

## HOLLANDA'DA "SAĞLIKLI TOPLUM" POLİTİKASINA DOĞRU: "NOTA 2000" VE OLUŞTURULMA SÜRECİ

Dr. Erhan ESER\*

Hollanda Sağlık örgütlenmesinde ülke kuruluşları özel hekimlik, pek bir değişikliğe uğramadan günümüze dek önemini korumuştur. Sağlık alanındaki özel sermaye grupları bu örgütlenmeye ve ülkenin sağlık politikasına damgalarını hep vurmuşlardır. Tarih boyunca ülkede, sisteme getirilen küçük çaplı değişikliklerin gerekçesi çoğunlukla daha fazla endüstriyel üretim sağlamak olmuştur. Dünyada ve Avrupa'daki sağlık politikası değişiklikleri ve İngiltere'de yürürlüğe konulan "Ulusal Sağlık Hizmeti" gibi örgütlenmeler ülkede zaman zaman ses getirmesine ve hatta 1970'lerin ortalarında bir sağlık örgütlenmesi reformu gündeme gelmesine karşın, özel hekimliğin dayalı örgütlenme ve "sağlık hizmetini" endeksleyen politikalar sürekli geçerliliğini korumuştur. Hollanda sağlık örgütlenmesinde birinci basamak sağlık hizmetini tek başına veya gruplar halinde özel çalışan genel pratisyenler yürütmektedirler. Ne derecede başarıyla yürütüldüğü tartışılabilir da kişisel korunma, sözü edilen bu genel pratisyenler, gönüllü grup veya kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu örgütlenmede sağlık bakanlığının rolü ise, toplumsal korunmanın sağlanması, planlama ve hizmet kalitesinin denetlenmesi olarak belirtilmektedir (Rutten, 1982). Hollanda, 80'li yıllardan sonra, sağlık düzeyi ölçütleri göz önüne alındığında, batılı ülkeler arasında gelişmişlik açısından en ön sıralarda yer almaktadır (Starfield, 1991, (WHO, 1994). Buna karşın, sağlıkla ilgili sosyo-ekonomik farklılıklar ve eşitsizlikler, halen sistemin temel sorunu olmayı sürdürmektedir. (Mackenbach, 1989; 1992; 1994). Ülkede İkinci Dünya Savaşı sırasındaki Alman işgali döneminde getirilen "Hastalık Sigortası", 1964 yılında getirilen bir yasa ile tekrar düzenlenmişse de, özü itibariyle halen yürürlüktedir.

Bu yazıda, 1980'lerin başında Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya attığı "2000 Yılında Herkese Sağlık" stratejisi doğrultusunda Hollanda'da gündeme gelen

"Nota 2000" adlı sağlık politikası memorandumunun ortaya çıkış sürecinden söz edilecektir. Nota 2000'i oluşturma fikrini etkileyen etmenler ve buna temel oluşturan çalışmalar ve bunların içerdikleri kavramlar da bu yazıya dahil edilmişlerdir. "Nota 2000" in ülke için yeni bir politik bakış açısı getirmesinin temel nedeni, "sağlık hizmeti" kavramının yerini "sağlık" kavramına terk etmesidir. Diğer bir deyişle "toplum sağlığı" politikasının -henüz daha uygulamada olamasa da - yerini "sağlıklı toplum" politikasının alması hedeflenmektedir. Nota 2000'in ne derece başarılı bir doküman olduğu tartışılabilir olmakla birlikte, bu memorandumun bir dizi periyodik dokümanla sürdürülecek olması Hollanda'da sağlık politikası tartışmalarının sürekliliğini sağlayacak olması nedeniyle olumludur.

Yazının bütününde, Nota 2000'in ayrıntılı içeriğinden çok, politikanın oluşturulma sürecine ağırlık verilmesinin nedeni, yazının esas amacının, yeni bir sağlık örgütlenmesi oluşturmadan önce, ülkedeki tüm kişi, grup ve kuruluşların görüşlerine açık bir "sağlık politikası"nın ortaya konmasının zorunluluğunu göstermektedir. Ülkemizde sağlık politikaları üzerinde sağlıklı bir tartışma süreci yaşanmadan ortaya atılan, bırakınız toplumdaki konuyla ilgili kişi ve grupları, hükümetin diğer bakanlıklarını bile çalışmalara dahil etmeden oluşturulan ve özü itibariyle bir "sağlık örgütlenme modeli" olan "yeni sağlık yasası" tartışmalarını izleyenlerde Nota 2000 sürecinin önemli soru işaretleri uyandıracığı inancındayım. Nota 2000'in oluşturulma sürecinden yaşanan bir dizi olumlu ve olumsuz gelişme oldukça ilgi çekicidir.

Bu yazı, Evelyne de Leeuw'un "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" adlı çalışmasını temel alarak hazırlanmıştır. Yazının kaynakça bölümü, çoğunlukla Leeuw'un bu çalışmasındaki kaynaklardır. Bunların gösterilmesindeki amaç, konuyla ilgili araştırmacılara katkı sağlamaktır.

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

## 1.1 TARİHÇE

### 1.1.1 Toplum Sağlığı Politikası

Hollanda Toplum Sağlığı Politikalarında iki temel ayrışması noktası gözlenir: 1865 ve 1945.

#### 1865 Öncesi:

Bu dönemde ulusal hükümetin sağlık ile ilgili girişimleri en alt düzeydedir. Toplum sağlığı politikaları "pasif" durumdadır. Bir marksist analize göre (Querio 1965), ulusal hükümetin pasif kalmasının altında yatan neden, o dönemde proleteryanın henüz daha önemli bir ekonomik güç haline gelememesi nedeniyle toplum sağlığı politikasının gereksiz olduğuna inanılmasıydı: işçi pazarı çok büyük olduğundan, insanların sağlığının pek önemli olduğu kabul edilmiyordu.

**1865-1945:** 1865 yılında sağlık hizmetlerinde bir düzenlemeye gidildi. Bu düzenleme tıp alanında çalışan profesyonellere bazı standartlar getirmeyi, hizmetlerin de devlet tarafından kontrolünü öngörüyordu. Fakat denetim işi oldukça zayıf kaldı. Hükümet yalnızca iki hekimle sözleşme imzalayabildi. Bütçe oldukça kısıtlı kaldı. Yaşanan bu durum, Hollanda Tabipleri Birliğinin önemli sayıda hekimi (tedavi işinde yoğunlaşmış) etkisi altına alabilmesine ve tıp alanında önemli bir sosyoekonomik güç haline gelmesine yol açtı. Bu dönemdeki atalet, koruyucu sağlık hizmetlerinde çok önemli boşluklar oluşmasına, bu boşluğun da özel sağlık insiyatifi tarafından doldurulması zorunluluğuna yol açtı.

1872 yılında ortaya çıkan kolera salgını sonucu hükümet, toplumun orta-üst sınıflarının baskısıyla bir bulaşıcı hastalıklar kontrol yasası çıkardı. Bu yasanın çıkmasıyla ilgili baskıların asıl nedeni, yoksul işçi sınıfının içinde yaşadığı sağlıksız koşulların, üst sınıflara da zarar verecek düzeyde salgınlara yol açmasıydı. Bu yasanın çıkması yine de sistem üzerinde özel sağlık hizmetlerinin hegemonyasını kıramadı. 1900'ler den sonra devlet, başarısızlıkla sonuçlanacak olan bir "sosyal güvenlik yasası" üzerinde durdu. Başarısızlığın iki temel nedeni vardı: birincisi, Hollanda Tabipler Birliği ile hali hazırda varlığını sürdüren özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki geleneksel çıkarıcı çekişmeydi. Özel sigorta şirketleri bağımsızlıklarını yitirip devlet denetimi altına girme korkusuna düştüler. Bir diğer engel de parlamentodaki grupların, sigorta primlerinin önemli bir bölümünün endüstriyel kuruluşlar ve diğer özel kuruluşlardan alınacağı endişesi ile duruma şiddetle karşı çıkmalarıydı.

Alman işgali sırasında, 1941 yılında Bismark dö-

neminden kalma Alman modelinden esinlenerek bir "Hastalık Sigortası Yasası" çıkarıldı. Bu yasa halen yürürlükte.

Halk Sağlığı Yasaları (Belediye Temel Sağlık Hizmetleri Yasası, Sağlık Mühendisliği Yasası) açısından 20 nci yüzyıla umutlu başlandı. 1918-1920 döneminde hükümet bir çok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de sosyal gelişmeyi destekleyen somut yasalar çıkardı. 1901'de çıkarılan sağlık yasası genişletildi. Devlete bağlı çalışan hekimler desteklendi ve güçlendirildi. "Sağlık Danışma Konseyi" kuruldu. Tüberküloz kontrolüne verilen önem artırıldı. Belediye sağlık hizmetlerinin etki alanının koruyucu hizmetlere de önem verecek şekilde genişletilmesi sağlandı. Fakat sağlık hizmetlerindeki bu gelişim dalgası 1920'lerin ortalarında söndü. Bunda, o döneme rast gelen ekonomik krizin ve politik üst baskı gruplarının etkisi büyüktü. İkinci Dünya Savaşının Hollanda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi üzerine çok olumsuz etkileri oldu. Hastalık Sigortası dışında halk sağlığı alanında hemen hiçbir şey yapılmadı. Bu durum savaş sonrası gelen yeni hükümette sağlık alanına yeni bir vizyon getirme ihtiyacını doğurdu.

#### 1945 Sonrası :

Savaştan sonra hükümetin sağlık alanındaki ataleti son buldu. Bu dönem, üç alt döneme ayrılarak incelenebilir (Van der Werff, 1984). Birinci alt dönem de (1945-1970), iki alt döneme ayrılarak incelenebilir:

1 — (1945-1970) : Kaynakların dağılımı konusunda sağlık sektörünün gelişiminin düzenlenmesi

a) (1945-1960) : Savaş sonrası yeniden yapılanma ile ilgili düzenlemeler,

b) (1945-1970) : Liberalleşmenin yaygınlaşması.

2 — (1970-1980) : Bu dönemde sağlık hizmeti yapılanması ve ekonomik denetim hükümetin sorumluluğundadır.

3 — (1980 ve sonrası) : Sağlık sisteminin (sağlık hizmetinin değil) sonuçları ve değerlendirilmesinde toplumun sağlık ve iyilik durumu kriter olarak alınmaya başlandı. Yani "Sağlıklı Toplum Politikası" gündeme geldi.

1980'lere gelinceye dek devletin sağlık hizmetleri üzerindeki rolü, düşünsel ve programlı olmasa da artış gösterdi. Fakat yine de devletin ataleti sürdü gitti. Örneğin 1943'de yayınlanan Beveridge raporundan esinlenerek, 1946 yılında Van Rhijn komitesi, ülkenin kırsal kesiminin tamamıyla sağlık merkezi ağı ile örülmesi ve böylelikle sağlık hizmetinin tüm ülke çapında yaygınlaştırılması önerisini getirdi. Diğer benzeri çalışmalardan olduğu gibi Beveridge'nin raporundan etkilenerek aynı dönem-

de İngiltere'de kurulan ve yaşama geçirilen "Ulusal Sağlık Hizmeti"nin başarıya ulaşmasına karşılık, aynı ilkeleri ve benzer örgütlenme modelini savunan Van Rhijn modeli başarıya ulaşamadı. Bunun altında yatan nedenler, yine özel sağlık örgütlenmesindeki bağımsızlığı yitirme korkusu ve parlamentonun, özel sağlık kuruluşlarının bu hizmetleri pekala yerine getirebileceğine olan inancıydı.

### 1.1.2 Sağlıklı Toplum Politikası

"Sağlıklı Toplum Politikası", WHO'nun 2000 Yılında Herkese Sağlık stratejisinin 13 no'lu hedefidir. Bu hedef 1990 yılına dek, Avrupa bölgesindeki üye ülkelerin, sektörler arası desteği sağlamak amacıyla, hukuksal, pratik ve ekonomik düzenlemeler yapmaları, sağlıklı yaşam tarzını geliştirmek için yeterli kaynak ayırmaları, ve politika oluşturma aşamasındaki tüm adımlarda toplumun etkin katılımını sağlamalarını şart koşmuştur (WHO, 1994). Hollanda'da, "Sağlıklı Toplum Politikası" oluşturma gereksiniminin altında yatan mantık genellikle toplum politikalarının, sağlığın teşvik edilmesi veya edilmemesi üzerine kurulduğuna olan inançtır. Örneğin beslenme, barınma, savunma ve rekreasyon politikalarının tümü, sağlık problemlerinin önlenmesi veya toplumun o andaki sağlık durumunun korunması üzerine kurulmuştur (Pederson et al, 1988). Sağlık politikalarını oluşturanlar genellikle toplumun sağlıklılığını belirleyen bu sağlık dışı sektörlerin ve uygulanan ekonomik politikaların etkisini hesaba katmazlar.. Oysa bunlar, gerçek sağlık politikalarının gelişiminde başlangıç noktaları olmalıdır. Öyleyse "Sağlıklı Toplum Politikası" tam olarak nedir? Bu soruya yanıt verebilmek için belki de "politika", "sağlık" ve "sağlık politikası"nın Blum'un yaklaşımı ile tanımlamak uygun olacaktır.

### POLİTİKA

Uygulanabilir;  
Sonuçları İnandırıcı;  
Belli bir zamanlama programına uyabilir nitelikleriyle;

Kabul edilebilir olan, özgün önerilerden oluşan, uzun erimde ve sürekli olarak kullanılacak özellikteki düşünceler dizgesidir.

### SAĞLIK

Bilinen DSÖ tanımından farklı olarak;  
Sağlık, "Toplumdaki birey veya grupların, bir taraftan beklentilerinin gerçekleştirilip gereksinimlerinin karşılanması, diğer taraftan da çevreleri ile bir uyum içinde olabilmelerinin sağlanması" olarak tanımlanabilir.

### SAĞLIK POLİTİKASI

Uzun erimde kullanılacak olan ve geçerliliğini koruyan bir düşünceler - öneriler dizgesi olan sağlık politikası, uygulanabilir, sonuçları inandırıcı ve belli bir zamanlama programına uyabilir olması yanında; sağlık alanında öncelikli sorunları ortaya koyabilecek özgün önerileri içeren ve bu yolla toplumun beklentilerinin gerçekleştirilip gereksinimlerinin karşılanması yollarını gösteren; bu amaçla topluluk veya bireylerin çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmelerine olanak tanıyan ve tüm bu özellikleri ile toplum veya bireyler tarafından kabul edilebilir bir politika olmalıdır.

Sağlıklı Toplum Politikası Pederson ve arkadaşları (1988) tarafından, toplumun ve onların seçilmiş temsilcilerinin, "sağlığı tüm bileşenleriyle açıkça göz önüne alan", "sağlıkta eşitliği sağlayacak multisektörel politikaları" ve "sağlığı destekleyen toplum politikalarını" içeren politikaları olarak tanımlanmıştır. Bu kavramı tanımlama konusunda ilklerden olan Hancock (1982) ise, Sağlıklı Toplum Politikasını, yüksek olmayan teknolojik yaklaşım, tümelci bakış açısı ve var olan yapıları sorgulayan, böylelikle de multisektörel ve politika oluşum ve uygulama sürecinde halkın mutlak katılımını koşullayan bir politika olarak görmüştür. Sonuç olarak, Sağlıklı Toplum Politikası, "Sağlıklı yaşamın geliştirilmesi amacıyla hükümetin sektörel politikasıdır" demek olasıdır. Yine de bu konudaki araştırmacıların birçoğunun vardığı ortak nokta, Sağlıklı Toplum Politikasının teorik olarak zayıf olup yeterince amprik olmamasıdır. Bir kısım araştırmacılar da bu politik düşüncenin yalnızca bir önermeden ibaret olan bir sosyal bilim teorisi olduğu, bu konudaki tartışmaların belki de konuya daha açık bir yaklaşım getireceğini ifade etmektedirler.

Sağlıklı Toplum Politikasının yalnızca özelliklerinin kısaca tanımlanması ile yetinilen bu yazıda, bu politika ile ilgili "sektörler arası işbirliği", "örgütlenme", "politikanın değerlendirilmesi" gibi değerlendirilmesi gereken konulara yer verilmemiştir. 1980'lerde Hollanda'nın sağlık politikasına çatı oluşturan Sağlıklı Toplum Politikası ve bunun ışığında ülkenin politikasına yön verecek olan diğer gelişmeler ve sonunda ortaya çıkan "Nota 2000" in kronolojik gelişimi ve özellikleri üzerinde durulacaktır.

Hollanda'da 1980'lerin sonrasındaki çağdaş sağlık politikalarının gelişiminde genellikle Mc Keown (1979) ve Illich (1976)'in çalışmaları temel oluşturur. Her iki araştırmacı da, tıbbın toplumların sağlık durumu üzerinde çok kısıtlı etkisi olduğuna işaret etmişlerdir. Tüm bu görüşlerin kesin bir politika çatısı

haline gelmesi, 1974 yılında Henrik Blum ve Laframboise'nin çalışmalarını temel alan Kanada Sağlık Bakanı Lalonde'm bir politika çatısı önermeleri ile mümkün olmuştur.

### 1.1.2.1 Blum

Blum, sağlık planlama teorisini üç temel unsur üzerine oturtmuştur:

1 — Alanda sağlığa etkisi olabilecek tüm güçler (alan güçleri paradigması) ve sağlıklılık paradigmasının ortaya konması.

2 — Sağlığın doğası, politikası ve sağlık sektörünün sorunlarına toplu bir bakış,

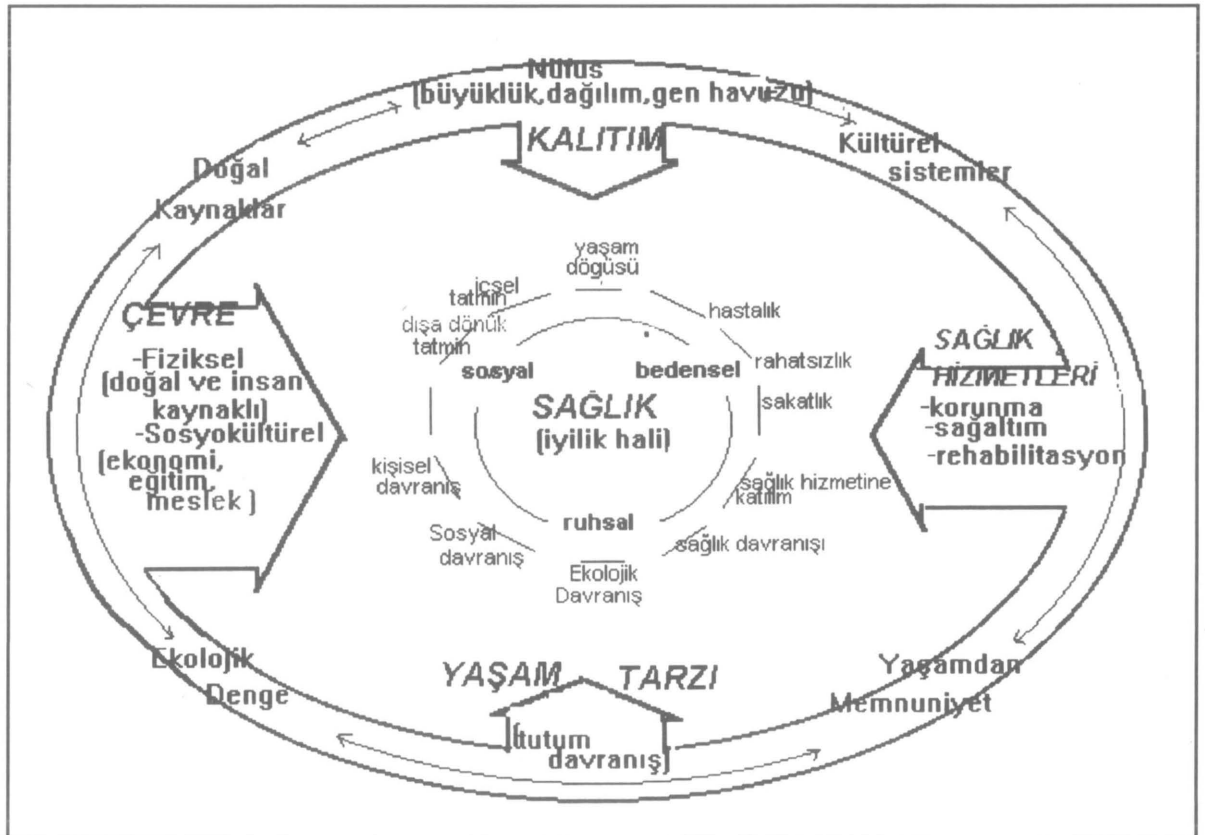
3 — Sorunların gerçekçi bir analize gereksinim gösterdiği saptamasından hareketle, bunların çözümünde, doğru planlama ve uygulama yaklaşımları. Bu yaklaşımlar için seçilen bakış açısı sistem teorisidir.

Blum'un yaklaşımındaki yenilikçi tavrı ortaya koyabilmek için sözü edilen bu üç unsuru açıklığa kavuşturmak gerekir. Blum'un deyişiyle, "bir sağlıksızlık durumunda, var olan koşullar veya teknolojik faktörler bu durumun esas doğası ile doğrudan ilişkilidirler." Yani, sözü edilen sağlıksızlık durumuna yol açan nedenler, bunun doğası, korunma, durumun

kontrolü gibi bir çok faktörü belirleyen, o andaki sosyoekonomik ve çevresel koşullar ile teknolojik durumdur. Bu kavramsal çatı, sağlığı etkileyebilecek olumsuz koşullara karşı özgün bir korunmayı amaçlamadığı sürece sağlıkla ilgili pratik uygulamaları dışarıda bırakmakta, diğer bir deyişle kapsamı dışında tutmaktadır. Blum, teorisini Şekil 1'de görülen modelde daha açık bir şekilde ortaya koymuştur.

Dıştaki çember "alan güçleri paradigmasını", içteki çember ise "sağlıklılık paradigmasını" temsil etmektedir. Alan Güçleri Paradigmasının bileşenleri, "Sağlık Alan Kavramı (Health Field Concept)"nın dört bileşenine benzemektedir: kalıtsallık, yaşam tarzı, çevre ve sağlık hizmetleri. Bileşenlerin birbirlerine göre görece önemi şeklindeki oklarla ifade edilmiştir. Buradaki alan güçlerinin tümü, sağlığı nelerin etkileyebileceğini gösteren ekolojik görünümü sembolize eder.

Sağlıklılık Paradigmasında temel nosyon, sağlığın kapsamlı ve bütüncül bir şekilde tanımlanmış olmasıdır. Yani, sağlığın çeşitli yönleri birbirinden ayrılmaz ve biri diğerinin yerine sayılmaz. Sağlığın, sözü edilen bu yönleri fiziksel sosyal ve bedensel sağlık olarak ayrılırsa, bu güne dek gelişmiş (endüstrileşmiş) ülkelerde olduğu gibi bunların alt bileşen-



Şekil 1 - "Alan Güçleri" ve "Sağlıklılık" Paradigmaları (Blum)

leri de giderek azalır. İşte Sağlıklılık paradigması, bunların tümünün, birbirinden ayırmaksızın ele alınmasına olanak tanımaktadır. Bunun politik açıdan çözümü, ancak politikacıların sağlığa bu üç yönü de birbirinden ayırmadan bakabilmelerini sağlamaktan ve sağlık politikalarını bu ilke bütünlüğüne göre oluşturmaktan geçer. Aksi halde bu boşluğu, güçlü sermaye gruplarının (bunlara tıp endüstrisini elinde tutan gruplar da diyebiliriz) kaynak aktarımında toplumun gereksinimlerini gözetmeden, diğer bir deyişle, sağlığın yukarıda sözü edilen üç bileşenini birbirinden ayırarak oluşturacakları bir politika, gerçek bir sağlık politikası olamaz.

Blum'a göre, adım adım ilerleyen bir metodolojiye dayanarak uygulanacak olan bir sistem analizi, en sıkıntılı sorunların bile açıklıkla ortaya konmasında etkili olacaktır. Blum, toplum tarafından planlanmış sosyal değişimi öngören bir çatı kurmaya çalışmıştır. Burada Blum'un hareket noktası veya gerekçesi, sağlığın toplumdaki veya toplumsal olaylardan ayrı düşünülmemeyeceğidir. Var olan durumun değerlendirilmesi, yani sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve bunların hedefe dönüştürülmesi ilk adım olmalıdır. Sorunlar ve hedeflere yönelik bu analizlerin sonuçları, yapılacak girişimlerin önceliğini ve tipini belirleyecektir. Blum, yürütmenin ve amaca ulaşmada kullanılacak gereçlerin de sağlık politikası oluşturmada yaşamsal bir öneme sahip olduğunu vurgulamış ve bu amaca hizmet edecek bir planlama yapısının şart olduğunu ifade etmiştir. Son olarak da amaçların değişen koşullara göre değiştirilebilmesi için değerlendirmenin zorunlu olduğundan söz etmiştir.

Blum'un çalışması sağlık politikaları çalışmalarında Hollanda'da geliştirilecek sağlık politikaları çalışmalarını için bir hareket noktası olmuştur. Bu çalışmada bazı bilgi eksiklikleri olduğu gibi, sağlık örgütlenmesi konusuna da yeterince değinilmemiştir. Yine de bu çalışma sağlık politikasına yeni bir bakış açısı getirmesi açısından büyük önem taşır.

Bazı yazarlar daha farklı tanımlamalar getirirler de Blum'un yukarıda yer verilen "sağlık" ve "sağlık politikası" tanımı, bu yazının konusu olan ve Hollanda'nın gelecekteki sağlık politikalarının temelini oluşturması beklenen "Nota 2000"i hazırlayanların hareket noktalarından biri olmuştur.

### 1.1.2.2 Lalonde

Lalonde raporu, geçmişte olduğu gibi, şimdi bile, sağlık üzerine basılmış dokümanların en etkileyicilerindedir. Tabii ki bu doküman, sağlık

hizmetlerine kapsayıcı bir yaklaşım getiren tek doküman değildir. Vander Werff (1976), 10 Avrupa ülkesi ve Kanada'da 1975 yılı başına dek bu amaçla hazırlanmış 17 yasa ve örgütlenme modeli önerisi olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte Lalonde raporu, sağlık hizmetinin sunumunda örgütlenme ve kaliteden farklı olarak "health field concept"den söz eden tek dokümandır. Yani bu rapor, sağlığın geliştirilmesinde kalıtsal faktörler (insan biyolojisi), yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin önemli rolleri olduğunu söylemektedir.

Lalonde raporuna Hancock (1986) tarafından iki temel noktada eleştiri getirilmiştir. Bunlardan birisi raporda uygulanabilir (işleyebilir) bir çatıya yer verilmemesi, diğeri ise, dokümanın çok yönlü yorumunun mümkün olmamasıydı. raporda ortaya atılan 74 öneri, Kanada Sağlık Sisteminin yapısı nedeniyle çürütülmüştü. Sistemde, iller veya eyaletler, sağlık hizmetlerinden sorumluydu ve federal hükümet, hizmete yönelik amaçları gösterebilmekte başarısızdı. Bunun yanında bazı yazarlar da (Evans 1982 ve Van der Maas & Habbema 1987), ilgili grupların, dokümanı kendi çıkarlarına hizmet edebilecek şekilde yorumlamalarına olanak vereceğini göstererek, dokümanın çok yönlü yorumlanabilirliğini ifade etmişlerdir.

Van der Maas & Habbema birçok modelde olduğu gibi bu modelin de nedensellik ve ölçülebilirliğinin olmadığını söylerken, Laframboise (1973), bu modelin temeli olan "Health Field Concept" in kapsayıcılık, sınıflama kolaylığı, alt örgütlenmelere dönüştürülebilirlik açısından iyi bir kavramsal model olduğunu vurgulamıştır.

Lalonde raporunun uluslararası sağlık politikası düşüncesinde çok büyük etkisi olmuştur. Birleşik Krallık (İngiltere)'den Hancock (1986)'ın "Prevention & Health", İsveç'ten "HS 90" (1981); ve ABD'den "Healthy People" (1979-1980), Lalonde raporu temel alınarak, geliştirilen raporlardır. Nota 2000 de, "Hastalığı değil Sağlığı Temel Alan Modeli" ile "Health Field Concept"den üretilmiştir.

## 1.2 WHO PROGRAMLARI

WHO da 1970'lerin başından bu yana sağlık politikasının gelişiminde çok önemli rol oynamıştır. 1980'lerin ikinci yarısında geliştirilen "Sağlık Toplum Politikası"nın oluşumunun zorunluluğunu göstermiştir. Bunlar, "Temel Sağlık Hizmetleri", "2000 Yılında Herkese Sağlık" ve "Sağlığın Geliştirilmesi Programı"dır. Aslında birbirleriyle entegre olarak sürdürülmekteyse de, bu programları ayrı ayrı incelemek belki de daha yararlı olacaktır.

### 1.2.1 TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

1970'lerin başında, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, refah toplumunun yarattığı yeni sağlık riskleri ve eşitsizliklerin ortaya çıktığı endüstrileşmiş ülkelerde de, geleneksel sağlık hizmetlerinin değişen koşullara uyum göstermediği, uluslararası çevrelerce fark edilmiştir. Diğer taraftan da 1978 Alma Ata bildirgesiyle ilk kez resmi bir deklarasyonda, sağlıklılığın, yalnızca sağlık hizmetiyle değil, aynı zamanda sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel bileşenleri ile ilgili olduğu ifade edilmiştir.

Alma Ata bildirgesi batılı araştırmacılardan bazı eleştiriler almış olsa da, sağlığın yalnızca hizmetlerin sunumu olmadığı ilkesi geçerliliğini korumuştur. Bildirgeye, TSH'nin gelişmiş ülkeler için yararlı olmadığı, geleneksel tıp hizmeti ile arasında bir ikilem olduğu, insangücü planlamasının yetersiz olduğu (Bryant, 1984); sınıfsal çatışma ile sağlık durumu arasındaki ilişkiyi temelden reddettiği (Navarro, 1984) gibi savlarla karşı çıkışlar olmuştur.

### 1.2.2 2000 YILINDA HERKESE SAĞLIK

Alma Ata Bildirgesinden bir yıl önce toplanan 13 üncü Dünya Sağlık asamblesi, üye ülkelerin ve WHO'nun gelecekteki dekadlardaki sosyal hedefini, "2000 yılında tüm insanların sosyal ve ekonomik açıdan üretkenliğini sağlayacak bir sağlık durumuna ulaştırılmaları" olarak belirlemiştir. Başlangıçta WHO Avrupa Bölge Ofisi Avrupa için bu amaç doğrultusunda herhangi bir bölgesel stratejiye acilen gereksinim olmadığını düşünmüştür. Bununla birlikte üye ülkeler, bu hedef doğrultusunda bazı çalışmalar başlatmışlardır. Diğer taraftan WHO Avrupa Bölge Ofisinde de alt düzeyde konuya daha ciddi bir önem verilmiştir. Bunun sonucunda 2000 yılında Herkese Sağlık hedefinde, Avrupa için stratejik bir çatı oluşturuldu. (De Leew, 1985). Daha sonra da bu strateji, topluma yönelik bir ifade ile yayınlandı (O Neill, 1983). Bu raporda saptanan temel nokta, ulusal ve uluslararası düzeydeki EŞİTSİZLİKTİ.

Bir tarafta WHO Avrupa bölgesi planı doğrultusunda üye ülkeler ulusal planlar hazırlarken, WHO Avrupa Bölge Ofisi, ülkelerdeki sağlık durumunun geliştirilmesi ve eşitsizliklerin azaltılması çalışmalarını izlemek amacıyla temel belirteçleri (endikatörleri) saptama hazırlıklarına başladı. Fakat, öncelikle bölge ülkelerinin kabul edebilecekleri somut hedeflerin belirlenmesinin gerekliliğinin farkedilmesi üzerine bu hazırlıklar durduruldu. Bundan sonraki çabalar, bu hedeflerin belirlenmesine harcandı. 1982-1984 periyodunda, bu belirteçlerin saptanmasında, önceki dönemlerde olduğu gibi ayrıntılı içe-

riklerden vazgeçilip, Blum ve özellikle de Lalonde raporlarında önerilen "Sağlık Alanı Kavramı (Health Field Concept)" doğrultusunda önerilen, *sağlığın yapısal determinantları* esas alındı (De Leeuw, 1989). Hedeflerin, sağlık hizmetinden, sağlığın yapısal determinantlarına doğru olan kayışında, WHO Avrupa Bölgesi çalışanların kişisel etkilerinin büyük rol oynadığı yine de bunun başrolünde toplumsal gelişmelerin yer aldığı, WHO'nun bunu yalnızca dile getirdiği söylenebilir.

### 1.2.3 SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ (health promotion)

Gelişmiş ülkelerdeki özgün sorunlar, TSH yanında, sağ. ktaki eşitsizliklerin çözümüne yönelik programların hazırlanmasını gündeme getirdi. "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi ışığında, WHO, "Sağlığın Geliştirilmesi" programını başlattı. "Sağlığın Geliştirilmesi" kavramının daha önceleri Kuzey Amerikan ekolü tarafından, yaşam tarzı ve davranış biçimi açısından kullanılmış olmasına karşın WHO, bu kavrama yeni bir yaklaşım getirdi. "Sağlığın Geliştirilmesi" programında sağlığın yaşam tarzı dışındaki belirteçlerine de işaret etti. Bu kavram uzun süre tartışıldı. Sonuçta, sağlığın geliştirilmesi, "bi-rey ve toplulukların, sağlığın bileşenleri üzerindeki kontrol yeteneklerini artırabilmeleri ve bu yolla sağlıklarını geliştirebilmeleri işlemi" olarak tanımlandı. Bu işlem, sağlık eğitimi, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin örgütlenmesi gibi sağlığın bileşenlerine işlerlik kazandı. Sağlığın Geliştirilmesi Programı, sağlık eğitiminin tarzının belirlenmesi, sağlıklı toplum politikasının inşası, toplumun sağlık üzerindeki aktivasyonunun güçlendirilmesi, kişisel becerilerin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin reorientasyonu, sağlığın geliştirilmesi hedefinde toplumun fikir birliğinin sağlanması (kabul edilebilirlik) ve bu kavramın ulusal ve uluslararası politika ve stratejiler tarafından desteklenmesini hedeflemektedir.

Böylece, "Sağlıklı Toplum Politikası", sağlığın geliştirilmesi programında temel çatıyı oluşturdu.

### 1.3. NOTA 2000

Hollanda'nın sağlıkla ilgili memorandumunu niteliğindeki Nota 2000, ulusal ve uluslararası düzeydeki diğer kapsamlı çalışmalar yanında, WHO Avrupa Bölgesi Stratejisinden de (2000 yılında herkese sağlık) etkilenmiştir. Bu yüzden, yukarıda sözü edilen ilke ve kavramların tümünün, Nota 2000 üzerinde büyük etkisi olmuştur.

### 1.3.1 Kronoloji

1980-81 dönemine Hollanda Sağlık Bakanlığı, iki ayrı "politika oluşturma birimi" kurmuştur:

1 — Uzun Vadeli Planlama Birimi,

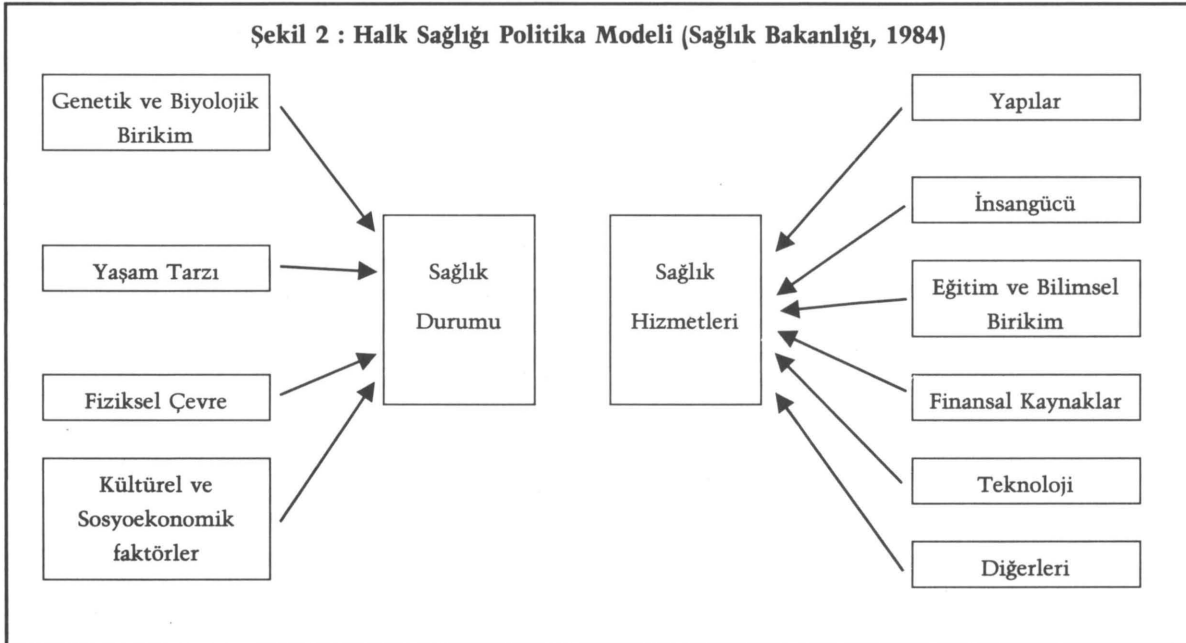
2 — Politika Geliştirme Birimi (STABO) (Sağlık hizmetinin yapısını araştırmayı, sağlık politikasının politik yönlerini ve bu alandaki araştırmaları programlamayı amaçlar).

STABO yöneticileri ve ekibi, sağlıkla ilgili uzun erimli planlamalarda Blum'un bakış açısını temel almışlar, ve Avrupa'nın 2000 Yılında Herkese Sağlık stratejisi üzerinde çalışan WHO bölge bürosu ile yakın ilişki kurmuşlardır. Sağlık Bakanlığı içinde, 2000 Yılında Herkese Sağlık stratejisi doğrultusunda, gelecekte Hollanda için sağlık politikaları oluşturulabileceği fikrine sıcak bakanlar çoğunlukta idi. Bunun da yardımıyla sağlık bakanı da ikna edildi. Bakan, kendi bakanlığının bütçesinin sunumu sırasında (ki o günler, yaklaşan seçimler nedeniyle bakanın sağlık bakanlığındaki belki de son günleriydi) sağlık politikası ile ilgili öngörülerini 1983 başında parlamentoda sundu. Sunumu sırasında, İsveç, ABD, Kanada ve Japonya'daki sağlıkla ilgili uzun erimli önceliklere dayanan politika oluşturma çabalarından da söz etti. Bakan ayrıca, parlamentonun sağlık politikası önceliklerini belirlemek için bir çerçeve oluşturulmasını; bu önceliklerinin önemini sınaması için sağlık alanında gelecek için senaryolar oluşturacak bir çalışma grubu kurulmasını önerdi. Sağlık bakanı, sözünü ettiği bu politika çerçeve taslağının, "2000 yılına dek halk sağlığı ile ilgili politika

öncelikleri" adının koyulabileceği bir memorandum ile ortaya konması gerektiğini, sağlık bakanı olarak da bu memorandumu 1984 yılında parlamentoya sunmaya söz verebileceğini ifade etmiştir. Dokümanın çok kaba bir taslağı 1983 yılı içinde parlamentoya sunuldu. 60 sayfadan oluşan bu doküman, aslında WHO Avrupa Bölge stratejisinin özetinin mükemmel bir çetrisi gibiydi. Mart 1983'de ise bakanın sözünü ettiği, senaryolar üretecek çalışma gurubu (STG) kuruldu. Bu grup, STABO'ya ait küçük bir grup tarafından da desteklendi. Sonuçta oluşturulacak politikanın çatısı ile ilgili bir ön çalışma yapıldı. Daha sonra, oluşturulacak dokümanın, önceden yapılan bilimsel araştırmaların, politik önceliklere dönüştürülmesinden ibaret olması gerektiği görüldü. Raporun hazırlanması için önce üç kişiye görev verildi. Fakat bu sayı az olduğundan, 1983 ve 1984 döneminde sağlık bakanlığı bünyesindeki çeşitli birimlerden, gelecekte sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri soruldu. Böylece memorandum ile ilgili çalışma, herhangi bir resmi odak noktası olmadığından, parçalı bir çalışma haline geldi.

Çalışmanın ilk taslağı, 1984 Ağustosunda "Sağlık Yönetimi ve Planlama" adlı WHO konferansında sunuldu. Sunulan bu doküman, "Sağlık Alanı Kavramı (Health Field Concept)"nın genişletilmiş halini temel alıyor, çok yakın gelecekte gerçekleştirilmesi beklenen senaryolara dayanıyordu (Şekil 2). Bununla birlikte, bakanlığın farklı birimleri tarafından yapılan bu çalışmalar, gelişme şansını bulamadı. Çalışmada görev alanların karşılaştıkları birçok metodolojik sorun, ortaya çok az sayıda ürün çık-

Şekil 2 : Halk Sağlığı Politika Modeli (Sağlık Bakanlığı, 1984)



masına neden oldu. Böylece, memorandumun gelişimi, daha çok bireysel bir niteliğe büründü. Ne dokümanın temel görüşü ve yaklaşımı, ne de bu konudaki resmi sorumluluklar açıkça konabildi. Dahası, giderayak, sağlık bakanlığı içinde, görüşleri bir-biriyle çatışan gruplar oluştu. Bakanlığın bazı birimleri, STABO'nun bakanlık içinde bakanlık haline gelmiş olduğu hissine kapıldılar. STABO tarafından yazılan, "Sınırlılıklar içinde Halk Sağlığı Politikası" adlı raporun, sağlık politikası memorandum taslağının sonuçlarına zıt bir izlenim verdiği görüşleri giderek yoğunluk kazandı.

Memorandumun son şeklinin de 1984 yılı içinde parlamentoya sunulabilecek bir hale gelemeyeceği anlaşıldı. Süreç içinde dokümanın gelişim aşamalarında basılan taslak dokümanlarda farklı grupların çalışmalarına orantısız bir şekilde yer verildi. Buna, 40 sayfa halinde hazırlanmış bir grup çalışmasına, taslak dokümanlarda yalnızca bir sayfalık yer verilmesi iyi bir örnekti. Ayrıca sağlıkla ilgisi olan bazı alanlar da ısrarla ihmal edildi. Örneğin kadın sağlığı, dokümanın ancak son taslağında yer alabildi. Bakanlıkta bu çalışmalarda resmen görev almış üyelerin, dokümanın son gelişim aşamaları ile ilgili değerlendirmeleri şöyleydi: "Bu doküman, tam kapsayıcı olamayan, dengeli olmaktan uzak, özgün olmayan, ama yine de bizim yapabileceğimizin en iyisidir."

İlerleyen dönemde memorandumun gelişimi çok zor olsa da STABO, dokümanın son halini 1986 ilbaharında sunmayı programladı. 1986 yılının Mayıs ayında seçimler vardı ve hükümetin bu dönemi sona eriyordu. Politika oluşturma ekibinde, sağlık politikası oluşturma konusunda yeni hükümetin nasıl bir tavır takınacağı hakkında bir belirsizlik hakimdi. Seçilecek diğer bir merkez sağ hükümetin, kısa dönemli ve varolan sistemi yeniden inşaa etmek gibi bir politikanın üzerinde duracağı aşıkardı. 1985 yılında STABO, bakanlık dışından, sınırlı sayıda uzmandan danışmanlık ve görüş istedi. Bu uzmanlar, STABO üyelerinin kişisel ilişkileri ile belirlendi. O sırada memorandum ile ilgili taslak dokümanlar yüzlerce sayfayı buluyordu. Uzman danışmanlar arasındaki bir kardiyolog, çalışmaları önerilebilir bulmasına karşın, kapsam ve yazılış tarzı açısından dokümanı, anlaşılması güç ve sağlıkla ilgili bazı alanların belirsiz kalması açısından eleştirmiş ve STABO'nun, politikayı daha net özetlemesini önermiştir. Psikiatri uzmanı olan diğer bir danışman ise dokümanın akıl-ruh sağlığı ile ilgili bölümünü yerinde bulmakla birlikte, koruyucu ruh sağlığı ile ilgili nosyonların romantik olduğunu ifade etmiştir. Bakanlığın sağlık eğitimi birimi de benzer eleştiriler

getirmiş, buna ek olarak da dokümanın amacının açık olmadığını ifade etmiştir. Tamamiyle benzer eleştirilerin, Sağlık Bakanlığının "Genel Sağlık Hizmetleri (AGZ)" biriminden de gelmesi üzerine STABO, memorandumun politik olarak daha cesurca yazılması zorunluluğunu hissetmiştir.

Kasım 1985'de, memorandumunu hazırlayan editörler grubu toplantısında, metnin amacı ile yazılış tarzı konusunda, sağlık politikasının, sağlık hizmetleri tarafından da ihmal edilmemesi uyarısıyla birlikte, hemen hemen tam bir fikir birliğine varıldı. Toplantı sonunda bakanlığa, Nota 2000'in gelecekte hükümetlerin sağlıkla ilgili programlarına temel oluşturacak "temel politika dokümanı" olarak benimsenmesi ve bu görüşten hareketle de, her dört yılda bir benzer memorandumlar yayınlanması önerildi.

Ekim ayında bakanlık dışından bir sağlık eğitimi uzmanı, taslağın bir çok açıdan tutarsızlıklar içerdiğine değindi. Bu tutarsızlıkları da; dokümanın resmi bakış açısı ile analitik bölümlerinin çok fazla iç içe geçtiği; tüketicinin sorumluluğunun ortadan kaldırıldığı; yaşam tarzının gelecekteki trendinin mortalite, morbidite ve iyilik hali üzerine olacak nihai etkilerinin öngörülmediği; ve son olarak da "sağlıklılık" hedefi konusunda, toplumsal nesnellik ile var olan alt yapı ve bütçenin dayattığı "yalnızca sağlık hizmetlerinin söz konusu olduğu" fiili durum arasındaki ikilemin çözülmemiş olmasıydı. Üç hafta sonra bir halk sağlığı profesörü, Nota 2000 için kullanılan modelin, yani **Sağlık Alan Kavramı**'nın uygun bir model olmadığını belirtti. Ona göre, kalıtsal faktörler, çevre, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleri, sağlığın belirteçleri olabilirdi ama, bu modelde müdahalenin hangi düzeyde yapılacağına yer verilmemişti. Müdahale, kalıtsalılık gibi bir dahili (endojen) belirtece yapılacaksa bunun aracı tıbbi sağlık hizmeti olmak zorundayken, çevre, yaşam tarzı ve sosyo-ekonomik durum gibi harici (egzojen) belirteçlere müdahale edilecekse bu, ancak kolektif bir girişimle mümkün olabilirdi. Böylece Nota 2000'in politika modelinin tamamen gözden geçirilmesini öneriyordu. STABO, Aralık ayında tüm bu eleştirilerin değerlendirilmesini içeren bir raporu, sağlık bakanlığı müsteşarlık konseyine sundu. Bu raporda STABO, dokümana, ya tüm sorunlar için birçok sektörün dahil edildiği bir sektörler arası politika, ya da her bir problem için yalnızca bu sorunla ilgili sektörlerin bir araya gelerek sorunları çözdüğü bir politika (facet policy) bölümü eklenmesini önermiş, bu yolla Nota 2000'in kesin politikasının açıklığa kavuşacağını belirtmiştir.

Bakanlık Müsteşarlık Konseyinin, yıllardır izlenen "sağlık hizmeti" merkezli politikanın yerine, "sağlığı" amaçlayan bu politik dokümanı ilke olarak



kabul etmesi bir başarıydı. Fakat hala salt bir "politika" olma niteliği taşıyan bu dokümana, konsey tarafından gelen tepki, daha sonraki dokümanların uygulamaya yönelik politikalar içermeleri gerektiği kararı oldu. Yani artık Nota 2000 ve izleyen dokümanların "politika" olma özellikleri değişecekti.

Nota 2000'in son taslağı 1986 yılının Nisan ayında bakanlıklar arası koordinasyon komitesinde tartışıldı. Bu komitede, Çevre Koruma ve Konut, İçişleri, Genel İşler, Refah, Ekonomi, Eğitim ve Bilim, Adalet ve Tarım Bakanlıkları, Başbakanlığa bağlı Sosyokültürel Planlama Birimi gibi birimler yer alıyordu. Komite, STABO'nun çalışmasını onaylamakla birlikte, Nota 2000'in politika olma özelliğini daha da azalttı. Dokümanın uzunluğu sorun yaratırken, bu dokümanın çok zor az bir bölümünün sağlık bakanlığının sorumluluğu altında hazırlandığının, memorandumun son şeklinde mutlaka vurgulanması gerektiğine karar verildi. STABO, Finans ve Ekonomi Bakanlıklarının gelecekteki olası politika değişikliklerine olanak tanımak üzere, finans ile ilgili konuların tartışmaya açık bırakılması konusunda ikna edildi!

#### **Memoranduma son şekli verilmeden önceki amaçlar önem sırasına göre şöyleydi:**

1 — Sağlık politikası (koruyucu ve sağlığın tüm yönleri ile ilgili politika) ile ilgili ana hatların belirlenmesi amacıyla çalışma grupları kurulması,

2 — 1986 yılında "alkol ve toplum" adlı bir memorandumun sunulması,

3 — Ulusal düzeydeki sektörler arası sağlık politikasını güçlendirmek için öneri taslakları oluşturan bir komitenin kurulması,

4 — Sağlık hizmeti modelinin süreç içinde oluşturulması için konuyla ilgili grupların desteğinin ve danışmanlığının sağlanması,

5 — Sağlık hizmeti politikasının 2000 yılına dek, yaşlılar, kanser hastaları, kazalar ve alkol bağımlılığı sorunlarına yönelik olarak gelişmesine olanak tanınması,

6 — Sağlık politikasının yerel düzeydeki kurumsallaşması ve uygulaması ile ilgili gelişmelerin izlenmesi amacıyla, danışman görevi yapacak çalışma gruplarının oluşturulması,

7 — Kapsamlı bir sağlık sigorta sisteminin kurulmasına yönelik öneri paketlerinin, 1986 yılı içinde oluşturulması,

8 — Memorandum metninin son olarak üç ila beş günlük bir çalışma ile tekrar gözden geçirilmesi,

9 — Sağlık politikasına uygun sağlık istatistikle-

rinin yeterince toplanması amacıyla yeni düzenlemelere gidilmesi ve

10 — Bir taraftan yeni senaryo komiteleri oluşturulurken, diğer taraftan da halihazırda var olan senaryoların sonuçlarının politikaya uyarlanması ve yerel düzeydeki bulguların tümüyle ortaya konabilmesi için uygun araçların geliştirilmesi.

Memorandumun son versiyonunda, yukarıda sıralanan hedeflerden yalnızca yedisine yer verildi. Üstelik bu maddeler de daha az tanımlayıcı hale getirildi. Ayrıca maddelerin öncelik sırası da değiştirildi. Önem sırası, 5, 2, 6, 4, 7, 8, 9 olarak belirlendi. Üzerinde çok ayrıntılı çalışmaların yapılamadığı ve az sayıda önerinin olduğu 5, 2 ve 6 ncı maddelere ilk üç sırada yer verilmesi ve 7 nci maddedeki "kapsamlı bir sağlık sigorta sistemi" ibaresi yerine "sağlık sigorta sistemi ile ilgili değişiklikler, daha sonra araştırılmalıdır" ifadesinin konması ilginçti.

Sonuç olarak görülen şudur ki, uzman gruplardan danışmanlık istenmesi ve sağlık politikası (koruyucu ve sektörler arası politika) üzerine çalışacak grupların oluşturulmasıyla ilgili girişimler, şiddetli bir baskıya uğramışlardır. Bu durum, memorandumdaki en duyarlı ve önemli sonuçların, sözü edilen bu danışman ve çalışma grupları tarafından oluşturulması nedeniyle oldukça düşündürücüdür.

Sonunda, 1986 yılının Nisan ayında Nota 2000 yayınlandı. Bu doküman, gelecekte oluşturulacak sağlık politikasının çatısı niteliğindedir. Nota 2000, parlamentoda özel bir oturumda görüşüldü. Temmuz ayında resmi gazetede yayınlanan bir yazı ile, konu ile ilgili profesyonel meslek gruplarının Nota 2000'i eleştirmeleri çağrısı yapıldı. Seçim sonrası hükümeti, Nota 2000'in yayınlanmasını takiben, aynı yılın Ağustos ayında "Sağlık Hizmetlerinin Yapısı ve Finansmanı Komitesi" adlı bir komite oluşturdu. Bu komite ilk raporunu 1987 yılının Mart ayında yayınladı. Rapor, Hollanda sağlık hizmetleri örgütlenmesinin yapısını; finansal, tıbbi ve teknik yönlerini içeriyordu. 1989 yılının Nisan ayında, Nota 2000'in ilk izleme raporu yayınlandı.

Yayımlanan dokümana yalnızca iki kuruluş karşı çıktı. "Hollanda Sağlık Sigorta Fonları Birliği", serbest pazar ilkelerinin korunduğu, daha kapsamlı bir sigorta sistemi önerdi. Birlik, Nota 2000'de bir süre sonra yayınlanan, ve buradaki ilkeleri revize eden bir diğer rapor olan Dekker Komitesi Raporunda yer verilen önerilerin kendi bakış açlarına daha uygun olduğunu ifade etti. Dokümana karşı çıkan diğer bir kuruluş olan "Ulusal Kızıl Haç Birliği (NK)" de, evde hizmet ve koruyucu sağlık konusunda kuruluşlarının yerel politikalarda daha aktif bir rol almasını isterken,

dokümanda, daha önemli gördükleri sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiğini dile getirdi.

Hükümet, Nota 2000'i Ekim 1986'da resmen parlamentoya sundu. Tüm üyeler sağlık politikasında bir reorientasyonu kabul etseler de, Hristiyan Demokratlar, Dekker Raporunu (1987)'nin önerilerini de göz önüne alarak bir izleyen dokümanın parlamentoya sunulmasını istediler. Diğer bir önerileri de koruyucu politikalara daha çok ağırlık verilmesiydi. Liberal Parti üyeleri de, tüm bu politikalara karşın, hastalıkların var olmaya devam edeceğini, bu yüzden de tedavi edici hizmetlere öncelik verilmesi gerektiğini ifade ettiler. Daha sonra Sağlık Bakanlığı, eleştiriler doğrultusunda parlamentoya yeni bir rapor sundu (Mayıs 1987). Bu rapor bazı çekincelerle birlikte parlamento tarafından onaylandı. (1988)

Nato 2000 ve izleyen dokümanlar, daha sonraki dönemde ülkedeki uzmanların ve demokratik kuruluşların eleştirisine sürekli açık tutuldu. Bu amaçla, grup tartışmaları ve dokümanlar dizisinin sorgulanmasını amaçlayan anketler düzenlendi. Toplumda oluşan eleştirel görüşler ve raporlar ışığında, izleyen destek politikaları üretilmeye başlandı. 1990 yılında çıkarılan "Kollektif Korunma Yasası" ile halk sağlığının sorumluluğu yerel otoritelere bırakıldı. Kaynakların hastane hizmetlerinden temel sağlık hizmetlerine yöneltilmesinin ilk sonuçları, 1985-1990 yılları arasındaki sağlık harcamaları artışının yataklı kurumlarda % 1.5, hastane dışı hizmetlerde ise % 3.7 olmasıydı. Ayrıca, gençlik ve yaşlılık sorunları, okul sağlığı, akıl sağlığı gibi konulara ağırlık veren projeler geliştirildi. Yaşlılar, kronik hastalığı olanlar ve sakatlar ile ilgili programlar doğrultusunda evde bakım hizmetlerine önem verilmeye başlandı. Bu doğrultuda, 1989 yılında bölge hemşireliği örgütlenmesi başlatıldı ve 1990 yılında yapılan bir düzenleme ile evde bakım hizmetleri sigorta kapsamına alındı.

### 1.3.2 HEDEFLER

Nota 2000, ilk ikisi 1986 nisan ayında, üçüncüsü 1987 Mayıs'ında yayınlanmış, daha sonra da düzenli olarak yayınlanması planlanan izleme raporlarıyla, sağlık politikalarıyla ilgili bir SERİ DOKÜMANDAN OLUŞMAKTADIR. Nota 2000'in en önemli ve kapsamlı bölümü, farklı nüfus gruplarının sağlıklılık durumunu, hastalık kategorilerini ve bunların prognozunu tanımlayan analitik yapısıdır. Sağlık politikalarının uygulanmasındaki araçların varlığı, yokluğu veya bunların nasıl işlediği konusunda hiç bir politik öngörüye bu dokümanda yer verilmemiştir. Nota 2000 politik bir doküman olmayıp, seçimle gelmemiş bakanlık bürokratlarının, senar-

yo komitelerinin raporlarını temel alarak hazırladıkları, ülkedeki durumu nesnel bir şekilde tanımlayan bir memorandumdur. Sözü edilen bu komiteler, uzmanlardan oluşmuş gruplardır. Bunlar, var olan durumla ilgili raporlar hazırlamışlar, ayrıca gelecekteki gelişmeler için "en kötü", "en iyi" veya "tercih edilen" senaryolar hazırlamışlar ve kendi uzmanlık konuları (örneğin "kalp damar hastalıkları", "romatoloji", "teknolojinin değerlendirilmesi", "yaşam tarzı") ile ilgili politik önermelerde bulunmuşlardır. Bu komitelerin raporları, Nota 2000'de ağırlıklı olarak kullanılmıştır. Gerek bu komitelerin raporları, gerekse dokümanın, çeşitli kurum ve kuruluş temsilcileri tarafından yargılanması amacıyla düzenlenen bir dizi forumun sonuç raporları dileyen herkesin (kişi, grup veya kuruluş) değerlendirmesine sunulmuştur.

### 1.3.3 NOTA 2000'İN ÖZELLİKLERİ

406 sayfadan oluşan Nota 2000, doğası gereği, veriler, politika seçenekleri, politik kısıtlılıklar ve gelecekle ilgili senaryoları içeren bir karışımdır. Yani geleneksel anlamda bir politik durum raporu değildir.

— Nota 2000, geleceğe yönelik amaçlar ve hedefleri tanımlandığı, bir anlamda NİYET DOKÜMANI olarak da ifade edilebilecek bir STRATEJİ DOKÜMANIDIR. Yani bu dokümanın, gelecekle ilgili olan planlamalarda vazgeçilmez bir rol oynaması amaçlanmıştır.

— Buradaki temel politika, sağlık hizmetinin (örgütlenme veya hizmetin yapısının) değil, çok net olarak SAĞLIĞIN hedeflenmesidir.

— Modelin sağlığı hedef alması, sağlığı etkileyecek tüm belirteçlerin ayrı ayrı incelenebilmesini sağlar. Bu da, politik seçeneklerin ve yapısal önceliklerin buna göre belirlenerek, gelecekteki politikaların oluşturulmasını olanaklı kılar.

— Nota 2000'i şekillendiren iki temel politik amaç vardır:

1 — *Koruyucu Politikalar*: Bu politika sistemi, tüm koruyucu girişimlerin (sağlık eğitimi, çevrenin korunması, toplum taramaları vb.) ve hastalıkların korunabilir nedenlerinin, daha entegre ve kapsayıcı olarak ele alınmasını amaçlamakta, sağlığın geliştirilmesini en geniş anlamıyla hedeflemektedir.

2 — *Sektörler Arası (facet) Politika*: Tüm politikalar ve toplumsal sektörler sağlığı etkiler. Nota 2000, sağlıkla ilgili olan tüm politika ve sektörlerin sağlık bileşenlerinin, daha görünür hale getirilmesini ve böylelikle de, sağlık, sosyal, güvenlik ve kültür bakanlıklarının geleneksel sağlık sektörü dışında,

sağlıkla ilgili politikalar oluşturmalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

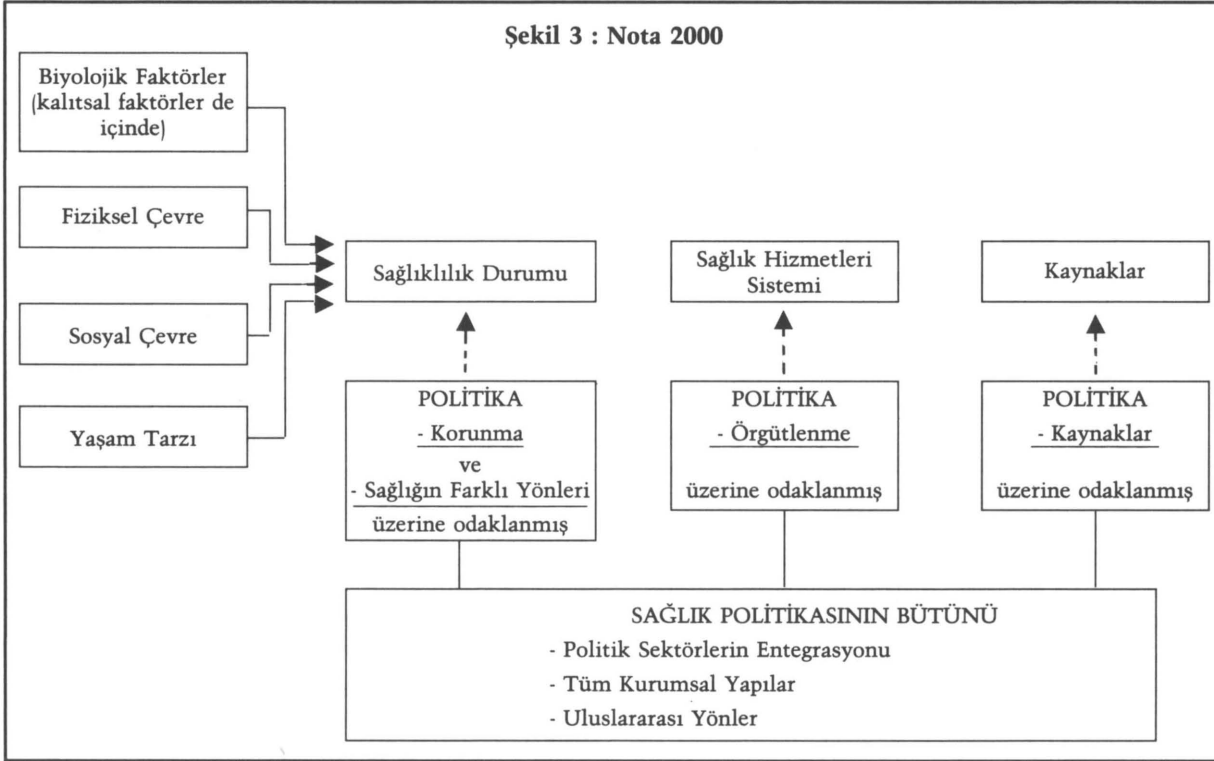
— Bu memorandum, destek politikalarına gereksinim duymaktadır. Nota 2000 gibi salt amaç ve hedefi ortaya koymakla yetinen bir politika, finansal, insan gücü, alt yapı, bilgi transferi ve araştırma gibi yapısal politikalar ile desteklenmelidir. Sağlığı temel alan yapısı gereği çok çeşitli alanlardaki girişimlere ve dolayısıyla da farklı ödenek kalemlerine gereksinim duyacak olan böylesi bir model, "finansal bir bütçeden" çok, tüm kalemlerin ayrı ayrı gözetildiği "yapısal bir bütçe"ye ihtiyaç duymaktadır.

#### 1.4 SONUÇ

Nota 2000'de önerilen politikaların hedefleri ve analitik yapısı kimilerine göre halen tartışılır olsa da, kimilerine göre bu doküman salt bir NİYET DOKÜMANI olmaktan öteye gitmeyecek olsa da, hatta bazıları için Hollanda sağlık sisteminin demir zincirini kırmak için bir umut olsa da,

"Sağlığı" merkeze koyan, eşitsizlikleri ve sağlık alanındaki sermaye gruplarını sorgulayan Nota 2000, Hollanda'da toplumun kendi sağlığı üzerindeki kararlara katılımına olanak tanımıştır. Sürecin bu denli uzun yaşanması ve halen de yaşanıyor olması, demokratik katılımın olumlu bir sancısı olarak kabul edilmektedir.

Şekil 3 : Nota 2000



#### KAYNAKLAR

- Bryant, J.H. (1984). "Health services, health manpower, and universities in relation to health for all; a historical and future perspective". American J. of Public Health, 74(7), 714-719. içinde (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy-An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Evans, R. (1982). "A retrospective on the 'New Perspective'". Journal of Health Policy, Politics and Law, 7(2), 325-344. içinde (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.

- Frans, R. and Werff, A. (1982), "Health Policy in the Netherlands at the Crossroads." Maastricht, the Netherlands. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989) "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Hancock, T. (1982) "Beyond health care" The Futurist, August, p. 4-13, içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Hancock, T. (1986). "Lalonda and beyond: Looking back at 'A New perspective on the Health of Canadians'". Health Promotion, an international journal. 1(1), 93-100. içinde! (editör) Leeuw E. de (1989).

- "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Illich, I. (1976) "Limits to Medicine: medicinal nemesis, the exproportional of health, Marion Boars, London, içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Laframboise, H.L. (1973 Feb.). "Health Policy. Breaking the problem down into more manageable segments" *Canadian Medical Association Journal* 3, 178, 388-393. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Leeuw, E. de (1985). "2000 - A health odyssey" University of Limburg, Maastricht. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Leeuw, E. de (1989). "The sane revolution. Van Gorcum, Assen/Maastricht. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Maas, P.J. van der and J.D.F. Hebemma (1987),. "Modelontwikkeling en informatie: twee voorwaarden voor gezondheidsbeleid. p. 112-116 in: Dekker, E and B. Wijnberg (eds) *GHezonheidsbeleid over de grenzen van der gezondeidszorg. Reeks Gezondheidsbeleid, deel 1, Samson Stafleu, Alphen a/d Rijn. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.*
- Mackenbach, J.P. (1989), "The contribution of medical care yo inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention." *Soc. Sci. Med.*, 29(3), 369-76.
- Mackenbach, J.P. (1992) feb.), "Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent emprical findings". *Soc. Sci. Med.*, 34(3), 213-26.
- Mackenbach, J.P. (1994 jan.), "A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands". *Soc. Sci. Med.*, 38(2), 299-308.
- McKeown, T. (1979). "The role of medicine". Basil Blackwell, Oxford. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Navarro, V. (1984). "A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Decleration". *International Journal of Health Services*, 14(2), 159-172. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- O'Neil, P. (1983). "Health Crisis 2000" Heineman, London. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Pederson, A.P., R.K. Edwards, M. Kelner, V.W. Marshall and K.R. Allison (1988). "Coordinating Healty Public Policy. An Analytic literature review and bibliogrephy." *Minister of National Health and Weisfare, Ottawa. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.*
- Starfield, B. (1991 oct.). "Primary Care and Health - A cross - National Comparison", *JAMA*, 23/30,266 (16),2268-2271
- Werff A. van der (1984). "Roiverdeling arts en overheid bij beleidsontwikkeling. Een verandered toekomstperspectief." *Medisch Contact*, 47 (p. 1522-1824), 48 (p.1954-1956), içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy- An explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.
- Werff, A. van der (1976). "Organising Health Care Systems, a developmental approach" *Dissertation, University of Utrecht. içinde: (editör) Leeuw E. de (1989). "Health Policy - A explanatory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands" Maastricht.*
- WHO, Regional Office for Europe (1994) "Implementation of the Global Strategy for Health for All by the year 2000 - Second Evaluation; Eight report on the World Health situation" vol. 5 European Region; WHO Regional publications, European series: vol 52. ISBN 92 4 160285 6 (HQ), 92890 1316 8 (EURO); ISSN 0378-2255.