



DOSYA

SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEMOKRATİK "DESANTRALİZASYONU": 4 LATİN AMERİKA ÜLKESİ DENEYİMİNDEN DERSLER

Dr. Ata SOYER

GİRİŞ :

Yerel yönetimler ve sağlık kavramı, son zamanlarda birlikte tartışılan iki kavram. Daha doğrusu yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinden sorumlu olması gerekliliği tartışması bağlamında, yanyana gelen iki kavram. Bu arada sağlık reformu tartışmaları sırasında da, bölge sağlık idareleri kavramı, bu konuyu gündeme getiren bir başka gerekçe oldu. Mart ayının sonuna doğru yerel seçimlerin yapılacak olması, söz konusu ilişkinin yeniden gündeme gelmesine yol açtı.

Sorun bizim açımızdan sadece sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi temelinde ele alınacak denli basit değildir. Herşeyden önce yerel yönetim-sağlık ilişkisinin, toplum katılımı, taban inisiyatifi, yerel demokrasi, toplumsal eşitsizlikler, v.b. kavramlarla çok yakın ilişkisi vardır. Bunları ihmal eden bir ilişkilendirme girişimi, baştan bir eksiklikle malül olacaktır. Dolayısı ile burada yerel yönetimler - sağlık ilişkisine toplumsal hareketlilik, taban inisiyatifi açısından ve bazı deneyimler ışığında bir yaklaşım denemesine girişilecek.

Türkiye'de sağlık ölçütlerinin, çok iyi bir tablo çizmediği herkesin malumu. Bu tablo, yıllardır dinlenen "çağ atlama" öykülerinin içinin boşluğunun da bir kanıtı. Ülkemizde derin bölgesel eşitsizliklerin yanı sıra, bölgelerin içinde de eşitsizlikler oldukça belirgindir. Sağlık kuruluşları, genellikle gelişmiş ve zengin bölgelerde yoğunlaşmıştır. Özellikle büyük kentlerde servetin oldukça eşitsiz dağılımı, sağlık sorunlarının, hastalıkların farklı bölgelerdeki farklılığının temel nedenidir. Bugün epidemiyolojik olarak, "kırsal ve kentsel bölgelere özgü hastalıklar"ın yanı sıra, "yoksul ve zengin bölgelere özgü hastalıklar"dan söz etmek yanlış olmaz. Az gelişmiş ülkelerin büyük kentleri benzeri, Türkiye'deki büyük kentlerde, uygulanan ekonomik model, hastalığı "toplum-sallaştırmıştır." Son yıllardaki hızlı kentleşme ve vahşi emek sömürüsü şeklindeki görüntü, kent yaşamının kalitesini olumsuz etkilemiş, ciddi sağlık ve sosyal sorunlara yol açmıştır. Gerçi, bu noktada, sağlık göstergelerinin geçmiş yıllara kıyasla düzeldiği

ifade edilebilir. Ancak, bu düzelmelerin izlenen ekonomik ve sağlık politikalarının yol açtığı derin eşitsizliklerle ilişkisi gözardı edilmemelidir. Özel sağlık hizmetlerini özendirme öyle bir noktaya gelmiştir ki, toplumda özel sağlık kuruluşuna yada hekime gitmeden sağlık sorunun çözülmeceği inancı gelişmiştir.

Bugün büyük kentlerimiz kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin hergün kanıtlandığı yerler haline gelmiştir. Bir yanda son derece gelişkin özel sağlık kuruluşlarının yükseldiği bir görüntü, diğer yanda ise, asgari sağlık hizmetlerine ulaşma olanağından yoksun geniş kitleler...

1980 öncesi de var olan, ancak 1980 sonrası bilinçli bir destekle ve sağlık-dışı sektörlerin ilgisine mazhar olması ile giderek büyüyen özel sağlık sektörü, kentlerimize damgasını vurmakta. Sağlığın bir yurttaşlık hakkı olduğu T.C. Anayasalarında öteden beri yer almasına karşın, bugün yaşanan gerçekler sağlık hakkının kağıtta kaldığını göstermektedir. Açıkça söylemek gerekirse, devlet, sağlık hizmetlerinde bugün özel sektörün zayıf ve yetersiz kaldığı noktalarda ve zaafalarda ona destek olma işlevine sahiptir. Ayrıca sağlık hizmetinin süreklilik ve düzenlilik gibi iki işlevi, bu konuda Sağlık Bakanlığı ve hükümetlerin yönetim zaafaları ve gerekli kaynakların (insan, teknoloji, para, ...) eksikliği gibi nedenlerden dolayı uzun süredir geçersiz haldedir. Büyük çabalarla geriletilen bazı sosyal hastalıklar, 21. yüzyıla girerken halen önemli sorun olma özelliklerini sürdürmektedir. Bunda, tüm sayılan nedenlerin yanı sıra, ülkemizde sağlık kavramına ilişkin varolan "biyolojik" vizyonun inkar edilmez etkisi vardır.

Toplum, bugün kendi sağlığı ile ilgili fiilen müdahale hakkına sahip olmadığı gibi, var olan siyasi temsil kurumlarında sınırlı olanaklardan da yoksundur. Bu durum kendi sağlığına ilişkin hiçbir düzeltme olmasının sorumlusudur. Bunun bir sonucu da, toplumun hastalık durumlarında ve bazı sağlık taleplerinde yöre yada tanıdık milletvekilleri aracılığı ile işi çözme çabasıdır.

Tüm bilinen bu özelliklerin ve derin eşitsizliklerin yanında, ülkemizdeki sağlık hizmeti, görünür-

deki çok parçalı yapısına karşın önemli bir özelliğe daha sahiptir. Bu da sağlıkla ilgili uygulamaların ve karar alma süreçlerinin oldukça merkezi olmasıdır. Bu çok parçalı ve aşırı merkezi yapı çatısı altında, hiç risk almadan piyasa ekonomisinin kendi yasalarını yaşama geçirdiği bir "düzen" vardır. Yıllardır söylenen bu belirlemelere karşı, işçi sınıfı ve çalışan kesimlerin kayıtsız kalmış olması da bugünün bir diğer gerçeğidir. Bizzat kendileri sağlıksız koşullarda çalışan kesimler, hastalandıklarında gittikleri kurumların içinde buldukları olumsuzlukların giderilmesi yönünde de birşey yapmayınca sağlıkta var olan "düzen" in sahiplerinin egemenliği sorgulanmaz bir biçimde benimsenmiştir.

1980'lerin sonuna doğru, sağlık hizmetleri alanında çelişik sayılabilecek bir gelişme oldu. Bir yandan, toplumun en yoksul kesimlerinin en çok hissettiği krizin toplumsal maliyeti nedeniyle sağlık koşulları giderek kötüleşirken, öte yandan sağlık sorunlarının geldiği boyutun gözardı edilemez noktaya gelmesi bir "sağlık reformu" tartışmasını gündeme getirmiştir. İşte, bu reform tartışmaları sırasında, en önemli konulardan biride "desantralizasyon" olmuştur.

Sağlık reformunun içeriği bir yana, sağlık hizmetlerinden olumsuz etkilenen toplumsal kesimlerin bu reforma ilişkin somut bir talep yaratamaması, bir "rüzgar" estirememesi önemli bir olgudur. Bu noktada reform tartışması, halktan gelen "sızlanmalar" karşısında birşeyler yapar görünmek zorunda kalan hükümet çevreleri ile sağlık çalışanlarının bazı örgütleri arasında sıkışıp kalmıştır. Burada, ülkemizde yaşanan bu sürecin değerlendirilmesinden ziyade, sağlık hizmetleri alanında bir dönüşüm yaşamış bazı ülkelerin deneyimleri ışığında bazı belirlemeler yapılmaya çalışılacaktır.

Desantralizasyon ve sağlık ilişkisinde, taban inisiyatifi ve toplum katılımı boyutu oldukça belirleyici bir etmen olmaktadır. Taban inisiyatifi olmaksızın, toplum denetimi olmaksızın sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunun, tek başına demokratikleşme anlamına gelmediği özellikle vurgulanmalıdır. Bu çerçevede, dört Latin Amerika ülkesinin deneyimi ele alınarak bir çıkarsama yapılmaya çalışılacak. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerine ne düzeyde üstlendiği sorusundan ziyade, yerel yönetimlere devredilen yada yerel düzeyde örgütlenen sağlık hizmetlerinin toplum denetim biçimleri öne çıkarılacak.

ŞİLİ ÖRNEĞİ :

İlk örneğimiz; Şili (1,2).

Şili 1971-73 deneyimi. "Unidad Popular" Hükümeti 1971'de yönetime geldiğinde, sağlık hizmetlerinin daha eşit dağıtılması amacıyla Ulusal Sağlık Sistemi kurdu.

Bu sistemde, desantralizasyon, önemli bir yapı taşıydı. Daha önceden coğrafik bölgelere ve sağlık alanlarına bölünen Şili'de "Unidad Popular" Hükümeti, 50-75 bin nüfusa hizmet sunan "mahalle sağlık merkezleri"ne ağırlık verdi. Buradaki amaç, sağlık sistemini demokratikleştirmek ve halkın katılımını artırmak yolu ile sağlık hizmetlerinin desantralizasyonuydu. Allende yönetimindeki hükümet, Decreto-602 diye anılan bir yasa ile sağlık çalışanlarının ve halkın aktif katılımını öngören düzenlemeleri yaşama geçirdi.

Sağlık için Altı Yıllık Sağlık Planı (Plan Sexenal de Salud) oluşturularak, sorunların da bu çerçevede çözümleneceği taahhüt edildi. Planın ana amaçları, demokratikleşme sürecinden sağlık kararlarına toplumun katılımını sağlamak ve tüm sağlık hizmeti veren kuruluşların bir araya getirilerek merkezi-ulusal bir sağlık sistemi kurmaktı. Sağlık kararlarının alınması süreçlerine toplum katılımını sağlamanın politik ifadesi olan 400 yerel sağlık konseylerinde toplum tarafından seçilen üyelerin görevlendirilmesi yürürlüğe konuldu. Allende, "... Bizim görüşümüze göre, bir hastanedeki işçilerin örgütü, koridorlarda çalışan en mütevazı arkadaştan, hastaneyi yöneten kişiye kadar tüm çalışanları kapsamına almalıdır..." diyerek aynı yapılanmayı hastanelerde de yürürlüğe koymaya çalıştı.

Mahalle Sağlık Merkezleri düzeyinde, sağlık emekçilerinin sendikaları ve toplum örgütleri temsilcilerinden oluşan Yörel Sağlık Konseyleri (consejos locales de salud) kuruldu. Bu konseyler toplumun sağlık sorunlarını tartışması, çözüm yolları önermesi; ishalle mücadele, solunum yolları hastalıklarının önlenmesi, çöplerin yok edilmesi, vb. gibi sağlık kampanyalarının yaygınlaşmasını sağlamaya yardımcı olması, Ulusal Sağlık Sistemi ile toplum arasında danışma kurulu niteliğinde bir bağlantı halkası işlevi görmesi ile görevli olması öngörülmüştür.

Mahalle Sağlık Merkezleri düzeyindeki bu yapının yanı sıra, bu yapının önerilerini yürütme görevini yapacak ikinci bir Konsey oluşturuldu. "Paritario" denilen bu konsey, yörel sağlık konseyinden seçilen temsilcilerle, Mahalle Sağlık Merkezi Müdürü'nden ibaretti.

Her coğrafi bölge kapsamındaki alanlarda varolan hastanelerde de benzeri konseyler ve yürütme organları kuruldu. Bu yapılar yerel düzeydeki yapılara benzer işlevlerinin yanında, sağlık planlaması ve

alan çapında hizmet ve olanakların koordinasyonu ile yükümlüydü.

Bu arada, Ulusal Sağlık Sistemi bünyesinde, toplum temsilcileri ile birlikte, toplumun sağlık gereksinimlerini sağlayacak ve bu gereksinimlerin çözümüne yönelik kollektif eylemi teşvik edecek programlar da söz konusuydu.

Hastanelerde de, karar yetkisinin demokratikleştirilmesi doğrultusunda değişiklikler yapıldı. Her serviste, hekim, hemşire, hastabakıcı, müstahdem, v.b. temsilcilerinden oluşan bir yönetim konseyi kuruldu. Bu konsey, personele ilişkin ve yönetsel konularda karar verebilme yetkisine sahipti. Bölüm yönetim konseyleri, temsilcileri de hastane yönetim konseyini oluşturuyordu.

Bu demokratikleştirme girişimleri, değerlendirme konusunda yeterince olgunlaşmadan Pinochet diktatörlüğü ile yıkıldı. Ancak, yine de yaşadığı süredeki deneyime ilişkin bazı belirlemeler de yapıldı.

Yerel sağlık konseyleri ve "paritario"lardaki hekim sayısının az olmasına (% 10-20) karşın, güç dengesini değiştirmede çok etkili olmadığı; bu yapıların karar almadan çok danışma niteliğinde olduğu; karar yetkisinin sağlık merkezlerinin müdürlerine ait olduğu, önemli zaafklar olarak saptanmıştır. Bu zaafkları gördüğü ölçüde Allende Hükümeti, buna karşı toplum desteğini harekete geçirerek etkinliklerini güçlendirme yolunu seçmiştir. Örneğin, Şili Ü.Tıp Fakültesi, personel kıtlığı bulunan mahalle sağlık merkezlerine hekim göndererek, halkın taleplerine karşılık vermiştir. Yine tıbbi araç ve gereçlerin daha eşit dağıtılması, sağlık personelinin ise alınıp çıkarılmasının halk tarafından denetlenmesi, yörel sağlık konseylerinin çalışma sürelerinin uzatılması, sağlıkla ilgili işlevleri yerine getirebilecek halk önderlerinin yetiştirilmesi, v.b. toplumsal talepler yolunda da adımlar atılmıştır.

1972 sonu ve 1973 başlarında halkın katılım oranı arttıkça, birçok yörel sağlık konseyi; yiyecek dağıtımı, taşınması, çevre güvenliği ve sanayi üretimi gibi işlerle uğraşan kurumlarla işbirliğine yöneldi. Katılımın artması, bu yapıları daha işlevsel hale getirmiştir.

Bu dönemdeki en önemli sıkıntılardan biri, hekimlerin ve Şili Tabipler Birliği'nin bu sisteme ve Allende hükümetine direnişi olmuştur. Hatta darbenin gelmesinde önemli rolleri olduğunu söylemek abartma olmaz. Pinochet de, tüm bu konseyleri dağıtmış, hastane denetimlerini Şili Tabipler Birliği'ne vermiştir.

NİKARAGUA VE EL SALVADOR :

İkinci ülkemiz, Nikaragua. 1979 sonrası, Nikaragua. Somoza'nın devrilmesinden üç hafta sonra, Sandinista Hükümeti, 5 Ağustos 1979'da Ulusal Sağlık Sistemi'ni kurduğunu ilan etti. Söz konusu sistemde, hizmetlerin desantralizasyonu temeldi. Nikaragua 6 sağlık bölgesine ve üç özel sağlık munitasına ayrılarak, desantralizasyon uygulamaya konuldu. Bu bölgelerin her birinde oluşturulan yönetim aygıtları, öncelikli sağlık konularını belirleyerek, bölge sağlık planlarını yaptılar (Bu planlar, merkezi düzeydeki koordinasyonla, merkezi plan haline getirildi). Yerel düzeyden, merkezi düzeye kadar, karar oluşturma mekanizmalarında kadın, semt, gençlik ve işçi örgütlerinin temsilcileri yer aldı (3).

Somoza'nın bıraktığı olumsuz miras karşısında, Nikaragua hükümeti, ölüm ve hastalıkların azaltılmasını, halk örgütlenmesinin güçlendirilmesi temeline, koruyucu hekimliğe öncelik verilmesine bağlı olduğundan yola çıkmıştır. Her 1500 kişilik nüfusa bir sağlık birimi temeline oturtulan sağlık örgütlenmesi, ana ve çocuk sağlığı, beslenme yetersizliği, tüberküloz, sıtma gibi sorunların hızla geriletilmesi konusunda, başlangıçta oldukça başarılı olmuştur (4).

Ancak Nikaragua'da yerel temelde örgütlenen sağlık hizmetlerinin başarısında en önemli rolü, halkın demokratik örgütlenmesi oynamıştır. Bunlar arasında en etkilisi, Somoza diktatörlüğüne karşı mücadele sırasında oluşturulan "Sandinista Savunma Komiteleri" (CDS), ev blokları temeline örgütlenmiş, kentsel örgütlenmelerdi. Bu örgütlenmeler, mücadele yapıları olmalarının yanı sıra, özellikle 1979-82 döneminde kaldırımların yapımı, çöp kamyonları sağlanması, salgın hastalıkların kaynaklarının kurutulması, elektrik, akarsu, temel ihtiyaç maddeleri, v.b. mahalle ihtiyaçlarının karşılanması ile görevli yapılar olmuşlardır. Diğer önemli bir örgütlenme de, Nikaragua Kadınlar Örgütü'ydü (Luisa Amanda Espinosa-AMNLAE). İlk yıllarda üstlendikleri okuma yazma ve kamu sağlığı seferberlikleri ile önemli katkısı olan bu örgütlenmenin yanı sıra Tarım İşçileri Birliği (ATC) ve Sandinist İşçi Konfederasyonu (CST) de etkili demokratik örgütlenmelerdi.

Gerek Sandist Hükümetin yapısı ve politikaları, gerekse kontraların baskısı, Sandinist'lerin giderek hem toplumun yeniden kurulması, hem de sağlık hizmetlerinin demokratik denetimi işlevinde önemli rollere sahip halk örgütlenmelerini zayıflatan tutum almasına yol açtı. Gerçi savaşın yoğun olduğu bölgelerde, yerel sağlık ve diğer inisiyatiflerine daha fazla özerklik tanınması yoluna gidildiyse de, 80'lerin ortalarına doğru, aktif katılım, Hükümet'in ilk yıl-

larına kıyasla azaldı. Buna karşın, Sandinist'lerin seçimi yitirmesinden sonra, bu kitle örgütleri yeniden dinamik bir konuma geldiler ve Chamorro'nun halkın kazanımlarına yönelik saldırıları karşısında en güçlü direniş noktaları olarak boy gösterdiler. Bugün ekonomik durum ve savaş nedeniyle oldukça kötüleşen halk sağlığı alanında, bu yapılar kazanımlarını koruma ve geliştirme mücadelesini sürdürmektedirler (5)(6)(7).

El Salvador'un durumu farklı. Diğer ülke örneklerinde, hükümetlerin sağlık tercihleri içindeki taban katılımı dile getirilirken, El Salvador örneğindeki durum FMLN'nin denetimi altındaki bölgeleri içeriyor. FMLN 1980'li yılların başında, El Salvador'da bazı bölgelerde yönetimi ele geçirmiş bir siyasi yapı olarak, kendi egemenliğindeki bölgelerdeki toplumsal sorunlara da el attı. Bu bölgelerde tüm halkın yer aldığı ve Halk Meclis'lerine dayanan yönetimler, toplumun mal ve hizmetlerin dağılımı, sağlık, eğitim, savunma v.b. ihtiyaçlarını çözmeye çalışmakla yükümlüydü. Her bölge 15'er hanelik gruplar halinde örgütlenerek, her grubun üretim, eğitim, sağlık hizmetleri ile ilgili 4-6 companeros (yoldaş) seçtiği bir şekilde örgütlenmişti.

Bölgelerde sağlıkla ilgili olarak tıp birlikleri kuruldu. Bu birliklerin başında bir doktor, bir anesteziist, üç sağlıkçıdan oluşan bir tıp komisyonu vardı. Bunlar bölge halkının sağlık eğitimi, ilk yardım, hasta bakımı, vb. ile uğraşır. İlk yardım genellikle sağlıkçılar ve halktan eğitilmiş gönüllüler, hasta tedavisi doktor tarafından yapılmaktaydı. Daha ağır hastalar, sahra hastanelerine götürülmekteydi (8).

Bu örgütlenme, FMLN'nin hükümet ile uzlaşarak yasal bir yapıya dönüşmesi ve ülke siyasetine entegre olması ile dağıldı.

BREZİLYA DENEYİMİ (9,10,11,12,13,14):

Sonuncu örnek, Brezilya. Brezilya, 1987 yılında, herhangi bir üçüncü dünya ülkesinden farklı olmayan sağlık örgütlenmesinin yerine, "Birleşik ve Desantralize Sağlık Sistemleri" diye adlandırılan ulusal bir sağlık sistemini oluşturdu. Bu uygulama ile farklı yönetim alanları ile bağlantılı sağlık örgütlenmeleri birleştirildi ve desantralize edildi. Desantralizasyon ile birlikte yerel yönetimlerin kendi bölgelerinde verilen sağlık hizmetlerini bizzat yönetebilmeleri olanaklı kılındı. Böylece yerel yönetimler, devlet ve federal hükümetler karşısında özerklik ve yetki kazandı.

Brezilya'da sağlık hizmetlerinde reform anlamına gelen bu dönüşümde özünde 1970'lerin sonundan itibaren yükselen bir toplumsal muhalefetin ve bu

muhalefet zemininde oluşturulan Brezilya İşçi Partisi'nin rolü büyüktür. Bugün 650 bin kişinin üzerinde üyeye sahip Brezilya İşçi Partisi, yaygın toplumsal örgütlenmeleriyle, 1988'de Sao Paulo ve Port Allegre dahil çok sayıda büyük kentte yerel seçimleri kazanmış, 1989 başkanlık seçiminde ise % 42'lik bir oy alarak seçimi kıl payı kaybetmiş bir partidir. Demokratikleşme mücadelesi veren ve bizzat kendi yönetimi altındaki bölgelerde demokratikleşmenin örneklerini yaşama geçiren Brezilya İşçi Partisi için demokrasi hem bir dönüştürme aracı, hem de bir hedefti.

Brezilya'da Brezilya İşçi Partisi'nin büyük kentlerde yerel yönetimleri ele geçirmesi ile ilginç bir deneyim yaşandı. İlk iş olarak, bölgelerindeki toplumsal eşitsizlikleri gidermeyi hedef alan Brezilya İşçi Partisi yönetimleri, sağlık alanında da benzer yönelime girdiler. Örneğin, Sao Paulo yönetiminin sağlığa ilişkin önlemleri şöyledir:

1 — Tıbbın, eşitlik ve bütünlük ilkelerinin gözetilerek eleştirilmesi ve uygulanması.

2 — Hizmetlerin sürekliliğini sağlamak amacı ile, hastaneler arasında acil servislerin ve ambulans etkinliklerinin koordine edilmesi.

3 — Daha önce gerçekleştirilmiş sağlık reformu çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi için somut adımlar atılması.

4 — Sağlık hizmetleri için çeşitli kaynaklar oluşturmak için Belediye Sağlık Fonu oluşturulması.

5 — Farklı düzeylerdeki teknolojik kompleksleri kapsayan hizmetleri bütünleştirmek ve sınıflandırmak suretiyle ve her birinin kapsadığı coğrafi alan içindeki halkın ihtiyaçlarına karşılık vermek üzere farklı planlamalar yapılan sağlık birimleri oluşturulması, böylelikle hizmetlerin rasyonelleştirilmesi.

6 — Sağlık emekçilerinin niteliklerinin ve statülerinin yükseltilmesi için gereken önlemlerin alınması.

Bu önlemleri alan Sao Paulo belediyesi yönetimi, 1989-1990 arasında özellikle sağlık ekipmanının iyileştirilmesi; başta ameliyat olmak üzere tıbbi malzeme stoklarının yenilenmesi; ambulans filosunun iyileştirilmesi; kadın, işçi sağlığı ve cinsel ilişki yolu ile bulaşan hastalıklar konusunda programlar yapılması vb. konularında olumlu adımlar atmıştır.

Ancak, Brezilya deneyiminde önemli bir olgu, taban katılımı bağlamında gerçekleşmiştir. Brezilya'da sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu ve sağlığın bir Anayasal hak olması ile karakterize sağlık reformunun gerçekleştirilmesinde, özel rol oynayan bir sağlık reformu hareketi söz konusudur.

1970'lerin ortasında başlayan bu hareket, aydınları, sağlık çalışanlarını, toplum çalışan kesimlerini harekete geçirdi. Askeri rejime karşı ve sağlık hizmetlerinin demokratikleştirilmesini hedefleyen hareket, aynı zamanda ülkedeki demokratikleşme hareketi ile içiçe geçmişti. Bu anlamda hareket, iki merkezi eylem hattı ile tanımlanabilirdi: Birincisi, özgül olarak sağlık sorunlarını ele alarak, ülkeyi demokratikleştirme için verilen mücadelelere aktif katılım; ikincisi, öncelikle devlet aygıtları içinde yer alma stratejisi ile sağlık hizmetlerinin kurumsal olarak yeniden örgütlenmesi önerilerinin oluşturulması ve uygulanması.

Katılım ve desantralizasyon konusunda, Brezilya İşçi Partisi'nin yaklaşımı en öz şöyle ifade edilebilir: "katılım, halkın denetimi, sağlık emekçilerinin hak ve inisiyatiflerine saygı gösterilmesi ve idari faaliyetlerin kamusal yapısı..."

Bu bağlamda Parti'nin öncelikli önerileri şunlardır:

1 — Bir Belediye Sağlık Konseyi oluşturulması. Bu oluşum toplumsal örgütler, dernekler, bölgedeki sağlık sorunlarında aktif olan hareketleri bir araya getiren Sağlık Forumu Kurulu'nun seçtiği sivil toplum üyelerini bir araya getirmelidir. Partinin önerisindeki dağılım ise; yönetimden 8 temsilci, kamu sağlık kuruluşları ve özel hizmet veren sağlık emekçilerinden 8 temsilci, sendikalar ve taban hareketlerinden 12 temsilci şeklindedir.

Konsey'e önerilen görevler; idari faaliyetlere yol göstermek, bölge kapsamındaki sağlık politikasıyla ilgili belli başlı sorunları ele almak, fon dağıtımını gerçekleştirmek, sağlık politikalarını ve insani kaynak politikalarını geliştirmek, bütçeyi denetlemek, Belediye Sağlık Fonu ile ilgili hesapları tutmak, v.b.'dir.

2 — Bölgesel sağlık yönetimleri ve hizmet olanakları alanları kapsamında Yönetim Komiteleri oluşturmak. Müzakere etme yetkisi verilen bu komiteler, üç sektörden gelen temsilcileri kapsamaktadır: Yönetimden üç, sağlık emekçilerinden iki ve hizmeti alanlardan iki.

3 — Etkin yönetsel desantralizasyon. Kamu sağlık bölgeleri ve alt bölgelerinin karar oluşturma ve fonların yönetimi bakımından özerk olması kararlaştırılmıştır.

Brezilya İşçi Partisi'nin yerelleşme ve sağlığa ilişkin deneyimleri değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin kamu politikaları içinde, o zamana dek olmayan gerçek bir statüye kavuşturulmuş olmasının önemli bir başarı olduğu vurgulanmaktadır. Bu başarıda BİP'nin içindeki sağlık hizmetleri alanında

güçlü bir mücadele etme geleneğinin varlığının büyük payı yadsınamaz.

Bir diğer başarının, Belediye Sağlık Konseyi'nin göreve başlaması olduğu belirtilmektedir. BİP'nin Sao Paulo'daki 1.5 yıllık yönetim döneminde, Sağlık Forumu'nun 100 kadar örgütüne kapsar hale geldiği ve Şubat 1992'den itibaren düzenli toplantı yaptığı buna bir kanıt olarak gösterilmektedir. Ancak, Yönetim Komiteleri konusunda benzer başarılar elde edilememiştir. Yönetim Komiteleri'nin daha inisiyatifli davranması olanaklı olmamış, Brezilya İşçi Partisi bu yapıları, kendi genel yapısına tabi kılmış, belediye yönetimi bünyesine almıştır. Bunun dışında, yönetim komisyonlarının benimsenmesinde bazı farklılıklar olmuştur. Bunda, ilgili yönetim komisyonlarının bulunduğu bölgedeki taban örgütlenmesinin sağlık sorunlarını ne ölçüde ele aldığı ve bizzat sağlık emekçilerinin tutumunun önemli etkisi vardır. Nerede sağlık konularında bir süre aktif olan sosyal hareketler varsa, yada her ne zaman Sağlık Konseyleri'nin temsiliyeti söz konusu olursa, süreç o kadar hızlanmıştır.

Özellikle Sao Paulo deneyimi göstermiştir ki, sağlık sorunlarının çözümü, esas olarak kentin yok-sul bölgelerindeki sağlık sorunlarına odaklanan hareketlerin ortaya çıkması ile olanaklı olmuştur.

Brezilya'daki halk sağlığı hareketi, genelde sol siyasi yelpazedeki örgüt ve kişilerin damgasını taşımasına karşın kilise ve rahibe kulüplerinden sol partilerin militanlarına, sendika üyelerinden bölgedeki kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere kadar çok çeşitli kesimlerden insanları kapsıyordu. Özellikle kamu kuruluşlarında çalışan hekimlerin örgütsel ağırlığı söz konusuydu. Hareketlerin önderlikleri genellikle bu hekimlerden oluşuyordu ve konseylerin kurulması ile zengin bir mücadele deneyimine sahip oldular. Ve varlıkları, halk örgütlerinin daha gelişmiş bir nitelik kazanmasına yol açtı. Öte yandan, mücadelenin gelişmesi geleneksel önderlerin yanı sıra yeni önderlikler de yaratmaktadır. Bunda özellikle Yönetim Komiteleri ve Konseyler, önemli yer tutmakta, hatta yeni bir tıp/sağlık söylemi geliştirmektedir.

Henüz yeni olması itibari ile bu deneyimin katılım dışındaki sonuçlarını değerlendirebilme olanağı oldukça azdır.

SAĞLIKTA DEMOKRATİKLEŞME DENEYİMLERİ İŞİĞİNDA SON SÖZLER...

4 farklı Latin Amerika ülkesinin deneyimini aktardık. Şili gibi Sol'un ağırlıklı olduğu bir koalisyon hükümetinden, Nikaragua gibi devrimle bir demok-

ratik dönüşüme yönelen yönetime; El Salvador gibi baskıcı bir ülkede demokratik denetim altına alınmış bölge yönetimlerinden, Brezilya gibi merkezi hükümetin muhafazakar olduğu bir ülkede yerel yönetimlerin yükselen demokratik dalga tarafından ele geçirilmesine 4 değişik deneyim. Bir temel ortak nokta vardı; toplumun emekçi kesimlerinin sesine kulak veren ve onların aktif katılımına olanak veren tarza sahip olmak.

Sorun tek başına, sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu değildir. Tek başına desantralizasyon, tıpkı tek başına merkezleşme gibi bir anlam ifade etmez. Demokratikleşme ve taban katılımı olmaksızın, desantralizasyon yerel "feodaller" yaratmaktan öte bir anlam taşımaz.

Yine desantralizasyon ile, herkesin kendi sorununu önemli saydığı ve birbirinden kopuk yapılar yaratılması değil, insanların kendi sorunlarına kendilerinin çözüm bulmasına olanak veren, bir bütünün uyumlu yapılarını yaratmak hedeflenmelidir. Demokratik bir desantralizasyon, halkın bizzat yaşadığı bölgesel/yerel düzeyde, kendi ihtiyaçlarına ve taleplerine en yakın iktidar oluşturulmasıdır. Sağlığın kağıt üzerinde yada yasalarda ifade edilen bir hak değil de, gerçekten bir yurttaşlık hakkı olabilmesi, yerel yönetimler bölgelerinde yaşayan halkın, bizzat sağlık hizmetlerini sahiplenmesi ve sağlık hakkına sahip çıkması ile olanaklıdır. Onların gücü ile ilişkilidir.

Bu noktada, yukarıdaki ülke deneyimlerinde de görüldüğü gibi, halkın kendi bölgesindeki sorunları çözme inisiyatifi, belirleyici etmendir. Karar alma süreçlerine yeterince katılıma olanak vermeyen, daha çok danışma niteliğindeki konular, yukarıdan halk adına belirlenen kararların, katılım hissi verilerek meşrulaştırılmasından öte bir anlam taşımaz.

En az toplum denetimi ve taban inisiyatifi kadar önemli olan bir konu da sağlık emekçilerinin aktif katılımıdır. Bizzat sağlık hizmetini sunan emekçilerin içinde buldukları çalışma ve hizmet verme koşullarını belirleyemedikleri ve pasif kaldıkları bir durumda, halkın katılımı tek başına yeterli olamaz. Yukarıda aktarılan deneyimlerde, süreç içindeki en önemli sorunlardan biri, sağlık emekçileri ile taban inisiyatiflerinin çelişkileri olmuştur. Genellikle sağlık çalışanlarının hizmeti sunarken kendi mesleki bağımsızlıklarının engellendiği yaklaşımına sahip olduklarında, taban inisiyatifi ile çelişki yaşamaları söz konusu olmuştur. Bunun aşılabilmesi olanaklıdır, ama kolay değildir. Bir yandan halkın, bu katılım deneyimini içine sindirerek yaşaması, sağlık konusunda bilgilenmesi gerekirken, diğer yandan sağlık çalışanlarının ayrıcalıklılık duygularından

arınmaları sorunların azaltılmasındaki olumlu adımlar olabilir.

Bu deneyimler, sağlık sorunlarının, sağlık sorunları olduğu kadar, kolektif faaliyetlerdeki sağlık emekçileri ve halkın temsilindeki değişimin bir unsuru olmasına hizmet etmesini sağlayabildiğini göstermiştir. Böylece, halkın ve sağlık emekçilerinin katılımı, sadece bu hizmetlerin basit bir tüketiciliği ve kullanıcılığı ile sınırlı olmaktan çıkabilmiştir. Bu sorunların çözümü sırasındaki dönüşüm çabaları, yurttaşlık görevlerinin yerine getirilmesini kapsar hale gelmiştir. Bu anlamda, sağlık hizmetlerinin demokratikleştirilmesi, bu hizmetlerin yerel yönetimlere devrinin ötesinde, bölgedeki toplumsal eşitsizlikleri hedef alan bir aktif katılım olgusu olmuştur.

Demokratikleşme hedefli, taban örgütlenmesinin sağlık sorunları çerçevesinde gerçekleştiğinde seferberliklerin, bizzat kendi önünü açarak, katılım için uygun ortam yarattığı, toplumun gerçek ihtiyaçlarını etkin biçimde karşılayacak örgütlenmenin aracı oluşturduğu yaşanmıştır.

Bir diğer önemli konu, aktif katılımın, ortak bir toplumsal projenin varlığı ile çok yakından ilgili olduğu gerçeğidir. Özelde daha iyi sağlık hizmeti talebi çerçevesinde, daha geniş olarak da demokratik bir toplum projesi çerçevesinde yanyana/bir araya gelmiş bir toplumsal hareketlilik, böyle bir olanak yaratabilme gücündedir. Şili'de Unidad Popular Hükümeti, Nikaragua'da FSLN iktidarı, El Salvador'da FMLN yerel iktidarları, Brezilya'daki Brezilya İşçi Partisi dalgası, toplumsal bir kabarışı ile oluşmuş ve çeşitli toplumsal dönüşümlere yol göstericilik yapmıştır. Toplumun çalışan ve yoksul kesimlerinin katılmadığı, bir siyasal dalganın olmadığı bir durumda, salt teknik bir desantralizasyon ve katılım projesi yetersiz kalacaktır. Güçlü bir toplumsal dalga ve kolektif bir eylemlilik olmadan, sadece bazı sınırlı katılım örnekleri yaratılması da az bir olasılıktır. Bu bağlamda, ülkemizde yakın dönemde yaşanan Fatsa, Diyarbakır, v.b. örneklerin de, sınırlı bir bölgede, iradi bir çaba ile oluşturulmuş deneyimler olarak değil, bir toplumsal kabarışın bölgesel yansımaları olarak değerlendirilmesi gerekir.

Ancak, toplumsal bir kabarış ve siyasal bir yapılanmanın yanı sıra, özgün teknik projeler önemli gerekliliklerdir. Örneklerimizde olduğu gibi, sağlık alanına ilişkin teknik hazırlıkları yeterli olan yada sağlık alanında başarıları elde edemeyen toplumsal siyasi yönelimler gereken dönüşümleri yapamaz. Bu çerçevede, siyasi-toplumsal-teknik bir hazırlık/birikim gerektiren bir olaydır, sağlık alanınının demokratikleştirilmesi.

Önem verilmesi gereken, bir konu da kullanılan dil ile ilgilidir. Taban denetimi ve sağlık emekçilerinin aktif katılımı, sadece ilgili alanın profesyonellerinin anlayabileceği bir "jargon" yerine, çalışanlarla halkın ortak iletişimini olanaklı kılacak bir söylem gerektirmektedir. Bu gerekliliği gözönünde bulunduran bir süreç yaşandığında, giderek toplumun sağlık alanındaki katılımı dönüşüm yaratacak düzeye ulaşabilir.

Ülke deneyimleri, sağlığın demokratikleştirilmesi konusundaki en büyük direncin devletten, devletin geleneksel anlayışından ve yapısından geldiğini de göstermiştir. Genellikle bu ülkelerde devlet, diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, değil toplumun denetimine, katılımına, katılım fikrine bile uzaktır. Özellikle sağlık alanındaki teknik insangücünün de yetersiz olduğu durumlarda, geleneksel yapıların, bürokrasinin direnişi daha da belirginleşmektedir. Bu direniş, söz konusu deneyimlerin çalışanların yararına, zaman zaman anti-kapitalist boyutlar alan safhalarında bizzat kapitalist sınıfların çeşitli baskı yöntemleri ile güçlenmektedir. Yada toplumsal dalganın çok güçlü olduğu durumlarda, korporatist yöntemlere başvurulmaktadır. Bağımsız taban inisiyatifleri, bizzat devlet organları haline getirilerek, içi boşaltılmaktadır. Nikaragua ve Şili örneklerinde yaşanmış alan bu olgu, Brezilya'da da yaşanmaktadır.

Aktarılmaya çalışılan deneyimler, gerek bu ülkelerde, gerekse bizim ülkemizde, sağlık sorunlarını çözecek sihirli formüller olarak algılanmamalıdır. Bu önemli deneyimler, sağlık hizmetleriyle ilgili taleplerin, ancak bu taleplerin sahiplerince sürdürüldüğü takdirde gerçekleşebileceği gerçeğine vurgu yapmaktadır. Devletin baskıcı yapısına karşı, demokratik içerikteki toplumsal bir dalganın, sağlık dahil tüm toplumsal alanları dönüştürebilecek tek güç olduğu gerçeğini anlatmaktadır. Bu noktada daha ileri toplumsal projelere yönelen bir tarzın gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.

Sağlık sorunlarının taban katılımının sağlandığı bir alana, politik mücadele alanına aktarılması, ancak bu alanın teknik boyutunun ele alınması ve sağlık hizmetleri alanının genel demokratikleştirmede bir arena olmasını gerektirir. Devletin geleneksel uygulamalarını aşmanın ve devletin egemenlik alanının sınırlanmasının yolu budur.

Sağlık ve hastalıkların arka planındaki derin toplumsal eşitsizlikleri göz ardı etmeyen, eşitsiz bir toplumda demokrasinin olanaklarını zorlayan bir mücadele deneyimi aktarılmaktadır. Özellikle yeni dünya düzeninin egemenliğinin pekiştiği ve kendisine engel olan tüm değer ve yapıları amansız saldı-

rıda bulunduğu bir dönemde, bu deneyimler umudu temsil etmesi itibariyle de önemlidir. Sadece kapitalizmin ekonomik çıkarlarına engel yapılara değil, toplumun örgütlü olan her yapısına, her kesimine yönelik saldırılar karşısında, toplumu yeniden örgütleyebilmek sadece yukarıdaki deneyimler gibi ciddi bir toplumsal karşı dalga ile olanaklıdır. Tüm toplumsal örgütlenmeleri ve demokratik yapıları hedef alan bir saldırı ortamında, daha adil bir toplumun inşası yönündeki her çabaya ihtiyaç vardır.

Yoksa, sağlıkta demokratikleşme, desantralizasyon, v.b. kavramlar, "hoş" entellektüel etkinliklerin "vazgeçilmez" malzemeleri olmaktan başka bir işe yaramayacaktır.

Teşekkür: Brezilya İşçi Partisi deneyimi ile katkıları nedeniyle Yavuz Alogan'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. H. Modell and H. Waitzkin: "Şili'de Sağlık Hizmeti ve Sosyalizm", Ankara ve İzmir T.O.B. S. 9-10, 1976, Sf. 78-90.
2. T. Aydın, "Şili'de Sağlık Olgusuna İki Yaklaşım: Alende (Halkın Sağlığı) ve Pinochet (Sermaye'nin "Sihhat ve Afiyeti") Bilim ve Sanat, S. 50, 1985 Şubat, Sf. 28.
3. P. Braverman, "Primary Health Care Takes root in Nicaragua," World Health Forum, 6:368-372, 1985.
4. T. Aydın, "Nikaragua Devrimi ve Sağlık", Yarı, S. 35, 1984 Temmuz, Sf. 6-7.
5. C. Vilas, "Nikaragua'da Kitle Örgütleri" (Emperyalizmin Bunalım Dosyası içinde; Çeviren: Dilek Hattatoglu) Alan Yayıncılık, Dünya Sorunları Dizisi - 4, İstanbul, 1987.
6. P. Salinay, "Nikaragua ve Sürekli Devrim", Sınıf Bilinci S. 7, 1990 Eylül, Sf. 79-113.
7. C. Vilas, "Halkın Gözünden Düşen Bir Devrim: Nikaragua" (Çeviren: Sibel Figen Koçar), Dünyadan Yansıma, Üçüncü Kitap, 1992 Haziran, Sf. 101-121.
8. W. Brönnner, H. Gross, Farabunda Marti Ulusal Kurtuluş Cephesi'nin Savaşımı, El Salvador'da Devrim (Çeviren: Coşkun Kartal) Yarı Yayımları, İstanbul, 1986.
9. O. Dilber, "Brezilya İşçi Partisi Deneyimi Üzerine", Zemin, S. 1, 1986 Ekim, Sf. 44-45.
10. O. Dilber, A. Arut, "Brezilya İşçi Partisi'nin Bir Tarihçesi" Zemin, S. 1, 1986 Ekim, Sf. 45-51.
11. Ş. Ozansü, "Brezilya İşçi Partisi Nedir, Ne Değildir?" Sınıf Bilinci S. 8, 1990 Aralık, Sf. 120-122.
12. A. Arslan, "Brezilya İşçi Partisi yöneticilerinden Edvardo Meto ile Bir Görüşme", Sınıf Bilinci S. 8, 1990 Aralık, Sf. 123-133.
13. A. Cohn, "From a Policy of Inequality to a Proposal of Equity: Political Processes and Health Care in the Municipality of Sao Paulo", Int. J. Health Services, Vol. 22, N.4, 767-781.
14. E. Aydınoglu, Brezilya İşçi Partisi Deneyimi, Belge Yayınları, İstanbul, 1991 Ekim.