

**GÖZLEM ve GÖRÜŞ****NASIL BİR SAĞLIK SİSTEMİ?  
I  
ÜRETİM TEMELLİ ÖRGÜTLENME**

İlker BELEK\*

**Giriş**

Türkiye'de sağlık sektörü ile ilgili tartışmaların yoğunlaşmasında Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı reform çalışmalarının önemli etkisi olmuştur. Bakanlığın o yıllardaki görece dışa açık ve görüş almaya yönelik tavrının da, Bakanlık dışında kalan ve çoğunluğunu demokratik kitle örgütlerinin oluşturduğu ilgili tarafların çalışmalarında, konunun doğrudan etkisinin yanı sıra belirleyici olduğunu kabul etmek gerekir.

Sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması konusu halen çok büyük bir öneme sahiptir. Üstelik bu saptama yalnızca Türkiye ile sınırlı görülmemelidir. Bu türden çabalar bütün dünyanın gündemindedir. Yeniden yapılandırma için gerekli olan ilkeler, gerçekleştirilen değişikliklerin olası ve yaşanmış etkilerinin nasıl değerlendirileceği gibi konular hakkında giderek büyüyen bir literatür birikimi bulunmaktadır.

Ancak tartışmaların üzerinde geliştiği zemine dikkat edildiğinde şöyle bir manzaranın öne çıktığı görülmektedir: Yeniden yapılandırma tartışma ve çabaları hemen tamamen tanımlı mevcut sosyoekonomik yasallık zemininde gelişmekte ve gerçekleştirilmektedir. Böyle bir yaklaşımın doğal ve olması gerekli tarz olduğu savunulabilir. Şüphesiz ki gerçekliğin kavranarak değiştirilmesi açısından bu saptamanın doğru bir tarafının olduğu kabul edilmelidir. Ancak öte yandan, reform düzenlemelerinin konusu olan sorunları üreten sosyoekonomik nesnellik, aynı reform çabalarının gündemine giremiyorsa, bu "gerçekçi" yaklaşımın kendisi de bir sorun olarak karşımıza çıkacaktır. Bir başka

deyişle sorunlar açısından bir düzey farkı vardır ve bu fark çoğunlukla gözden kaçmakta ya da gizlenmektedir. Sorunların bir kısmı görünür niteliktedir. Görünür sorunlarla uğraşmak çoğu kez "gerçekçi" bulunmaktadır. Bir kısım sorun ise daha özlü bir niteliğe sahiptir ve sosyoekonomik formasyonun kendisine işaret etmektedir. İşte görünmeyen, kısa erimli çabalarla sonuç alınacağına inanılmayan, bu nedenle de bu alana ilgi yöneltilmesi gerçekçi bulunmayan düzey budur. Derindeki sorunla ilgilenilmemesinin bir nedeni de, bu sorunun ve bu soruna yönelik çabaların sağlık sektörü ve tıbbın dışına taşmayı gerektiren ayrı bir profesyonelleşmeyi gerekli kıldığı yönündeki düşünce olabilmektedir. Bir başka deyişle, önerilen şey, sağlık sektörüyle ilgilenenlerin bu sektör içindeki sorunları siyasallaştırmadan, kendi teknik birikimlerinin gereğini yerine getirmeleri şeklinde olmaktadır. Oysa, gerçekçi çözümler için somut gerçeğin olduğu gibi kavranması ne kadar gerekliyse, somut gerçek olarak belirlenen olguları üreten, sarıp sarmalayan, onları anlamlandıran nesnel ilişkiler ortamının görülmemesi, yani somut gerçekliği bir üst bütünlük içinde genelleyememe de bir o kadar tikanıklık ifade eder. Bu nesnellığe dikkat çekmeyen, onu sorgulamayan tartışmalar görünürdeki sorunların yeniden üretimine de sürekli olarak katkıda bulunurlar. Türkiye'deki reform tartışmaları önemli ölçüde böyle bir kısır döngü içinde gerçekleşmektedir.

Yukarıda nesnellik olarak ifade edilenden benim anladığım en genel anlamıyla kapitalist üretim ilişkileridir. Kapitalist üretim ilişkilerinin sağlık alanındaki etkileri ve bu etkilerin nasıl ortadan kaldırılacağı, şüphesiz sağlık alanıyla sınırlı olmayan ve kelimenin gerçek anlamıyla siyaset alanına giren müdahaleleri gerektirir. Öte yandan, sorunun bu yönü olması gerekli bir sağlık sistemini tartışan bu türden yazıların doğrudan biçimde konusu da olamaz. Ancak

\* Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

sağlıktaki ve sağlık sistemlerindeki sorunları ele alıp, kalıcı çözümler önermek iddiasını taşıyanların yapmaktan kaçınmayacakları şey, sorunların gerçek zemini olan sosyoekonomik nesnellik düzeyindeki gerekli değişiklikleri de, kendi alanlarından kalkarak işaret etmeleridir. Bir başka ifade ile sağlık sisteminin ne şekilde değiştirilmesi gerektiği üzerine gerçekleştirilen bir tartışmanın geliştireceği öneriler mutlaka sorunların içinde biçimlendiği kapitalist üretim ilişkilerini referans almak ve sonuç olarak da hem teknik, hem de teorik düzeyde oraya gönderme yapmak zorundadır. Aksi bir tutum siyaset yapmayalım derken, değiştirici iradeyi, bu iradeyi istedikleri gibi kullanmak isteyen resmi siyasetçilere bırakan teknokrat bir tutum olur.

Oldukça iddialı bir başlık taşıyan bu yazıda, sağlık sisteminin nasıl yapılandırılması gerektiğiyle ilgili en temel ilkeleri belirlemeye ve bu ilkeleri teknik düzeyde gerekçelendirilmeye çalışacağım. İlkelerin belirlenmesinde kimi öncüllerin kullanılması gerektiğinin farkındayım. Bu nedenle öncelikle sağlık sistemlerindeki değişiklik çalışmalarını uyaran güncel gelişmeleri, çelişkileri ve sorunları saptayarak, hemen sonrasında da bu güncel gündemin özellikle öne çıkardığı öncülleri belirleyeceğim. Sağlık sisteminin olması gerekli ilkelerini ise bu zeminden hareketle, yine güncel bir bağlam içerisinde tartışacağım. Bu yazının ilgi alanı içine giren kimi konularda daha önceden de yazmıştım. Bu nedenle gereksiz tekrar olarak değerlendirdiğim yerlerde, daha önceden yazdıklarımı gönderme yapmakla yetineceğim. Yazının hacmi bir dergi için sıkıntı verici derecede uzun olduğundan ikiye bölmenin uygun olacağını düşünüyorum. Bu nedenle, okur bu sayıda ilkelerden ilki ile ilgili tartışmayı da içeren bölümü bulabilecek.

### Sağlık Sektöründeki Reform Tartışmalarını Uyarın Gelişmeler

Kanımcı, sağlık sektöründeki reform tartışmalarını bütün dünyanın gündemine sokan, yaşamsal bir sorun durumuna getiren en özlü gelişme kapitalist üretim tarzının 1970'lerin ortalarından itibaren içine girdiği bunalımdır. Bunalım 2. Dünya Savaşı sonrasında biçimlenmiş olan sosyal devlet paradigmasını sarsmış ve sosyal devletçi eski düzenin bundan böyle aynı şekilde süremeyeceğini göstermiştir.

Sosyal devlet, eğer sınıflar arasındaki bir denge konjonktürü olarak tanımlanırsa, bunalım bu konjonktürü geçersizleştirmiştir. Böylece sosyal devletin en temel unsurları olan "parasız eğitim", "parasız sağlık" uygulamaları ve kapitalist devletin sosyal sektörlerdeki belirleyici sorumluluğu artık işlemez olmuştur.

Bunalım devletin etkin bir üretken güç olarak rol üstlendiği ve böylece de "parasızlaştırılmış" olan sosyal sektörlerde yeni bir ilişki biçimi gerektirmektedir. Bunu esas olarak burjuva sınıfın zorladığı söylenebilir. Çünkü, burjuva sınıf genel vergilerle ya da sigorta primleriyle finanse edilmekte olan ve bu mekanizma içerisinde (hizmeti kulla-

nım anında hasta ile hekim arasında doğrudan para ilişkisinin olmaması anlamında) "parasızlaştırılmış" olan sağlık hizmetleri için artık (en azından eskisi kadar) katkıda bulunmak istemediğini açıklamaktadır. Kısacası burada açık biçimde bir sınıf tavrı söz konusudur ve bu tavrın en anlamlı biçimde ortaya çıktığı ülke (1980'lerin başında Muhafazakar Parti milletvekillerinin parlamentodaki Ulusal Sağlık Sistemi-NHS- tartışmaları sırasında kullandıkları "Eskiden sınıf savaşı yok denirdi. Oysa biz sınıf savaşılarıyız ve muzaffer olacağımızı ümit ediyoruz. Bu bir savaş. Mücadele politik sistemimiz üzerine." gibi sözleri anımsanacak olursa) (Iglehart, JK.; 1984) İngiltere'dir denilebilir. Burjuva sınıf, bu sözleriyle sosyal devletçi paradigma içerisinde üstlendiği sosyal sorumluluklarını sürdürmek istemediğini beyan etmektedir. Bütün bunların somut sonucu sosyal sektörlere ayrılan devlet kaynaklarının sınırlanması ve hatta azaltılması olmuştur.

Bir üst paragrafta özetlenen değişikliklerin içinde görülmesi gereken bir diğer gelişme, sağlık hizmetleri üretim alanının, 1950-70 dönemindeki kapitalist ilişkiler ağı içinde meta niteliğini kazanmış olmasıdır. Bunun anlamı sağlık hizmetlerinin zaman içinde kar edilebilir bir sektör haline gelmesidir. Bunun doğal sonucu olarak da sermaye, sağlık sektöründe kendisine alan açılmasını istemeye ve geleneksel anlayış içinde devletin hakimiyet bölgesi olarak görülen bu sektörde pay talep etmeye başlamıştır. Bilindiği gibi, bunun anlamı da özelleştirme politikalarıdır.

Reform çabalarını gerekli kılan ikinci mekanizma yine aynı zemin üzerinde, ancak ters yönde etki gösteren bir biçimde ortaya çıkmıştır. Yukarıda özetlenen sınıf tavrı yalnızca sağlık sektörüyle sınırlı kalmamış, sosyal devletin belirlediği yasallığa konu oluşturan bütün düzenlemeleri de sarsmıştır. Böylece toplu sözleşme sistemleri, iş güvenliği sağlayan, çalışma saatlerini standardize eden bütün sosyal devletçi düzenlemeler müdahaleden payını almış ve kapitalist üretim süreci olabildiğince esnekleştirilmiştir. Bütün bunların sonucu olarak karşımıza çıkan tablo (ekonomik eşitsizliklerle birlikte) sağlıktaki eşitsizliklerin gerek uluslar arasında gerekse ulusal sınırlar içindeki sosyal gruplar arasında derinleşmesidir. Sağlıktaki eşitsizliklerin derinleşmesi dünya gündemine bir kaç dolayısıyla girmektedir. Örneğin sağlıktaki eşitsizlikler ve sosyoekonomik hiyerarşinin daha aşağısında bulunan sosyal grupların sağlık sorunlarının bir türlü çözümlenememesi toplumsal istikrarı bozucu bir etki yaratmakta ve bu da zaten bunalım içindeki kapitalizmin konumunu daha da zorlaştırmaktadır. Sağlıktaki eşitsizlikler doğrudan ve dolaylı mekanizmalar üzerinden ekonomik bir yük yaratmaktadır. Örneğin önlenemez sağlık sorunları ek bir maliyet unsuru oluşturmakta, önlenemez nedenlerle ortaya çıkan sağlık sorunları sağlıklı emek gücünü kırmaktadır. Bütün bunların ötesinde eşitsizlikler artık temel insani değerleri zorlayan bir nitelik kazanmıştır ve "özgür dünyanın" bu biçimde yoluna devam etmesi ya da bu sorunu kendi değerler sistemi ile barışık biçimde yaşayabilmesi olanaksız olmaktadır. (Benzeri saptamalar için WHO; 1987'ye bakılabilir.) İşte eşitsizliklerle ilgili bu durum da eşitsizliklerden şu ya da

bu ölçüde sorumlu tutulan sağlık sistemlerinin sorgulanmasını, daha doğrusu bir şeyler yapılmasını ya da en azından bir şeyler yapılıyor görüntüsü yaratılmasını gündeme getirmektedir.

Yukarıda sıralanan etkenlerin sağlık sistemlerine farklı yönlerden değişiklik uyaranları gönderdikleri anlaşılacaktır. Bunalım etkeni üzerinden ortaya çıkan ve daha çok burjuva sınıfın çıkarlarını yansıtan değişim dinamikleri, örneğin sosyal harcamaların kısıtlanması gerektiğini belirtir ve özelleştirmeci politikaları savunurken; eşitsizlik etkeninin uyardığı dinamikler devlete ve topluma yeniden sosyal sorumluluklarını hatırlatmak gereği hissetmektedir. Bu nedenle sağlık sektöründeki değişiklik çabalarının bu dinamiklerin farklı etkileri sonucunda şekilleneceklerini varsaymak yanlış olmayacaktır.

#### Hangi Değerler Sağlık Sisteminin Yenilenmesinin Öncüllerini Oluşturabilir?

Bu sorunun yanıtı doğrudan doğruya yukarıdaki dinamiklerle ilişkili olmak zorundadır. Bana göre sağlık sisteminin yenilenmesinde uluslararası düzeyde de kabul gören (McPake B., Kutzin J.; 1997: 4-5) iki temel öncül vardır: Eşitlik ve verimlilik. Şimdi bu iki kavramı tanımlayabiliriz:

Whitehead eşitsizliği sağlık durumundaki, sağlıktaki risk etkenlerindeki ve sağlık hizmeti kullanımındaki gereksiz ve kaçınılabilir farklılıklar olarak tanımlamaktadır (Whitehead M.; 1990: 431). Bir farklılığın eşitsizlik olarak nitelenebilmesi için kaçınılabilir sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanmış olması (Whitehead'in deyişiyle "adaletsiz" olması) gerekir. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlıktaki eşitsizlik hem sağlık düzeyi için, hem de sağlık hizmeti kullanımı için söz konusu edilebilir. Eşitlik ise eşitsizlikleri oluşturan ve ifade eden farklılıkların ortadan kaldırılması ve toplumsal olanakların gereksinimler göz önüne alınarak dağıtılması/kullanılması anlamına gelmektedir (WHO; 1996: 17). Toplumsal olanak dendiğinde ise yalnızca sağlık hizmeti değil, sağlığın bütün belirleyicilerini kapsayan bir bütünsellik anlaşılmalıdır (WHO; 1997: 4). Eşitlikte ifade edilen anlam matematiksel bir denklik olmayıp, gereksinimlere göre yeniden dağıtımı ifade eder. Dolayısıyla gereksinimleri fazla olan sosyal gruplar ya da bireyler, eşitlik uygulaması çerçevesinde pekala olanaklardan daha fazla oranda yararlanabilirler. Bu türden bir tercih matematiksel anlamda eşit değilse de, eşitsizlikleri sınırlamaya yönelik pozitif eşitsizlikçi bir tutum olacaktır (Musgrove P.; 1986: 325).

Eğer sağlıktaki eşitsizliklerin yaratıcısı olarak kapitalist üretim nesneliliği saptanıyorsa, bu nesnellik sınırları içinde yukarıdaki türden pozitif eşitsizlikçi bir müdahalenin bile eşitsizlikleri yaratan zemini, dolayısıyla eşitsizliklerin kendisini ortadan kaldırmayacağı açıktır. Çünkü kapitalist üretim ilişkilerinin yarattığı sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılabilmesi, kapitalist üretim ilişkilerine ve sınıflı toplum yapısına son verilmesini gerektirir. Ancak pozitif eşit-

sizlikçi bir müdahale, yine de kapitalist üretim nesneliliğinin yarattığı eşitsizlikleri sınırlayıcı bir etki gösterebilir. Bunun da ötesinde, eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasının koşullarına dikkat çeker. Eşitsizliklerle mücadele edenlere kapitalizmin eşitsizlikçi yapısını, sınıfların ortadan kaldırılması yönünde istismar etme olanağı sunar.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından iki tür eşitlik tanımlanabilir: Dikine (vertikal) ve yatay (horizontal) eşitlik. Dikine eşitlik toplum içinde eşitsiz konumda bulunanların olanaklardan da eşitsiz biçimde yararlandırılmaları ve bu çerçevede zor durumda olanların (gecekonducular, işçiler, emekçiler) kayırılması anlamına gelir. Yatay eşitlik ise eşit gereksinimler için eşit sağlık hizmeti olanağı sunulması demektir (Carr-Hill RA.; 1994). Unutulmamalıdır ki temel sınıfsal çelişkilerin ortadan kaldırıldığı koşullarda bile, toplumsal tabakalar arasında uzun süre varlığını koruyacak olan eşitsizlikler, tanımlanan türden eşitlikçi (ya da pozitif eşitsizlikçi) yaklaşımları gerekli kılacaktır.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması çalışmaları açısından ikinci öncülün verimlilik olduğu belirtilmiştir. Verimlilik esasen ekonomik bir kavramdır ve sistem içindeki ekonomik kaygıları yansıtır. Bu kaygılar kaynakların en iyi biçimde değerlendirilmesine yöneliktir. Kısacası, "elimizdeki belli bir miktar kaynakla, neden daha fazla miktarda değil de, daha az çıktı elde edelim?" kaygısıdır bu. Bu kaygının gerek sosyalist, gerek kapitalist ekonomilerde; gerek kamu, gerekse özel işletmelerde söz konusu olduğu açıktır. Ancak önemli bir farkla. Örneğin kapitalist ekonomilerde girdilerin ne amaçla kullanıldığı ve gereksinimlerin toplumsal düzeyde karşılanması önemli olmayabilmektedir. Kaynakların üretim sürecinde tüketilmesi ve üretilenlerin de bir biçimde kapitalist pazarda alıcı bulabilmesi temel olarak yeterlidir. Bu nedenle kapitalist üretim sistemi, hiç bir gerçek gereksinimi tatmin etmediği halde, salt kar getirdiği için meta üretebilmekte ve özel mekanizmalarla bu meta için piyasa alanı yaratabilmektedir. Sosyalist bir ekonomide ise esas olan toplumsal gereksinimlerin eşitlikçi bir felsefeyle karşılanmasıdır. Bu anlamda kapitalist bir ekonomide verimlilik gibi ekonominin temel ilkeleri çoğu kez işletme düzeyinde karşılık bulur. Bir başka deyişle kapitalist ekonominin temel birimi işletmedir denilebilir. Sosyalist bir ekonomide ise ekonomi en azından ulusal ölçekte değerlendirilir, verimlilik tartışmaları da yine aynı düzeyde anlam kazanır. Bu nedenle toplumsal gereksinimlerin karşılanması bakımından kısa erimde kimi bölgelerdeki işletmeler verimsiz görünebilse de, toplumsal gereksinimler açısından ulusal çıkarlar gözetildiğinde, bu pekala, ulusal ekonominin verimliliğini artıran bir uygulama olabilir.

Örneğin Hakkari Devlet Hastanesi gibi pek çok hastane bir işletme olarak tek başlarına ve mikro ekonominin kuralları içinde değerlendirildiklerinde verimsiz işletmeler olarak görünebilirler. Nüfus yoğunluğunun düşüklüğü nedeniyle bu tür bölgelerde bir hastane işletmek, esasen boşa yatak kullanmakla eş anlama da gelebilir. Böyle bakıldığında bir işletmecinin tercihi bu bölgelerdeki hastanelerin kapatılması ve daha büyük bir merkezde, belki daha

fazla yatak kapasiteli bölge hastaneleri açmak olacaktır. (Özel sağlık sermayesinin Hakkari, vb. illere girmemesinin nedeni de budur.) Ancak bu durumda da dağınık ve bölge merkezine çok daha uzak olan Hakkari'lerin bu bölge hastanesinden yararlanma oranları düşebilecektir. Hastane tekil bir işletme olarak tama yakın bir kapasiteyle çalışacak, birim hizmet başına düşen maliyetler azaltılmış olacak, ancak tekil işletmenin ekonomik verimliliğindeki bu artış, toplumsal gereksinimleri karşılamaktan uzaklaşarak sağlanmış olacaktır. Bölgeler arasındaki eşitsizliklerin ciddi boyutlarda olduğu durumlarda bu tür sorunların yaşanması kaçınılmazdır. Bu nedenle özellikle eşitsizliklerin önemli düzeyde olduğu koşullarda, kısa erimde ve işletme düzeyinde verimsiz gibi görünen tercihlerin yapılması ve toplumsal gereksinimlerin öncelenerek, verimliliğin daha makro/ulusal düzeyde sağlanması kaçınılmaz gözükmektedir.

Verimlilik girdilerle çıktılarının karşılaştırılması olarak tanımlanabilir. Bir birim girdi başına elde edilen çıktı miktarının oransal olarak ifadesidir. Bu durumda bir birim girdi başına elde edilen çıktı miktarı ne kadar fazla ise verimlilik o kadar fazla olacaktır. Bu amaca aynı sonucu verecek en ucuz işlemin-yolun seçilmesiyle de (operasyonel verimlilik), eldeki kit kaynakların aynı işlem-yol aracılığıyla en optimum biçimde kullanılmasıyla da (tahsisat verimliliği) ulaşılabilir (Mills A., Drummond MF.; 1985: 432).

Verimlilik, ulusal düzey söz konusu olduğunda makro ve mikro verimlilik olarak ikiye ayrılmakta ve sağlık sistemlerine yönelik reform çalışmalarının sonuçları bu parametreler üzerinden değerlendirilmektedir (OECD; 1995: 5-6).

Bu tanımlara göre makro verimlilik bir ülkenin sağlık harcamasının doğru, gerekli düzeyde olmasını anlatmaktadır. Sağlık sektörüne ayrılan her bir ek 1 Dolar ile toplumsal gereksinimlerin ne ölçüde çözülebildiğinin göstergesidir. Örneğin ek 1 Dolar ile Bebek Ölüm Hızının (BÖH) ne derecede düşürülebildiği böyle bir karşılaştırmanın konusu olabilir. Buradan hareketle, ülkeler yaptıkları sağlık harcaması miktarı ile elde ettikleri BÖH'na göre karşılaştırılabilirler. Dikkat edilirse, burada ülkelerin karşılaştırılmasında tek başına ne sağlık harcaması, ne de BÖH yeterli olmaktadır. Ülkenin BÖH çok yüksek olabilir, ancak bunun karşılığında sağlık harcaması miktarı da çok düşük olabilir. Ya da bunun tersi doğru olabilir. Yani ülkenin BÖH düşük olabilir, ancak yapılan sağlık harcaması miktarı da gerekenin çok üzerinde olabilir. Kısacası önemli olan girdilerle çıktılar arasındaki orandır. Makro ekonomik verimliliğin bir başka anlamı ise eldeki 1 Doların hangi toplumsal-ekonomik sektöre harcandığında (tahsis edildiğinde) en fazla toplumsal çıktıyı elde edebildiğidir. Böyle bir karşılaştırma da kaynakların hangi sektörlere tahsis edilmesi gerektiği konusunda yardımcı olacaktır. Örneğin eldeki aynı miktar kaynak (anne eğitimi ile BÖH arasında çok önemli derecede bir ilişki bulunduğu bilinerek ve anne eğitiminin artırılmasıyla bebek ölümlerinin azaltılabileceği öngörülerek) annelerin eğitim düzeyinin artırılmasına ayrılabilir. Ya da aynı miktar kaynak, sağlık personelinin bebek izlem-

lerini artıracak sağlık tesisleri kurulması amacıyla kullanılabilir. Hangisinin tercih edileceğine ilişkin karar, bu iki programın karşılaştırılmasıyla verilebilecektir. Şüphesiz aynı karşılaştırma askeri harcamalar açısından da yapılabilecektir. Elimizdeki parasal kaynakları savaş uçağı alımı yerine, sağlık hizmetlerine yönlendirmiş olsaydık, toplumsal gereksinimlerimizi ne ölçüde karşılayabilirdik?

Mikro verimlilik ise, sağlık sektörü içindeki girdi-çıkıtı ilişkisini yansıtır. Sağlık sektörü içinde kaynak kullanımındaki verimlilik anlamına gelir. Buradaki amaç ne tür sağlık hizmeti olursa olsun, çıktıdan ödün vermeksizin en ucuza üretilmesidir. Bu anlamda, bir ülkedeki tedavi edici sağlık hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin bileşimi mikro ekonomik verimlilik çalışmalarının konusu içine girecektir: Koruyucu sağlık hizmetlerine ayırdığımız kaynak miktarını %1'den %10'a çıkarırsak, sağlık hizmetlerine ayırdığımız aynı miktar kaynakla ne kadar daha fazla sağlık çıktısı elde edebiliriz? Mikro ve makro ekonomik verimlilik arasındaki ayrım her zaman net olmayabilmektedir. Mikro ekonomik verimliliğin düşük olduğu durumlarda, sağlık sektöründe aynı çıktıyı elde etmek için gereken kaynak miktarı artmakta, kısacası sistem makro düzeyde de verimsizleşmektedir.

Bütün bunlardan anlaşıldığı gibi eşitlik bir toplumun sosyal ilişkilerinin harmonizasyonu bakımından bir öncül özelliği kazanmaktadır. Verimlilik ise kaynakların en iyi kullanılmasıyla bir yandan doğayla uyum içinde yaşamayı, öte yandan ise kaynakların önemli kısmının yaratıcısı olan insan emeğine verilen değeri güvenceye almaktadır.

#### Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılmasında Belirlenmesi Gereken İlkeler

Özellikle güncel sorun ve tartışmalar da dikkate alındığında, sağlık sistemlerinin, yukarıdaki iki öncülü sağlayacak biçimde yeniden yapılandırılması çalışmalarında dikkate alınması gerekli ilkeler şu konularda açıklık getirmek zorundadır: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumsal yaşantının neresinde ve hangi felsefeyle örgütlenmesi gerektiği, sağlık sistemindeki kurumların mülkiyeti ve hizmetin finansmanının nasıl sağlanacağı. Bunlardan birincisi biraz daha felsefi bir nitelik taşımaktadır ve sağlığın hangi süreçlerden etkilendiğinin, daha da derin olarak sağlık ile üretim ilişkileri arasındaki etkileşimin yeniden tanımlanmasını gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla, böyle bir çaba bir yanıyla, sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlık ve hastalık olgularına müdahale edilecek/edilmesi gerekli düzeyin yeniden belirlenmesi anlamına da gelecektir. İlkeler arasında ikinci ve üçüncü sırada anılanları ise şimdiden daha açık olarak ifade etmek olanaklıdır. İkinci ilke gündemdeki özelleştirme, üçüncüsü de sağlık sigortası tartışmalarına ilişkindir. Özellikle özelleştirme tartışmaları konusunda şimdiye dek pek çok şey yazılıp, söylendiği için, burada bu tartışmaya uzun uzadıya girilmeyip, konunun ana hatlarının çizilmesiyle yetinilecektir. Sigorta konusu ise, kendi başına, son yıllarda uluslararası kuruluşların da desteğiyle gerçekleşen çeşitli az gelişmiş ülke dene-

yimlerinin sonuçlarını da toparlayacak apayrı bir akademik çalışmayı gerekli kılmaktadır. Ancak eldeki verilerle nasıl bir sağlık sistemi sorusuna yanıt üretmeyi olanaklı kılacak bir birikim de bulunmaktadır. Bundan sonraki kısımda bu ilkeler sırayla ele alınacaktır.

### **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Nerede ve Hangi Düzeyde Örgütlemeliyiz? Üretimin İçinde ve Üreten Bireyin Üretim Ortamını Denetlemesini Sağlayacak Şekilde**

Bu soruyu daha anlamlı kılabilmek için şu anda sağlık sisteminin hangi düzeyde bir müdahale gerçekleştirmeye çalıştığını belirginleştirmek gerekli görünüyor. Bunun için de sağlık, hastalık olgularına ne düzeyde anlam yüklediğine ve sağlığın belirleyicilerinin hangi düzeyde anlamlandırıldığına bakmak gerekiyor.

Bu soruların, bu şekilde formüle edilmemiş olsalar da, sosyal tıp disiplininin tarihi gelişimi içinde özel bir yerlerinin bulunduğu söylenebilir. Gerçekten de sosyal tıp kendisini hastalık nedenlerinin belirlenmesi ve buna uygun müdahale perspektifinin geliştirilmesi sorunsalı üzerinden ifade etmiş ve geliştirmiştir diyebiliriz.

Hatırlanacağı gibi 19. yüzyıla kadar hastalık nedeni olarak görülen etkenler bireysel düzeyde ele alınmakta ve hastalıkların tedavisinde de birey düzeyinde bir yaklaşım sergilenmekteydi. Esasen tıbbın birey hastalandıktan sonra devreye girmesi, korumayı atlayarak, tedavi üzerinden müdahale sürecine dahil olmasının arkasında böyle bir yaklaşımın etkisi vardır. Sosyal tıp ise Frank, Chadwick, Grotjan gibi öncülerini ile bu sorunsal üzerinden tıp dünyasında yeni bir tartışma alanı açmış ve bu öncüler yaşamları boyunca çevresel etkenlerle, bireysel düzeydeki sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi vurgulamışlardır. Hastalığın bireysel bir şanssızlık değil, çevresel etkenlerin yarattığı toplumsal bir sorun olduğu gerçeğinin kabul edilmesinde onların katkılarının belirleyici önemini kimse yadsıyamaz.

Sağlık ve hastalık olgularına sosyal bir çerçeveden bakılması gerektiğinin anlaşılmasında şüphesiz bilimin o dönem için ulaştığı gelişmişlik düzeyinin de etkisi vardır. Bilimsel gelişmeler çeşitli çevresel etkenlerin sağlık üzerindeki etkisini ortaya çıkardıkça, bu bilgi birikiminin sosyalleşerek, bilimsel olmanın ötesinde toplumsal normlar şeklinde de formüle edilmesi kaçınılmaz olmuştur.

Ancak yukarıda anılanlar kadar önemli bir diğer etken kapitalist sömürüye karşı işçi sınıfının giriştiği mücadeledir. Bu süreç zaman zaman hız yitirse de kesintisiz bir süreçtir. Kimi kez kapitalizmin somut sorunlarına yönelik olur, kimi kez ise daha kapsayıcı tarzda kapitalizmin tümünü hedefler. İşte bu sınıf dinamiğinin, zorunlu çalışma sürelerinin kısaltılmasında, İngiltere’de yoksullar için parasız sağlık hizmeti yasaının kabul edilmesinde, iş koşullarının düzeltilmesinde, daha sonraları sosyal güvenlik sistemlerinin geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin toplum

düzeyle örgütlenmesinde temel etkilerinin olduğunu kabul etmek gerekir. Bir başka deyişle bilimsel bilgi birikiminin toplumun genelinin çıkarları doğrultusunda kullanılmasında/sosyalleştirilmesinde işçi sınıfının siyasal mücadelesi önemli girdilerde bulunmuştur.

Kısacası sağlık-hastalık olgularına yaklaşımda iki temel düzey ayırt edebiliriz: Bunlardan ilki ve tarihsel açıdan daha eski olanı birey düzeylidir. İkincisi ise tıp biliminin sosyalleşmesi sonucunda ortaya çıkan çevre düzeyli yaklaşımdır. Birey düzeyli yaklaşım bireyi odak noktasına yerleştirir ve geleneksel olarak bireyle ancak hastalık durumunda, tedavi amacıyla ilişki kurar. Çevre düzeyli olanı ise sağlık-hastalık olgularını daha geniş bir çerçevede tartışır, sağlığın bozulmasında çevresel etkenlerin belirleyici olduğunu belirtir ve sağlığın ancak çevresel düzenlemelerle korunabileceğini vurgular. Bugün gelişmiş kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemlerinin de, genel olarak çevre düzeyli bir yönelimle örgütledikleri söylenebilir.

Buraya kadar yazılanlarda herhalde bir sorun bulunamayacaktır. Ancak ilerlemek açısından çevre düzeyli yaklaşımın içindeki farklı iki çerçeveye dikkat çekmek gerekir. Ben burada bu çerçevelerden ilkinin resmi, diğerini ise diyalektik yaklaşım olarak anacağım.

Sosyal tıp disiplininin etkisiyle ortaya çıkmış bulunan ve bizim kimi kez “resmi halk sağlığı” diye tanımladığımız çevre düzeyli yaklaşımın geleneksel-resmi versiyonunda, sağlığın çevresel belirleyicileri konusunda teorik bir bütünlük yoktur. Gelir, eğitim, meslek, yaşanılan mekan, çeşitli çevre kirlenmeler bireyin ve toplumların sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilerler. Hatta bu etkenlere sağlığın belirleyicileri olmak gibi özel derecede bir önem de yüklenir. Bu çerçeve içinde geliri düşük olan bireylerin yüksek olanlara göre; az eğitimlilerin örneğin üniversite mezunlarına göre; hekimlik, avukatlık gibi profesyonel mesleklerle sahip olanların nitelsiz el emeğiyle geçinenlere ya da işsizlere göre daha sağlıklı oldukları belirlenir. Bütün bu saptamalar doğrudur da. Hatta çeşitli istatistik analizlerle bu belirleyicilerin çeşitli sağlık göstergeleri üzerindeki etkileri matematiksel olarak da ifade edilerek, belirleyiciliğin önemi de vurgulanır. Ancak bu kavram haritası içinde bir soyutlama, bir üst bütünlük oluşturma eksikliği vardır. Sağlığın belirleyicileri olarak ele alınan değişkenlerin her birisi, birbirlerinden bağımsız etkenler olarak görülürler. Neredeyse hiç birisinin somut bir karşılığı yoktur. Kısacası bu belirleyicileri kimin/neyin belirlediği, ortaya çıkardığı konusunda bir bütünlük oluşturulamamıştır, çevre yönelimli geleneksel halk sağlığı yaklaşımı içinde. Gelir kendi başına gelir; eğitim kendi başına eğitim, meslek kendi başına meslektir. Oysa gerçek yaşamda belli bir mesleğe sahip olanlar, aynı zamanda doğal olarak belli düzeyde gelire sahip olabilen ve çoğunlukla da ancak belli düzeyde eğitim olanağı elde edebilmiş somut-yaşayan bireylerdir. Değişkenlerin somut bireylerle bir anlamı vardır. Bunun da ötesinde bireylerin bu bütünlüklü yaşamları, kendilerini dünyaya getirip, büyüten ebeveynlerinin aynı derecedeki somut ve bütünlüklü olan, çoğu

kez de daha çetin yaşamışlıklarının bir ürünüdür. En nihayet, belli bir mesleğe, dolayısıyla da belli bir gelir ve eğitim düzeyine sahip bireylerin bu gerçek-somut-yaşayan konumlarının yaratıcı ve koşullayıcısının ne olduğu da tamamen belirsizdir. Hatta denilebilir ki bu çevre yönelimli geleneksel-resmi yaklaşımın en fazla oranda belirsiz bıraktığı, düşünmediği nokta da burasıdır ve bir ayırım konulması gereken yer de buradadır. Kısacası düşük gelir ile belli mesleklerin ve eğitim düzeyinin ilişkili olduğu düşünülse bile, bu bütünlüklü gerçekliğin hangi koşullarda ortaya çıktığıyla hiç ilgilenilmez.

Sağlığın belirleyicisi olan etkenler yaşamda birbirlerinden, zamandan ve mekandan kopuk soyut olgular olmadıkları için, yaşamın bir bütünlüğü ve her şeyin bir nedeni olduğu için, burada bir ayırım yapmak gerekmektedir. Kısacası, sağlığın belirleyicisi olarak görülen geleneksel etkenlerin üzerinde, bu etkenlerin de belirleyicisi olarak bir üst bütünlük ifade edilmek zorundadır, aksi halde sağlığın geleneksel belirleyicileri yaşamdan kopuk, cansız, nedensiz unsurlar olarak kalacaklardır. Bir başka deyişle sağlık-hastalık olgularına bir düzey kazandırmaya çalışan diyalektik yaklaşım, sağlığın geleneksel belirleyicilerine de can katacak, anlam kazandıracaktır.

Kanımcı buradaki kritik kavramlar, en genel düzeyde "kapitalist üretim ilişkileri" ve birey düzeyinde de bireylerin kapitalist üretim ilişkileri içinde buldukları "nesnel sınıf konumları" dir. Bireylerin kendi sınıf konumları onların eğitim, gelir ve mesleki konumlarını, hangi koşullarda (örneğin hangi semtte) yaşayacaklarını da belirler. Navarro'nun (1998) deyişiyle bireyler %30 oranında geliri düşük, %25 oranında ilk okul düzeyinde eğitilmiş, %25 oranında işçi ve %20 oranında da yoksul bir gecekondu sakini değillerdir. Bireyler işçi, emekçi, kendi hesabına çalışan ya da burjuva sınıfındadırlar. Bu nedenle de belli gelir, eğitim düzeyine sahiptirler. Kısacası onların sınıf konumları yaşamsal olanaklarının ve yaşam tarzlarının da belirleyicisidir.

Sosyal tıp disiplini içindeki bu iki yaklaşımın (resmi ve diyalektik) birbirlerinden oldukça farklı yerlere oturmakta oldukları kabul edilecektir. Nitekim, resmi olanı sağlığın belirleyicisi olarak gördüğü tek tek olguları ve bu olgulardan türevlenen sorunları, bir sistem bütünlüğü gözetmeksizin (ve ne yazık ki böyle olduğu için de oldukça dramatik bir biçimde), var olan kapitalist sistem bütünlüğü kapsamında çözümlenmeye yönelir. Kendisi bir sistem kurmadığı için, var olan kapitalist sisteme entegre olur. Sonuçta onu yeniden üretir. Resmiliği de buradan gelir. Kapitalist üretim ilişkilerinin kurallarına tabi kalarak, en fazlasından, gelir, eğitim gibi yaşamsal olanakların dağıtımına bir ölçüde müdahale edebilir. Diyalektik yaklaşım ise, sağlığı bozan etkenleri yaratmanın esas olarak kapitalizmin nesnel kuralları olduğunu görerek, en genel anlamda sistem değişikliğini gerekli görür.

Bu üç yaklaşım (sosyal tıp öncesi bir ve sonrası iki olmak üzere) sağlık sistemlerinin örgütlenme pratiğinde

kendilerini nasıl ortaya koyarlar? Ya da, bu üç farklı yaklaşım doğrultusunda sağlık sistemlerinin örgütlenmesi nasıl farklılaşır? Hatırlanacağı gibi, bu yazıda ve bu alt başlık altında bizi asıl ilgilendiren sorular bunlardır.

Bu sorulara ilk yaklaşım özelinde yanıt vermek pek zor değildir. Sağlık-hastalık süreçlerinde birey düzeyli yaklaşım sergileyen sağlık sistemlerinin daha çok tedavi hizmetlerine öncelik ve ağırlık tanıyacakları açıktır. Bunun tersinin de doğru olduğu söylenebilir: Tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık ve öncelik veren sağlık sistemleri, sağlık-hastalık olguları konusunda zorunlu olarak birey düzeyli bir yaklaşıma sahiptirler.

Çevre yönelimli resmi yaklaşım ile sağlık sistemi konusundaki tercihi arasında bire bir ilişki saptamak zor görünmektedir. Ancak bugünkü kapitalist ülkelerin ulusal sağlık sistemleri ile sigorta sistemleri gözetildiğinde, bu anlayışın yine bireye odaklanmış olduğu, üretim süreçlerinde ya da bireyin üretim süreci içindeki konumunda herhangi bir köklü değişiklik öngörmediği söylenebilir. Sağlığın korunması bir anlayış olarak kabul edilmiş olsa da, başarılabilen, daha çok bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Çevre denildiğinde anlaşılan ise çevreyi kirleten süreçler ve çevresel risklerdir. En geniş kapsamlı, en bütünlüklü çevre tanımına ulaşılammış, kapitalist üretim tarzının kendine özgü, nesnel yasaları kavranamamıştır. Resmi sistematisasyonda çevreyi kirleten fabrikalardır. Ama fabrikaları kar mantığıyla bir insan ve çevre kıyım aracına dönüştüren kapitalist yasallık bu sistematisasyonda yer bulamaz. Çevre denildiğinde akla kentler, otomobil, trafik anarşisi gelir. Ama kentleri yaşanmaz kılanın kapitalizmin rantçı ekonomisi ve bölgeler arasındaki eşitsizliklere bağlı olarak kentlere doğru akan ve durdurulamayan göç olduğu söylenmez. Çevre dendiğinde işçi sağlığı anlaşılır, iş akışı şemaları, iş ortamının "insani" tarzda düzenlenmesi gerektiği söylenir, iş ergonomisi geliştirilir. İş ortamını insani olmaktan çıkarmanın, üretim etkinliğini insana yabancılaştırmanın artı değer sömürüsü üzerinde gelişen kapitalist yasallık olduğu atlanır, vb. Şüphesiz bu şekilde sağlığın korunması olanaksızdır. Bu nedenle resmi çevre yönelimli sosyal tıp yaklaşımı sağlığı koruyamaz.

Çevre yönelimli olup, sağlık-hastalık ilişkisini kapitalist üretim ilişkilerini ve bireylerin sınıf konumlarını bir üst belirleyen olarak görerek ele alan diyalektik yaklaşımın ise, sağlık sistemi kurgusunu bu bütünlüklü çerçeveye uyumlu tarzda yapılandırması gerekecektir. Bu noktada bazı saptamaların yapılması özel bir öneme sahiptir. Şöyle ki: 1-) Kapitalist üretim ilişkileri içinde üretici sınıflar (işçi ve emekçiler) ile aktif üretim sürecinden ekonomik zorla dışlanmış olanlar (işsizler) yaşamsal olanaklar açısından da yoksunluk içindedirler. Yoksunluk çok yönlüdür ve eğitim, gelir, konut, beslenme gibi pek çok bileşen açısından söz konusu edilebilir. 2-) Aynı sınıflar aynı zamanda önemli derecede yabancılaşma yaşarlar. Yabancılaşma üretim süreci içindeki konumlanıştan köken alır ve yaşamın geneline yayılır. Yabancılaşma üretim süreçleri, tüketim, sosyal yaşantı için söz konusudur. Kısacası yabancı-

laşma yaşamı kavrar hatta fark edilmeden kendisi bir yaşam tarzı olur. Bu nedenle kapitalist toplumun sıradan bireyi sanata, edebiyata, spora, yaratıcılığa, bilime yabancıdır, tek yönlüdür, ancak bunun ve sonuçlarının farkında da değildir. Kapitalist üretim sürecinin üreten insanı kendi ürettiği değerlere yabancıdır. Yabancılaşma ve tek yönlülük sorunun içindekileri sağlıksızlaştıran bir sorunlar yumağı oluşturur. Sistem, bireyi, kendi unsurlarına (örneğin paraya) tabi kılar. Birey yaşamın ayrıntıları önünde köleleşir. Bütün bu sorunlar üretim ortamı içindeki ilişkilerden başlayarak, genişleyen halkalar olarak bireyi kuşatırlar. (İş, yabancılaşma ve sağlık ilişkisi konusunda neredeyse klasikleşmiş bir makale olarak Karasek RA.; 1979'a bakılabilir.) 3-) Tanımlanan yabancılaşma köklerini, bir yönüyle kapitalizmin öncülü daha ilkel üretim tarzlarından alır. Yabancılaşmanın kökeni ilk sınıflı toplumlar ve ilk toplumsal işbölümüne kadar uzanır.

Bunlar gerek yoksunluk olarak tanımlanan eşitsizlikçi sonuç, gerekse yabancılaşma olarak ortaya çıkan toplumsal işbölümü sonucu kapitalist üretim ilişkilerinin makro ve mikro düzeydeki yansımalarıdır. Bireyler kapitalist üretim ilişkileri içindeki sınıf konumları ve kapitalist üretim ilişkilerinin mikro yapısı (iş ortamı) içindeki edilgen, denetlenen konumları nedeniyle yoksunlaşır ve yabancılaşır.

Kısaltarak vurgularsak, kapitalist üretim ilişkileri içinde sağlığı bozan ara mekanizmalar, sınıfsal yoksunluklar ile yabancılaşma sorunudur. Bu nedenle bizim sağlık sistemimizin yaşamla olan ilişkisini bu iki somut, ancak kapsayıcı nitelikteki ara mekanizma üzerinden kurması anlamlı görünmektedir. Bir başka ifade ile kapitalist üretim ilişkilerinin bozduğu insan sağlığı, yoksunlaştırıcı ve yabancılaştırıcı mekanizmaların çözülmesiyle iyileştirilebilir. Anlaşılacağı gibi burada bir yandan yaşamsal olanaklara ilişkin eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve toplumsal olanakların bütün bireylere eşit ve hatta gereksinim ölçüsünde yeniden dağıtılması zorunluluğu bulunmaktadır. Öte yandan ise, üretim ortamında yabancılaşmayı yaratan mikro düzeydeki ilişkiler içinde, üreten insanın işlevinin yeniden tanımlanması gerekmektedir.

İlk boyutla ilgili olarak, konumuzla ilişkisi çerçevesinde özellikle sağlık hizmetlerinin eşitlikçi dağıtımından söz etmek gerekir. Sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmayı engelleyen finansal engellerin kaldırılması ve sağlık hizmetinin parasızlaştırılması konusu bu kapsamda özel bir önem taşımaktadır. Ancak buna finansman ve özelleştirme başlıkları altında değinmek daha uygun olacaktır. İkinci boyut ise, bizim bu alt bölümde sağlık hizmetinin yeniden örgütlenmesi kapsamında daha doğrudan biçimde ilgilenmemizi gerektiren bir konudur.

Eğer insanı insan yapan temel etkinlik onun çok yönlü üretimi faaliyeti ise ve sömürü düzenlerinde insanın insanlıktan çıkarılması, insanın insani bütün değerlerine yabancılaştırılması, egemenlerin üretim süreci üzerindeki denetimleri ile sağlanmışsa, yeni bir sağlık sistemi bu

gerçeği dikkate alarak, üretim faaliyetinin doğrudan içinde, üretim faaliyetinin yapısını insani yönde etkileyerek örgütlenmek zorundadır. Sağlık sisteminin üretim ortamının içinde örgütlenmesinin değişik kanallardan etki gösterecek iki etkisinin olacağını düşünebiliriz. Bu örgütlenme bir yandan toplumsal yaşamın sürekliliğini sağlayan üretim sürecini insanileştirerek, yabancılaşma sorununu doğrudan çözecek bir etki gösterecektir. Öte yandan ise üretimin içinde örgütlenecek sağlık sistemi, geleceğin çok yönlü, bütünlüklü insanının yaratılması sürecinde diğer bütün sektörlerin birlikte hareket edebilecekleri ortak bir alan açma işlevi görebilecektir.

Sağlık sisteminin amacı en genel anlamda, bireyin yetenekleriyle toplumsal gereksinimleri gözeterek, üretim sistemiyle birey arasındaki sorunların çözülmesi olarak belirlenebilir. Kısacası, tanımlanan bir yönüyle yeni bir kültür yaratma sürecidir. Bu yeni kültür içinde bireyler kendi sağlıklarını tehdit eden toplumsal ve doğal etkenleri saptamak, yok etmek konusunda tam bir inisiyatif ve sorumluluk sahibidirler. İnisiyatif ve sorumluluğun gerçek anlamda yerine getirilebilmesi ise kolektif bir iradeyi zorunlu kılar. İşte sağlık sistemi bütün bunları başarabilecek bir alt yapı oluşturmak zorundadır. Bunun için de üretim ortamının içinde kurulması, o üretim ortamındaki bütün üreten bireylerin (sorunun muhataplarının) katılımını sağlaması, üreten bireylerin sağlık risklerini tanımlayıp, analizini yapabilecek bir teknik ve kültürel donanımına sahip olabilmelerini sağlaması gerekir. Yukarıdaki kavramlardan inisiyatif, örneğin, sağlık riskleri ortadan kaldırılınca kadar üretimin durdurulabilmesi yetkisini tanımlar (üretimi durdurma hakkı). Sorumluluk ise herkesin bu sürecin aktif bireyleri olarak etkinlik göstermelerine işaret eder.

Sağlık sisteminin bunları tek başına gerçekleştirmesinin olanaksız olduğu, bunun yanı sıra başka teknolojik, bilimsel, sosyal ve örgütsel değişikliklere gerek bulunduğu söylenebilir. Bu saptama doğrudur da. Ancak burada önemli olan nokta sağlık sisteminin böyle bir perspektifle yenilenebilmesi ve kendi amaçları açısından zorunlu gördüğü girdilerin sağlanması konusunda, diğer sektörlerle, yaşamın diğer alanlarına uyarıcı ve yaptırımcı davranabilmesidir. Kanımca sağlık sektörünün bu türden yaptırımlarda başarı sağlama şansı, başka hiçbir sektörün elinde bulunmadığı kadar vardır ve sağlık hizmetlerinin yenilenmesi olanağı, esasen toplumsal yaşamın daha geniş ölçekli yenilenmesinin olanağını da yaratabilir.

Üretim ortamı olarak kastettiklerimize gelince... Bütün fabrikaları, hizmet üretiminin gerçekleştirildiği bütün büroları, tarımsal ekonominin söz konusu olduğu köysel yerleşimleri ve ev ekonomisinin yeniden üretildiği gecekonduları üretim ortamları, işlikler olarak sıralayabiliriz. Buradan anlaşılacağı gibi ulusal sağlık sisteminin kapsamı, şu anda içerdiği tarımsal ekonomi ile ev ekonomisi alanlarına ek olarak sanayi ve hizmet sektörlerine de uzanmak zorundadır. Bu kadar da değil. Şu an kapsadığı sorumluluk alanlarındaki örgütlenme yenilenmeli ve zenginleştirilmelidir. Yenilenme toplumun katılımının sağlanması ve

bireylerde yeni bir yaşam tarzına yönelik yeni bir bilincin yaratılması etkinlikleri üzerinden gerçekleştirilebilir.

Dolayısıyla Türkiye’de şu an var olan sağlık ocakları sistemi bizim önerdiğimiz modelin de içine girecektir. Ancak kendisine, toplumu, toplumsal sorunlara el atacak tarzda örgütlenme sorumluluğu da yüklenecektir. Öte yandan bütün sanayi ve hizmet sektörleri bizim ulusal sağlık sistemimizin içinde yer alacaktır. Bu örgütlenmenin temel görevleri neler olacaktır? Bu soruya şu şekilde yanıt verilebilir: Bütün üretim birimlerinde iş akış şemalarının çıkarılması. Bütün noktalardaki sağlık risklerinin üreticilerle birlikte belirlenmesi. Risklerin ortadan kaldırılması için gerekli mikro ve makro (toplumsal sistem boyutlu) değişikliklerin geliştirilmesi. Riskleri ortadan kaldıracak teknoloji seferberliği. Bütün bireysel koruyucu sağlık programlarının tam olarak uygulanması. Toplumun sağlık eğitimini sağlayacak öncülerin yetiştirilmesi ve bu öncülerle toplumun sağlık eğitiminin gerçekleştirilmesi. Öncü işçilere özel pedagoji, androgoji, iletişim, grup oluşturma nosyonlarının kazandırılması. Bilimsel, sanatsal etkinliklere katılabilecek, planlayabilecek entelektüel kapasiteye sahip bireylerin yetiştirilmesi amacıyla toplumun entelektüel kapasitesini artıracak yaygın ve gelişkin eğitim seferberliği. Bu amaçla bütün üretim birimlerinin aynı zamanda sosyal yaşam mekanları olarak yeniden düzenlenmesi. Toplumun kolektif iradesinin sağlanması amacıyla katılım mekanizmalarının, bu amaçla mahalle ve işyeri sağlık birimlerinin ve komitelerinin oluşturulması. Bu mekanizmalarla bir yandan var olan potansiyele işlerlik kazandırılması, öte yandan da bu potansiyelin geliştirilmesi (Bütün bu tartışmaların ayrıntısı için bkz. **Belek İ., Nalçacı E., Onuroğulları H., Ardic F.; 1998**).

Bütün bu yazdıklarımı şu şekilde özetleyebileceğimi sanıyorum: 1) Sağlığı bozan kapitalizm ve onun her tür somut ilişkisidir. 2) Bu nedenle sağlığın korunması, geliştirilmesi kapitalizmin ortadan kaldırılması, sınıfsız, sömürsüz, eşitlikçi bir düzenin kurulmasıyla olanaklıdır. 3) Sağlık sistemi özelinde bu çaba üretim ortamı somutluğu içinde başlatılabilir. Üretim ortamında her tür sömürü, yabancılaşma mekanizmasına karşı yeni bir sistem geliştirmek gerekir. 4) Bunun için, üretim ortamının bireysel yetenekler gözetilerek yeniden düzenlenmesi ve bu süreç içinde üreticilerin tam denetim hak ve sorumluluğunun geliştirilmesi iki temel strateji olarak belirlenebilir.

Belki, böyle bir projenin yaşama geçirilmesi açısından gerekli olan diğer faktörlere de değinmek uygun olur. Zorunlu çalışma sürelerinin kısaltılması ve bu kısaltmayı olanaklı kılacak teknolojik gelişmelerin gerçekleşmiş olması bunların başında sıralanabilirler. Bu olanaklar, bireylere yaşamın başka alanlarına da etkin olarak katılma ve böylece de örneğin bilimsel etkinliklere katılım üzerinden, üretimin sıradanlığını aşma olanağı sağlayacaktır. Bu gelişmenin aynı zamanda toplumsal işbölümünün aşılmasına ve bireyin çok yönlüleştirilmesine de olanak sağlayacağı varsayılabilir.

Bütün bunların daha baştan, var olan kapitalist mekanizmanın geliştirip, kullandığı zor aygıtları tarafından, kapitalist sömürünün etkisini zayıflattıkları, daha doğrusu sömürü ile tamamen zıt etki ve amaçlara sahip oldukları gerekçesiyle engelleneceği söylenebilir. Bu saptamanın tamamen doğru olduğu kabul edilmelidir. Bu nedenle, tanımladığımız türden yeni bir sağlık sisteminin gerçekleştirilmesi açısından ilk zorunluluk belki de, sınıfsız, sömürsüz bir toplumu kurmaktır. Bunun da tamamen siyasal bir görev olduğu ileri sürülebilir. Bu da tamamen doğrudur. Ancak unutulmamalıdır ki, yeniyi yaratmak siyasal bir sorumluluk üstlenmeyi zorunlu kılarken, yeninin olabileceğince elle tutulur biçimde somutlanması da, değişimci görev ve sorumlulukları geliştirir. Kısacası sağlık sisteminin yenilenmesi siyasal bir alan iken, böyle bir yenilenmenin gerekliliğine ve anlamına işaret eden kültürel ve ideolojik çalışmalar siyaset çağrışımı ile daha kapsayıcı bir toplumsal yenilenmeye çağrı çıkarırlar, yenilenmenin zorunluluğunu gösterirler. Bu çağrı hepimizdir. Yeni bir sağlık sistemi için, sınıfsız, sömürsüz yeni bir toplum ve yeni bir toplum için yeni bir sağlık sistemi somutluğu içinde ideolojik, pratik mücadele.

#### KAYNAKLAR

**Belek İ., Nalçacı E., Onuroğulları H., Ardic F., (1998),** "Türkiye için Sağlık Tezi", 2. Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları.

**Carr-Hill RA., (1994),** "Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms", Soc. Sci. Med., 39(9):1189-1201.

**Iglehart JK., (1984),** "The British National Health Service Under the Conservatives", N.Engl. J. Medicine, 310(1): 63-67.

**Karasek RA., (1979),** "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign", Admin. Sci. Q., 24: 285-300.

**McPake B., Kutzin J., (1997),** "Methods for Evaluating Effects of Health Reforms", Geneva: WHO.

**Mills A., Drummond MF., (1985)** "Economic Evaluation of Health Programs: Glossary of Terms", Wld. Hlth. Statist. Quart., 38: 432-434, 1985.

**Musgrove P., (1986),** "Measurement of Equity in Health", Wld. Hlth. Statist. Quart., 39: 325-334.

**Navarro V., (1998),** "A Historical Review of Studies on Class, Health, and Quality of Life: A Personal Account", Int. J. Health Services, 28(3): 389-406.

**OECD, (1995),** "The Future of Health Care Systems", Paris: OECD.

**Whitehead M., (1992),** "The Concepts and Principles of Equity and Health", Int. J. Health Services, 22(3): 429-445.

**WHO, (1987),** "Economic Support for National Health for All Strategies", Geneva: WHO.

**WHO, (1996),** "Equity in Health and Health Care", Geneva: WHO.

**WHO, (1997),** "Final Report of Meeting on Policy-Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care", Geneva: WHO.