



# TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ: POLİTİK VE İDEOLOJİK BİR YAKLAŞIM

Mehtap TATAR \*

## GİRİŞ

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı 1978 yılında Alma-Ata'da 134 ülke Sağlık Bakanları ve ilgili uluslararası örgütlerin imzaladığı Deklarasyonla kabul edilmiş(1) ve birçok ülkenin o dönemden sonra geliştirdiği sağlık politikalarında, kağıt üzerinde dahi olsa, önemli rol oynamış bir yaklaşımdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1977 yılında her ülkenin en azından ulaşmak için çaba göstermesi gereken bir amaç olarak belirlediği "2000 Yılında Herkese Sağlık" evrensel amacının temel stratejisi de TSH yaklaşımıdır. Deklarasyonunun kabul edilmesi sırasında tüm taraflarca onaylanmış gibi görünmesine karşın daha sonraları yaklaşımın tanımı konusunda yoğun tartışmalar çıkmış ve bugün daha bu tartışmalar ortak bir sonuca ulaşmamıştır(2). Bu makalede TSH bir yaklaşım olarak en geniş anlamıyla tanımlanmakta yani sağlık bakım sistemi içinde birinci basamak sağlık hizmetleriyle özdeşleyen bir düzey olarak değil toplumların sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik bir yaklaşım ve felsefe olarak algılanmaktadır. Bu bağlamda TSH kalkınma sürecinin önemli bir geseği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Alma-Ata Deklarasyonu ve beraberinde getirdiği felsefe ile "2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık" amacı katılımcı ülkeler tarafından büyük bir coşkuyla karşılanmasına ve birçok ülke tarafından bu felsefe ile uyumlu politikalar geliştirilmesine rağmen bu coşku zaman içinde azalmış hatta birçok durumda hayal kırıklığı ile sonuçlanmıştır. Daha ileriki bölümlerde vurgulanacak son yıllardaki bazı gelişmeler haricinde, 2000 yılına beş yıl gibi bir zaman kaldığı günümüzde, TSH felsefesinin her düzeyde başarı ile uygulandığı bir ülke ya da sistem örneğinden söz etmek mümkün olmamaktadır. Hatta bunun tersine bir oluşumdan, yani 1978'deki Dek-

larasyona ilham kaynağı olan bazı ülkelerde, örneğin Çin'de, bu felsefeden ciddi sapmalardan söz edilebilir(3).

Geçmiş dönemlerde başarılı olmuş ve bir konsensus sonucu oluşmuş bir yaklaşımın uygulama gücünün ya da başarısızlığının altında yatan temel neden/nedenler nelerdir? İşte bu makalenin amacı TSH yaklaşımının politik ve ideolojik yönünü irdeleyerek yukarıdaki soruya yanıt aramak ve aslında ister birinci basamak isterse de bir yaklaşım/felsefe olarak algılanan TSH'nin başarısızlığa uğramasının temel nedeninin politik ve ideolojik faktörler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu amaçla ilk olarak TSH öncesi dönem ve o dönemde sağlık kavramının etrafındaki politik ve ideolojik tartışmalar kısaca incelenerek daha sonra TSH yaklaşımının politik yönü tartışılacaktır.

## SAĞLIK VE KALKINMA: DEĞİŞEN ANLAYIŞLAR

Sağlık ve kalkınma arasındaki ilişkiye ve bu konuda zaman içinde oluşan değişikliklere geçmeden önce her iki kavramın da tanımı konusunda ortak, herkes tarafından kabul edilebilir bir tanıma ulaşılmadığını belirtmek gerekmektedir. Ancak burada bu kavramların tanımı ve etrafında yoğunlaşan tartışmalardan çok TSH felsefesinin temel ilkelerini açıklamak amacıyla bu kavramların birbirleriyle olan ilişkisi tarihsel bir çerçevede içinde incelenecektir.

Sağlığın kalkınmanın önemli belirleyicilerinden biri olduğu görüşü 1960'ların sonlarında aralarında Seers'in çalışmalarının da bulunduğu(4) ve kalkınmanın yeni ölçütlerinin belirlendiği tartışmalarda önem kazanmıştır. Daha önceleri kalkınma milli gelirde meydana gelen reel artışlarla ölçülen bir kavramken bu dönemle birlikte kalkınmanın sosyal boyutu ön plana çıkmaya başlamıştır. Kalkınma literatüründe "modernizasyon" okulunun baskın olduğu dönem olan 1950-1960'lı yıllarda temel vurgu

(\*) Yard. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

milli gelirden direkt olarak artış sağlayacak yatırımlarda olmuş ve eğitim, sağlık gibi sosyal sektörler birer tüketim sektörü olarak düşünülerek yol, baraj vs. gibi yatırımlara ağırlık verilmiştir. Bu görüşün ağırlık kazanmasının nedeni, milli gelirdeki artışlarla ölçülen ekonomik büyümenin zaman içinde doğal olarak toplumun tüm kesimlerine yayılacağı (trickle-down effect) ve sosyal sorunları da çözümleneceği inancıdır(5,6). Sağlık sektörünün "dipsiz kuyu"(7) olarak nitelendirildiği dönem 1970'li yılların başına kadar devam etmiş ancak bu döneme gelindiğinde milli gelirdeki artış anlamında ekonomik büyümeyi gerçekleştiren birçok Üçüncü Dünya ülkesindeki yoksul kesimin bu büyümeden faydalanmadığı görülmüştür. Dudley Seers bu gerçeğe hareketle kalkınmayı "insan kişiliğinin potansiyelinin gerçekleştirilmesi" olarak tanımlamış ve yeni kalkınma kriterleri geliştirmiştir: beslenme statüsü; daha fazla iş olanakları; gruplar, sosyal sınıflar ve ülkeler arası artan eşitlik. Bu tanımla birlikte o döneme kadar bir tüketim sektörü olarak tanımlanan sağlık yatırım sektörü olarak görülmeye başlanmış ve bu görüş içinde de en çok sağlık sektörünün işgücünün verimliliğini artırarak kalkınmaya yaptığı fayda gözönüne alınmıştır. Ancak sağlık ve kalkınma arasındaki ilişki bu kadar doğrusal olmayıp görüldüğünden daha karmaşıktır. Bu alanda yapılan çalışmalar hastalıktan hastalığa ve yerleşim yerlerine göre farklılık göstermektedir(8). Bunun yanı sıra bu yaklaşımın temel eksikliğinin çocuklar ve yaşlılar gibi ekonomik olarak aktif olmayan nüfus gruplarına yapılacak sağlık yatırımlarını gereksiz bırakması olduğu vurgulanmıştır(9,10). Ayrıca ekonomik kalkınmanın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri de gözardı edilmemelidir. Kalkınma projelerinin çevre, sağlık statüsü ve tarım uygulamaları üzerindeki olumsuz etkileri yoğun bir şekilde tartışılmıştır(11,12). Tüm bu görüşlere rağmen her iki kavramın da birbirleriyle olan grift ilişkisi kabul edilmiş ve biri olmadan diğerinin olamayacağı görüşü yaygınlık kazanmıştır.

Sağlık ve kalkınma kavramları arasındaki ilişki incelenirken 1960'lı yılların ortalarında sağlık alanında yaşanan gelişmelerden de söz etmek gereklidir. Bu dönemde dönüm noktası 1966 yılında Maurice King tarafından yazılan ve temelde gelişmekte olan ülkelere model olarak alınan Batı tıbbının bu ülkeler için ne kadar uygunsuz olduğunun ve sağlıkla ilgili konularda yalnızca tıbbi çözümlere yönelmenin ne kadar yanlış olduğunun vurgulandığı ve bugün uluslararası bir klasik olarak sayılan eseridir(13). King, "beslenme" örneğinden hareketle sağlığı etkileyen birçok temel faktörün iyileştirilmesinde "tıbbın" çok az rol oynadığını ve sosyal, ekonomik ve politik çözümlerin üretilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde "hastaneye" dayalı çözümlerin yetersizliği ve zararları üzerinde du-

rulmuştur. 1960'ların son dönemi ile 1970'lerin ortalarına kadar geçen dönem sağlık, hastalık ve nedenleri, sağlık ve kalkınma gibi konu ve kavramların yoğun olarak tartışıldığı bir dönem olmuş ve bu tartışmalar önce Basic Health Services hareketinin daha sonra da TSH yaklaşımının doğuşuyla sonuçlanmıştır<sup>1</sup>.

TSH yaklaşımında temel vurgu sağlığın sadece tıbbi hizmetlerin ve sağlık sektörünün faaliyetlerinin bir sonucu olmadığıdır. En geniş anlamıyla bir toplumun düşük sağlık statüsünün altında yatan temel neden yoksulluktur (poverty)(15). Yoksulluk bir ülkenin ekonomik, politik ve ideolojik yapısıyla ilgili bir kavram olduğundan sağlık statüsünü yükseltmek sağlık sektörünün kapasitesini aşmakta ve global düzeyde çaba harcamayı gerektirmektedir. TSH, kalkınma sürecinin önemli bir unsuru olarak sektörlerarası işbirliğini ve toplum katılımını vurgulayan bir yaklaşımdır. Bazı yazarlar Alma-Ata'nın en büyük katkısının birçok gelişmekte olan ülke politikacısının hastaneye dayalı sağlık hizmetleri konusundaki yanlış inancını değiştirmek olduğunu vurgulamaktadır(16). İşte sağlık ve sağlığı geliştirmeye yönelik olarak değişen ve gelişen bu kavramlar TSH'nin politik ve ideolojik yönünü ön plana çıkarmakta ve bu özelliklerinin tartışılmasını gerektirmektedir. Makalenin bundan sonraki bölümünde bu konu üzerinde durulacaktır.

### TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YAKLAŞIMININ POLİTİK VE İDEOLOJİK YÖNÜ

Daha önce DSÖ'nün 2000 Yılında Herkese Sağlık evrensel amacından sözedilmişti. Bu amacın aşağıda sıralanan temel ilkeleri TSH yaklaşımının politik ve ideolojik yönünü tartışmada önem kazanmaktadır. Buna göre bu amacın temel ilkeleri şunlardır:

**(1) Eşitlik:** Herkese Sağlık amacının temel prensibi eşitliktir. Bugün dünyada hem aynı ülke içinde hem de ülkeler arasında eşitsizliklerin varlığı yadsınamaz. Bu eşitsizliklerin 2000 yılına kadar minimum düzeye indirilmesi temel hedeftir.

**(2) Sağlığın Geliştirilmesi:** Bu ilkede temel hedef insanların fiziksel ve ruhsal kapasitelerini maksimum düzeyde kullanabilmelerini sağlayacak "pozitif sağlık" kavramının toplumda yerleşmesini sağlamaktır.

**(3) Toplum Katılımı:** Herkese sağlık amacı ancak bireylerin kendi çabaları ile gerçekleştirilebilir. Bu amacın gerçekleştirilmesinin temel taşı bi-

<sup>1</sup>Basic Health Services ve TSH arasındaki ayırım için Tatar'a başvurulabilir(14). İki kavramın birbirleriyle karışmasını önlemek amacıyla birincisi orijinal adı ile kullanılmaktadır.

linçlenmiş, motive edilmiş ve aktif olarak katılımında bulunan bir toplumdur.

**(4) Sektörlerarası İşbirliği:** Herkese Sağlık amacı ilgili tüm sektörlerin işbirliğini ve aktivitelerinin bu amaçla koordinasyonunu gerektirir. Sağlık sektörü çözümlenmesi gereken problemlerin sadece bir kısmıyla ilgilenebilir. Ancak sağlığın gereklerini yerine getirmek, sağlıklı kamu politikaları oluşturmak ve fiziksel, ekonomik ve sosyal çevredeki riskleri azaltmak için sektörlerarası işbirliği vazgeçilmez bir ögedir.

**(5) Temel Sağlık Hizmetleri:** Sağlık bakım sistemi TSH ilkelerine dayalı olmalıdır. TSH prensipte toplum katılımı ve desantralizasyona dayanan, toplumun ulaşabileceği en yakın yerde sağlık hizmeti sağlayan, herkes tarafından kabul edilmiş yöntem ve araçları kullanan global bir yaklaşımdır.

**(6) Uluslararası İşbirliği:** Sağlık problemleri sınır ötesi bir özellik taşımaktadır bu nedenle uluslararası işbirliği şarttır(17).

Yukarıda belirlenen ilkelerin büyük bir bölümü TSH yaklaşımının da temel ilkelerini oluşturmaktadır. Walt ve Vaughan bu ilkeleri şu şekilde sıralamaktadır(18):

(1) Sağlık hizmetleri kırsal kesimdeki nüfusu ya da kentlerdeki yoksulları gözardı etmeksizin daha eşit bir şekilde ulaşılabilir olmalıdır.

(2) Toplumun kendi sağlığıyla ilgili kararlarda aktif katılımı zorunludur.

(3) Sağlık hizmetlerinin odak noktası tedavi edici hekimlikten ziyade sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler olmalıdır.

(4) Sağlık sisteminde kullanılan yöntem ve araçlar kabul edilebilir olmalı ancak "uygun teknoloji" ilkel ya da düşük standarttaki teknoloji olarak algılanmamalıdır.

(5) Sağlık, genel bakımın sadece bir parçası olarak algılanmalı ve beslenme, eğitim, barınma ve temiz içme ve kullanma suyu gibi ögelerin sağlığın minimum ön şartlarından olduğu unutulmamalıdır.

Görüldüğü gibi gerek Herkese Sağlık amacı gerekse TSH yaklaşımının odaklaştığı temel ilkeler eşitlik, toplum katılımı ve sektörlerarası işbirliğidir. Bu ilkelerin tümü beraberinde politik ve ideolojik tartışmaları getirmekte ve her düzeyde tam bir politik adanmışlığı zorunlu kılmaktadır. Yaklaşımın 1980'lerden sonra önemini yitirmesinin nedenlerin bu noktada düğümlendiği söylenebilir. Bu konu DSÖ tarafından da vurgulanmış ve TSH yaklaşımının en geniş anlamıyla uygulanması ve 2000 Yılında Herkese Sağlık amacına gerçekten ulaşmak yönünde çaba harcamanın en önemli ögesinin politik adanmışlık olduğu belirtilmiştir(19).

DSÖ tarafından Herkese Sağlık amacına yönelik

olarak kaydedilen gelişmeleri izlemek üzere geliştirilen evrensel göstergelerde politik adanmışlığın beş temel göstergesinden sözedilmektedir: politik adanmışlığın en üst düzeyde deklare edilmesi; finansal kaynakların ayrılması; bu kaynakların dağıtımındaki eşitlik derecesi; toplum katılımının derecesi; ve uygun bir örgütsel yapı ve yönetsel sürecin kurulması. Aynı dokümanda finansal kaynakların ayrılması ve bunların dağıtımındaki eşitlik derecesi, tek başına, politik adanmışlığın en önemli göstergesi olarak ilan edilmiştir(20).

Görüldüğü gibi TSH yaklaşımının politik yönü ile ilgili tartışmada odak noktasını eşitlik ve buna bağlı olarak da kaynak dağıtımını konu oluşturmaktadır. Bu bağlamda yoksulluk (poverty), politika (politics) ve güç (power) kavramları Herkese Sağlık amacı ve TSH ile çok yakından ilgili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır(21). Ulusal düzeyde, sağlık bütçesi düzeyinde ve özellikle hanehalkı düzeyinde yoksulluk Herkese Sağlık amacının önündeki en büyük engeldir. Toplumdaki kıt kaynakların ne kadarının sağlık sektörüne ayrılacağı ve bu kaynakların da sağlık sektörü içinde nasıl dağıtılıp kullanılacağı temel belirleyicisi ise politik tercihler olacaktır. Bu süreç içinde en önemli ögeler ise ülkedeki tıp mesleğinin ve elitin gücüdür. Bu konular üzerinde aşağıda daha ayrıntılı olarak durulacaktır.

Eşitlik olgusunun politik yansımalarına bakmadan önce eşitliğin tanımı konusunda bir görüş birliğine varılmamış olduğunu belirtmek gerekmektedir. Sağlıkta eşitlik konusunda daha ayrıntılı tartışma ve tanımlar için Mooney'e başvurulabilir(22). Bu makalede eşitlik kavramı "eşit ihtiyaca eşit ulaşılabilirlik" tanımı çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu bağlamda eşitliğin sağlanması kaynakların büyük bölümünün toplumun yoksul, sağlık hizmetlerinden ihtiyacına oranlı olarak yararlanamayan ve genellikle kırsal kesim ile kentlerin yoksul bölgelerine yönlendirilmesi zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede verilecek kararların ideoloji ve politika ile içiçe olduğu ortadadır. Segal'in de belirttiği gibi "kaynakların ihtiyacı olanlara yönlendirilmesi, mevcut durumdan faydalananlara daha az kaynak ayrılması anlamına geldiği anda politik tartışmalar ve tercihler alanına kaçınılmaz olarak girilmiş demektir"(23). Burada önemle vurgulanması gereken bir nokta mevcut durumdan en fazla fayda sağlayanların toplumda ekonomik, finansal ve sosyal gücü elinde bulunduran gruplar olduğu ve bunların da kaynak dağıtımını konularında baskın grup olduğudur. Bugüne kadarki deneyimler kıt kaynakların dağıtımını konusunda kentlerde bulunan ve sesini yükseltebilen grupların, kırsal alandaki güçsüz ve politik bir tehdit oluşturmayan gruplara göre daha avantajlı olduğunu göstermiştir(24).

Kaynakların ihtiyacı olanlara dağıtılması ya da aktarılması konusunda en büyük engelleme tıp mensupları, elit ve doğal olarak mevcut düzenden en çok fayda sağlayanlardan gelmektedir. Birçok yazar 2000 yılında Herkese Sağlık amacına ulaşmanın önündeki en büyük engelin diğerleri tarafından sıkça vurgulandığı gibi kıt kaynaklar değil tıp mesleği mensuplarının ve elitin bu konudaki tutuculuğu ve baskı grubu oluşturabilme özelliklerinin olmasını vurgulamaktadır(25). Gish bu inancı daha da derinleştirerek supra sistemin etkisini vurgulamaktadır. O'na göre, "daha adil ve verimli sağlık bakım sistemlerinin önündeki temel engel sıkça bahsedildiği gibi kıt kaynaklar, kötü iletişim olanakları ya da teknolojik bilgi ve veri eksikliği değil yoksulların sağlık bakım ihtiyaçlarına yeterince değer vermeyen sosyal sistemlerdir"(26). Sosyal sistemlerin TSH yaklaşımının konumu üzerindeki etkisi değişik yazarlarca incelenmiş ve bu yaklaşımın, sosyal öğeleri ağır basan ve toplumu bir bütün olarak harekete geçirebilen toplumlarda daha başarılı olduğu vurgulanmıştır(27,28,29). Aynı konu üzerinde araştırma yapan Sidel ve Sidel da(30) TSH yaklaşımının refah ve güç dengesinin daha önce dezavantajlı olan gruplara doğru değiştiği ve bu değişimin eşitlik ve toplum katılımını güçlendirmek için kullanıldığı toplumlarda gerçek anlamıyla uygulama alanı bulduğunu ortaya koymuşlardır. Sonuç olarak bir ülkedeki egemen ideolojinin toplumun sağlık statüsünün en temel belirleyicisi olduğu kabul edilmesine rağmen burada bu konu üzerinde daha fazla durulmayacaktır. Konu, önem ve kapsamından dolayı daha ayrıntılı bir çalışmada ele alınmalıdır. Ancak burada yalnızca tıp mesleğinin ve elitin rolü üzerinde durulacak ve TSH yaklaşımının en geniş anlamıyla uygulanmasının bu gruplarca neden istedik bir durum olmadığı üzerinde durulacaktır.

Geleneksel olarak tıp mesleği tedavi edici hekimlik ile yüksek teknoloji gerektiren ve toplum tarafından kolayca ulaşılabilir olmayan hizmetlere önem vermiş, TSH, temiz içme ve kullanma suyu, eğitim ve bunun gibi diğer hizmetlerde faaliyette bulunan tıp mesleği dışındaki mesleklerle işbirliğine açık olmamıştır. Bu yaklaşımın doğal sonucu olarak kaynaklar koruyucu hekimlikten çok tedavi edici hekimliğe, kırsal alandan çok kentsel alana yoğunlaşmış bu durumdan en çok faydalanan grup ise, sosyal, politik ve ekonomik gücü elinde bulunduran elit olmuştur. Bu nedenle özellikle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kısıtlı olduğu ya da azaldığı dönemlerde tıp mensupları ile elitin çıkarlarının birbiriyle örtüştüğü söylenebilir(31). Bugün birçok yazar tarafından varılan ortak kanı Herkese Sağlık amacının teknik ve finansal olarak ulaşılabilir olduğu ancak tıp mensupları ile elitin yoksul kesiminin sağlığını geliştirecek hizmetlere kaynak dağıtımında radikal değişimlere karşı olması nedeniyle bunun ger-

çekleşmeyeceği yönündedir(32). İşte bu nokta TSH yaklaşımının önündeki en büyük çıkmazdır. TSH yaklaşımı beraberinde kaçınılmaz olarak kaynak dağıtımında radikal değişiklikler getirecektir. Gerçekten TSH yaklaşımını benimseyen ve bunu uygulamaya koyan bir yönetim kaynak dağıtımındaki mevcut eşitsizlikleri giderme yoluna gidecek bu da örneğin kentlerde yoğunlaşan ve hastanelere ayrılan kaynakların kırsal alana aktarılması anlamına gelecektir. Ancak birçok yazarın kabul ettiği gibi(33,34) bu söylemesi kolay, gerçekleştirilmesi çok zor bir değişimdir. Bu nedenle mevcut kaynak dağılımını bozmak yerine, sağlık sektörüne ayrılacak yeni kaynakların TSH yaklaşımının öngördüğü şekilde kullanımı öngörülmektedir(35). Bazı yazarlar ise bunun tersine bir görüş öne sürmekte hatta eşitlik konusunda daha geniş bir perspektiften bakmaktadır. Bunlara göre Üçüncü Dünya ülkelerinin sağlık problemlerinin altında yatan temel neden genelde tüm kaynakların (toprak, gelir, gıda vs.) dengesiz dağılımıdır ve bu durum düzeltilmeden yani toplumdaki genel eşitsizlik öğeleri yok edilmeden sağlık alanındaki hiçbir gelişmenin olumlu sonuç vermesi mümkün değildir(36,37). Bu görüş TSH yaklaşımını geniş kapsamıyla benimseyen tüm taraflarca kabul edilmiş bir görüştür.

Sağlık mesleği mensuplarının (hekimler, hemşireler ve diğerleri) TSH yaklaşımına ilgi göstermemelerinin hatta birçok durumda engellemeye çalışmalarının altında yatan diğer nedenler Van der Geest ve diğerleri tarafından incelenmiş ve bazı genel sonuçlara varılmıştır(38). Buna göre, birinci belki de en önemli faktör, TSH yaklaşımının sağlık çalışanlarına finansal açıdan bir avantaj sağlamaması hatta birçok durumda mevcut olanakları dahi ellerinden almasıdır. Bugün bir çok gelişmekte olan ülkede kamu sektöründe faaliyet gösteren sağlık çalışanları aynı zamanda özel sektörde tedavi edici hekimlik hizmeti sunarak gelirinin büyük bir bölümünü bu kaynaktan elde etmektedir. TSH yaklaşımı içinde sağlık çalışanları toplumun ödemeye çok da istekli olmadığı ve bir gelir kaynağı olmayan koruyucu hekimliğe yönelmek ve büyük bir olasılıkla da kırsal alana gitmek zorunda kalacaktır. Sadece bu iki faktör dahi sağlık çalışanlarının geniş kapsamlı TSH yaklaşımına neden sıcak bakmadıklarını açıklamaya yetmektedir. İkinci olarak ve aslında yukarıyla bağlantılı olarak hekimlerin tedavi edici hekimlik ağırlıklı eğitim sistemleri, koruyucu hekimlik konusunda yeterince bilgili olmamaları da bu eğilimde destekleyici rol oynamaktadır. Bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin büyük bir çoğunluğu "sağlık" ile değil "hastalık" ile ilgilidir. Üçüncü olarak, özellikle tedavi edici hekimlik uygulamalarında halkın beklentilerinin karşılanamaması durumunda sağlık çalışanlarına karşı



genelde geliştirilen olumsuz tavır nedeniyle bunların toplumu koruyucu hekimlik konusunda harekete geçirmeleri mümkün olmamakta bu da sağlık çalışanları ile toplum arasında meydana getirdiği kopukluk nedeniyle TSH'ne karşı direnişi artırmaktadır. Son olarak sağlık personelinin kırsal alandaki göreceli olumsuz yaşam şartları nedeniyle TSH yaklaşımına sıcak bakmadıkları söylenebilir.

Yukarıdaki tartışmadan TSH yaklaşımının önündeki en büyük engelin tıp mesleği mensupları ya da elit olduğu anlamı çıkarılmamalıdır. Bu yaklaşım ile uyumlu politikaları geliştirmek ve gerekli yasal düzenlemeleri yapmakla sorumlu ve çoğu sağlık mensubu politikacıların da bu konuda büyük sorumluluğunun olduğu unutulmamalıdır. Ancak dünya örneklerinden görüldüğü gibi TSH yaklaşımı bazı özelliklerinden dolayı politikacılara cazip gelmemektedir. Bunun temelde iki nedeni vardır(39). Birincisi TSH yaklaşımının benimsenmesi sonucu oluşacak politikaların getireceği faydaların oldukça uzun bir dönem sonunda ortaya çıkmasıdır. Ayrıca bu faydaların her zaman somut göstergelerle ifade edilmesinin mümkün olmadığı da belirtilmelidir. Genellikle beş yıl gibi bir süre için görev alan politikacıların bu süre içinde tekrar seçebilmek için topluma somut ürünler vermesi beklenmektedir. Bunun da en kolay yolu seçim bölgesinde kurulacak bir hastane ya da sağlık ocağıdır. İkinci olarak kırsal alanda yaşayanlar genellikle politik güce sahip bir kesim olmadığı için bu yörelerde yaşayanların bir baskı grubu oluşturması da sözkonusu olmamakta ve siyasal gücü elinde bulunduran azınlığın talep ve istekleri çoğunluğun önünde gelmektedir.

Alma-Ata Deklarasyonunun 1978 yılında 134 ülke Sağlık Bakanı ya da üst düzey yetkilisi tarafından imzalandığı belirtilmişti. TSH yaklaşımının ülke genelinde uygulanma güçlüklerinin nedenleri arasında Sağlık Bakanlıklarının ülke içindeki pozisyonları üzerinde durmakta yarar görülmektedir. Diğer bakanlıklarla, özellikle Maliye, Dışişleri, Savunma gibi bakanlıklarla karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlıkları gerek prestij gerekse de güç bakımından daha alt düzeylerde yer almaktadır(40). Sağlık Bakanlığı sektöre ayrılacak kaynaklar ve TSH yaklaşımı konusunda Maliye Bakanlığını ikna etmeli ayrıca global düzeyde mevcut kaynakların dağıtımının yeniden düzenlenmesi konusunda da Maliye Bakanlığının desteğini almalıdır.

Sağlık Bakanlıklarının pozisyonu ve bu bakanlık içinde dahi TSH yaklaşımını geniş kapsamıyla algılayan kişilerin azınlıkta olması bu durumu oldukça güçleştirmektedir. Benzer bir durum Türkiye'de de geçmiş yıllarda yaşanmıştır. 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası dönemin Maliye Bakanı tarafından ülkeye ve hazineye getireceği mali yükün karşılanmasının mümkün olmayacağı gerekçesiyle im-

zalanmamış ve yasa uygulamada en temel ögeyi, kaynağı, sağlayacak bakanlığın onayı olmadan çıkmıştır. Daha sonra kaynaklarla ilgili olarak ortaya çıkan sorunların nedenlerinden biri olarak bu durum gösterilebilir.

TSH'nin politik yönü ile ilgili olarak yanıtlanması gereken son soru da ulusal bazda bu tür bir değişimin devlette egemen ideoloji tarafından arzu edilip edilmediğidir. Değişik ülke örnekleri, toplum katılımı, toplum sağlık çalışanları gibi uygulamalarla toplumun bilinçlendiği ve bunun da genellikle devlet tarafından istenmediğini göstermektedir(41,42,43). Bu bilinçlenmenin devlet tarafından istenmemesinin temel nedeni o döneme kadar sağlığı sadece tıbbi boyutuyla gören toplumların bilinçlenme sürecinin sonunda sağlık sorunlarının altında yatan temel nedenlerin ülke düzeyinde kaynak dağıtımında eşitsizlikler, işsizlik, gelir adaletsizliği ve bunun gibi konularda olduğunu görmesi ve bunların giderilmesi yönünde baskıda bulunmasıdır. Bu nedenle bazı yazarlar tarafından TSH'nin mevcut politik düzene bir tehdit olabileceği vurgulanmaktadır(44). Bu ülkelerde gözlenen, kağıt üzerinde TSH yaklaşımı benimsenmesine ve buna ilişkin stratejiler geliştirilmesine karşın uygulamada yaklaşımın gerektirdiklerinin yerine getirilmediğidir.

Bossert ve Parker değişik ülke örneklerini incelemiş ve aşağıdaki ortak sonuçlara varmışlardır(45). Buna göre TSH yaklaşımının benimsenmesi ve bununla uyumlu stratejiler geliştirilmesi; özellikle tarım kesiminde sosyal ve ekonomik reformlar yapmaya adanmış; sadece ekonomik kalkınma yerine hem kalkınmayı hem de eşitlik ilkesini vurgulayan bir kalkınma stratejisini benimseyen; demokrasiyi benimsemiş ve kırsal kesimin seçmen olarak güçlü olduğu devletlerde daha olasıdır. Aynı yazarlar yaptıkları araştırmalar sonucunda özellikle tıp mensuplarına yönelik bazı ilginç sonuçlara ulaşmışlardır. Buna göre sosyal, etnik ve dini bakımdan homojen ve gelir dağılımının daha eşit olduğu toplumlarda; doktor örgütlenmesinin daha az etkin olduğu ve Sağlık Bakanlığı karar alma pozisyonlarında doktor oranının daha az olduğu ülkelerde; tıp eğitiminin kırsal alandaki sağlık bakımına yönelik olduğu sistemlerde; ve Sağlık Bakanlığının üst düzeylerinde TSH yaklaşımını benimseyen ve bu düzeylerdeki yöneticilerin sık sık değişmediği ülkelerde TSH yaklaşımı daha kolay benimsenmekte ve uygulama alanı bulmaktadır.

Makalede karamsar bir tablo çizilmesine ve TSH yaklaşımının geleceğine ilişkin bazı zorluklardan söz edilmesine karşın bundan yaklaşımın hiçbir şekilde uygulanmadığı ve uygulanamayacağı anlamı çıkarılmamalıdır. Son yıllarda yerel düzeylerde TSH yaklaşımını benimseyen ve uygulayan projelerin elde ettiği başarı bu yaklaşımın uygulanabilirliği ko-

nusunda önemli deliller sağlamaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin 1985 yılında 5 kent ile başlattığı ve bugün Avrupa bölgesi içinde 500 bu bölge dışında 300 kenti kapsayan "Sağlıklı Kentler Projesi" bunun en somut örneği olarak karşımızda durmaktadır. Bu proje "Yeni halk Sağlığı" hareketinin öncüsü olmuş ve 2000 Yılında Herkese Sağlık amacına yerel düzeyde ulaşmanın önemli bir hareket noktası olmuştur. Bu ve bunun gibi diğer projeler (Sağlıklı Okullar, Sağlıklı İşyerleri vs.) yaklaşımın gerçekte uygulanabilir olduğunu ancak bunu başarmanın tek yolunun politik ve ideolojik sorunların üstesinden gelmek olduğunu ortaya koymaktadır.

#### TÜRKİYE'DE TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ YAKLAŞIMI

Türkiye'de TSH yaklaşımının nasıl algılandığı ve uygulamalar daha önce irdelenmiş ve bu tartışmanın sonucunda Türkiye'de Alma-Ata Deklarasyonu ile birlikte gelişen yaklaşımın en dar anlamıyla algılandığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile özdeşleştirildiği sonucuna varılmıştı(46). Bu çerçevede son reform çalışmaları da TSH açısından ele alınmış ve 2000 Yılında Herkese Sağlık amacını gerçekleştirmek nosyonundan hareket etmesine ve TSH yaklaşımını benimsediğini iddia etmesine rağmen reformların da dar kapsamlı TSH yaklaşımını benimsediği ortaya konmuştu. Böylece geçmişte, sahada çalışanların deyimiyle "sağlık ocaklarının tabelaları arkasına hapsedilen" TSH yaklaşımı reformlarla birlikte sağlık ocaklarının yanısıra aile hekimliği kurumunun içinde hapsedilmekte ve bu yaklaşımın önümüzdeki uzun bir perspektif dönemi içinde egemenliğini sürdüreceği gözlenmektedir.

Burada vurgulanması gereken nokta yukarıda sözü edilen uygulamalar açısından Türkiye'nin Dünyadaki tek örnek ülke olmadığı, esasen bu gruba giren ülkelerin sayıca daha fazla olduğudur. Makalenin başında da belirtildiği gibi, yukarıda sözü edilen son gelişmeler haricinde, TSH yaklaşımının ilk yıllarda doğurduğu büyük coşku yerini hayal kırıklığına bırakmış ve TSH yaklaşımı ciddi bir şekilde sorgulanmaya başlamıştır.

Türkiye'de TSH uygulamalarının başlangıç noktası sayılan "Sosyalleştirme Yasası" o dönemde revaçta olan Basic Services yaklaşımının bir yansıması olmasına karşın Türk sağlık sektörü ne bu yaklaşımı tam olarak uygulayabilmiş ne de daha sonra Alma-Ata'da ortaya atılan ilke ve kavramları uygulamaya sokabilmiştir. Ancak bunun nedenlerini genelde tartışılan kaynak kıtlığı, personel eksikliği ve bunun gibi nedenlere bağlamak yerine bu makale çerçevesinde tartışılan ideolojik ve politik faktörleri gözönüne almak ve bu çerçevede tartışmak gerekmektedir.

Türkiye'de gerek sağlık sektöründe gerekse

genel anlamda "eşitlik" olgusu ne düzeydedir? Kırsal alanın gelişmesi ve kalkınması öncelik sıralamasında hangi düzeyde yer almaktadır? Devlet TSH yaklaşımının kaçınılmaz bir sonucu olan toplumsal bilinçlenmeyi gerçekten istiyor mudur? Bu ve bunun gibi sorular TSH yaklaşımının Türkiye'deki uygulamaları konusunda yanıt bekleyen ciddi sorulardır. 1990'lı yıllarda başlayan ve halen yaşanan ekonomik sıkıntılar, artan işsizlik ve enflasyon, sürekli olarak kötüye giden gelir dağılımı, toplumda adaleti sağlayacak vergi reformları gibi reformların gerçekleşmemesi, terör ve bunun gibi ülkenin genelde ekonomik, politik ve sosyal sıkıntıları TSH yaklaşımının geniş kapsamlı tanımı içinde bir an önce ele alınması gereken konular olarak karşımıza durmaktadır.

Daha önce TSH yaklaşımının sağlığın geliştirilmesini sağlık sektöründen çok diğer sektörlerle bağladığı tartışılmış sağlık sektörünün bu konudaki rolünün kısıtlı olduğundan söz edilmişti. Ancak sağlık sektörü açısından bakıldığında Türkiye'de ciddi sorunların olduğu ve genelde yapısal olan bu sorunlar bir şekilde çözüme kavuşturulmadan "2000 Yılında Herkese Sağlık" ya da TSH yaklaşımının uygulanmasının mümkün olmadığı görülecektir. Yaklaşım kaynak dağıtımı açısından ciddi bir yeniden yapılanmayı gerektirmektedir. Daha önceki bölümde ayrıntılı bir şekilde tartışılan tıp mensuplarının ve elitin buna direnmesi kaçınılmazdır. Bu durumda yapılması gereken şey mevcut kaynakların değil sağlık sektörüne ayrılacak yani kaynakların dağıtımını düzenlemektir. Ancak bunun yapılabilmesi için de sektörel bazda kaynak dağıtım uygulamalarını politik ve ideolojik baskılardan etkilenmeyecek şekilde bilimsel esaslara bağlamaktır. Yoksa Segall'in de belirttiği gibi gerçekte adaletsiz olan bir kaynak dağıtım sistemine yeni kaynakların eklenmesi sadece ve sadece bu adaletsizliği daha da artırıp yaygınlaştıracaktır(47). Bu nedenle önce kaynak dağıtım mekanizmaları TSH ile uyumlu bir şekilde düzenlenmeli daha sonra kaynak artırımı yoluna gidilmelidir. Ancak unutulmaması gereken nokta bu mekanizmaların kurulmasının da tamamen politik ve ideolojik bir sürecin ürünü olduğudur.

#### SONUÇ

Bu makalede TSH yaklaşımının ideolojik ve politik yönü incelenmiş ve genelde sağlık sektörü ile ilgili olarak sıkça ortaya atılan kaynak kıtlığı, finansman eksikliği gibi sorunların aslında buzdağının üzerinde gözüken sorunlar olduğu ve daha gerçekçi bir analiz için ideolojik ve politik öğelerin gözönüne alınması gerektiği vurgulanmıştır. Makalenin çizdiği karamsar tablo ile TSH yaklaşımının "hayalci, gerçekleşmesi mümkün olmayan" bir yaklaşım olduğuna karar verilmesi kolaycı bir çıkış noktası olacaktır. Daha önceleri sözü edilen yerel düzeylerdeki

bazı uygulamalar TSH yaklaşımının uygulanabilirliğini göstermektedir. Ancak bunun için radikal değişimlerin gerekli olduğu gerçeği de gözardı edilmemelidir.

Türkiye açısından geniş kapsamlı TSH yaklaşımının benimsenmesi ve uygulanması için görülebilir bir perspektif içinde hiçbir umut görülmemesine rağmen toplumda sosyal adalet, eşitlik, toplum katılımı gibi ilkelere önem veren ve bunu kağıt üzerinde bırakmayıp uygulamaya geçiren bir görüşün egemen olması durumunda toplum sağlık statüsünün yükseltilmesi konusunda önemli adımlar atılmış olacaktır. Ancak bu yönde atılması gereken ilk ve belkide de en önemli adım sağlığın ideolojiden soyutlanamayacağını konu ile ilgili herkes tarafından kabul edilip bu türde tartışmaların rahatça yapıldığı bir platformun oluşmasının sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin "demokratikleşmesi"(48) olarak tanımlanan TSH yaklaşımı ancak sağlığın tüm boyutlarının ilgili taraflarca tartışılması sonucunda daha açık hale gelecek ve gerek yaklaşımı uygulayacaklar, gerekse de toplum tarafından kabul görecektir.

#### KAYNAKLAR

- (1) WHO/UNICEF, (1978), **Alma-Ata 1978. Primary Health Care**. Geneva, WHO.
- (2) Tatar, M., (1994) "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış" **Toplum ve Hekim**, 9(60). ss. 78-88.
- (3) New, P.K., (1986), "Primary Health Care in the People's Republic of China: A March Backward?" **Human Organization**, 45(2). ss. 149-153.
- (4) Seers, D., (1969), "The Meaning of Development" **International Development Review**, December. ss. 2-6.
- (5) Arndt, H.W., (1983), "The Trickle-Down Myth" **Economic Development and Cultural Change**, 32(1). ss. 1-10.
- (6) Christian, B., ve diğerleri, (1977), "Health and Economic Development: An Intersectoral Model" **Social Science and Medicine**, 11. ss. 63-69.
- (7) Gish, O., (1979), "The Political Economy of Primary Health Care and "Health by the People": An Historical Exploration" **Social Science and Medicine**, 13C. ss. 203-211.
- (8) Grosse, N.; Harkavy, O., (1980), "The Role of Health in Development" **Social Science and Medicine**, 14. ss. 165-169.
- (9) Abel-Smith, B., (1976), **Value for Money in Health Services**. London: Heinemann Educational Books Ltd. s. 141.
- (10) Jackson, B.E., Ugalde, A., (1985), "Health Development and Technologies: An Appraisal", Jackson, B.E.; Ugalde, A., (eds.), **The Impact of Development and Modern Technologies in Third World Health**. Williamsburg: Department of Anthropology, College of William and Mary. s. 22.
- (11) Fendall, R., (1985), "Myths and Misconceptions in Primary Health Care" **Third World Planning Review**, 7(4). s. 320.
- (12) Elliot, C.; Cole-King, S., (1981), "Health and Development: A Policy for Intersectoral Action" **World Health Forum**, 2(4). ss. 567-575.
- (13) King, M., (1966), **Medical Care in Developing Countries**, London: Oxford University Press, 1966.
- (14) Tatar, a.g.e.
- (15) Muhondwa, E.P.Y., (1986), "Rural Development and Primary Health Care in Less Developed Countries" **Social Science and Medicine**, 22(11). ss. 1247-1256.
- (16) Taylor, C.; Joll, R., (1988), "The Straw Men of Primary Health Care" **Social Science and Medicine**, 26(9). s. 976.
- (17) Tsouros, A., (ed), (1990), **WHO Healthy Cities Project: A Project Becomes a Movement. (Review of Progress 1987-1990)**, Copenhagen: WHO, 1990. s. 18.
- (18) Walt, G.; Vaughan, P., (1981), **An Introduction to the Primary Health Care Approach in Developing Countries**, London: Ross Institute Publication No 13. s.1.
- (19) WHO, (1991), **Development o Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000**. Geneva: WHO. s. 19.
- (20) Aynı, s. 19
- (21) Green, R.H., (1991), "Politics, Power and Poverty: Health for All in 2000 in the Third World" **Social Science and Medicine**, 32(7). s. 745.
- (22) Mooney, G., (1983), "Equity in Health Care: Confronting the Confusion" **Effective Health Care**, 1 (4). ss. 179-183.
- (23) Segall, M., (1983), "Planning and Politics of Resource Allocation for Primary Health Care: Promotion of a Meaningful National Policy" **Social Science and Medicine**, 17(24). s. 1947.
- (24) Vaughan, J.P.; Walt, G., (1984), "Implementing Primary Health Care: Some Problems of Creating National Programmes" **Tropical Doctor**, July. s. 109.
- (25) Green, a.g.e., s. 745
- (26) Gish, O., (1978), "A Primary Health Care Planning Strategy" **Assignment Children**. 42. s. 66.
- (27) Vaughan, Walt, a.g.e., s. 109.
- (28) DeKadt, E., (1982), "Ideology, Social Policy, Health and Health Services: A Field of Complex Interactions" **Social Science and Medicine**, 16. s. 748.
- (29) Bossert, T.J.; Parker, O.A.- (1984), "The Political and Administrative Context of Primary Health Care in the Third World" **Social Science and Medicine**, 18 (8). ss. 693-792.
- (30) Sidel, V. W.; Sidel, R., (1977), "Primary Health Care in Relation to Socio-Political Culture" **Social Science and Medicine**. 11. ss. 258-265.
- (31) Green, a.g.e., s. 745.
- (32) Aynı, s. 754.
- (33) Segall, a.g.e. 1948.
- (34) Vaughan, Walt, a.g.e.
- (35) Segall, a.g.e. s. 1948.
- (36) Gish, a.g.e., s. 66
- (37) Walt, Vaughan, a.g.e., s. six
- (38) Van der Geest, ve diğerleri, (1990), "Primary Health Care in a Multilevel Perspective: Towards a Research Agenda" **Social Science and Medicine**, 30 (9). s. 1029.
- (39) Aynı, s. 1028.
- (40) Walt, Vaughan, s. 12.
- (41) Werner, D., (1981), "The Village Health Worker: Lackey or Liberator?" **World Health Forum**, 2(1). ss. 46-54.
- (42) Navarro, V., (1984), "A Critique of the Ideological and Political Position of the Brandt Report and the Alma-Ata Declaration" **International Journal of Health Services**, 14(2). ss. 159-172.
- (43) Morgan, M.C., (1990), "International Politics and Primary Health Care in Costa Rica" **Social Science and Medicine**, 30(2). ss. 211-219.
- (44) Morgan, L.M., (1989), "The Political Economy of Primary Health Care in Costa Rica, Guatemala, Nicaragua and El Salvador" **Medical Anthropology Quarterly**, 3(3). s. 228.
- (45) Bossert, Parket, a.g.e., s. 697.
- (46) Tatar, a.g.e.
- (47) Segall, a.g.e.
- (48) Banerji, D., (1974), "Social and Cultural Foundations of Health Services Systems" **Economic and Political Weekly**, 9(32-34). s. 1133.