm ile planlar, artık hizmetin ulaştırıldığı kişileri vatandaş olarak değil, tüketici olarak görmeye başlamıştır. Yeni riskler, yeni tehlikeler ve yeni muğlak alanlar yaratan tıbbi biyoteknoloji, yeni bir özneye, yeni bir nesneye ihtiyaç duymuştur. Aşı özelinde, I. Basamak ve aşılama hizmetlerine yeterince önem verilmediği değerlendirildiği yapılmıştır (142)⁹⁸. Bebek ölümleri, anne sağlığı, bağışıklama oranı konusunda yeterli iyileşme olmadığı konusunda

⁹⁵ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.109

⁹⁶ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.45

⁹⁷ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.281

⁹⁸ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.54

önceki dönem eleştirilir (142)⁹⁹. Aşı üretimi konusuna değinirken, “*Kan ürünleri, aşı ve serum üretimindeki sorunları giderici ve rasyonel ilaç kullanımını düzenleyen politikalar*” üretilmesi gerektiği belirtilmiştir (142)¹⁰⁰.

Piyasa aktörleri yeni özneyi oluştururken, korunması gereken tüketici yeni nesneyi oluşturmaya başlamıştır. Fakat bu nesne tamamen edilgen değildir. Rekabet ve tüketicinin korunması için yeni bir beden ve gözetim sisteminin gerekliliği, bu proje kapsamında değerlendirilmiştir. Nasıl bir yön çizileceği belirtilmemiş, mevcut ilaç, aşı ve serum üretiminin mevzuat yetersizliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu noktada biyopolitika ve gözetimin altında değerlendirilmiş tıbbi biyoteknoloji alanı görmek mümkündür. Aslında kamudan ayrılan tüm alanlar muğlak, gri alanlara dönüşmüş ve yeni bir iktidar sistemi oluşturmalarının yarattığı ihtiyaçtan kaynaklanan bir değişim isteği bulunmaktadır. Dolayısıyla yeni bir gözetim, koruma, ihtiyaç biyopolitikada temel bir değişimi işaret etmektedir. Bu geri çekiliş, aslında sorumluluğu bilinçlendirilmesi gereken yeni bir tür vatandaşa bırakmaktadır. Bir başka deyişle, tüketicinin algılayacağı risklerden de korunmayı içerir ve oldukça kırılgandır. Tüketici haklarını ve biyopolitikayı politika yapımı kapsamında ilişkilendiren Yedinci BYKP, devletin vatandaş ile olan ilişkisinde tüketici odaklılığın işaretlerini içerir.

Özetle, Yedinci BYKP, tedavi edici hizmetlere verilen ağırlığı eleştirir, koruyucu sağlık hizmetinin sorumluluğunun tümünün Sağlık Bakanlığı’na ait olduğunu kabul eder. Sağlık Bakanlığı’nın görev, yetki ve sorumluluklarının ise koruyucu sağlık hizmeti dışında azaltılacağını vurgular. Dolayısıyla bu plan döneminde, koruyucu sağlık halen devletin görevi görülürken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel kesim ve bireyin sağlığı ön plana çıkar. Biyoteknoloji, uluslararası rekabetin bir parçası olarak ele alınmıştır. Aşı özelinde ve bağışıklama konusunda da plan bağışıklama oranlarında beklenen iyileşmenin başarısız olduğu konusunda özeleştirir getirir. Ayrıca aşı ve serum üretimindeki sorunlara dikkat çekilmiş, ilaç kullanımında akılcılık düzenlenmek istenmiştir. Öneri olarak, kamuda rasyonalite, nitelikli personel açığının giderilmesi -lisansüstü eğitimin sağlanacağı bir biyoteknoloji enstitüsünün ve eğitim programlarının sağlanması-, katılımcılık ile tüketici memnuniyetinin sağlanması getirilmiştir. Biyopolitika açısından plan, özel ve kamu

⁹⁹ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.13

¹⁰⁰ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1995, s.47

arasındaki takip koordinasyonsuzluğunu gidererek tüketicileşen vatandaşın takibini sağlamayı hedefler.

Postmodernite içinde ikinci kırılma dönemi Sekizinci Kalkınma Planı dönemi (2001-2005) ile başlar. Koruyucu sağlık hizmetleri, halen ulus devlet vatandaşlığı pratikleri kapsamında görülse de, ithalat söz konusu olduğunda uluslararası ölçekte bir uyum arayışı gözlenir. Eşitlik ve hakkaniyet sağlık hizmetinin sağlanması konusunda benimsenen ilkelere, Plan, modern biyoteknolojik yöntemler ile üretilen aşılarda üretiminde ve ekonomideki önemine dikkat çeker. Bu dönemde, bireyin tedavi hizmetlerinde tüketici konumundadır, ancak koruyucu sağlık hizmetleri bakımından vatandaşlık konumunu korur. Bu plan döneminden başlayarak bireyin, tedavi edici sağlık hizmetleri bakımından rasyonel bir tüketici, koruyucu sağlık hizmetleri bakımından ise bilinçli bir vatandaş olması beklenmektedir.¹⁰¹

Sekizinci BYKP, Yedinci BYKP'nın bir devamı niteliğinde olduğu görülür. Birincil endişe bu dönemde nüfus bağlamında bir biyopolitika değildir. Yeni teknolojiler konusunda geri kalan mevzuatın ve küreselleşme ve piyasalaşmanın yarattığı gri alanların nasıl düzenleneceği haline gelmiştir. Artık nüfus ve anne-çocuk sağlığı odaklı biyopolitika daha çok bölgeler arası farklılıklara yoğunlaşmaktadır. Dengesizlik ve farklılıklar iç göçün ve hızlı kentleşmenin bir sonucu olarak değerlendirilmiş, çözüm olarak aile hekimliği önerilmiştir (143)¹⁰². Refik Saydam Hıfzıssıhha Kurumu'nun ulusal referans kurumu haline getirilmesine ilişkin plan yer almakta, diğer planlarda olduğu gibi bu plan tekrar edilmektedir (143)¹⁰³.

Aşı, bağışıklama ve koruyucu sağlık öncelikli olarak çocuk sağlığı kapsamında ele alınmış olsa da, bütünsel bir yaklaşımın önerildiği görülmektedir. Bunun dışında insan sağlığı ve güvenliği, özellikle biyoteknoloji gibi etik tartışmaların çok önemli olduğu yeni ileri teknolojiler açısından, risk ölçütü gözetilerek temini ve üretiminin yasal eksikliği tartışılmıştır: *“İnsan sağlığı ve güvenliği açısından en az risk taşıyan ürünlerin üretiminin temini için genel ürün güvenliği konusunda yasal düzenlemeler yapılacaktır.”* (144)¹⁰⁴.

¹⁰¹ Söz konusu bilincin, eğitim ve tam bilgi ile gerçekleştiği varsayılır. Ancak Jeremy Rifkin (39), özellikle biyoteknoloji gibi ileri teknoloji ürünlerinin tüketici tarafından anlaşılmasının ve değerlendirilmesinin imkansızlığına vurgu yapar.

¹⁰² Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s. 86

¹⁰³ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.88

¹⁰⁴ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.127

Biyoteknoloji Yüksek Kurulu oluşturulması, Sekizinci BYKP’nda teknoloji politikası olarak benimsenmiştir (145)¹⁰⁵. Sekizinci Kalkınma Planı kapsamında oluşturulan Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda biyoteknoloji doğrudan toplum sağlığı ile ilişkilendirilmiştir. Raporda toplum, topyekun bir toplumsal beden olarak algılanmaktadır. Biyoteknoloji, Yedinci ve Sekizinci BYKP’nda sağlık alanındaki bireyleşmeye rağmen, toplumun sağlığı için yaşam düzeyini yükseltici ve ekonomik açıdan umut vaad eden bir alan olarak görülmüştür (145)¹⁰⁶.

Sekizinci BYKP Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, özel sektör ve devlet işbirliğini Ar-Ge teşvikleri yoluyla desteklemektedir. Devlet doğrudan tıbbi biyoteknoloji alanında yapılacak bir üretime girmeyecektir. Biyoteknoloji alanında devletin tek aktör olarak biyopolitika üretmesi klasik yöntemlerle çok kolay görünmemektedir. Moderniteye özgü gözetim ve disiplin yöntemleri ve beden algısı kayıt altına alıp bağışıklamayı sağlama biçiminde iken, devlet bunu devam ettirse dahi yetersizliği sebebiyle takip ve kontrol için yeni yöntemler arayacak bunu da uzmanlardan ve özel sektörün yatırım girişimleri ile sağlayacaktır. Oysa ki bu değişimin vatandaş ve insan hakları boyutu ve sosyolojik sonuçları bulunmaktadır. Tüketici ve biyoteknoloji ilişkisini politika bağlamında *seçme, tazmin, bilgilenme* gibi ilkelerle kurar (145)¹⁰⁷. Devletin biyopolitika alanına doğrudan girmek yerine işbirlikleri ve yeni yapılar yardımıyla bireyin sağlığını sağlamada rol üstleneceği anlaşılır.

Sekizinci BYKP Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Türkiye’nin en önemli sorunlarından birini hızlı nüfus artışı olarak görür. Buna ek olarak ikinci bir sorun ise aşı ile önlenabilir hastalıkların Türkiye için halen bir sorun olmaya devam etmesidir. Çocuk felci, kızamık, difteri, tetanoz gibi hastalıkların önlenmesi ile bebek ölüm hızının düşürülmesi konusunda ilişki kurulmuştur. Aşı bağlamında nüfus ve çocukluk çağı bulaşıcı hastalıkları başta olmak üzere beden politikasının oluşturulduğu görülmektedir. Bağışıklamanın yaygınlaştırılması ve aşı ile önlenabilir hastalıkların engellenmesi için aşı kampanyalarının artık işlevselliğini yitirdiği hatta olumsuz bir etki bıraktığı belirtilmektedir (146). Aşı kapsamında getirilen öneri, birinci basamağa örgütlenen sistemli ve sektörler arası iş birliğinin olduğu bir mekanizmanın oluşturulması

¹⁰⁵ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.128

¹⁰⁶ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001,s. 127, 226

¹⁰⁷ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.21

olmuştur. Ulusal aşı programı güncelleştirilmeli, aşı soğuk zinciri de bu mekanizmaya eklenmelidir (145)¹⁰⁸.

Gebelik, doğum ve aşı takibi ile düzenli kontrollerin yapılması dijital teknolojilerin veri tabanlarına aynı anda ulaşımı mümkün kılması ile takip edilebilir hale gelmektedir. Düzenli kontroller, gözden kaçmayı ve her bir bedeni tek tek takip edebilmeyi sağlayacaktır. Ancak başvuru temelli olan bu sistem, göçmenleri bu şekilde kayıt altına alıp takip etmekte zorlanmaktadır (145)¹⁰⁹. Aşı, halen öncelikli hizmetlerden biri olmasına karşın, 8. Kalkınma Planı ve Özel İhtisas Komisyonu Raporu, artık yaşam tarzını da sağlık açısından önemsemeye başlamıştır. Sağlık ve refah tanımı, yaşam umudunun yükselmesi ve kronik hastalıklardaki artış sebebiyle değişmektedir. Farklılaşan tanım ise iş gücü kaybı açısından ele alınmıştır (145)¹¹⁰.

Sekizinci BYKP, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini, dolayısıyla aşılama hizmetlerini halen ulus devlet sorumluluğunda görmektedir. Sağlık hizmetinin ulaştırılmasında bu plan itibarıyla sosyalizasyon ya da yaygınlaştırma yerine eşitlik ve hakkaniyet benimsenmiştir. Bu çerçevede sigorta kapsamı özel sigortayı da içine alacak biçimde genişlemiştir. Böylece birey, sağlık hizmetleri ve sigorta kapsamında inisiyatif kullanabilir, hastane ve doktor seçme hakkını kullanabilir hale gelmiştir. Sekizinci Kalkınma Planı aşı üretim kapasitesinin geliştirilmesi ve Hıfzıssıha Kurumu’nun referans kurum haline getirilmesi konusuna ayrıca vurgu yapar. Uluslararası rekabet ortamına uygun biçimde gerçekleştirilecek üretimin, yaşlanan nüfus sebebiyle tedavi edici hizmetlerin yaratacağı yükü hafifletmesi beklenmektedir. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine ve aile hekimliğinin yerleştirilmesine önem verilmektedir. Özel ile kamu arasında oluşturulacak takip mekanizması, biyopolitika konusunda kamunun tekelinin özel ile paylaşıldığını göstermektedir.

Sekizinci Kalkınma Planı kapsamındaki Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Raporu bağışıklama kapsamında, özellikle “şuuru yitik” hastalarda takip yapılması için farklı bir biyopolitika önerisi getirmiştir. Dosya tanıtım kartı saklanması sorununun önüne geçebilmek için “İris Kontrolü” önerilmiştir. Bu sayede bu kişilerin aşılarının yanı sıra kronik hastalıkları ve

¹⁰⁸ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.30

¹⁰⁹ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s. 31

¹¹⁰ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s. 31

tedavi sürecinin de takibinin sağlanacağı belirtilmiştir (146)¹¹¹. Aşı kapsamında da 65 yaş üstü vatandaşlar için ücretsiz pnömokok aşısı bu dönemde şemaya girmiştir. Bu noktada, koruyucu sağlık hizmetleri açısından devlet, olabildiğince kontrolsüz ve takipsiz alan bırakmamaya çalışmaktadır.

Aşıyla önlenabilir hastalıklar Türkiye'nin öncelikleri arasında olmasına karşın yaşlanan nüfus ve yaşam tarzındaki bozukluklar nedeniyle kronik hastalıklar da önemli sorunlar arasındadır. Kanseri, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölüm ve işgücü kayıplarının boyutlarının belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.

Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından biyoteknoloji alanında sorumlu kılınan iki bakanlık Tarım ve Sağlık Bakanlıklarıdır. Öncelikli umut vaat eden alan olarak ise tarım olarak belirlenmiştir. Fakat, bu görüş eleştirilmiş, biyogüvenliğin sağlık alanını da kapsamı ve yeni tıbbi biyoteknolojik ürünlerin üretilmesi şart olan ve öncelikli potansiyel sahibi olan alan olduğu şerhi konmuştur:

“Medikal tedavide, özellikle gen-terapi yaklaşımı ile yeni yöntemler bulmak ve geliştirmek amacı ile biyoteknolojik yöntemler geliştirilmesinin de sınırları belli ve insana değer veren, onları deney-canlısı olarak suistimal etmeyecek anlamlı sınırlamalarla gelişimin sürdürülmesine yatkın fakat sağlık sektöründe de kesin BİYOGÜVENLİK kurallarına olan gereksinim, yukarıda belirtilen dört noktayı tümü ile birlikte, doğanın içindeki tüm canlılarla birlikte doğa-güvenliğinin, yani biyogüvenliğin Dünya'nın ve Türkiye'nin önemli bir sorun olduğunu net olarak önce SUNUŞ'ta, ÖNSÖZ'de ve sonra metin içinde daha iyi ve mevcut metinler kısaltılarak anlatılmalıdır.

Bu durumda TARIM alanında bitkilerin genetik değişim temelli biyoteknolojik uygulamalarının ÖNCELİKLİ potansiyel alanı olduğu doğru değildir YANLIŞTIR; çünkü , bunların biyogüvenlik çerçevesinde güvenli olmadan tüketilmesi hele OECD ilkelerine ve AB ülkelerine satışı mümkün değildir. Buna karşın öncelikli alan ABD, AB ve Japonya dahil endüstriyel üretimdir ve

¹¹¹ Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, s. 71

birim fiyatı yüksek terapötik/farmasötik proteinler başta olmak üzere yeni ürünler üretimi öncelikli alandır.” (147)¹¹²

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın vizyonundan hareketle Tüketicinin Korunması ve Sağlık konusunda Avrupa Birliği Mevzuatı’nın uyumlaştırılması konusuna ciddiyeyle eğilmiştir. Tüketicinin Korunması ve Sağlık konusunda Avrupa Birliği mevzuatının tamamı incelenmiştir. Bu bağlamda yalnız tıbbi biyoteknolojik ürünler değil, gıda kapsamındaki biyoteknolojik ürünlerin etiketlenmesi, denetim mekanizmasının kurulması ve tüketicinin bilgilendirilmesine dikkat çekilmiştir. Tüketicinin korunmasında tüketicinin bilinçlendirilmesinin ötesinde yaşam kalitesinin artırılması ve ekonomik kayıpların önlenmesi de hedeflenmiştir. Özellikle gıda söz konusu olduğunda piyasa rekabet koşulları ve piyasa denetimleri sağlanacaktır (143)¹¹³. Özel İhtisas Komisyonu Raporlarında ise biyoteknoloji, biyogüvenlik ve tüketici başlığına daha detaylı yer verilmiştir. 2000 yılında yayımlanan Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda biyoteknoloji ve evrensel tüketici haklarının kesiştiği pek çok başlık bulunmaktadır(147)¹¹⁴.

Bu yönüyle, Sekizinci BYKP Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, genel anlamda biyoteknolojinin tüketici hakları ile kesişimi boyutunu önemser. Rapor döneminde tüketicinin bilgilendirilmesi ve seçme hakkını kullanabilmesi yönünde sistemli bir çalışma bulunmadığını fakat böyle bir çalışmanın gerekli olduğu vurgulanır (147)¹¹⁵. Modern biyoteknolojinin genel anlamda bilinçsiz kullanımının riskleri konusunda sistemli ve sağlıklı bir tartışma yürütülemediği, devletin halkı bilgilendirmek için bir politikasının olmadığı, biyogüvenlik sorunlarının üniversiteler dahil kapsamlı biçimde tartışılmadığı, sivil toplum örgütlerinin de sağlıklı bilgiye ulaşmakta zorlandığı tespit edilmiştir (147)¹¹⁶.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlıkta Dönüşüm ile işletmecilik anlayışına, mali ve idari özerkliğe dayanan hastanecilik anlayışına geçilmesini öngörmesi, ve aynı anda koruyucu sağlık ve aşı üretimi kapasitesini önemsemesi bakımından önemlidir.

¹¹² Sekizinci Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2000, s.57

¹¹³ Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001, s.126

¹¹⁴ Sekizinci Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2000, s.21

¹¹⁵ Sekizinci Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2000, s.32

¹¹⁶ Sekizinci Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2000, s.33

Özelleşmenin bir sonucu olarak sağlıkta üst kurullaşma önerisi getirilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji Özel İhtisas Komisyonu Raporu daha detaylı şekilde aşı ve serum üretimi biçiminde değişiklik olduğunu ve rekombinant aşılarda ekonomik öneminin arttığını ele alır (145)¹¹⁷. Bireyin tedavi hizmetlerinde tüketici konumunda olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinde ise vatandaşlık konumunu koruduğu görüşü hakimdir. Bu çerçevede bireyin, tedavi edici hizmetlerde rasyonel tüketici, koruyucu hizmetler bağlamında bilinçli bir vatandaş olması beklenmektedir. Planda biyoteknolojinin etiği ve riskleri risk toplumu ve toplum sağlığı ilişkisi çerçevesinde ele alınması dikkat çekicidir. Biyoteknoloji ve tüketici ilişkisini kuran plan, bilinçlendirme ve tüketicinin rasyonel seçim hakkının tıbbi biyoteknolojik ürünler bağlamında mümkün olması gerektiğini ifade eder.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında hazırlanan Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu sıklıkla sağlıktaki merkezi sistemi eleştirmekte ve Sağlık Üst Kurulu kurulmasına işaret etmektedir (144)¹¹⁸. Bu çerçevede, sözkonusu rapor kamu sağlığı fikrinden ayrı bir önem ile söz etmemektedir. Üst Kurul oluşturulması talebi, kamunun hizmet öncelikli alanlardan çekildiğinde yapılandırılacak, bu durum da piyasa ve tüketici odaklı sektörlerin bir benzeri biçiminde sağlık alanında gerçekleştirilecektir.

Genel bakış açısı yukarıdaki şekilde özetlenebilecek Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu raporu, aşılama ile ilgili olarak önemli bir saptama da ortaya koyar: *“Bağışıklama hizmetlerinin, yaşanan tüm olumsuzluklara karşın büyük emeklerle yürütülen aşılama hizmetlerinin, kampanyalar yerine sistematik ve yaygın olarak sürdürülmesi gerekmektedir. Aşı kampanyalarının pek çok farklı nedenlerle genel aşı uygulamalarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir”* (144)¹¹⁹. Bu saptama halk sağlığı ve aşılama, dolayısıyla da tıbbi biyoteknolojik uygulamalar kapsamında çok önemli olmakla birlikte politika bakımından bir değişikliğe de işaret eder. Genel bakış açısı ile uyumlu olarak halk sağlığı kapsamında merkezi kampanyaların değişen piyasa koşulları, yönetim ve vatandaşlık konusundaki dönüşümler sebebiyle olumsuz sonuçlandığı ortaya konmuş, politika değişikliğinde gerekliliğe dikkat çekilmiştir.

¹¹⁷ Sekizinci Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2000, s.13

¹¹⁸ Sekizinci Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, s.198

¹¹⁹ Sekizinci Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, s.64

Gözetim ve takip yolu ile biyopolitika ve vatandaşlık uygulamalarındaki kesişim de bu raporda yer almaktadır. Yöresel ve kalıtsal hastalıkların takibinde gözetim öncelenmiş, tüketici vatandaşın rızasının aranmayacağı durumları da kapsayacak biçimde politika önerisi getirilmiştir:

“Yöresel ve kalıtsal hastalıkların tespitinde, otomatik kayıt yöntemiyle o kişi hangi ilde geçici olarak bulunursa bulunsun haberdar edilebileceği, özellikle şuuru yitik hastalarda, alışkanlıklarının, alerjilerinin, kronik hastalıklarının, aşılarının, kan grubunun uygulanacak tedaviye cevap verme veya geciktirme sorunlarını ortadan kaldıracak olan bu sistemde İris Kontrolünün sağlanması ile dosya tanıtım kartı saklama sıkıntısı da son bulabilir.” (144)¹²⁰

Özel İhtisas Komisyonu Raporu, sağlık sektörünün üretilen mal ve hizmetlerindeki sağlık ürünlerini talep eden ve tüketenlerden oluştuğunu vurgular. Talep sistemi içinde Sağlık Bakanlığı gibi kamu kuruluşları da bulunmaktadır. Ayrıca bireysel tüketiciler de benzer biçimde ürün talep eden tarafta bulunmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde, aşı gibi tıbbi biyoteknolojik ürünlerde kamu, artık üretici veya sağlayıcı değil, tüketici konumundadır (144)¹²¹. Ek olarak bireysel tüketici gibi rasyonel davranabilir, tüketicilik statüsünden ve bu statünün sağladığı haklardan piyasa koşulları kapsamında yararlanabilir.

Rapor, aşıyla önlenabilir hastalıkların Türkiye’nin halen öncelikleri arasında olmasına karşın değişen nüfus yapısı sebebiyle kronik hastalıkların da giderek büyüyen bir sorun olacağına işaret eder (144)¹²².

Tıbbi biyoteknolojik ürünler kapsamında kordon kanının depolanmasına ayrıca önem verilmiştir. Doğurganlık oranı yüksek olan Türkiye’de nüfus, kordon kanı çerçevesinde zenginlik olarak nitelenmiş, kemik iliği nakli için kardeş veya doku uyumu sorunu yaşayanlar için umut olabileceğine dikkat çekilmiştir (144)¹²³. Kordon kanının saklanması ve takibi, nüfusun vatandaşlar açısından biyopolitik bir zenginlik olarak nitelenmiştir.

¹²⁰ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.93

¹²¹ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.138

¹²² Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.210

¹²³ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.216

Rapora göre, “birinci düzeydeki politikalar, gebe ve lohusaların izlenmesini, doğumların sağlıklı ortamlarda yaptırılmasını, bebek ve çocukların düzenli kontrollerle sağlık denetimlerinin ve aşılarının izlenmesini gerektirmektedir”, bunun yanı sıra Türkiye toplumu açısından “...önemli görülen konulardan birisi uygun olmayan gebeliklerin önlenmesi, özellikle akraba evliliklerinin sakıncalarının topluma aktarılmasıdır.” (144)¹²⁴. Vatandaşlık bağını aşan bir şekilde, bilinçlendirme ile kısıtlı olan bu görüş, vatandaşın çok özgür tüketicinin izlenmesi biçimindedir. Bu sayede gözetim artacak, tüketici vatandaş özgür biçimde seçimini yapabilecektir.

Paralel biçimde, öngörülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile akılcı ilaç kullanımı ve takibi ile sağlıklı, rekabetçi bir sigortacılık anlayışı desteklenir. Plan döneminde aşılama ile ilişkin iyileşme kaydedilmiştir. Buna göre etik, çevre ve tüketiciyi korumaya ilişkin düzenlemelerin biyoteknoloji alanında genel bir düzenlemenin yapılmasını zorlaştırır. Sekizinci BYKP İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu aşıların ithalat ve tüketimin malzemesi olduğunu aşıda yeniden üretime başlanması gerektiğini ve kamu-sanayi işbirliklerinin teşvik edilmesini uygun görür (148). Rapora göre biyoteknoloji öncelikli alan, biyoteknoloji altında ise aşılardan ziyade onkoloji, hemotoloji ilaçlarının, ilaç sanayii bakımından öncelikli olacağının altını çizer. Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda ise kişiye özel ilaç ve tıbbi cihazların öneminin giderek arttığı belirtilmektedir. Özel olarak aşı ve serum üretimine olan ilgi artmıştır ancak özel ihtisas komisyonu raporu önceliği onkoloji ve hemotoloji ilaçlarına vermiştir. Bağışıklamanın desteklenmesi Sağlık Bakanlığı için önem taşımakta, üretim ve dağıtım konusunda devletin rolünün küçüldüğü anlaşılmaktadır. Buna rağmen aşı ve serum üretimi yaşam kalitesini yükselten sağlık araştırmalarına dayanmakta, bunların desteklenmesi gerektiğine ilişkin açıklamalar dikkat çekmektedir¹²⁵. Aşı ve ilaç kullanımının bireyler üzerinden takibini sağlayacak bir Sağlık veri tabanının oluşturulması biyopolitikanın bireylerin üzerinden kurgulandığını göstermektedir. Bu

¹²⁴ Sekizinci Kalkınma Planı, 2001, s.219

¹²⁵ Özdi, 2016, s.271

Biyokapital üzerine Sunder Rajan, “biyoteknoloji çağında biyolojik maddelerin- özellikle genom ve kök hücrelerin- kar elde etmenin araçları olarak kullanılmasına odaklandılar. Biyolojik ürünlerin... bireylerin yaşam kalitesini artırmaya dönük bir umut olarak pompalanması, biyo-değer adı verilen yeni bir potansiyeli ortaya çıkarmıştır” diyerek, Marx’ın artık değer kavramından hareketle biyo-değer yaratıldığını ifade eder (11). Bu ifade çerçevesinde Sekizinci BYKP döneminin, bu iki tıbbi biyoteknolojik ürüne ek olarak aşı ve ilacı da benzer biçimde yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir ürün olarak gördüğünü söylemek mümkündür.

takibin ilk aşaması da koruyucu ve temel sağlık hizmetleri basamağı olan aile hekimliği üzerinden sağlanmaktadır.

AB müzakerelerinin önem kazandığı, sağlık sisteminin etkinleştirilmesinin ön plana çıktığı, özel sektörün teşvik edilmesinin planlandığı Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve düzenleyici rolüne atıf yapar. Birey, bu sistemde takibi dijital veri tabanlarıyla mümkün kılınan, tüketicidir. Bu tüketici kesimin içinde yalnız vatandaşlık bağı ile devlete bağlanan kişiler değil aynı zamanda sağlık turizminden yararlananlar da bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkarken, sağlık hizmeti bir fırsat alanı olarak nitelendirilir.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, bilgi sistemleri teknolojilerinin sağlık sistemi içinde kayıtlı olan herkesin takip edilmesi için etkin biçimde kullanılmasını öngörür. Ayrıca “hasta odaklı bir sağlık sistemi” oluşturulacağı öngörülür (149)¹²⁶. Hastanın birey olarak ele alındığı bu bakış açısı hizmeti sağlayanı da tüketeni de bilinçlendirmeyi gerektirir. Plan, özel sektör yatırımlarının sağlık alanında teşvikine, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesine vurgu yapar.

Sağlık hizmeti kapsamında kaynak tahsisinde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Halk sağlığı bakış açısı bu planda öncelik kabul edilecek kadar yoğun yer almamaktadır. Dolayısıyla farklı bir bakış açısı ile kavramsal dönüşümden bahsetmek mümkündür. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer alan “halk sağlığı” kavramı, içerik olarak risk yönetimi/risk toplumu ve tüketim ile beraber ele alınmış, birbirine bağlanmıştır. Toplumsal çıkar, bir risk-afet durumunda devreye girmektedir.

Plan, sağlık harcamalarının bilgi sistemlerinin yaygın ve etkin kullanılması ile kontrolünün sağlanacağını vurgular (149)¹²⁷. Bu noktada yalnız vatandaş değil, sağlık sisteminden yararlanan her tüketicinin ve sağlık sisteminin kendisinin denetlenebilirliği sağlanmak istenmektedir. Denetim ve gözlem yalnız ulusal değil aynı zamanda uluslararası bir boyut taşıyarak uluslararası kriterlere uygun bir sağlık veri tabanı oluşturulacaktır (149)¹²⁸.

¹²⁶ Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.88

¹²⁷ Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.41

¹²⁸ Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.89

Postmoderniteye özgü küresel eğilimlerin Türkiye üzerine etkisine de Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer verilmiştir. Büyüme ve gelişme için küreselleşmenin öneminden bahsederken, çeşitli riskleri de beraberinde getirdiği değerlendirilmiştir. Küresel değer zincirleri kapsamında, kalkınma ve ekonomik büyüme için gerekli olan değerlendirmelerden biri de değişen üretim yapısı ve hizmet sunum biçimleridir. Kişiyeye duyarlı ilaç ve tıbbi cihazların tüketici tercihleri tarafından belirlenmeye başlandığı saptaması da yapan plan, aslında üretim biçimindeki değişiklik ile vatandaşlık ilişkisinden çok tüketim ilişkisi içinde hizmetlerin değerlendirileceğinin sinyallerini verir (149)¹²⁹.

Sağlıkta tüketicileşmenin netleştiği dönem Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi (2014-2018) olmuştur. Planda sağlık, yalnız ulusal ölçekte vatandaşlık bağı ile devlete bağlı kişilere değil, göçmenler ve diğer hukuki statüler yanında, uluslararası ölçekte turizm kapsamında da verilebilir bir hizmet olarak görülmektedir. Bu plan ile, sağlık sisteminde 2001'den sonra yaşanan değişimin boyutları da değerlendirilmiştir. Nüfusun tamamına yakınının sigorta kapsamına alındığı, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırıldığı, hizmette kapasite artışı yaşandığı, bebek ve anne ölüm oranlarının düşürüldüğü ve yaşam umudunun yükseldiği plana yansımıştır (150)¹³⁰. Zorunlu genel sağlık sigortası, sağlık sigortacılığı teşviki ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ile özel sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerindeki rolü artırılmıştır.

Aşılama konusunda somut bir politikaya yer vermeyen Dokuzuncu BYKP, koruyucu sağlık hizmeti ve I. Basamak temel sağlık hizmetleri yerine, tedavi edici sağlık hizmetlerine, “*Klinik Müdahalelerin Etkililiği*” başlığı altında öncelik tanımaktadır (150)¹³¹.

Dokuzuncu BYKP'da demografiyi etkileyen değişkenler teknoloji, doğurganlık ve nüfus ve yaş yapısı olarak ele alınmıştır. Plan, bu çerçevede eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal güvenliği de kapsayacak biçimde bir biyopolitika geliştirmektedir (149)¹³². Rekabet gücü bu planda da önemsenen bir faktör olmuştur. Sağlık alanında özellikle sektörün ihracata yönlendirilmesi ile proje odaklılığa vurgu yapılmış, bunun takibinin de yazılım

¹²⁹ Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.17

¹³⁰ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.36

¹³¹ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.34

¹³² Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.41

teknolojisinden alınacak yardım ile olması gerekmektedir. Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin takip konusundaki yardımı ile özellikle sağlık harcama kontrolünün sağlanması hedeflenmektedir. Bu sebeple uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulmalıdır (149)¹³³. Bir sonraki plan döneminde ise bu veri tabanı Ulusal Sağlık Sistemi adı altında oluşturulmuştur.

AB katılımının önem kazandığı, sağlık sisteminin etkinleştirilmesinin ön plana çıktığı, özel sektörün teşvik edilmesinin planlandığı Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici ve düzenleyici rolüne atıf yapar. Birey, bu sistemde takibi dijital veri tabanlarıyla mümkün kılınan, tüketicidir. Bu tüketici kesimin içinde yalnız vatandaşlık bağı ile devlete bağlanan kişiler değil aynı zamanda sağlık turizminden yararlananlar da bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkarken, sağlık hizmeti bir fırsat alanı olarak nitelendirilir.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık politikası kapsamında rekabet, bilişim ve gözetimin yazılım ve veritabanları ile çevrimiçi sağlanması temel meseleleri oluşturmaktadır. “Küresel eğilimler ve Türkiye Etkileşimi” başlığı altında küreselleşmenin rekabet açısından getirdiği fırsatlar ile riskler tartışılmıştır (150)¹³⁴. Dolayısıyla küreselleşmenin sonuçlarının ilk olarak risk toplumu ve küresel eğilimler bağlamında ele alındığı plan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı olmuştur:

“Nüfus yapısındaki değişim ve teknolojik gelişmeler; sağlık sektöründe önemli etkiler oluşturacak, imalat sanayi ve hizmetler sektörlerinde yeni alanların oluşumunu tetikleyecek, teşhis ve tedavi hizmetlerinde yeni fırsatlar sunacak, ancak bu durum aynı zamanda nitelikli sağlık hizmetlerine erişimde farklı gelir grupları arasındaki eşitsizliği ileri boyutlara taşıyabilecektir.” (150)¹³⁵

Söz konusu nüfus yapısı değişiklikleri, Türkiye'deki aile yapısında da değişime yol açmıştır. Bu değişim, istatistiksel olarak da ifade edilmiştir (151). Yaşlı nüfusun istatistiksel olarak önemli artışının her hanede bir yaşlı nüfustan daha fazla yaşlı nüfusun yaşadığı, çekirdek aile yapısının dönüşeceği bir Türkiye öngören Canpolat (151), yaşlı nüfusun tek başına yaşama eğilimini gözler önüne sermektedir. Bu projeksiyon aile

¹³³ Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007, s.83-89

¹³⁴ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.5

¹³⁵ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.23

dayanışmasının halen son derece önemli olduğu ve şu an görece genç nüfusa sahip olan Türkiye'nin bu dayanışma biçiminin dönüşümüne işaret etmektedir.

Sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı nüfus yapısının değişimine bağlanmıştır. Temel sağlık göstergeleri olan bebek ve anne ölüm oranları düşmüş, yaşam umudu yükselmiştir (150)¹³⁶. Değişen nüfus yapısının yarattığı baskı sebebiyle de kamu hizmeti bağlamında sağlık hizmetinden uzaklaşılacağına sinyalleri verilmiştir (150).

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ayrıca, tamamlayıcı tıp ve tüketici talebine duyarlı tıbbi cihaz ve uygulamaların modern tıp uygulamaları ile entegre edilmesinin gerekliliği üzerinde durmuştur. Ancak, bu entegrasyonun maliyetinin yüksekliği sebebiyle, sağlık hizmet ve harcamalarında sürdürülebilirliği sağlamak esas sorun haline almıştır. Kişiyi özel uygulamaların önemli bölümünü tıbbi biyoteknolojik enjeksiyonlar ve uygulamalar oluşturmakta, bunların temini ithalat ile mümkün olmaktadır. Bu durumda orta ve uzun vadede bir strateji olarak kamunun yönlendirilmesi ve kapasitesinin güçlendirilmesi başlığı altında ilaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde eşgüdüm ve yönetişimin kaynak kullanımını akılcı hale getireceği düşünülmüştür. Üretim ve tedarik konularında yol haritası çizmeye yardımcı olacak veri altyapısının oluşturulması önemsenmiştir (142)¹³⁷.

Plan, kamunun yönlendirilmesi ve kapasitesinin yükseltilmesi eşgüdüm ve yönetim sağlayarak gerçekleştirilmesini öngördüğünden, kamunun üretiminden ziyade, kamu ve özel sektör işbirliği öngörmüştür. İlaç ve aşı üretiminde yeni sağlık programları oluşturulurken yerli ilaç sanayi ile işbirliği modellerinin, sektör içi, üniversite ve kamu ile işbirlikleri biçiminde geliştirilmesi ile teknoloji transferi önerilmiştir (148)¹³⁸.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı sosyolojik yapıdaki değişikliklerin kaçınılmaz olarak farklı risklere ve yeni bir hak-sorumluluk dizgesi tanımlamasına ihtiyaç duyulacağını görmesi bakımından önemlidir. Yeni teknolojilerinin hayatın kendisini yeniden düzenlediği, farklı risklerle toplumları başbaşa bıraktığı ve Beck'in tanımıyla risk toplumuna dönüştürdüğü günümüzde Türkiye de bu süreçten etkilenecek politika üretmek istegindedir:

¹³⁶ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.45

¹³⁷ Yedinci Kalkınma Planı, 1995, s.192

¹³⁸ Sekizinci Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, s.134

“Göç ve kentleşme, kültürel değerlerdeki aşınma, bireyselleşmenin artması, aile eğitimindeki eksiklikler, yeni iletişim teknolojileri gibi nedenlerle, aile üyeleri arasındaki iletişim azalmış, boşanmalar artmış, tek ebeveynli ailelerin oranı yükselmiş ve aile kurumu zayıflamaya başlamıştır. Nüfusun yaş yapısındaki değişimler sonucunda gelecekte aktif olmayan nüfus payının artması, doğurganlık hızının azalmasıyla da yaşlı nüfusun payının yükselmesi riski bulunmaktadır.” (150)¹³⁹

Beck’in tartışmaya açtığı risk toplumu kavramına uygun biçimde, Türkiye’deki sosyolojik değişimin “risk” ve “tüketici” kavramları çerçevesinde politikalara yansıdığı söylenebilir. Öyle ki, tüketici ilkeleri kapsamında sağlık hizmetinde genel değerlendirmelere gidilmesi sözkonusu olmuştur. Dört parametre aracılığıyla sağlıkta dönüşümü değerlendiren Sağlık Bakanlığı ve Onuncu BYKP İlaç Çalışma Grubu Raporu, sağlık göstergelerindeki iyileşmeleri, sağlık hizmetlerinden memnuniyet, vatandaş finansal riskten koruma ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini kullanmıştır (146)¹⁴⁰. Bu ilkeler tüketici vatandaşlık ilkelerinin sağlık hizmetine uyarlanması niteliğini taşır.

Akılcı ilaç kullanımında karar verici aynı raporda Sağlık Bakanlığı ve tüketici olarak ele alınmış, paydaşlar bu iki özneye ek olarak sağlık çalışanları, üretici (ilaç endüstrisi) şeklinde değerlendirilmiştir (146)¹⁴¹. Ayrıca risk toplumu öğelerine uygun biçimde risk yönetimine yer verilmiştir: “...İlaç sektörü açısından çevre başlığı altındaki özellikle iklim değişikliği, endüstriyel kirlilik ve risk yönetimi ve kimyasallar ana başlıklarındaki AB mevzuatına uyumun sektöre ek maliyetler getirmesi beklenmektedir.” (146)¹⁴². Genel olarak tıbbi biyoteknolojinin biyolojik çeşitlilik, bütçe, kimya ve biyoteknoloji alanlarında etkisi göz önünde bulundurularak Avrupa Birliği’ne uyum çerçevesinde risk yönetimi çerçevesi oluşturulması ve bunun için yeterli süre temin edilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

¹³⁹ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.204

¹⁴⁰ Onuncu Kalkınma Planı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014, s.16, 19, 20, 35-37.

¹⁴¹ Onuncu Kalkınma Planı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014, s.80

¹⁴² Onuncu Kalkınma Planı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014, s.74

Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı'nda (152)¹⁴³ yer aldığı biçimiyle, Afet Koordinasyon biriminin aşı ve biyolojik saldırı ve afetlerle ilgili olarak risk yönetimine de önem verildiği görülmektedir. Halk sağlığı bu noktada ön planda tutulmaktadır. Erken uyarı cevap sistemi aracılığıyla risk iletişimi, risk değerlendirmesi ve risk yönetiminin birbirini tamamlayacağı öngörülmektedir. Risk yönetiminin detaylandırılması amacıyla bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeydeki halk sağlığı tehditlerinin yayılmasını, önlenmesini ve kontrol edilmesini vurgular. Risk iletişimi entegre bir gözetim sistemi ile biyolojik, kimyasal, radio-nükleer ve kaynağı bilinmeyen ve salgın etkisi gösterebilecek olaylara müdahale etmeyi sağlayacak, veri ve bilgi toplayıp analiz eden bir erken uyarı cevap sisteminin gerekliliği üzerinde durur.

Risk yönetimi kapsamında izlenmesi öngörülen politikalar halk sağlığı yaklaşımına daha yakın durmaktadır. Ancak özellikle riskli olayların ya da salgınların gerçekleşmesi durumunda korunmak istenen yalnız vatandaş değil, bütün bir coğrafyadır. Bu hali ile daha yaygın ve daha evrensel bir takip ve sağlık hakkından yararlanılması fikrini ortaya koyar. Toplumsal korunma stratejileri kapsamında bağışıklama ve profilaksi ile tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi yer almaktadır(152)¹⁴⁴. Coğrafi bilgi sistemi (CBS) destekli bulaşıcı hastalık il, ilçe, mahalle seviyesinde seçilen zaman aralığında vaka sayıları ve insidanslar üzerinden otomatik oluşturulması desteklenmelidir (152)¹⁴⁵. Her ne kadar bütüncül bir halk sağlığı amacı için vatandaşlık bağına sahip olmayanlar da sağlık hakkından yararlanacak olsa da, bunun söylem düzeyinde vatandaşlık bağını taşıyanların iyilik ve sağlık hali öncelenerek mi yapıldığı ayrı bir çalışma konusu olmalıdır.

Hıfzısıhha Enstitüsü'nün günümüz kurumu Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün sorumluluğu ve koordinasyonuna verilen *Biowatch* programı çerçevesinde salgın hastalıklar, biyolojik saldırıların biyoteknolojik yöntemlerle (PCR gibi) saptanabildiği bir sistem hedeflenmektedir. Risk yönetimi ve değerlendirmesi çerçevesinde aşı, antiserum ve antimikrobiyaller ulusal stratejik stok olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca hedeflerden en önemlileri biyolojik ajanların tanısına yönelik laboratuvar kapasitesinin oluşturulması ve Dünya Sağlık Örgütü ile uyumlu "Laboratuvar ağı"nın kurulması ile risk iletişiminin

¹⁴³ TÜSEB Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı, 2017, s.318

¹⁴⁴ TÜSEB Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı, 2017, s.175

¹⁴⁵ TÜSEB Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı, 2017, s.153, 170

sağlıklı yürütülmesidir (152)¹⁴⁶. Halk sağlığı yaklaşımına en yakın olduğu görülen politikalara bakıldığında aslında halk sağlığı kavramının içeriğinin değiştiği anlaşılr. Devletin dönüşen halk sağlığı sağlama ödevi, bağışıklama büyük önem taşısa da önceliği risk kapsamında ele alınmaktadır. Biyoteknolojik yöntemlerle risk değerlendirme ve yönetiminin, kriz yönetiminin yapılması gibi kavramlar ile aşılama bir araya gelmeye başlamıştır.

Kalkınma Bakanlığı Projesi olarak sudan canlı mikroorganizmaların eldesi ile izotermal DNA amplifikasyonu tabanlı tespit kitlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Düşük maliyetli test kitlerinin sonucunun da kısa zamanda alınması öngörülmektedir. Bu kapsamda risk ve halk sağlığı biyoteknolojik yöntemler çerçevesinde hem halk sağlığı hem de kalkınma politikasının bir parçası olarak görülmüştür (152).

Risk, aşı, vatandaşın konumu (ve talebi), devletin vatandaş karşısındaki halk sağlığı içeriğini farklılaştırarak gerçekleştirmesi, bunu risk toplumu mantığı ile yapıyor olması Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı'nda kesişmektedir (152). Önleyiciliğin tanımı ve tekniği değişmektedir. Gecikme süresini minimuma indirmeyi hedefleyen bu kitlerin üretimi aslında vatandaşlık bağının yanında, misafir, göçmen ve diğer statüdeki tüm kişileri kapsayacak şekilde salgını durdurmayı ve yönetmeyi hedefler. Risk ile ilişkili koruyucu sağlık hizmetinin de başvuran herkese (aşı ve antiserum sağlanması) açıktır. Ancak, sisteme dahil olmayan bedenlerin takibi risk yönetimini zorlaştıracaktır.

TÜSEB'e bağlı Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü'nün yürüttüğü Türkiye Genom Projesi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün organize ettiği Ulusal Tip Kültür Koleksiyonu politika üretiminde beden ve vatandaşlık boyutunun değişimini son dönem için yeniden gözler önüne sermektedir. Tıbbi önemi olan bakteriler, klinik önemi olan virüsler, patojen mantarlar mikrobiyal gen bankasında depolanarak işlevsel hale getirilecektir. Bu noktada insana ve hayvana ait genom verisinin işlenmesi politik olarak başlamıştır. Bunun yönetiminin de risk toplumu çerçevesinde gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

İnsan bedeninin anayasaya uygun biçimde rıza ile verilerinin tutulması, korunması ve kullanılması söz konusudur. O halde canlının bedenine ilişkin politika üretme (ve onu nesneleştirme) Türkiye'de farklılaşmıştır. Bu farklılaşma rıza aracılığıyla toplum sağlığının risk boyutu çerçevesinde olmaktadır. Dolayısıyla 1982 Anayasası'nın 2010 değişiklikleri

¹⁴⁶ TÜSEB Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştayı Kitapçığı, 2017, s. 13

bugün bu politikanın habercisi konumundadır. Öncesinde bu tip bir vatandaş ve beden algısı görünmemektedir. Bu kırılmanın gündeme gelişi ise Türkiye’de aşı ve tanı konusunda biyoteknolojik yöntemlerin kullanılması ile mümkün hale getirmektedir. Aşının (güvenlik ve riskin önlenmesi konularında) sistemin önemli ve önleyici bir parçası olduğu görülmektedir.

Tüketici vatandaşlığın ön plana çıktığı risk toplumunda, koruyucu halk sağlığı kavramının kendisi risk toplumuna uyumlu hale getirilmektedir. Vatandaşın bedeni, hem toplumun bedeninin bir parçası fakat öncelikle rıza temelli müdahaleye açılabilen, bunun dışında yalnız takip edilebilen bireyin bedeni haline gelir. 2010 yılından itibaren çeşitlenen ve genişleyen bir vatandaşlık algısı ile postmodernite tartışmalarının da ötesine geçen bir anlayışa evrilmektedir. Bu anlayış ile tüketici vatandaştan risk durumunda değerlendirme yapmasını, toplumsal ve bireysel çıkarı arasında bir denge oluşturarak rızası ile sistemin önleyici bir parçası olması beklenir.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, koruyucu sağlık politikasını “Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.” Bu noktada koruyucu sağlık tanımının değiştiğini görürüz. Biyopolitikanın nesnesi, bireyin bedeni ve hatta sağlık kapsamında ruhudur. Sağlığın tanımı birey açısından bu ikisinin tam bir iyilik halidir. Koruyucu sağlık politikası önce bireye yönelir, sonra da sosyal, biyolojik ve fiziki çevrenin sağlığına yönelir.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, göç olgusuna da yer verir. Ancak önceki planlardan farklı olarak, bu kez göç, yalnız iç göç ve kentleşme ile sınırlı tutulmamıştır. Plan içindeki göç, iç göç, kentleşme ve aile bağlamında, planın ilaç grubu raporunda ise bir bütün olarak göç ele alınmıştır. Plan, artık aileyi doğrudan toplumun temeli olarak öne sürmez, aksine aile kurumunda kentleşme, göç, kültürel değerlerdeki aşınma, bireyselleşme, yeni iletişim teknolojileri gibi sebeplerle sarsıldığını belirtmiştir (150)¹⁴⁷. Değişen bu durum için nüfusun dolayısıyla toplumun bundan etkileneceği planda yer almaktadır. Nüfusun yapısını bağışıklama yıllar içinde önemli ölçüde değiştirmişti. Günümüzde ise bu değişikliğin sebebi olarak aslında küreselleşme olarak görülmektedir.

¹⁴⁷ Onuncu Kalkınma Planı, 2013, s.192

Onuncu BYKP İlaç Çalışma Grubu Raporu tüm bu değişimlerden kavramsal olarak etkilenmiş, bir sektör olarak sağlık taleplerini tüketici bazında değerlendirmiştir. Buna göre, Sağlık Sektörü Talep Sistemi'nden bahsederken “Sağlık sektöründe üretilen mal veya hizmetlerindeki sağlık ürünlerini talep eden ve *tüketenlerden oluşur. Talep sistemi içerisinde Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, diğer kamu kuruluşları ve üniversiteler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, yerel yönetimler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Yeşil Kart vb.kuruluşlar, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kuruluşları, özel sağlık sigortaları, dernekler (Kızılay), azınlıklar, cemaatler ve bireysel tüketiciler yer almaktadır,*” denmektedir (146)¹⁴⁸. Sektör bir takip sistemi içinde, artan gözetimi tüketici grupları ve tüketici vatandaş üzerinden kurmakta, bakanlıklar dahil hizmet ve ürün alımı yapan her tüzel kişiliği bir piyasa aktörü ve tüketici olarak kabul etmektedir. Dolayısıyla kamu hizmeti sağlayacak kurum ve kuruluşlar da artık, sağlık piyasasının tüketicisi konumundadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinden biri olan aşılama konusundaki tam gözetim, halen askerlik hizmeti esnasında sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelten ve tedavi giderlerini azaltıcı önlemlerin alınması önemsenmektedir (146). Biyopolitika ileri teknolojilerde ürün ve uygulamaların çeşitlenmesi ile dönüşmektedir:

“Kardeş sayısının azlığı veya kardeş dışındaki doku uyumu olan kişilerin bulunamaması gibi faktörler nakil şansına sahip birey sayısını azaltmaktadır. Buna karşılık göbek kordon kanı bu amaç için kemik iliği kadar etkilidir... Kordon kanının toplanıp bankada depolanması ve yıllar boyunca saklanması mümkündür. Ulusal bir zenginliğimiz olan kordon kanının bu amaçla bankada saklanması ve transplantasyonda kullanılması kardeşten kemik iliği nakli şansı olmayanlara bir ümit kapısı aralayacaktır.” (146)¹⁴⁹

Risk toplumu çerçevesinde gerçekleşen halk sağlığı anlayışındaki içeriksel ve kavramsal dönüşüm, siyasi tercihler ile açıklanabilir. Türkiye’de refah devletinin yükselişe geçtiği 1960’lardan sonra, özellikle 1980’ler itibariyle “halk sağlığı” ve “koruyucu sağlık”a verilen öncelik değişmiştir. Piyasalaşma süreci, Türkiye’de aşı üretimin durma noktasına

¹⁴⁸ Onuncu Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014, s.138

¹⁴⁹ Onuncu Kalkınma Planı İlaç Grup Raporu, 2014, s.215

gelmesi, modern biyoteknolojik yöntemler ile yapılan aşı üretimini yakalayamayan pek çok ülkeden biri olan Türkiye, bu konuda ithalata açılmıştır. Ancak yıllar içinde aşı takviminde artan antijen sayısı, artan ihtiyaca ve dövizle bağlı olarak yapılan ithalatın yıllar içinde bütçeye artan biçimde yük getirdiği gözlenmiştir (Çizelge 5.4):

Çizelge 5.4 Aşı takviminde yıllara göre antijen sayısı ve TL bazında bağışıklama bütçesi (Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)(153)

Yıl	Bütçe (TL)	Antijen Sayısı
2002	18.010960	7
2003	20.270630	7
2004	43.500000	7
2005	51.000000	7
2006	113.500000*	10
2007	156.115.000	10
2008	180.850000	11
2009	538.231000*	11
2010	396.736000	13
2011	407.000000	13
2012	469.000000	13
2013	629.000000	13
2014	469.000000	13
2015	629.000000	13
2016	882.841000*	13

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'nin verilerine göre 2014-2017 yılları arasında piyasadan tedarik edilen aşı sayısı Çizelge 3.2'de gösterilmiştir. Çizelge 3.2'de görülen verilere göre aşı satış sayısı düşse dahi TL cinsinden maliyet artmaktadır. Bütçe bazında çok yüksek bir harcama olmasa dahi, ithalatın getirdiği bir yük bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamalarında çok büyük bir pay içermeyen aşı satışına ilişkin bütçede önem, maliyet etkinliğinden ziyade biyogüvenlik açısından karlı görülmektedir. Yalnız, ithalata bağlı olarak birim maliyetlerde görülen yükselme, büyük ilaç firmalarının daha karlı bir alan olması sebebiyle aşı yerine tedavi sürecine odaklanmaya başlaması sebebiyle bu süreç sürdürülebilir görünmemektedir.

Diğer yandan Çizelge 3.3'te yer alan veriler açısından bakıldığında piyasadan aşığı Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluşları yoluyla edinen ya da satın alan, uygulatan bireyin, devlet

aşılama desteğinden çekildiği takdirde fiyata karşı hassas davranacağı açıktır. Dolayısıyla, yeni bir model olarak devlet-sanayi-üniversite işbirliklerinin ardından, devletin vizyonunu çizdiği üretim süreçlerine doğru bir evrim mecburi kabul edilmiştir. “Yerli ve Milli Aşı”nın dışa bağımlılığı azaltacağı şeklinde basına yansıyan bu süreç (154), devletin dönüşen sistemdeki yeni rolünü göstermektedir. Bu rol, devletin yerli üreticiye vizyonunu çizerken aynı zamanda kurumlarının tüketici olacağını da işaret eder.

Türkiye’de biyopolitikanın Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporlarında biyopolitikanın dönüşümü sağlık politika yapımında kamu finansmanı/özel finansman halk sağlığı/birey sağlığı eksenini, koruyucu sağlık/ tedavi edici sağlık eksenini, genel sağlık sigortası/ bireysel sigorta eksenini, aşı başlığı ve kalkınma planlarında ve özel ihtisas komisyonu raporlarında öngörülen sistem biçiminde karşılaştırmalı şekilde Çizelge 5.7’de ve Çizelge 5.8’de gösterilmiştir. Ek olarak Çizelge 5.9 Modernite ve postmodernite ilişkisi içinde biyopolitikanın dönüşümünü gösterir.

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlıkta tüketicileşmenin netleştiği bir belge olmuştur. Kamu harcamalarının etkinleştirilmesine yönelik ifadeler bulunmaktadır. Halk sağlığı anlayışı yerini, “sağlıklı yaşam ve hareketlilik” ile sağlıklı hayat tarzını benimsemiş bireylerin teşvik edilmesine, akılcı ilaç kullanan rasyonel bireylerin varlığına bırakmıştır. Plan, tedavi edici hizmetlere vurgu yaparken, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin bir öngöründe veya planda bulunmaz. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı olmanın bir parçası olarak görülmektedir. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde (2014-2018) zorunlu genel sağlık sigortası ile sigortalı sayısı vatandaşlar açısından genişletilmeye çalışılırken, özel sağlık sigortası seçeneği ve tamamlayıcı sağlık sigortası ile hem alternatif hem de kişisel katılımın olduğu bir sigortacılık anlayışı hakim olmuştur.

Söz konusu dönemde, aşılama oranı göstergelerindeki iyileşmeden yola çıkarak, bağışıklama hizmeti mesele olarak görülmemiştir. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu da benzer biçimde bağışıklama konusunda Türkiye’nin başarılı olduğunu ifade eder. Ayrıca sağlık hizmetlerinin etkinliği raporu aşılama programına eklediği aşılama ile Türkiye’nin aşılama konusunda tüketim ve kullanım odaklı gelişme sağladığını gösterir. Rapor ilaç sanayiinin TÜBİTAK ve Ar-Ge teşvikinin artırılması gerektiğine vurgu yapar. Onuncu Kalkınma Planı dolayısıyla bağışıklamaya ilişkin somut bir vizyon içermez. Yalnız Türkiye’nin tüketici olduğu kadar üretici hale gelmesi gerektiği

belirtilmektedir. Bu üretim, özellikle kişiye özel ilaç ve cihazların tüketiminin yüksek maliyeti sebebiyle gerekli görülmektedir.

Sağlık turizmi ve sağlık hizmetleri Türkiye açısından ekonomik bir fırsat olarak görülmekte, sağlık hizmeti sunma potansiyeli ise sağlık kampüsleri ve şehir hastaneleri özelindedir. “*Kamu işletmeciliği*” anlayışı ile kamu-özel işbirlikleri dönemi fiili olarak başlamıştır. Biyopolitika uygulamaları, bireyler üzerinden Ulusal Sağlık Sistemi’ne bağlı MERSİS gibi veri tabanları üzerinden yapılan takip ile gerçekleştirilir.

Biyopolitika uygulamaları kapsamında sağlık sistemi ve aşılama takip, aile ve birey üzerinden gerçekleştirilir ve olumlanır; fakat aile kurumunun aşındığını, bağışıklama kapsamında göçmenlerin takibinde sorunlar yaşandığını kabul eder. Aşı konusunda takip özellikle dış göç kapsamında sorun teşkil etmektedir. Biyopolitika bağlamında Aşı Takip Sistemi, Muayene Bilgi Sistemi kamplar dışında kamusal sağlık politikaları işlevsiz kalabilmektedir.

Vatandaşlığın politik algısı değişmektedir. Ulus devlet vatandaşlığından tüketici vatandaşlık anlayışına geçişin gözlemlenebildiği Sağlık Politika Yapımında Kamu Finansmanı/Özel Finansman Halk Sağlığı/Birey Sağlığı eksen, Koruyucu Sağlık/ Tedavi Edici Sağlık eksen, Genel Sağlık Sigortası/ Bireysel Sigorta eksen, aşı başlığı ve kalkınma planlarında ve özel ihtisas komisyonu raporlarında öngörülen sistem biçiminde karşılaştırmalı şekilde Çizelge 5.5’te ve Çizelge 5.6’da gösterilmiştir. Ek olarak Çizelge 5.7 Modernite ve postmodernite ilişkisi içinde vatandaşlığın dönüşümünü gösterir.

Bulgulardan yola çıkarak Çizelge 5.7’de gösterildiği biçimde, Türkiye’de tıbbi biyoteknolojik ürün olan aşı çerçevesinde katı üretim biçimlerinin ve kitle üretiminin egemen olduğu moderniteye özgü biyopolitika uygulamaları, ulus devletin biyopolitika alanında egemen olması ile açıklanabilir. Benzer şekilde, moderniteye özgü vatandaşlık pratikleri, toplumsal çıkarın ve toplum sağlığının ön planda olduğu ulus devlet vatandaşlığı ile açıklanabilir. Esnek üretimin ve rasyonel tüketimin egemen olduğu postmoderniteye özgü biyopolitika uygulamalarının uluslararası örgütlerin, katılımcılığın, özel sektörün, kamu işletmeciliğinin ve yönetişimin varlığını hissettirdiği bir politik düzlemde devletin biyopolitika alanında daralması biçiminde açıklanabilir. Postmodernitede vatandaşlık uygulamaları açısından ise bireysel çıkarın, öznelleşmenin ön planda olduğu,

küreselleşmenin etkisinde ulusu aşan bir dayanışma geliştiren tüketici vatandaşlık ile açıklanabilir.

Rıza, bilgilendirilmeyi, piyasadan en uygun ve rasyonel olanın seçilebileceğini içermektedir. Burada durum ikiye ayrılmaya başlar: piyasadan satın alınmaya alışılmış ve rıza gösterilmeye dayalı ürün ve hizmetler ile risk toplumunun sağlığı için rıza. Son dönemde tüketici vatandaşlık için aranan rıza, yeni tip bir fedakarlık, sadakat beklentisidir. Dolayısıyla, neoliberal politikaların beklediği tüketici vatandaşlığa yönelim, bireysel tüketim çıkarı ile toplumun çıkarı arasında bir denge kurmaya davet edilen tüketici vatandaşa dönüşmektedir.



Çizelge 5.5 Bulguların özeti

Kalkınma Planları/ Kavramsal Çerçeve	Sağlık Politika Yapımında Kamu Finansmanı/Özel Finansman	Halk Sağlığı/Birey Sağlığı	Koruyucu Sağlık/ Tedavi Edici Sağlık	Genel Sağlık Sigortası/ Bireysel Sigorta	Aşı	Öngörülen sistem
1. BYKP (1963)	Sağlık hizmetleri, nüfus planlaması, eğitim, kamu finansmanına tabidir	Halk Sağlığı, Sağlık Bakanlığı'nın görevidir	Koruyucu sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı'nın görevidir Özel sektör tedavi edici sağlıkta yer alabilir	Sosyal güvenlik sistemi, genel sağlık sigortası herkes için devlet eliyle sağlanır	Verem, BCG aşılması politikası, anne çocuk sağlığı vurgusu ile bağışıklama politikası 15 yıl içinde bölge laboratuvarları kurulması Aşı ekiplerinin kurulması	İthal ikame. Devletin ağırlığının hissedildiği, kamu regülasyonu ile Türkiye'de üretilmeyen etken maddenin yabancı sermaye tarafından girişimi gerekirse engellenir.
2. BYKP (1968)		Sağlığın sosyalleştirilmesi, kamusal hizmet halinde yayılması	Koruyucu sağlık Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Tedavi edici sağlık tamamlayıcıdır	İşçi sigortası- OYAK, Emekli Sandığı düzenlemeleri ile Bağ-kur olasılığının gündeme gelmesi	Tüberkülozla savaş Anne çocuk sağlığı Koruyucu hizmet toplum sağlığını korur, toplumun bedenini devlet korur. 16 bölge kurulması, sağlık ocaklarının sayısı artırılması, aşı ekiplerinin artırılması Aşı kampanyaları, işbirlikleri ve Hıfzısıhha bölgelerinin artması	İthal ikameci. Yerli sermaye ile kurulan ilaç ve aşı laboratuvarlarının desteklenmesi
3. BYKP (1973)	Kamu finansmanı %94.4'tür Bütünleşmiş, ulusal sağlık sistemi Sağlık sisteminin tek elden idaresi öngörüldür.	Sağlığın sosyalleştirilmesi Sağlık şartlarının topyekun iyileştirilmesi Bölgelerarası dengesizliğin giderilmesi	Koruyucu hekimliği yaygınlaştırıp tedaviye olan aşırı talebin önlenmesi mümkün olmamıştır. Çevre, anne, çocuk, aile planlaması yeterli değil. Koruyucu sağlık ön planda olmalı.	İşsizlik sigortası Sosyal sigortaların yaygınlaştırılması İlaç israfı ve yüksek harcamanın düşürülmesi Kademeli sağlık sigortası		Sağlık Bakanlığı, Hıfzısıhha altında Devlet İlaç Kontrol Laboratuvarı kurar, Ar-Ge çabalarına önderlik eder. Yabancı sermayeli firma üretimi ilaçlarla, yerli firma tarafından teknik bilgi dış ödemesi yapılabilir Sağlık Bakanlığı bu şekilde üretilen ilaçların ihracatının artırılması için tedbir alır.
4. BYKP (1979)	Yatırımlarda kamu finansmanı ağırlıkta Özel varlığına ilişkin görüş başlıyor Sağlık Bakanlığı özel finansmanı denetler.	Sağlık hizmetlerini herkesin eşitçe yararlanabileceği şekilde tüm yurda yaymak ve etkinleştirmek Sosyalleşme yeterince gerçekleşmemiştir "Birey" vardır Yine de hedef hala toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmektir	Koruyucu sağlık ve sosyalleşme yeterince sağlanamamıştır Tedavi ve koruyucu sağlık bütün olarak algılanır Koruyucu ve tedavi edici sağlık yatırımları karşılaştırıldığında tedavi edici hizmetler az farkla önündedir	Sigortadan yararlanmaların sayısı artmaktadır Sağlık hizmeti sosyalleşmesi kapsamında ve sigorta dışında kalanların sağlık gereksinimini devlet karşılar	Bulaşıcı hastalık ile mücadele çevre sağlığı kapsamında daha bütüncül ele alınmıştır	Devlet İlaç Kontrol laboratuvarı yerli ve yabancı üretimi kontrol ve standardize eder fakat müstahzar denetimi sorunu bulunmaktadır

5. BYKP (1985)	Sağlık hizmetinden bütün vatandaşların en iyi şekilde fayda sağlaması esastır Dengeli yaygınlaştırma	Eşit sürekli etkili ulaştırma Sosyalizasyon değil yaygınlaştırma vurgusu “Fert” vardır Vatandaş ve devlet arasında bilgi akışını sağlayacak organizasyon vurgusu	Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin tüm yurttaki yeterli etkili yaygınlığı Mevcut kurumlar tedavi ve koruyucu sağlık için bütünleşmeli Tedaviden koruyucu sağlığa kademeli geçiş Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri ailenin sağlığı için vurgusu	Sağlık sigortasına geçiş Devlet üniversite SSK hastaneleri işbirliği imkanlarını geliştirme Göç veren ve doğurganlığı yüksek yerlerde sağlık hizmetinin gözden geçirilmesi Bütün vatandaşların sağlık hizmetinden yararlanması	Sağlık hizmeti yaygınlaştırması kapsamında sağlık evi sayısının artışı	Sağlık kuruluşları hizmet verimliliği için işletmecilik anlayışı Özelde ücret serbestisi Kamu hizmeti satın alabilir Özel sağlık teşvik edilir İlaçta %15.7 ihracat artışı hedeflenir Tıbbi ilaç ihracat artışı %5.2 hedeflenir
6. BYKP (1990)	Sağlık hizmeti finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi Özel finansmanın desteklenmesi Eğitim ve sağlık yatırımları öncelikli	Tüketicinin korunmasına ilişkin politikalar	Yaygınlaştırma ve koruyucu sağlığa önem verilmesi Koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve entegrasyonu Koruyucu sağlıkta etkinsizlik tedaviye olan talebi arttırmaktadır	Yönetim, kaynak, norm birliği ile sağlık sigortası kapsamı genişletilecektir	İlaç aşı ve serum, ve kan ürünlerinin üretimini, kalite kontrolünü... ve kullanımını etkinleştirecek düzenlemeler Bağışıklama seviyesi tahmini %75; 1994 yılı hedefi %90 olarak belirlenmiştir	Uluslararası rekabete açılım Modern işletmecilik anlayışı Etkin iletişim ve bilgi kayıt sistemleri Bilim ve teknolojiye üretim ve Pazar yapısına uygunluk çalışmaları Üniversitelerde araştırmaların sanayiye ihtiyacına göre teşvik edilmesi Teknoloji transferi
7. BYKP (1996)	Sağlık reform “birey sağlığı” Toplumun tümünün temel sağlık hizmetine kavuşması Sosyal devlet anlayışı Kamu finansmanı ağırlığı	AT Tüketici Hukuku Uyum Sağlık hizmetinde tüketicinin kesişmesi Sağlıktatüketici tatmininin artırılması Tüketicinin sağlığının korunması	Eleştirel biçimde: tedaviye ağırlık verilmiştir Koruyucu sağlık tamamen sağlık bakanlığının sorumluluğundadır Sağlık bakanlığının sorumluluğu koruyucu sağlık dışında azaltılacaktır	Yeşil kart gibi uygulamalar ile nüfusun %60.1’i sigortalı olmuştur Sigortacılığın hizmet ağı genişletilecektir Sosyal güvenlik hizmet satın alma ile hastane ve hekim seçme hakkı kullanılabilir	Birinci basamak ve aşılama yeterli öncelik verilmemiştir; bağışıklama oranı konusunda yeterli iyileşmeye ulaşamadı Aşı ve serum üretimindeki sorunları giderici politikalarla ihtiyaç vardır	Hastane ve sağlık işletmelerimantığı Tüketici memnuniyeti için reform Katılımcılığın sağlanması Kaynakların etkin kullanımı ve kalite Kamuda rasyonelite GATT ve AT uyumu Veritabanı oluşturulması
8. BYKP (2001)	Özel sektör teşviği sağlık kamu finansmanına olan ihtiyaç artıyor	Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması Emeklilikte özelleştirme Bireyin inisiyatifine bırakılan sağlık hizmeti anlayışı “ birey” ve aile kendi sağlığını korur geliştirir tüketicileşme	Koruyucu sağlık hizmetlerinde (I. Basamak) yetersizlik özeleştirisi yapılması Aile Hekimliği modelinin önerilmesi Koruyucu sağlık halen Sağlık Bakanlığı’nın- ulus devletin- sorumluluğunda Tedavi, kamu, özel ve kamu birlikte yürütülebilir Aşı üretimi ve sağlama devletin görevidir Koruyucu sağlık konusunda mevzuat ve kamu politikası oluşturulması gerekliliği Koruyucu sağlıkta öncelik vurgusu	Sigortalı %86.4’e ulaşmıştır Sağlık hizmeti sunumu ve sağlık sigortası ayrılmalı	Aşı üretim kapasitesinin geliştirilmesi Hıfzıssıha’nın referans kurum haline getirilmesi	İşletmecilik anlayışı Hastanecilikte idari,mali özerkliğe vurgu Uluslararası rekabet ortamı Hastane ve doktor seçme hakkı

9. BYKP (2007)	Sağlık sisteminin etkinleştirilmesi (denge sağlanması) Özel sektörün sağlık yatırımlarına teşvik AB uyumu	Sağlık Bakanlığı planlayıcı, deetleyici, düzenleyicidir Tüketici ve birey odaklılık Sağlık hizmeti tüketicisi ve sağlık turizmi fırsatı	Tedavi odaklılık Koruyucu sağlık önemsenmekte	Sağlıklı rekabetçi sigortacılık anlayışı Sağlıkta dönüşüm programı Genel Sağlık Sigortası	Aşılama göstergelerinde iyileşme Aşı ve antiserum başta olmak üzere yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik sağlık araştırmaları desteği	Aile hekimliğinin tüm illere yayılması Hizmet kalitesi
10. BYKP (2014)	Nitelikli, yaygın, kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti Kamu kaynaklarına ilave olarak kamu özel işbirliği yöntemi Sağlık kamu harcamalarının etkinleştirilmesi	Sağlık tüketicisi vurgusu “sağlıklı yaşam ve hareketlilik” vurgusu Vatandaşın katılımı Sağlıklı hayat tarzına teşvik Rasyonel birey tüketici akılcı ilaç kullanımı Tüketici tercihlerine göre sağlık hizmeti	Tedavi odaklılık Klinik müdahale odaklılık “Sağlıklı hayat” vurgusu; I. Basamaktan bahsedilmemesi, 2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerine önem verilmesi Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetinin geliştirilmesi Koruyucu sağlık hizmetis Sağlıklı olmanın bir parçası Koruyucu sağlık: Erken Teşhis	Zorunlu genel sağlık sigortası Sağlık sigortacılığı teşviki Tamamlayıcı sigortalar	Aşılama oranı %97’ye ulaşmıştır Hastalıklar bulaşıcı hastalıklardan tedaviye doğru kaymaktadır “Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı” ile üretimin desteklenmesi Yerli üretimin ve ihracatın uluslararası yükümlülöklere uygun şekilde desteklenmesi	“Kamu işletmeciliği” Sağlık turizmi Şehir hastaneleri ve sağlık kampüsleri Üreticiliğe geçiş

Çizelge 5.6 Özel İhtisas Komisyonu Raporları bulgu özeti

	Biyoteknoloji	Aşı
8. BYKP ÖİKR Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji (2000)		Rekombinant aşılarda önemi artmaktadır Rekombinant aşılarda (Hepatit B) modern biyoteknolojinin ekonomik değerini gösterir Rekombinant aşı alanlarında küresel büyüme beklentisi
8 BYKP Sağlık Hizmetlerinde Etkinliği (2001)		Aşılamaya programına Hemofilus influenza tip B, kızamıkçık, kabakulak ve konjuge pnömokok eklenmesi
8. BYKP ÖİKR İlaç Sanayi (2001)	Etik, çevre ve tüketiciyi koruma kanunları, biyoteknoloji alanında genel bir yasal çerçevenin oluşturulmasını zorlaştırmaktadır. (85)	Aşılar ithalatın ve tüketimin malzemesidir Biyoteknoloji öncelikli alan Onkoloji, hematoloji ilaçlarının öncelikli olması Aşıda yeniden üretime başlanması önerisi Kamu-sanayi işbirliği
10. BYKP İlaç Çalışma Grubu (2014)		Aşılamaya programına dünyada önde gelen aşılarda ilave edilmiş, DSÖ Avrupa aşılamaya oranları aşılmıştır TÜBİTAK Teşvikinin yalnız %1,7'si ilaç sanayiine aittir.

Çizelge 5.7 Modernite-postmodernite bağlamında siyaset, biyopolitika ve vatandaşlık

	Üretim	Hukuk	Yönetim	Biyopolitika/Özne	Vatandaşlık
Modernite (1800-1980)	Katı Üretim	Geniş Kamu Hukuku Alanı	Bakanlıklar	Ulus Devlet İçinde Parti Siyaseti	Ulus Devlet Vatandaşlığı
	Seri imalat		Geniş Bürokrasi Hakimiyeti	Ulus Devletin Biyopolitika Alanında Genişlemesi	Toplumsal çıkar
	Kitle Üretim			Temsili Kapitalist Siyaset	
				Siyasal Alanın Genişlemesi	
Postmodernite (1980-...)	Esnek Üretim	Genişleyen Özel Hukuk Alanı	Sınırlı Sayıda Temel Bakanlıklar	Yönetişimci Kapitalist Siyaset	Tüketici Vatandaşlık
	Birey Esaslı Üretim		Bağımsız Düzenleyici Kurullar	Uluslararası Örgütler	Bireysel Çıkar
			Rasyonel Tüketim	Özel Sektör	Katılımcılık
	Sivil Toplum Kuruluşları			Özel Sektör Ağırlıklı	Küreselleşme
				Devletin Biyopolitika Alanında Daralması	Ulus Devleti Aşan Dayanışma

6 TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye Cumhuriyeti'nin temel kamu politika belgeleri olan Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları sağlık üzerinden geliştirilen biyopolitika ve vatandaşlık uygulamalarının önemli göstergelerini oluşturmaktadır. Türkiye'de, 1963 yılından günümüze on adet kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu planlar çerçevesinde Türkiye, tıbbi biyoteknolojik ürün niteliğindeki aşı konusunda da vizyonunu, hedeflerini, öncelikli alanlarını ve eylem planlarını bu belgeler aracılığıyla oluşturmuştur.

Bu çalışma kamu politikalarında dönüşümü Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler açısından tıbbi biyoteknoloji kapsamındaki aşılarda üretim ve kullanımının açıklayabilecek nitelikte olduğunu esas almaktadır. Bu çerçevede Kalkınma Planları ve Özel İhtisas Komisyonu Raporları üzerinden, tıbbi biyoteknolojik ürünlerdeki gelişmelerin, Türkiye'de biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları kapsamında kamu politikalarının yapım ve uygulamalarında değişim/dönüşümüne neden olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla, bu tez, tıbbi biyoteknolojik ürünlerdeki gelişmelerin Türkiye'de biyopolitika alanında kamu politikalarının yapım ve uygulamalarında değişim/dönüşümüne neden olduğunu göstermektedir.

Tezin bulgularından yola çıkarak moderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin biyopolitika açısından “Toplum” odaklı politikalarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Moderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin biyopolitika açısından bütüncül bir “toplum” odaklı politikalarla ilişkili olduğu görülmüştür. Bu yönüyle Foucault'nun (13) modernite ile ilişkilendirdiği disiplin ve ıslah odaklı, nüfusun, dolayısıyla da tüm toplumun etkilenmesini hedefleyen biyopolitika anlayışını desteklemektedir. Kalkınma Planlarının sağlık politikası çerçevesinde biyopolitika çerçevesi, toplum odaklı ve birey odaklı biçiminde farklılık göstermiştir. Bu farklılık, modernitenin sonuçlarının zirve yaptığı 1960'ların sonrasında bir dönüşüm şeklinde kendini hissettirmiştir. Ayrıca bulgular, Türkiye'nin 1963-1989 yıllarını kapsayan ilk dört kalkınma planı döneminde, moderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin vatandaşlık uygulamaları açısından “ulus devlet vatandaşlığı” odaklı politikalar geliştirdiğini göstermektedir.

Postmodernitenin ve küreselleşmenin ilk etkilerinin hissedildiği 1980’ler itibariyle biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları kapsamında kamusal sağlık politikalarında değişim hızlanmıştır. Tezin bulgularında postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin biyopolitika açısından “birey” odaklı kamusal sağlık politikaları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bulgular, Hardt ve Negri’nin (70) küreselleşmenin, demokratikleşme ve eşitlik anlayışının, teknoloji açısından gelişmekte olan ülkeler üzerinde yeni bir eşitsizliğe yol açtığı yönündeki kuramsal yaklaşımından hareketle Türkiye’nin aşı üretimi konusunda küresel gelişmelerden etkilendiği gözlenmiştir. Benzer yönde eleştiriler kuramsal biçimde Rifkin (39) tarafından biyoteknoloji özelinde getirilirken, Rabinow ve Rose (102,155) yeni bir sermaye biçiminin, *biyokapitalin* ortaya çıktığını öne sürer. Bu çerçevede yalnız yeni bir “yaşam” tanımı ve biyopolitika değil, aynı zamanda yeni bir sermaye temelli eşitsizliğe doğru yönelim olabilmektedir.

Bulgular, postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin vatandaşlık uygulamaları açısından “tüketici vatandaş” odaklı kamusal sağlık politikaları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Soper’in kavramsallaştırdığı biçimiyle tüketici vatandaşlık kavramının (82), postmoderniteye özgü birey-devlet-piyasa ilişkisi çerçevesinde açıklayıcı olduğu görülmüştür.

Moderniteye özgü geliştirilmiş olan kamusal sağlık politikalarına paralel biçimde bağışıklama çalışmalarında kamu finansmanının ağırlıkta oluşunun aksine, postmodernite çerçevesinde özel sektörün sağlık hizmetine girişi hızlanmış ve teşvik edilmiştir. Özel sektörün varlığını hissettirdiği sağlık alanında, diğer pek çok alanda olduğu gibi, tüketicinin korunmasına ilişkin ilkeler önemslenmiştir. Toplum sağlığı için bireyin sağlığı özel sektörün yardımıyla ve işletmecilik anlayışının hayata geçişi ile mümkün olacağı planlanmıştır.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, postmoderniteye özgü biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları için zemin oluşturması bakımından önemlidir. Yedinci BYKP itibariyle postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünlerin biyopolitika açısından “birey” odaklı kamusal sağlık politikaları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Postmoderniteye özgü üretim teknolojileri ile geliştirilen tıbbi biyoteknolojik ürünler vatandaşlık uygulamaları açısından “tüketici vatandaş” odaklı kamusal sağlık politikaları ile ilişkilidir. AT’ye uyum çerçevesinde AT Tüketici mevzuatının uyumlaştırılması için girişimlerde bulunulmuştur. Kamusal sağlık politikası açısından sağlık hizmetinden yararlananlar, tüketici olarak anılmaktadır. Bu plan döneminde, koruyucu sağlık halen devletin görevi olarak görülürken, tedavi edici sağlık hizmetlerinde özel kesim ve bireyin sağlığı ön plana çıkar. Biyoteknoloji, uluslararası rekabetin bir parçası olarak ele alınmıştır. Aşı özelinde ve bağışıklama konusunda da plan, aşı ve serum üretimindeki sorunlara dikkat çekmiştir.

Postmodernite içinde ikinci kırılma kamusal sağlık politikalarındaki değişim ile birlikte 2000’li yıllar itibariyle yaşanmıştır. Sekizinci Kalkınma Planı, teşvikler ile sağlık sektörel sabit yatırımlarında özel sektörün kamu yatırımlarını yakaladığını gösterir. Özel sektör yatırımlarındaki bu artış karşısında, kamu yatırımlarında da artış olacağı öngörülmüş, bunun sebebi ise tedavi edici hizmetlere duyulan ihtiyaç, koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizlik olarak gösterilmiştir.

Postmoderniteye ilişkin biyopolitika ve vatandaşlık uygulamaları kapsamında en önemli politika belgelerinden biri olan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini, dolayısıyla aşılama hizmetlerini halen ulus devlet sorumluluğunda görmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ve aile hekimliğinin yerleştirilmesine önem verilmektedir. Özel ile kamu arasında oluşturulacak takip mekanizması, biyopolitika konusunda kamunun tekelinin özel ile paylaşıldığını göstermektedir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlıkta Dönüşüm ile işletmecilik anlayışına, mali ve idari özerkliğe dayanan hastanecilik anlayışına geçilmesini öngörmesi, ve aynı anda koruyucu sağlık ve aşı üretimi kapasitesini önemsemesi bakımından önemlidir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Biyogüvenlik ve Biyoteknoloji Özel İhtisas Komisyonu Raporu daha detaylı şekilde aşı ve serum üretimi biçiminde değişiklik olduğunu ve rekombinant aşılardan ekonomik öneminin arttığını vurgular. Bireyin tedavi hizmetlerinde tüketici konumunda olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinde ise vatandaşlık konumunu koruduğu görüşü hakimdir. Bu çerçevede bireyin, tedavi edici hizmetlerde rasyonel tüketici, koruyucu hizmetler bağlamında bilinçli bir vatandaş olması beklenmektedir.

AB katılımının önem kazandığı, sağlık sisteminin etkinleştirilmesinin ön plana çıktığı, özel sektörün teşvik edilmesinin planlandığı Dokuzuncu BYKP Sağlık Bakanlığı’nın denetleyici ve

düzenleyici rolüne atıf yapar. Dokuzuncu BYKP bu haliyle, Sekizinci BYKP'nın uygulayıcısı konumundadır. Birey, bu sistemde takibi dijital veri tabanlarıyla mümkün kılınan, tüketicidir. Bu tüketici kesimin içinde yalnız vatandaşlık bağı ile devlete bağlanan kişiler değil aynı zamanda sağlık turizminden yararlananlar da bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkarken, sağlık hizmeti bir fırsat alanı olarak nitelendirilir.

Paralel biçimde, öngörülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile akılcı ilaç kullanımı ve takibi ile sağlıklı, rekabetçi bir sigortacılık anlayışı desteklenir. Plan döneminde aşılama ile ilişkin iyileşme kaydedilmiştir. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, aşılarda ithalat ve tüketimin malzemesi olduğunu aşıda yeniden üretime başlanması gerektiğini ve kamu-sanayi işbirliklerinin teşvik edilmesini uygun görür. Özel olarak aşı ve serum üretimine olan ilgi artmıştır ancak özel ihtisas komisyonu raporu önceliği onkoloji ve hematoloji ilaçlarına vermiştir. Bağışıklamanın desteklenmesi Sağlık Bakanlığı için önem taşımakta, üretim ve dağıtım konusunda devletin rolünün ise küçüldüğü anlaşılmaktadır. Buna rağmen aşı ve serum üretimi yaşam kalitesini yükselten sağlık araştırmalarına dayanmaktadır. Bunların desteklenmesi gerektiğine ilişkin açıklamalar dikkat çekmektedir. Aşı ve ilaç kullanımının bireyler üzerinden takibini sağlayacak bir sağlık veri tabanının oluşturulması biyopolitikanın bireylerin üzerinden kurgulandığını göstermektedir. Bu takibin ilk aşaması da koruyucu ve temel sağlık hizmetleri basamağı olan aile hekimliği üzerinden sağlanmaktadır.

2000'li yıllardan itibaren görülen birey ve toplum çıkarı arasında koruyucu sağlık hizmetleri açısından denge kurma çabasına uygun biçimde, Dokuzuncu BYKP, toplum çıkarını önceleyen önlemlerin gerekliliğine, dolayısıyla da uluslararası sistemin içinde kalarak üretim kapasitesinde artışın önemini belirtir. Vatandaşlık sözcüğü, katılımcılık, verimlilik, memnuniyet, şeffaflık ve hesap verebilirlik ile birlikte geçmektedir. Tüketicilere ilişkin vurgular, sağlık ve biyoteknoloji kapsamında da yapılmıştır. Dolayısıyla, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile tüketici vatandaş sağlık ve biyoteknoloji ilişkisinde kırılma yaşandığını söylemek mümkündür.

Dokuzuncu BYKP'nda olduğu gibi Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı da Sekizinci BYKP'nın uygulayıcısı niteliğindedir. Sağlıkta tüketicileşme netleşmektedir. Kamu harcamalarının etkinleştirilmesine yönelik ifadeler bulunmaktadır. Halk sağlığı anlayışı yerini,

“sağlıklı yaşam ve hareketlilik” ile sağlıklı hayat tarzını benimsemiş bireylerin teşvik edilmesine, akılcı ilaç kullanan rasyonel tüketicilerin varlığına bırakmıştır. Plan, tedavi edici hizmetlere vurgu yaparken, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin bir öngörude veya planda bulunmaz. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı olmanın bir parçası olarak görülmektedir. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde (2014-2018) zorunlu genel sağlık sigortası ile sigortalı sayısı vatandaşlar açısından genişletilmeye çalışılırken, özel sağlık sigortası seçeneği ve tamamlayıcı sağlık sigortası ile hem alternatif hem de kişisel katılımın olduğu bir sigortacılık anlayışı hakim olmuştur.

Söz konusu dönemde, aşılama oranı göstergelerindeki iyileşmeden yola çıkarak, bağışıklama hizmeti sorun olarak görülmemiştir. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu da benzer biçimde bağışıklama konusunda Türkiye’nin başarılı olduğunu ifade eder. Ayrıca sağlık hizmetlerinin etkinliği raporu aşılama programına eklediği aşilar ile Türkiye’nin aşılama konusunda tüketim ve kullanım odaklı gelişme sağladığını gösterir. Rapor ilaç sanayiinin TÜBİTAK ve Ar-Ge teşvikinin artırılması gerektiğine vurgu yapar. Onuncu Kalkınma Planı dolayısıyla bağışıklamaya ilişkin somut bir vizyon içermez. Yalnız Türkiye’nin tüketici olduğu kadar üretici hale gelmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu üretim, özellikle kişiye özel ilaç ve cihazların tüketiminin yüksek maliyeti sebebiyle gerekli görülmektedir.

Genel tıbbi biyoteknolojik ürün olarak aşı ile ilgili üretilen politikalara bakıldığında, toplumsal çıkar ve bireysel çıkar politika belgelerinde ayrıştırılmış, risk yönetimi ve Beck’in (8) kavramsallaştırmasıyla risk toplumu söz konusu olduğunda halk sağlığı anlayışına ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Dolayısıyla yeni bir halk sağlığı anlayışı olduğunu söylemek mümkündür. İthalat ve küreselleşme bağlamında artık devlet ve devletin kurumları da tüketici konumundadır. Vatandaşlık ilişkisinde devlet-birey bağı, sadakat gibi cumhuriyetçi temeller yerini bireyin tüketici olmaktan kaynaklanan tüketici-devlet-piyasa üçgenine bırakmıştır. Devlet bireyi artık yalnızca vatandaş kimliği ile değil aynı zamanda risk toplumu içinde tüketici olarak da görmektedir. Bu politik yaklaşım, tüketicinin bireysel çıkar ile toplumsal çıkar arasındaki ilişkiyi genelde ileri teknolojiler, özelde tıbbi biyoteknoloji kapsamında aşilar konusunda bilinçlendirme gerçekleştiğinde mümkün olabileceğini varsayar.

Sözkonusu varsayım ile yola çıkıldığında aşının tüketici vatandaşın tercihi ve toplumsal çıkarı gözeterek tüketeyeğine uygun biçimde politikalar geliştirildiği söylenebilir. Tez çalışması, Topçu ve arkadaşlarının (97) yürüttüğü çocukluk çağı aşı reddine ilişkin sosyo-demografik karakterleri saptamaya yönelik hekim bakış açısıyla yürütülen çalışmaya ek olarak literatüre siyaset bilimi kavramlarından hareketle kamusal sağlık politikaları açısından farklı bir bakış açısı getirmektedir.

Bu tez çalışması, tıbbi biyoteknoloji kapsamında aşların üretim ilişkilerindeki değişimi, kamusal sağlık politikasındaki değişimdeki yerini, biyopolitika ve vatandaşlık uygulamalarındaki dönüşümünü göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Gelişmekte olan ülkeler için bir temsil örneği olabilecek araştırma, gelişmiş ülkeler için temsili ve geçerliği yüksek olan farklı tıbbi biyoteknolojik ürünlerin politika belgelerindeki yeri incelenerek karşılaştırma olanağı sunabilir. İdare hukuku, kolluk hizmeti ve aşılama arasındaki ilişkiye ilişkin yapılacak bir hukuki araştırmada kuramsal çerçeve olarak kullanılabilir. Cebir, beden politikası, aşı ilişkisi ve aşı kanunu tartışmaları kapsamında kaynak olarak kullanılabilir.

Bu çalışma, benzer metodoloji ile tarımsal biyoteknoloji ve çevre biyoteknolojisi alanlarına da Türkiye örneği üzerinden uygulanabilir. Çalışma, kamusal sağlık politikası bağlamında önemli bulgular içermektedir. Tezin bulguları, son dönem bağışıklama ile ilgili yaşanan aşı reddi gibi sorunlara makro ölçekte açıklama getirebilir. Biyoteknoloji ve aşı konusunda politika yapıcılara bir kaynak oluşturabilecek olan çalışma, aynı zamanda yaşam bilimleri ve sosyal bilimler arasında kavramsal bir köprü niteliği taşıyabilir. Ayrıca tıbbi biyoteknolojik ürünler kapsamında aşı politikalarının ekonomi politik yaklaşım ile araştırılmasının bir temelini de oluşturabilir.

7 KAYNAKLAR

1. Saygın AU. Anthony Giddens’ın Sosyolojisinde Modernliğin Boyutları. Cilt [Internet]. 2016 [cited 2018 May 4];1(2):69–80. Available from: <http://asosindex.com/cache/articles/anthony-giddens-in-sosyolojisinde-modernligin-boyutlari-f2662.pdf>
2. Bauman Z. Akışkan Modernite. 2nd ed. Çavuş SO, editor. İstanbul: Can Yayınları; 2017.
3. Heywood A. Siyasi İdeolojiler. 3rd ed. Köker L, editor. İstanbul: Adres Yayınları; 2011.
4. Şaylan G. Postmodernizm. 5th ed. Ankara: İmge; 2016.
5. Koyuncu E. Foucault’nun Siyaset Felsefesinde Biyopolitikanın Doğuşu. In: Kartal O, editor. Biyopolitika Foucault’dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri Cilt 2. Nota Bene; p. 21–60.
6. Şener HE. Kamu Yönetiminde Postmodernizm. In: Aksoy Ş, Üstüner Y, editors. Kamu Yönetimi: Yöntem ve Sorunlar. Ankara: Nobel; 2007. p. 31–47.
7. Giddens A. Modernliğin Sonuçları. 8th ed. Kuşdil E, editor. Ayrıntı; 2018.
8. Beck U. Risk Toplumu : Başka Bir Modernliğe Doğru. 1st ed. Doğan B, editor. İstanbul: İthaki; 2011.
9. Nişanyan S. biy(o)+ etimoloji [Internet]. [cited 2017 Oct 13]. Available from: <http://www.nisanyansozluk.com/?k=biyo&x=0&y=0>
10. Lemke T. Bio-politics An Advanced Introduction. New York and London: New York University Press; 2011.
11. Özdil K. Aşağıdan Biyopolitika: Biyoiktidarın Yeni Çağı ve “Yaşam Siyaseti.” In: Kartal O, editor. Biyopolitika Foucault’dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri Cilt 2. Ankara: Nota Bene; 2016. p. 259–97.

12. Turner BS. *Regulating Bodies Essays in Medical Sociology. Regulating bodies.* London and New York: Routledge; 2002. 99 p.
13. Foucault M. *Birth of Biopolitics (Michel Foucault: Lectures at the College De France 1978-79).* Senellart M, Ewald F, Fontana A, editors. Vol. 16. New York: Palgrave Macmillan; 2008. 368 p.
14. Hardt M, Negri A. *Çokluk.* 1st ed. Hardt M, Negri A, editors. İstanbul: Ayrıntı; 2004. 382 p.
15. Frankenfeld PJ. *Technological Citizenship : A Normative Framework for Risk Studies.* *Sci Technol Hum Values.* 1992;17(4):459–84.
16. Akar B, Özgen Ö. *Teknolojik Vatandaşlık ve İnsan Genetiğinin Ticarileşmesi ile İlgili Risk Algıları. Üçüncü Sektör Sos Ekon.* 2011;46(2):1–24.
17. Kadioğlu A. *Vatandaşlık Kavramının Farklı Anlamları. In: Vatandaşlığın Dönüşümü Üyelikten Haklara.* İstanbul: Metis; 2008. p. 21–30.
18. Şüküroğlu VK. *Tüketici Vatandaşlık ve Kurumsal Sosyal Sorumluluk. Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Süreli Elektronik Dergi.* 2016;43:217–40.
19. Mehta MD, Gair JJ. *Social, political, legal and ethical areas of inquiry in biotechnology and genetic engineering. Technol Soc.* 2001;23(2):241–64.
20. Özgen Ö, Emiroğlu H, Taş AS. *Tüketiciler ve Modern Biyoteknoloji: Model Yaklaşımlar.* Ankara: Ankara University Biotechnology Institute Publishing No:1; 2007. 254 p.
21. Akçelik M. *Genetik Mühendisliği ve Yaşamımızdaki Yeri. In: Biyogüvenl.* Ankara: Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü Yayınları No:2; 2007. p. 5–18.
22. Akar B. *Tıp Fakültesi Öğrencilerinin İnsan Genetiği Uygulamalarına Yönelik Risk Algıları ve Etik İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. [Ankara]: Ankara University; 2010.*

23. European Commission. Biotechnology - European Commission [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://ec.europa.eu/growth/sectors/biotechnology/>
24. Taş AS. Tüketicilerin biyoteknolojik uygulama ve ürünlere yönelik tutumları üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi. Ankara University; 2007.
25. Bağış H, Dündar M. Modern Biyoteknoloji Uygulamaları. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları; 2010.
26. Caulfield T. The commercialization of human genetics: Profits and problems. Vol. 4, Molecular Medicine Today. 1998. p. 148–50.
27. Joly Y, Caulfield T, Knoppers BM, Harmsen EEF, Pastinen T. The commercialization of genomic research in Canada. Vol. 6, Healthcare Policy. 2010. p. 24–32.
28. World Health Organization. European Vaccine Action Plan 2015-2020 [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 22]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua=1
29. World Health Organization. Vaccines and immunization [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2018 Jun 22]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/vaccines-and-immunization>
30. World Health Organization. How vaccines work. 2018 Jun 22 [cited 2018 Jun 22]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/vaccines-and-immunization/how-vaccines-work>
31. Arda M. Biyoteknoloji. 2nd ed. Ankara: Kükem Derneği Bilimsel Yayınlar No:2; 1994.
32. Pehlivan T, Altınel S. Aşılar Tüm Bilmek İstedikleriniz. 2nd ed. İstanbul: Sanofi Pasteur; 2009.
33. Bauman Z, Lyon D. Akışkan Gözetim. 2nd ed. Çev. Yılmaz E, editor. İstanbul: Ayrıntı;

2013.

34. Berman M. Katı Olan Her Şey Buharlaşıyor. 19th ed. Altuğ Ü, Peker B, editors. İstanbul: İletişim; 2017.
35. Baumann G. Body Politic or Bodies of Culture? How Nation-State Practices Turn Citizens into Religious Minorities. *Cult Dyn*. 1998;10(3):263–80.
36. Karakaya AE. Kimyasaldan Gıdaya Doz ve Risk. Ankara: Arte; 2018.
37. Sherman IW. Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık. Çev. Tümbay E, Arıg Küçük M, editors. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları; 2016.
38. NG. Tarihin En Büyük Salgınları - National Geographic Türkiye [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 1]. Available from: <http://www.nationalgeographic.com.tr/makale/kesfet/tarihin-en-buyuk-salginlari/1308>
39. Rifkin J. The Biotech Century. Vol. 32, Futures. 2000.
40. Arendt H. Totalitarizmin Kaynakları 1- Antisemitizm. 4th ed. İstanbul: İletişim; 2014.
41. Berkes N. Türkiye’de Çağdaşlaşma. 7th ed. Kuyaş A, editor. İstanbul: YKY; 2005.
42. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Teşkilatı Esasiye Kanunu [Internet]. 1924. Available from: <https://anayasa.tbmm.gov.tr/docs/1924/1924-ilkhali/1924-ilkhali.pdf>
43. Özkan O. Dr. Refik Saydam Özel Sayısı. Sağlık ve Sos Yardım Bakanl Sağlık Bülteni. 1982;1(3):10–4.
44. Töreci K. Aşıların Tarihçesi. In: Badur S, Bakır M, editors. Aşı Kitabı. İstanbul; 2012.
45. Eroğlu H, DİNÇ G, ŞİMŞEK F. Osmanlı İmparatorluğunda Telkîh-i Cüderi (Çiçek Aşısı) The Smallpox Vaccine in the Ottoman Empire. *Milli Folk*. 2014;26(101):193–208.
46. Temel M. Birinci Dünya Savaşı ve Mütareke Yıllarında Türkiye’deki Bulaşıcı ve Zührevi Hastalıklara Karşı Alınan Önlemler. *İlmi Araştırmalar*. 1998. p. 227–43.

47. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aşının Tarihçesi [Internet]. Aşı Portalı. 2018 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/33-ashinin-tarihçesi.html>
48. Başustaoğlu A. Bir Nefes Sıhhat Tevfik Sağlam’ın Yaşamı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2016.
49. TTB. Aşı Pazarı Can Pazarı / Aşı Üretiminin Perde Arkası [Internet]. [cited 2019 May 13]. Available from: http://www.ttb.org.tr/eweb/asi_brosur/tarih.htm
50. Turgut N. Çevre Hukuku – Karşılaştırmalı İnceleme. Ankara: Savaş Yayınları; 1998.
51. Hasdemir TA. Kamusal İletişimde Bilgi Edinme Hakkı. Ankara: Dipnot Yayınları; 2007.
52. Kartal F. Dışlayıcı Bir Kurum Olarak Yurttaşlığın Evrimi: Polis’ten Küresel Düzene. In: Kartal F, editor. Yurttaşlık Tartışmaları Yeni Yaklaşımlar. 1st ed. Ankara: TODAİE; 2010.
53. Schuck PH. Liberal Citizenship. In: Isin EF, Turner B, editors. Handbook of Citizenship Studies. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2002.
54. Turner B. Bir Vatandaşlık Kuramının Anahatları. In: Vatandaşlığın Dönüşümü Üyelikten Haklara. İstanbul: Metis; 2008. p. 107–39.
55. Isin EF, Turner BS. Handbook of Citizenship Studies. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2002.
56. Marshall TH. Yurttaşlık ve Toplumsal Sınıflar. In: Marshall TH, Bottomore T, editors. Yurttaşlık ve Toplumsal Sınıflar. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2006.
57. Gellner E. Nations and Nationalism. Oxford: Basil Blackwell. 1983.
58. Durgun Ş. Cumhuriyetçi ve Liberal Anlayış Çerçevesinde Türkiye’de Vatandaşlık Sorunsalı [Internet]. Vol. 1, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010 [cited 2019 Mar 12]. Available from:

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/254097>

59. Kartal F. Giriş. In: Kartal F, editor. Yurttaşlık Tartışmaları Yeni Yaklaşımlar. 1st ed. Ankara: TODAİE; 2010.
60. Kapani M. Politika Bilimine Giriş. Ankara: Bilgi; 2002.
61. Slovic P. Perception of Risk. Science (80-). 1987;236(4799):280–5.
62. Auberson-Huang L. The dialogue between precaution and risk. Nat Biotechnol [Internet]. 2002;20(11):1076–8. Available from: <https://doi.org/10.1038/nbt1102-1076>
63. Aybay R. “Teba-i Osmani”den “T.C. Yurttaşı”na Geçişin Neresindeyiz? In: 75 Yılda Tebaa’dan Yurttaş’a Doğru. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Tarih Vakfı; 1998. p. 37–42.
64. Keyman F, İçduygu A. Türk Modernleşmesi ve Ulusal Kimlik Sorunu: Anayasal Vatandaşlık ve Demokratik Açılım Olasılığı. In: 75 Yılda Tebaa’dan Yurttaş’a Doğru. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları Tarih Vakfı; 1998. p. 169–80.
65. Üstel F. “Makbul Vatandaş”ın Peşinde II. Meşrutiyet’ten Bugüne Vatandaşlık Eğitimi. 7th ed. İstanbul: İletişim; 2016.
66. Kadioğlu A. Türkiye’de Vatandaşlığın Anatomisi. In: Kadioğlu A, editor. Vatandaşlığın Dönüşümü Üyelikten Haklara. İstanbul: Metis; 2008. p. 167–84.
67. Dr. Refik Saydam 1881-1942 Ölümünün 40. Yılı Anısına. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tanıtma ve İstatistik Birimi; 1982.
68. Şüküroğlu VK. Tüketim Kültüründe Tüketici Vatandaşlık ve Sosyal Sorumluluk. Gazi Üniversitesi; 2017.
69. Heywood A. Politics. 4th ed. New York: Palgrave Macmillan; 2013.
70. Hardt M, Negri A. İmparatorluk. 9th ed. Yılmaz A, editor. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2018.

71. Rose N. Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital. Soc Theory Heal [Internet]. 2007 Feb 5 [cited 2017 Nov 3];5(1):3–29. Available from: <http://link.springer.com/10.1057/palgrave.sth.8700084>
72. Agamben G. Kutsal İnsan, Egemen İktidar ve Çıplak Hayat. 2nd ed. İstanbul: Ayrıntı; 2013.
73. Negri A. The Labor of the Multitude and the Fabric of Biopolitics [Internet]. rans. Sara Mayo PG and MCEMC, editor. Vol. 2. 2008 [cited 2019 Feb 11]. Available from: http://www.mediationsjournal.org/files/Mediations23_2_01.pdf
74. Özpınar E. How Does the Syrian Refugee Crisis Affect Public Health in Turkey? [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 17]. Available from: <http://www.tepav.org.tr/en/ekibimiz/s/1323/Esra+Ozpınar>http://www.goc.gov.tr/icerik6/temporary-protection_915_1024_4748_icerik
75. WTO. WTO | Services - The GATS: objectives, coverage and disciplines [Internet]. [cited 2018 May 31]. Available from: https://www.wto.org/english/Tratop_e/serv_e/gatsqa_e.htm
76. Sağlık Bakanlığı. Aşı Uygulama Rehberi Hekim dışı Sağlık Personeli İçin Kılavuz [Internet]. T:C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 1999. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/79>
77. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [Internet]. Türkiye Büyük Millet Meclisi; 1961. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10705.pdf>
78. Stevenson N. Consumption, Markets and Culture Consumer Culture, Ecology and the Possibility of Cosmopolitan Citizenship. Consum Mark Cult [Internet]. 2002 [cited 2019 Feb 5];5(4):305–19. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=gcmc20>
79. Lewinsohn-zamir D. Consumer Preferences , Citizen Preferences , and the Provision of

Public Goods. Yale J. 1998;108(2):377–406.

80. Baudrillard J. Tüketim Toplumu. 11th ed. İstanbul: Ayrıntı; 2018.
81. Livingstone S, Lunt P, Miller L. Citizens, consumers and the citizen-consumer: articulating the citizen interest in media and communications regulation. Discourse Commun. 2007;1(185–111).
82. Soper K. Rethinking “the good life”: the consumer as citizen. Capital Nat Social [Internet]. 2004 [cited 2019 Feb 5];15(3):111–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=rcns20>
83. Lekakis EJ. A liquid politics? Conceptualising the politics of fair trade consumption and consumer citizenship. In: The Politics of Consumption. California: Ephemera: theory and politics in organization; 2013. p. 317–37.
84. Stevenson N. Consumer Culture , Ecology and the Possibility of Cosmopolitan Citizenship. Consum Mark Cult. 2002;5(4):305–19.
85. Çitçi O. Yeni Siyaset: Neoliberalizm ve Post-Modernizmin Siyasal Projesi. Near East Univ J Soc Sci. 2008;1(2):2–32.
86. Mayor F, Forti A. Giriş. In: Bilim ve İktidar. Ankara: Tübitak Yayınları; 2008. p. 1–10.
87. Stewart A, Brice P, Burton H, Pharoah P, Sanderson S, Zimmern R. Genetics, Health Care, and Public Policy An Introduction to Public Health Genetics. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo: Cambridge University Press; 2007.
88. Nguyen V-K. Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship [Internet]. 2005 [cited 2017 Nov 2]. Available from: <http://sites.fas.harvard.edu/~psyanth/Downloads-2005/Nguyen-Antiretroviral.pdf>
89. Jessop B. Hegemony, Post-Fordizm ve Küreselleşme Ekseninde Kapitalist Devlet. Yazar B, Özkazanç A, editors. İstanbul: İletişim; 2005.

90. Esendemir Ş. Türkiye’de Dünyada Vatandaşlık Eski Sorular Yeni Arayışlar. Ankara: Birleşik; 2008.
91. UNCTAD. United Nations Guidelines for Consumer Protection [Internet]. Geneva; 2016. Available from:
https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/ditccplpmisc2016d1_en.pdf
92. Türkiye Büyük Millet MEclisi. 1982 Anayasası [Internet]. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi; 1982. Available from:
<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm?Print.x=6&Print.y=7&Print=Sayfay%FD+Yazd%FD>
93. Sirmen LA. Tüketici Hukukunun Amacı ve Özellikleri. Yaşar Üniversitesi Derg [Internet]. 2014 [cited 2019 May 5];01(08):2465–75. Available from:
<https://journal.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2014/01/8-Lale-SİRMEN.pdf>
94. Bocock R. Consumption. London, New York: Routledge; 1993.
95. Ricci C, Marinelli N, Puliti L. The consumer as citizen: the role of ethics for a sustainable consumption. Agric Agric Sci Procedia [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 5];8:395–401. Available from: www.sciencedirect.comtel:..+390552755719
96. McGregor S. Consumer Citizenship: A Pathway to Sustainable Development? In Hamar; 2002 [cited 2019 Feb 5]. Available from:
https://www.consultmcgregor.com/documents/research/norway_keynote.pdf
97. Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Orhon FŞ, Ulukol B. Evaluation of Childhood Vaccine Refusal and Hesitancy Intentions in Turkey. Indian J Pediatr. 2019;86(1):38–43.
98. Novas C, Rose N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. Econ Soc [Internet]. 2000 Jan [cited 2017 Nov 3];29(4):485–513. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03085140050174750>
99. Thacker E. Data Made Flesh: Biotechnology and the Discourse of the Posthuman. Cult

- Crit [Internet]. 2003 [cited 2017 Nov 3];53(1):72–97. Available from:
http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/cultural_critique/v053/53.1thacker.html
100. Braun B. Biopolitics and the molecularization of life. *Cult Geogr* [Internet]. 2007 Jan 29 [cited 2017 Nov 3];14(1):6–28. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474474007072817>
 101. Murray SJ. Thanatopolitics: Reading in Agamben a Rejoinder to Biopolitical Life. *Commun Crit Stud* [Internet]. 2008;5(2):203–7. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14791420802024350>
 102. Rose NS. Politics of life itself : biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century [Internet]. Princeton University Press; 2007 [cited 2017 Dec 10]. 350 p.
 Available from: <https://press.princeton.edu/titles/8314.html>
 103. Helmreich S. Flexible Infections : Computer Viruses , Human Bodies , Nation-States , Evolutionary Capitalism. 2000;25(4):472–91.
 104. Roberts DE. Law, Race, and Biotechnology: Toward a Biopolitical and Transdisciplinary Paradigm. *Annu Rev Law Soc Sci* [Internet]. 2013 Nov 3 [cited 2017 Nov 3];9(1):149–66. Available from:
<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-lawsocsci-102612-134009>
 105. Roberts DE. Race, Gender, and Genetic Technologies: A New Reproductive Dystopia? *Signs J Women Cult Soc* [Internet]. 2009 Jun 19 [cited 2017 Nov 3];34(4):783–804.
 Available from: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/597132>
 106. Clarke AE, Clarke, E. A. Biomedicalization. In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2017 Nov 3]. p. 137–42. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1002/9781118410868.wbehibs083>
 107. Prize N, Frowd PM. State Personhood , Abjection and the United States ' HIV Travel Ban. 2014;

108. Bell C. Surveillance Strategies and Populations at Risk: Biopolitical Governance in Canada's National Security Policy. *Secur Dialogue* [Internet]. 2006 Jun 29 [cited 2017 Nov 3];37(2):147–65. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0967010606066168>
109. Heath D, Rabinow P. An introduction to bio-politics: The anthropology of the new genetics and immunology. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 1993 Mar [cited 2017 Nov 3];17(1):1–2. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01380595>
110. Sune Jepsen K. *Imaginaries of Modernity: STS and Topographies of Power*. Sci Cult (Lond). 2017;
111. Lalli P. La question de confiance en matière de santé (The Trust Issue in the Health Field). SSRN. 2015.
112. Hausman BL. Modernity and Vaccination: What Stories of Vaccine Injury Tell Us about Vaccines as Things. *Narrat Inq Bioeth*. 2017;
113. Kızılcelik S. Kreselleşme, Beden ve şizofreni. *Cumhur Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* [Internet]. 2003 [cited 2017 Nov 2];25(4):89–94. Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/496.pdf>
114. Aslantürk H. Türkiye’de Biyo-İktidar Açısından Sağlık Hizmetleri ve Kadın [Internet]. *Afyonkarahisar niversitesi*; 2012 [cited 2017 Nov 2]. Available from: <http://acikerisim.aku.edu.tr/bitstream/handle/11630/2595/445179.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
115. ankaya H. Dünyanın Düzeltilmesi zerine Bir Araştırma: Genetizm ve İnsan Hakları. *memleket SiyasetYnetim (MSY)* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 2];9(22):295–326. Available from: <http://www.msydergi.com/uploads/dergi/202.pdf>
116. Yetiş E. Türkiye’de Kimyasal Hadımın Olağanst Hali ve Moleküler Biyopolitika. *Kebike* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 2];38:279–89. Available from: https://kebikecdergi.files.wordpress.com/2015/01/bitti_13_emrahorsanyetis_kimyasalhadin.pdf

117. Isin EF. Citizens without nations. 2012;30(1993):450–68.
118. Joseph S. The Public Private: The Imagined Boundary in the Imagined Nation State Community: The Lebanese Case. *Fem Rev* [Internet]. 1997;(57):73–92. Available from: http://uci.worldcat.org/title/the-publicprivate-the-imagined-boundary-in-the-imagined-nationstatecommunity-the-lebanese-case/oclc/22644896420162?referer=brief_results
119. Kancı T. Reconfigurations in the Discourse of Nationalism and National Identity: Turkey at the Turn of the Twenty-first Century. *Stud Ethn Natl* [Internet]. 2009;9(3):359–76. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1754-9469.2009.01057.x>
120. Brubaker R. In the name of the nation: reflections on nationalism and patriotism. *Citizensh Stud* [Internet]. 2004;8(2):115–27. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1362102042000214705>
121. Kancı T, Altınay AG. Educating Little Soldiers and Little Ayşes : Militarised and Gendered Citizenship in Turkish Textbooks. *Swedish Res Inst Istanbul*. 2007;18(Stockholm):51–70.
122. Safran W. State, Nation, National Identity, and Citizenship: France as a Test Case. *Int Polit Sci Rev*. 1991;12(3):219–38.
123. Sadiki L. The search for citizenship in Bin Ali's Tunisia: Democracy versus unity. *Polit Stud*. 2002;50(3):497–513.
124. Sirman N. The making of familial citizenship in Turkey. In: Keyman EF, İçduygu A, editors. *Citizenship in a Global World European Questions and Turkish Experiences*. London and New York: Routledge; 2005. p. 147–72.
125. İnce B. *Citizenship and Identity in Turkey: From Atatürk's Republic to the Present Day*. London, New York: I.B. Tauris; 2012.
126. Miller RA. Rights, Reproduction, Sexuality, and Citizenship in the Ottoman Empire and Turkey. *Signs (Chic)*. 2007;32(2):347–73.

127. Kandiyoti D. Cariyeler bacılar yurttaşlar : kimlikler ve toplumsal dönüşümler. 4th ed. İstanbul: Metis Yayınları; 2013.
128. Toprak Z. Cumhuriyet ve yurttaş 1923-1950. In: Toprak Z, editor. Bir yurttaş yaratmak: Muasır bir medeniyet için seferberlik bilgileri. İstanbul: Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık; 1998. p. 1–117.
129. Üstel F. Yurttaşlık ve Demokrasi. Ankara: Dost; 1999.
130. Öktem K, Seçkiner E. Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetimi Bağlamında Bireyin Yeri: Vatandaş mı Tüketici mi? In: Tüketici Yazıları [Internet]. Ankara; 2010 [cited 2018 Jul 5]. p. 23. Available from: http://www.tukcev.org.tr/images/uploads/tuketici_yazilari_2.pdf#page=24
131. TÜSİAD. Uluslararası Rekabet Teknolojileri: Biyoteknoloji. İstanbul; 2000.
132. KPMG. Sektörel Bakış 2018 - İlaç [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 3]. Available from: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/tr/pdf/2018/01/sektorel-bakis-2018-ilac.pdf>
133. Akın H. Kamusal Siyasa Yapımı ve Siyasa Değişim Kuramları Çerçevesinde Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu Uygulamaları. TODAİE; 2014.
134. Johnson JB, Reynolds HT (Henry T. Political science research methods. 5th ed. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, and Washington, D.C.: CQ Press; 2005.
135. McNabb DE. Research Methods in Public Administration and Nonprofit Management : Quantitative and Qualitative Approaches. 2nd ed. Armonk N.Y.: M.E. Sharpe, Inc; 2008. 458 p.
136. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967) [Internet]. Elektronik. Ankara; 1963. p. 535. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma Planlar/Attachments/9/plan1.pdf>
137. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972) [Internet]. Ankara; 1968. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalknma>

Planlar/Attachments/8/plan2.pdf

138. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977) [Internet]. Ankara; 1973. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/7/plan3.pdf>
139. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983) [Internet]. Ankara; 1979. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/6/plan4.pdf>
140. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985- 1989) [Internet]. Vol. 0. Ankara; 1985. p. 0–3. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/5/plan5.pdf>
141. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994) [Internet]. DPT: 2174. Ankara; 1990. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/4/plan6.pdf>
142. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) [Internet]. Ankara; 1995. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/3/plan7.pdf>
143. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) [Internet]. Ankara; 2001. Available from: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Beş-Yıllık-Kalkınma-Planı-2001-2005.pdf>
144. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara; 2001.
145. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Biyoteknoloji ve Biogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara; 2000.
146. Kalkınma Bakanlığı TC. 10. Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu [Internet]. Ankara; 2014 [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://www.cka.org.tr/dosyalar/OzelIhtisasKomisyonuRaporlari/IlaçÇalışmaGrubuRaporu.pdf>

147. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Biyoteknoloji ve Biyogüvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara; 2000.
148. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu. 2001; Available from: http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/08_ilacSanayii.pdf
149. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013) [Internet]. Ankara; 2007. Available from: <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/2/plan8.pdf>
150. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Plan 2014-2018 [Internet]. Elektronik. Ankara; 2013. p. 212. Available from: [http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/12/Onuncu Kalkınma Planı.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KalknmaPlanlar/Attachments/12/OnuncuKalkinmaPlanı.pdf)
151. Beşe Canpolat Ş. Changes in the Household Structures of the Elderly: Household Projections for Turkey, 2016-2050. Turkish J Geriatr [Internet]. 2018;21(2):193–205. Available from: http://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_1038.pdf
152. TÜSEB. Kurumların Aşı Faaliyetleri Çalıştay Kitapçığı. In: Sarıkaya E, editor. IV Türk Tıp Dünyası Kurultayı Aşı,Genom ve Sağlık Politikaları. İstanbul: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü Yayın No:4; 2017.
153. Topaç O. Ülkemizde Aşı Uygulamaları Genişletilmiş Bağışıklama Programı [Internet]. TÜSEB. 2017 [cited 2019 May 16]. Available from: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ASI/hsgm_dr_osman_topac_2017_ulkemizde_asi_uygulamalari_genisletilmis_bagisiklama_programi.pdf
154. Canbolat T. Sağlıkta yerli ve milli dönem [Internet]. 10.02.2019. [cited 2019 Apr 11]. Available from: <https://www.sabah.com.tr/gundem/2019/02/10/saglikta-yerli-ve-milli-donem>
155. Heath D, Rabinow P. An introduction to bio-politics: The anthropology of the new

- genetics and immunology. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 1993 Mar [cited 2019 Mar 29];17(1):1–2. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01380595>
156. Illich I. *Sağlığın Gaspı*. 4th ed. Çev. Sertabiboğlu S, editor. İstanbul: Ayrıntı; 2017.
 157. Proctor RN. *Racial Hygiene*. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press; 1998.
 158. Bozok Çetintaş V, Kotmakçı M, Tezcanlı Kaymaz B. Bağışıklık Yanıtından Genom Tasarımına; CRISPR-Cas9 Sistemi. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2017;37(1):27–42.
 159. CDC, Ncird. *Understanding How Vaccines Work*. [cited 2018 Jun 22]; Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/downloads/vacsafe-understand-color-office.pdf>
 160. Akar N. *Rekombinant DNA Moleküllerinin Oluşturulma Yöntemleri*. In: Akar N, editor. *Klinik Moleküler Patoloji’ye Giriş*. 2nd ed. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTİP A.Ş. Yayınları; 1999.
 161. Ulukol B. *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Moleküler Biyolojinin Yeri: Aşılar*. In: Akar N, editor. *Klinik Moleküler Patoloji’ye Giriş*. 2nd ed. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTİP A.Ş. Yayınları; 1999.
 162. Milli Pediatri. *ÜLKEMİZDE GÜNCEL AŞILAMA* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 28]. Available from: <http://millipediatri.org.tr/Uploads/EditorImages/files/asilama.pdf>
 163. *Biotechnology and Medicine, Development of vaccines for immunity* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 28]. Available from: http://www.biotechnology4u.com/biotechnology_medicine_development_vaccines_immunity.html
 164. Turner B. *Eşitlik*. 2nd ed. Şener BS, editor. Dost; 2007.
 165. Gelir İdaresi Başkanlığı. *GATT Bilgilendirme Rehberi* [Internet]. Ankara; 2009 [cited 2019 May 3]. Available from:

https://www.gib.gov.tr/sites/default/files/uluslararası_mevzuat/gatt95.pdf

166. Resmi Gazete. Sınai Mülkiyet Kanunu [Internet]. 2017, 6769 Türkiye Büyük Millet Meclisi; 2016. Available from:
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170110-9.htm>
167. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Zorunlu Aşı, “Çocuğun Üstün Yararı”, Anayasa Mahkemesi Kararı; TTB Önerileri - AŞI [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 5]. Available from: http://www.ttb.org.tr/kollar/_asi/haber_goster.php?Guid=62383242-423d-11e8-b46f-14b550714509
168. Anayasa Mahkemesi. Halime Sare Aysal Başvurusu [Internet]. Resmi Gazete; 2015. Available from:
<https://kararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/BB/2013/1789?BasvuruNoYil=2013&BasvuruNoSayi=1789>

8 EKLER

8.1 Ek 1: Çiçek Aşısı Nizamnamesi Çevirisi Tam Metin (46)

“TELKİH-İ CÜDERİ AŞI NİZAMNAMESİ

Birinci Fasıl

Aşılanacak Eşhasa Dair

Birinci Madde: Memalik-ı Osmaniyye'de bulunan her şahıs ondokuz yaşının nihayetine kadar la akall üç defa aşılanmağa mecburdur. Sıgarı aşılatmakla veliler mükellefdir.

İkinci Madde: Birinci aşı tarih-i veladetten itibaren altı ay zarfında ve ikinci aşı yedi yaşında ve üçüncüsü ondokuz yaşında icra edilecektir

Üçüncü Madde: Madde-i sabıkada muayyen zamanlarda her kangı bır hastalık sehcbiyle aşılanmamış olanlar mazeretlerini müşir tabib raporu ibrazına mecburdurlar. İşbu raporda takriben ne vakıt aşı yapılabileceği tasrih olunacaktır.

Dördüncü Madde: Bir mahalde çiçek zuhurunda hasta ile temasta veya maraz-ı mezkurun daire-i ihatasında bulunanlara üç defa aşılanmış olsalar bile yeniden aşı ameliyatı icra olunacak ve fakat üç sene mukaddem aşısı tutmuş olanlarla çiçek çıkarmış bulunanlar tekrar aşılattırılmayacaktır.

Beşinci Madde: Hizmet-i devlete ilk defa dahil olacaklardan aşı şehadetnamesi talep edilecek ve ibraz edemeyenler aşılanmadıkça kabul olunmayacaklardır .

Altıncı Madde: Medaris-i ilmiyye ve mekatib-ı umumıyye ve hususiyye muderris veya müdür veya muallımleri, mektebe kabul olunacak talebeden aşı şehadetnamesi talep etmeğe mecburdurlar. Aşısız olanlar aşılanıp şehadetname ibraz etmedikçe medrese ve mektebe kabul olunmayacaklardır. Medrese ve mektepde iken aşının ikinci veya üçüncü devrelerini ıdrak edenlerin

aşılattırılarak şehadetname ibrazına mecbur tutulmaları müderris veya müdür veya muallımlerin cümle-i vezairindendir.

Yedinci Madde: Aşılı-aşısız bilumum muhacirin ilk dahil oldukları ve seyyar kabail iskan edildikleri mahalde aşılınırlar.

Sekizinci Madde: Aşılı-aşısız bilumum efrad-ı cedide merakiz-i askeriyece hiyn-i vurudlarında cihet-i askeriyece aşılacaklardır.

Dokuzuncu Madde: Aşılı olmadıkları halde taht-ı silaha alınmış olan efrad-ı ihtiyatıyye ve mustahfaza ve jandarma cihet-i askeriyece ve polis silkine girenler hukümet veya belediye etibbası tarafından aşılınıp yedierine şehadetname verilecektir .

İkinci Fasıl

Aşı Memurları Hakkında

Onuncu Madde: Ahaliye meccanen aşılattmak maksadıyla şehir ve kasahalarda belediyeler tarafından aşılama mevkileri tesis olunacağı gibi muayyen zamanlarda ve bunların haricinde olarak icab ettiği vakitlerde şehir ve kasabaların her tarafına belediyece ve köylere masarır-ı İdare-i Hususiyye-i Vilayete ait olmak üzere hükümet-i mahalliyece aşı memurları sevkedilecektir.

Onbirinci Madde: Sicil-ı nüfusa kaydolunan tevelludad-ı cedide ilc nüfus-u mektumenin her üç ayda bir kıta defteri nüfus idarelerince hukümet-ı mahalliyyeye ita edilecek ve hükümet-i mahalliyece bu defatırın birer sureti tıbbiyyeye tevdi olunmak üzere devai-ı belediyeye verilecektir

Onikinci Madde: Aşı memurları belediye tabibleri tarafından memur edildikleri daire dahilinde muntazaman ve mutemadiyen geşt u güzar ilc talimatname-i mahsus ahkamına tevfikane ve mecanen aşı ameliyatını icra eyleyeceklerdir. Talimatname ahkamına riayet etmeyen aşı memurları azl olunacaklar ve bundan dolayı bir zarar terettub ettiği halde haklarından başkaca takibat-ı kanunıyye icra edilecektir.

Onüçüncü Madde: Aşılanan şahsın ameliyye tarihinden itibaren on gün sonra muayenesi icra olunacaktır. Aşısı tutmuş ise bu cihetin tasrihiyle yedine numunesine muvafık surette şehadetnamesi ita edilecektir. Aşısı tutmayanlara ikinci defa ameliyat icra kılınacaktır. Yine tutmayanlar bir sene sonra yeniden aşılanacaklardır.

Ondördüncü Madde: Tabib ve cerrah ve eczacı ve kabileler dahi aşı yapabileceklerdir. Bunlara devair-i belediye tarafından bi'l-impla aşıladıkları cşhasa ita etmek uzre luzumu kadar matbu aşı şehadetnameleri verilecektir. Bu suretle sarf olunan aşı şehadetnamelerinin dip koçanları devair-ı belediyeye iade ve teslim edilecektir

Onbeşinci Madde: Alelumum aşı ameliyatı fenni surette mustahzar aşı tüpleriyle icra edilecektir. İnsandan insana aşı suret-ı katıyede memnudur. Aşı tüpleri hükümetin nezaretine tabidir.”

9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Başak AKAR

Doğum Yeri: İZMİR

Doğum Tarihi: 18.04.1986

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dili: İngilizce (TOEFL:99), YÖKDİL (97.5), Fransızca (A2)

Eğitim Durumu

Lise: TED Ankara Özel Lisesi

Lisans: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü Sosyoekonomik Gelişme ve Biyoteknoloji

Doktora: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi

Yayınlar ve Bildiriler

Akar B, Akın H., Yardımcı H. Tıbbi Biyoteknolojik Ürünler Kapsamında Biyopolitika (sözlü bildiri- kabul) 9. Ulusal Sosyoloji Kongresi, ASBÜ; ANKARA, 2019

Akar B, Biopolitics and Technological Citizenship: The Case of Medical Biotechnology in Turkey, Florida Political Science Association (sözlü bildiri), FORT MYERS- USA, 2018.

Akar B, Özlen Ö. Teknolojik Vatandaşlık ve İnsan Genetiğinin Ticarileşmesi ile İlgili Risk Algıları, 11. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi (sözlü bildiri), , Orta Doğu Teknik Üniversitesi, ANKARA, 2011

Akar B, Özgen Ö. Teknolojik Vatandaşlık ve İnsan Genetiğinin Ticarileşmesi ile İlgili Risk Algıları. Üçüncü Sektör Sos Ekon. 2011;46(2):1–24.(ULAKBİM)

İş Tecrübesi

Kurumu: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi

Görevi: Araştırma Görevlisi

Yılları: 2011-...

Kurumu: Indiana Üniversitesi Bloomington (Yüksek Öğretim Kurumu Araştırma Bursu)

Görevi: Misafir Araştırmacı

Yılları: Mart 2014- Temmuz 2

