

**DOSYA/DERLEME****DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ NEREYE GİDİYOR ?  
2000 YILI "PERFORMANS RAPORU"  
ÜZERİNDEN BİR DEĞERLENDİRME**

İlker BELEK\*

**I- Giriş**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılı raporunu (Health Systems: Improving Performance) sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesine ayırmıştı (WHO 2000). Bu konudaki çalışmalar özellikle son 10 yıldır yaygın bir popülarite kazanmıştır (Lena HF, London B 1993; Carr-Hill RA 1994; Handler A ve diğ. 2001). UNICEF'in de 1993 yılından beri dünya ülkelerini Bebek Ölüm Hızı üzerinden hesapladığı performans puanına göre izlediği bilinmektedir (UNICEF 1993).

Sağlık sistemlerinin performansının ölçülmesi çabalarının, sağlık sistemlerindeki reform girişimleriyle bağlantılı olduğu söylenebilir. Bilindiği gibi sağlık sistemlerini reforme etmeye yönelik müdahaleler de 1990'ların başından beri artmıştır. Sağlık sistemlerinde kullanılan kaynakların, toplumların artan sağlık hizmeti taleplerine ve sağlık sistemleri içindeki piyasacı ilişkilerin yaygınlaşmasına bağlı olarak yetersizleşmesi, uluslararası sağlık kuruluşlarını ve hükümetleri sağlık sistemlerinde kalıcı ve yapısal değişiklikler gerçekleştirmeye ve değişen sınıfsal ilişkilerin de etkisiyle kamunun sağlık hizmetlerindeki ağırlığını sınırlamaya yöneltmiştir.

Kapitalist sistemin ekonomik krizi, sağlık sistemindeki kaynakların maliyet etkin kullanımını dayatmaktadır. Sağlık sistemlerinin performans ölçümü böyle bir zeminde gelişmektedir.

DSÖ'nün 2000 yılı raporuyla, performans ölçümüne kuramsal bir katkı getirmeyi ve bu alanda uygun kriterleri geliştirmeyi hedeflediği anlaşılmaktadır. Nitekim kimi yazarlar, raporu, sağlık sistemlerinin ortaya çıkardığı sonuçların kanıta dayalı izlenmesine yönelik bir girişim

olarak olumlamaktadırlar (Murray CJL, Frenk J, 2001). Raporda 191 ülke için bir dizi veri toplanmış, bunlardan yararlanarak toplam beş adet performans göstergesi, en sonunda da toplam performans puanı hesaplanmıştır.

Raporun uluslararası sağlık kamuoyunda geniş yankı bulduğu görülmektedir. Basımından (2000 yılı Haziran ayı) hemen sonra başlayarak, 2000 ve 2001 yıllarına yayılacak biçimde yayımlanan bir dizi makalede eleştirildiği görülmektedir. Öte yandan, örneğin İngiltere 99 sağlık otoritesi bölgesi için benzer indikatörler üzerinden performans hesaplamaya başlamıştır (Mulligan J ve diğ. 2000).

Bu yazıda önce DSÖ'nün sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmeye yönelik olarak geliştirdiği kuramsal çerçeve özetlenecek, daha sonra bu çerçeve hakkında ileri sürülen görüşlerden yararlanılarak rapor ve bunun üzerinden de DSÖ'nün genel yöneliminde ortaya çıkan değişiklikler değerlendirilmeye çalışılacaktır.

**II- DSÖ 2000 Yılı Raporunda Sağlık, Sağlık Sistemi ve Performans Nasıl Tanımlanıyor ?**

DSÖ söz konusu raporunda sağlık aktivitesi (health action) kavramını kullanmıştır. Tanıma göre sağlık aktiviteleri, birincil amacı sağlığın geliştirilmesi (improve) ve korunması-sürdürülmesi (maintain) olan faaliyetlerdir. Bu durumda sağlık sistemi de, sağlık aktivitelerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumu ile ilgili olan kaynak, aktör ve kurumları içermektedir. Böylece, karayollarının ve kara yolu taşıtlarının geliştirilmesini hedefleyen çalışmalar da sağlık sisteminin içinde ele alınmıştır.

Öte yandan pek çok eğitim çalışması sağlık üzerinde etkili olmakla birlikte, birincil amaçları sağlığı geliştirmek ve korumak olmadığı için, bunları sağlık sistemi içinde değerlendirmek doğru değildir.

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

Raporda sağlık sistemlerinin üç temel amacı tanımlanmıştır. Bunlar, hizmet edilen nüfusun sağlık düzeyinin geliştirilmesi, toplumun beklentilerinin karşılanması ve sağlığın bozulmasına karşı finansal korumanın sağlanmasıdır. Şüphesiz sağlık sisteminin, esas olarak diğer sistemlerin temel amaçları arasında yer alan başka amaçlar üzerinde de etkisi olabilir. Örneğin sağlık sistemi ekonomik üretkenliği geliştirebilir. Ancak, bu tür etkiler doğrudan amaçlanmazlar ve dolaylı mekanizmalarla ortaya çıkarlar. O nedenle, raporda, performans değerlendirmeleri üç temel amaç üzerinden, üç amaca ne kadar ulaşılabildiği ve kaynakların bu amaçları gerçekleştirme sürecinde ne denli verimli kullanılabildiği çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık sisteminin birinci temel amacının sağlığın geliştirilmesi olduğu vurgulanmaktadır. Eğer sağlık sistemi ya da sağlık sistemindeki herhangi bir değişiklik sağlığı geliştirmiyorsa tercih edilmemelidir. Raporda toplumların sağlık düzeyinin göstergesi olarak yeti yitimine göre düzeltilmiş yaşam umudu (disability adjusted life expectancy; DALE) ile DALE'ye göre hesaplanan sağlık eşitsizliği göstergesi kullanılmıştır. Sağlıkta eşitlik, toplumdaki herkesin aynı DALE yılı kadar yaşaması durumunu ifade etmekte ve bireylerin farklı yaşlarda ölmeleri eşitliği bozmamaktadır. Önemli olan, herkesin yeti yitimsiz yaşadığı yaşam yılı olarak aynı süre yaşamasıdır.

Bir toplumda DALE'nin ve DALE'nin toplumdaki dağılımının (eşitsizliğin) hesaplanabilmesi için üç önemli veriye gereksinim vardır. Bunlar, her yaş grubundaki canlı nüfus (bu da doğum ve ölüm hızlarından hesaplanır), her yaştaki her çeşit yeti yitimi sıklığı ve yeti yitimlerinin yaşa göre ağırlık puanları. Ağırlık puanlarının aynı yeti yitimi çeşidi için ülkeler arasında farklılık gösterebileceği de bilinmektedir. Dolayısıyla bu ağırlıklandırmanın her ülke için ayrı ayrı yapılmış olması gerekir.

Sağlık sisteminin ikinci temel amacı (beklentilere yanıt verme) duyarlılık (responsiveness) olarak tanımlanmıştır. Bu gösterge sağlık sisteminin (tıbbi bakım ve koruyucu hizmet sunan kurumların davranışı olarak) toplumun beklentilerini ne derece karşıladığını gösterir. Beklentilerin özellikle bireye sunulan hizmetlerde daha önemli olduğu belirtilmektedir.

Raporda sağlık sisteminin duyarlılığına ilişkin olarak toplam 7 adet kategori tanımlanmıştır:

1- Bireyin kişiliğini dikkate alma (respect for the dignity of the person). Örneğin bulaşıcı ya da genetik hastalık nedeniyle bireylerin toplumdan yalıtılması bu ilkeyi zedeleyecektir.

2- Güvenilirlik, mahremiyete sadakat (confidentiality): Bireyin sağlıkla ilgili bilgilerinin kim tarafından kullanılacağına, yalnızca o bireyin karar vermesidir.

3- Otonomi (Autonomy): Bireyin kendi sağlığıyla ilgili

kararlara katılabilmesi, tedaviyi almaya ya da almamaya kendisinin karar verebilmesidir.

4- Sağlık gereksinimlerinin hemen karşılanması (prompt attention to health needs): Acil hizmetlere hemen ulaşım, acil olmayan hizmetler için ise kabul edilebilir bekleme süresini ifade eder.

5- Sağlık kurumlarında temel olanakların sağlanması (amenities of adequate quality): Sağlık kurumlarında temiz bekleme odaları, hastanelerde yeterli yatak ve beslenme, vb olanakları olmalıdır.

6- Sosyal destek sistemlerine ulaşım (access to social support networks): Bireyin bakımının ailesi, arkadaşları gibi sosyal destek sistemi içinde gerçekleştirilmesidir.

7- Sağlık hizmeti üreticisini seçme hakkı (choice of provider).

Yukarıdaki kriterlerden ilk üçü bireylere saygının (respect for persons), son dördü ise müşteri yöneliminin (client orientation) göstergesi olarak sunulmuştur. Raporda her ülke bütün kriterler için, ayrı ayrı puanlanmış ve sonra da kriterlere ilişkin eşitlik puanları (yani bu kriterlerin o ülke vatandaşları arasında ne derecede eşit olarak geçerli olduğuna ilişkin puan) hesaplanmıştır. Kısacası duyarlılığın ortalama puanının yanı sıra, duyarlılığın toplumdaki dağılımının da önemli olduğu belirtilmektedir.

Duyarlılık hesaplamalarında 35 ülkeden 1791 anahtar kişiden bilgi alınmıştır. Anahtar kişilerden bu kriterleri 0 ile 10 arasında puanlamaları istenmiştir. İkinci aşamada da yarısı DSÖ danışmanı olan 1006 kişiden internet aracılığıyla, bu yedi kriterin toplam duyarlılık kategorisi içindeki ağırlıklarını belirlemeleri sağlanmıştır. Sonuçta, ülkelerin kriterlere göre aldıkları puanlar, 1791 kişinin verdiği puanların, 1006 kişinin yaptığı ağırlıklandırmaya göre düzeltilmesiyle hesaplanmıştır.

Sağlık sisteminin üçüncü temel amacı finansmandaki adalettir (fairness in financial contribution). Adil finansal katkı, risk paylamışını ve ailelerin gelirlerinden karşılayamayacakları paranın çıkmamasını gerektirir. Bu da yoksulların, zenginlere göre daha az finansal katkı yapmalarıyla sağlanacaktır. Kısacası her ev halkı sağlık sisteminin maliyetine adil bir katkıda bulunmalıdır.

Adil finansman, ailelerin gıda dışı hane harcamaları içinde, sağlık için yapılan harcamaların oranının eşitliği (gelire bakılmaksızın) olarak tanımlanmış ve sağlık harcamasının çeşidi dikkate alınmamıştır.

Toplam hane halkı sağlık harcaması, vergilerden (gelir ve katma değer), sosyal güvenlik primlerinden, özel sigorta primlerinden ve cepten ödemelerden sağlık sisteminin finansmanına yapılan katkıları içermektedir. Ancak bu hesaplamalar için gereken verilere sınırlı sayıda ülke için ulaşılabilmemiş, diğer ülkeler için tahminde bulunulmuştur.

Sonuç olarak toplam beş performans göstergesi saptanmıştır: DALE, DALE'deki eşitsizlik, (yedi kriterle ölçülen) duyarlılık, duyarlılıktaki eşitsizlik ve finansmana adil katkı. Sağlık ve duyarlılık amaçlarına ulaşma derecesi kalite; eldeki kaynaklar ölçüsünde, tanımlanan amaçlara ulaşma derecesi ise (yani para-amaca ulaşma derecesi ilişkisi) bileşik amaç performansı (composite goal performance) olarak tanımlanmıştır.

Toplam amaca ulaşma derecesi, bu beş kritere ilişkin puanların birleştirilmesiyle elde edilmiştir. Birleştirme işlemi 125 ülkeden 1006 kişinin (yarısı DSÖ'nün kendi kadrolarından olmak üzere) her bir kritere ilişkin yaptıkları ağırlıklandırma temelinde gerçekleştirilmiştir. Toplam amaca ulaşma puanı, her bir amaca ulaşma puanının, amaçlara verilen ağırlık puanlarına göre düzeltilmesiyle elde edilerek, ülkelerin her bir sağlık amacına ne kadar ulaştıkları saptanmıştır.

En sonunda ise toplam performans hesabı yapılmıştır. Performans, ülkenin (eğitim değişkeninin etkisi kontrol edildikten sonra) yaptığı yıllık kişi başı sağlık harcamasına göre, olması gereken-beklenen amaç düzeyi-derecesi (örneğin beklenen DALE) ile gerçek düzey-derece arasındaki oran olarak hesaplanmıştır. Sağlık düzeyini etkileyebileceği varsayılarak eğitim değişkeni kontrol değişkeni olarak modele alınmıştır. Böylece performans beklenen ve gerçek amaç düzeylerinin ilişkisi olarak tanımlanmıştır. Ülkenin gerçek amaç düzeyinin, eğitime göre düzeltilmiş kişi başı sağlık harcamasına göre beklenene yakın olması performansının iyiliğinin kanıtıdır (DSÖ'nün kuramsal yaklaşımı için bkz. Murray CJL, Frank J 2000: 717-731; WHO 2000'de 1., 2. ve İstatistiksel Ekler bölümleri; Evans DB ve diğ. 2001).

### III- DSÖ'nün Performans Yaklaşımının Değerlendirilmesi

DSÖ'nün raporu, öncelikle, ortaya koyduğu performans sonuçları bakımından ilgi çekti. Örneğin, sağlık sisteminde pek çok sorunlarının bulunduğu bilinen, sağlıkta eşitsizliklerin giderek arttığı, sağlık güvenliği olmayan nüfusun toplam içinde beşte birlik pay tuttuğu ABD, duyarlılık amacına ulaşma düzeyi bakımından ilk sırada yer alıyordu. Sağlık finansmanının adaleti bakımından ilk sıradaki ülke Kolombiya idi ve bu amaç bakımından Cibuti dördüncü sıradaydı. Sistemin toplam performansı bakımından birinci ülke Umman, ikinci ülke ise Malta'ydı.

OECD tarafından gerçekleştirilen araştırmalarda İtalyanların ancak %20'si sağlık sistemlerinden memnun gözükürlerken, DSÖ İtalya'yı sistemin toplam performansı açısından ikinci sıraya yerleştirmişti. Yine aynı araştırmalarda Danimarkalıların %91'inin sağlık sistemlerinden memnun oldukları saptanmışken, DSÖ'nün Danimarka için belirlediği sıra ancak on altıncılığı (Jamison DT, Sandbu ME 2001).

İlk bakışta göze çarpan bu saptamaların şaşkınlık yarattığı anlaşılmaktadır ve rapora yönelik eleştiriler bunun

sonrasında şekillenmiştir. Bütün bu değerlendirmelerden de yararlanarak DSÖ'nün performans ölçümünü bir kaç başlık altında incelemek uygun olacaktır:

#### III.1. Sağlıkın Belirleyicileriyle İlgili Olarak

DSÖ, haklı olarak, sağlık sisteminin en önemli amacının toplum sağlığı düzeyini geliştirmek olduğunu belirtmekte ve sağlık düzeyini geliştirmeyen ya da geliştirmeye hizmet etmeyen sağlık sistemi politikalarının terk edilmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Ancak, bundan hemen sonra, performans hesaplamalarında sağlık amacına ulaşmayı belirleyen tek kriter olarak sağlık sistemi ele alınmaktadır. Daha da ötesinde, sağlık sisteminin tek göstergesi olarak da kişi başı sağlık harcaması kullanılmaktadır. Esas sorun buradadır. Çünkü, sağlık sisteminin amacı sağlığı geliştirmek iken, sağlığın ve sağlıktaki gelişmenin tek ya da en önemli belirleyeni sağlık sistemi ya da sağlık harcaması değildir.

Nitekim, bireysel düzeyde sağlığın en önemli belirleyenlerinin sosyoekonomik nitelikli faktörler olduğu (Kunst AE, Mackenbach JP 1995); ulusal ölçekte ise, hükümetlerin siyasal tercihlerini ve kişi başına düşen ulusal geliri de içeren makroekonomik yapının, ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını açıklayan asıl unsur olduğu (Roemer MI, Roemer R 1990) eskiden beri bilinmektedir. Örneğin, kişi başına düşen ulusal gelir, ulusal gelirin dağılımı ve kişi başı sağlık harcaması gibi faktörler içinde gerek Bebek Ölüm Hızı, gerek Çocuk Ölüm Hızı, gerekse Yaşam Umudu ile en fazla oranda ilişki içinde olan değişken kişi başı gelir iken (kısmi korelasyon katsayıları sırasıyla %87, %86 ve %78), sağlık harcamasının etkisi en arkada yer almaktadır (Belek İ 1998). Bütün bu nedenlerle Maylor ve arkadaşları (2001), toplumsal sağlık düzeyini belirleyen (çevre, yaşam tarzı, refah düzeyi, sosyoekonomik yapı gibi) makro etkenlerin içinde, sağlık sisteminin temel değil de, karıştırıcı bir etken olarak mı incelenmesi gerektiğini sormakla son derece gerçek bir noktaya dikkat çekmektedirler.

Öte yandan, toplum sağlığındaki asıl gelişmenin, tıptaki ve sağlık sistemlerindeki gelişmeden çok daha önce ortaya çıktığı da bilinmektedir. Toplum sağlığı düzeyindeki gelişme, sık görülen sağlık sorunlarının mortalite ve morbidite hızlarındaki azalma, genel olarak çevresel koşulların düzelmesine bağlı olarak, 19. yy'ın ortalarından itibaren ortaya çıkmış ve koruyucu sağlık programlarının etkisi çok daha sonraları ve önceki faktörlerin etkisine göre neredeyse ihmal edilebilir düzeyde kalmıştır. Örneğin Tüberküloza bağlı ölüm hızı 1838 yılında milyonda 4000 idi. 1880'de Tbc etkeninin tanımlandığı zaman hız zaten yarı yarıya azalmıştı. 1950'de ilaçlarla ilk kez tedaviye başlandığında ölüm hızı milyonda 500'e inmişti ve 1950'lerin sonlarında aşı uygulamasına geçildiğinde ise milyonda 250 idi (Belek İ 2001: 34-36).

Bu nedenlerle, DSÖ'nün sağlığın tek belirleyicisi olarak kişi başı sağlık harcamasını, tek karıştırıcı değişken olarak da eğitimi kullanması, açıkça indirgemeci bir yaklaşımdır ve şu andaki bilgi birikimiyle de uyumlu değildir. Toplum

sağlık düzeyini, sağlıktaki eşitsizlikleri ve hem sağlık düzeyinin, hem de eşitsizliklerin seyrini belirleyen temel etkenler sağlık sektörü dışında bulunur.

Murray ve Frenk (2001) de, raporun, performans hesaplamalarında, sürece ilişkin göstergeleri bir tarafa bırakarak sonuçla ilgili göstergelere yönelmesiyle radikal bir değişimi gerçekleştirdiğini belirtirlerken, aynı hataya düşmekte ve bir sonuç göstergesi olarak sağlığın belirleyicisinin sağlık için ayrılan para olduğunu ileri sürmüş olmaktadırlar.

Jamison ve Sandbu (2001), ülkelerin ulaşabilecekleri maksimum (DALE ile ölçülen) sağlık düzeyini hesaplamak için, kişi başı sağlık harcaması ve eğitimin yanına, yalnızca ülkelerin dünyadaki yerleşim bölgelerinin bir değişken olarak eklenmesinin bile, ülkelerin performans sıralamasında önemli değişiklikler yaptığını belirtmektedirler. Örneğin Bolivya DSÖ'nün hesaplamalarında 26. percentilde gözükrken, yerleşim yerine göre düzeltme sonucunda 52. percentile çıkmıştır. Yazarlar, bunun sağlığın diğer belirleyicilerinin ekonometrik analizlere eklenmesinin sonuçları ne kadar çok değiştirebileceğinin kanıtı olduğunu düşünmektedirler.

Jamison ve Sandbu'nun hesaplama sonuçları, McKee'nin de belirttiği gibi (2001), sağlık sonuçlarının, çok değişik sektörlerden gelen girdilerle (yalnızca kişi başı sağlık harcaması ve eğitimle değil) karşılaştırılması-ilişkilendirilmesi gerektiği anlamına gelmektedir.

### III.2. Sağlıktaki Eşitsizliğin Ölçümüyle İlgili Olarak

Toplumsal sağlık durumunda eşitsizlik saptanırken hiç bir toplumsal grup tanımlanmamıştır. Dolayısıyla eşitsizliklerin hangi toplumsal gruplar arasında olduğu bilinmemektedir. Daha doğrusu, toplumsal gruplar arasındaki eşitsizliklerin ölçülmesi hedeflenmemiştir. Eşitsizlik sağlık durumları kötü olanların gruplanması temelinde ölçülmüş, sosyoekonomik özellikler bakımından oluşturulan gruplar dikkate alınmamıştır. Sağlık durumu kötü olanların (sosyoekonomik hiç bir özellikleri dikkate alınmaksızın, örneğin zengin ve yaşlı olup sağlığı kötü olanlar ile genç ve yoksul olup sağlığı kötü olanlar) ve sağlık durumu iyi olanların tümü sağlıkları kötü ve iyi olarak aynı gruba sokulmuşlardır. Bu durumda, bu eşitsizlik göstergesinden hareketle eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik toplumsal bir politika belirlemenin olanağı bulunmamaktadır (Almeida C, Braveman P ve diğ. 2001).

Bu yaklaşım sağlıktaki sosyoekonomik belirleyicilerin önemini yadsıyan yukarıdaki mantığı yansıtmaktadır. DSÖ'nün eşitsizlikleri ölçüm konusundaki yaklaşımının sonucu, eşitsizliklerin azaltılması için kişisel davranışların değiştirilmesi için çalışmayı önermek olabilir. Çünkü ortada riskli gruplar değil, sağlıkları bozuk olduğu için riskli sayılan gruplar vardır. Oysa Berkman ve Abuabara'nın da (2001) belirttikleri gibi, sağlığın geliştirilmesinde

önemli olan riskli bireyleri hedefleyen stratejiler değil, sosyal ve ekonomik politikaların sağlığı geliştiren stratejilerle uyumlu kılınmasıdır.

### III.3. Duyarlılık Kavramıyla İlgili Olarak

Bu bölümde açıkça "müşteri" kavramına yer verilmiş olması kabul edilebilir bir yaklaşım değildir. DSÖ bu tutumuyla piyasacı bir görüşü kabullendiğini göstermektedir. Bu nedenle Navarro, duyarlılık amacına ulaşma açısından ABD'nin ilk sırada yer almasını hiç de şaşırtıcı bulmadığını belirtmektedir (Navarro V 2000).

Duyarlılık amacını ölçmek açısından belirlenmiş yedi kriterin içinde, sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek bakımından hiç de uygun olmayanlara yer verildiği görülmektedir. Mahremiyete sadakat, otonomi ve hizmete katılım, sağlık gereksinimlerinin hemen karşılanması, sağlık kurumlarında temel olanakların sağlanması, sosyal desteğe ulaşabilme gibi kriterlerde sistemin topluma duyarlılığı bakımından sorun olmadığı söylenebilir. Ancak bireyin kişiliğinin dikkate alınması ve sağlık kurumunu, hizmet üreticisini seçme hakkı kriterleri için aynı şeyi söyleyebilmek zordur. Örneğin, raporda bulaşıcı hastalık nedeniyle toplumdan tecrit edilmenin insan haklarının ihlali anlamına gelebileceği belirtilmektedir. Öte yandan, bireylerin hizmet üreticisini seçme hakkı da son derece tartışmalı bir konudur. Son yıllarda değişik Avrupa ülkelerinde, seçme hakkı, hizmet üreticileri arasındaki rekabeti uyarmanın yolu olarak kullanılmaktadır. Piyasa koşullarında talepleri yaratılmış, belirlenmiş bireylerin tatmin edilmesinin amaç olarak belirlenmesi ve bu talep zemininde seçme hakkının tanınması, gereksiz teknoloji, ilaç tüketimine neden olabilecek riskli bir politikadır. Bu nedenle seçme hakkının tanındığı ülkelerde, bu hak, ancak, kimi sınırlamalarla uygulamaya konulmaktadır. Aksi taktirde gereksiz harcama artışlarına neden olabileceği ve hekimleri tıbbi endikasyon dışı davranışlara yönlendireceği söylenebilir.

Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin, sistemin duyarlılığı bakımından hiç dikkate alınmamış olması bir başka sorundur. Sağlık gereksinimlerinin hemen karşılanması derken, hizmete ulaştıktan sonraki bekleme süresi kastedilmekte ve hizmetin ulaşılabilirliğine hiç değinilmemektedir. Oysa bilindiği gibi özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetinin coğrafi olarak yaygınlaştırılmaması olması büyük sorundur ve ulaşılabilirlik önemli bir performans kriteridir (McPake B, Kutzin J 1997: 32).

### III.4. Finansmandaki Adaletle İlgili Olarak

Raporda, hanelerin gıda harcamaları dışında kalan gelirleri içinde eşit oranlarda sağlık finansmanına katkıda bulunmaları adalet olarak tanımlanmıştır.

Bilindiği gibi bireylerin-hanelerin sağlık finansman havuzuna, değişik kanallardan olmak üzere, katkıları, gelirleriyle üç değişik ilişki biçimi sergileyebilir: 1- Bireyler-

haneler gelirleriyle ters orantılı biçimde katkıda bulunabilirler. Bu regresif katkı biçimidir. Gelir dağılımındaki eşitsizliği daha da artırır. Bir başka ifade ile, geliri, gelir dağılımını daha da bozacak biçimde yeniden dağıtır. 2- Haneler gelirleri ne olursa olsun aynı oranda finansmana katkı koyabilirler. DSÖ raporunda adil diye tanımladığı seçenek budur. Bu seçenek, ancak orta derecede progresif, eşitlikçi olarak nitelenebilir. Gelirin yeniden dağıtımı üzerinde herhangi bir etkisi yoktur. 3- Haneler gelirleriyle doğru orantılı oranlarda finansmana katkıda bulunabilirler. Geliri yüksek olan daha fazla katkı yapar. Asıl bu seçenek eşitlikçidir ve gelir dağılımını eşitlikçi kılacak biçimde geliri yeniden dağıtıcı etkisi vardır. Bu nedenle asıl tercih edilmesi gereken seçenek bu olmalıdır.

Rapora göre, toplumsal gelirden daha fazla pay alan zenginlerden, daha fazla vergi almaya yönelik bir sistem adil değildir. Buna göre vergi sistemleri daha progresif nitelikli olan İngiltere ile İskandinav ülkeleri adil olmayan bir finansman mekanizmasına sahiptirler (Almeida C, Braveman P ve diğ. 2001).

Gelir dağılımı ile mortalite arasında ters ilişki olduğu da bilinmektedir (Ross NA, Wolfson MC ve diğ. 2000). Bu durumda toplumsal sağlık düzeyini yükseltmenin araçlarından birisi gelir dağılımı eşitsizliğini giderecek ekonomik politikaların izlenmesidir. Bu da geliri yoksullar lehine yeniden dağıtacak sağlık finansman modellerinin gerekliliğini gösterir. Daha doğrusu, geliri yoksullar lehine yeniden dağıtan sağlık finansman modelleri, kendi etki düzeyleriyle ilişkili olarak, gelir dağılımı eşitsizliğini azaltıcı etki yaratırlar. Bu nedenle, DSÖ raporunun progressif vergi sistemlerini savunmaması ilgi çekicidir.

Öte yandan finansmandaki adalet ile ilgili bir diğer önemli sorun raporda finansman kanallarının hiç sorgulanmamış olmasıdır. DSÖ, gelir gruplarının gelirleri içinde aynı oranda sağlık harcaması yapmalarını eşitlik olarak tanımlarken, özel harcamalara dayandırılan bir sağlık hizmeti üretiminin ne derecede kırılabilir olabileceğini gözden kaçırmaktadır. Bunun nedeni, yoksul gelir grupları ile zengin gelir gruplarının, aynı oranda özel sağlık harcaması yapma olasılıklarının, yoksulların özel sağlık harcaması güçlüğü nedeniyle, son derece zor olmasıdır.

Öte yandan, özel harcama türü finansmanda bir başka kırılabilirlik noktası daha vardır. Şöyle ki, gelir gruplarının aynı oranlarda yapacakları özel sağlık harcaması, sağlık hizmeti kullanımında ciddi eşitsizliklere de neden olabilir. Örneğin belli bir düzeyin üzerinde gelire sahip olanların, gelirlerinin %10'u ile ulaşabilecekleri hizmet ile; yoksulların, gelirlerinin %10'u ile ulaşabilecekleri hizmet tamamen farklı olacaktır. Bu nedenle, finansmanda eşitlikçi diye savunulan şey, hizmet kullanımında doğrudan eşitsiz bir sonuç doğuracaktır. Hizmet kullanımındaki bu eşitsizliği önlemenin yolu finansmanda progressif kamucu bir modeli uygulamaktır. Dolayısıyla finansmanda da, hizmet kullanımında da eşitlikçilik, gelirden sağlık için ayrılan kaynakların eşit oranlarda olmasının çok ötesinde politikalar gerektirir.

### III.5. Veri Toplamadaki Güven Sorunu

Rapordaki hesaplamalara temel oluşturacak verilerin önemli derecede eksik olduğu bildirilmektedir. Örneğin, ülkelerin %70'inde sağlıktaki eşitsizlik indeksinin hesaplamasına yarayacak veriler, %84'ünde iki duyarlılık göstergesine ilişkin veriler ve %89'unda finansman sisteminin adilliklerinin hesaplanmasında kullanılacak veriler yoktur. Hesaplamalar, verisi eksik ülkelerde tamamen tahminlere dayanmaktadır ve bu durum rapor yazımında yeterince vurgulanmamıştır. Tahminlerde kullanılan teknik iyi tanımlanmamıştır (Almeida C, Braveman P ve diğ. 2001; McKee M 2001).

Sistem duyarlılığının değerlendirilmesi amacıyla başvuru anahtar kişiler 35 ülkeden olmakla birlikte tahminler 191 ülkeye ilişkindir. Teknik raporların incelenmesi, anahtar kişilerin hemen tamamen sağlık alanındaki profesyonellerden oluştuğunu, profesyonellerin yarısının DSÖ kadrosundan olduğunu ve çoğunun da bir başka nedenle DSÖ'nün internetteki adresini kullanıp, o sırada anket formlarını doldurmaları sağlanan kişiler olduklarını ortaya çıkarmaktadır (Almeida C, Braveman P ve diğ. 2001). Anahtar kişilerin belirlenmiş tarzına yönelik eleştirilere ek olarak, hizmeti kullananların düşüncelerinin de alınmasının gerektiği belirtilmektedir (Mulligan J, Appleby J ve diğ. 2000).

### IV. Sonuç

DSÖ'nün kuramsal yapı ve stratejik tercihleri bakımından en toplumcu olduğu dönem kendisini Alma Ata Bildirgesi'nde somutlar. Bu bildirmede sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasının kamunun çok sektörlü sorumluluğunda bulunduğu belirtilmiş, sağlıktaki gelişmenin ekonomik ve sosyal bütün sektörlerin sağlık hedefine yönelmeleriyle olanaklı olabileceğinin altı çizilmiştir.

Alma Ata'da toplum katılımı denilirken, finansmana cepten yapılacak özel katkılar da kastediliyor ya da en azından buna kapı açıyordu belki, ancak, hem hizmetin sunumunda, hem de finansmanında belirgin biçimde kamusal sorumluluğa işaret ediliyordu ve bütüncül bir özel sektör yapısından kesinlikle söz edilmiyordu.

Alma Ata'da Temel Sağlık Hizmeti (TSH) denilirken, vazgeçilemeyecek, bu anlamda da (ancak) asgari bir hizmet paketi tanımlanıyor ve bu paketin garanti altına alınması gerektiği öneriliyordu belki, ancak bunun çok ötesinde, TSH kavramının içine toplum katılımı, sağlığın korunmasına öncelik, kaynakların toplumun yoksullarının dikkate alınmasıyla belirlenecek öncelikler çerçevesinde kullanılması, sevk sistemi gibi daha felsefi, yapısal ve ucu toplumdaki yana açık bir paradigma da oluşturuluyordu.

Bu nedenlerle TSH felsefesi, çelişkileri ve yetersizlikleriyle birlikte, genel olarak olumlu bir anlayışın ürünüydü. Alma Ata'yı ortaya çıkaran etkenlerin içine mutlaka o dönemin sosyalist ülkelerinin Birleşmiş Milletler ve DSÖ içindeki ağırlıklarını almak gerekir. Alma Ata son

100 yılın en önemli uluslararası sağlık metni olarak nitelenebilir ve kesinlikle sosyalizmin etkisini yansıtır. Çelişki ve yetersizlikleri piyasacı-kapitalist, ilerici ve toplumcu yönleri ise sosyalist sağlık paradigmasının ürünüdürler.

DSÖ'nün, özellikle sosyalizmin yıkılışı sonrasında, Alma Ata'da ortaya çıkan paradigmayı hızla terk ettiği görülmektedir. Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren yayımlanan ve sağlık sistemlerini inceleyen bütün dokümanlarda ve yıllık raporlarda, "özel ve kamu sektörünün işlevleri", "sağlıkta karma yapı", "özel sektörün sorumluluğu", "müşteri odaklı hizmet" gibi kavramlar giderek daha sık kullanılır olmuştur.

Bu anlayış değişikliğinin net biçimde 2000 raporunun içeriğini de belirlediği söylenebilir. Raporun özellikle dördüncü ve beşinci bölümleri karma bir sistem yapısını önermekte, ikinci bölümde ise bu sistemin performansını değerlendirmeye yönelik teknik alt yapı oluşturulmaktadır. DSÖ'ye göre, artık, sağlık hizmeti kullanıcıları müşteridir, müşterilerin beklentilerine yanıt verilmesi piyasanın düzenlenmesine bağlıdır, piyasa müşteri beklentilerini dikkate alan kurumsal ve finansal esnekliğe sahip olmalıdır, hükümetlerin işlevi piyasanın bu amaçlarla denetlenmesidir ve sağlığın en önemli belirleyicisi de sağlık sisteminin kendisi ve kişi başı sağlık harcamasıdır. DSÖ'nün ülkelerin sağlıktaki performanslarını saptama ve izleme çabaları olumlu olmakla birlikte, bu yaklaşımın kurumsal temelinin geniş toplum kesimlerinin sağlık gereksinimlerinin karşılanması amacıyla giderek uzaklaştığını ve daha fazla oranda piyasa yönelimli ideolojik bir nitelik kazandığını saptamak gerekir.

#### KAYNAKLAR

**Almeida C, Braveman P ve diğ.** (2001) Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000, *Lancet*, 357: 1692-1697.

**Belek İ** (1998) Sağlığın Ekonomik Belirleyicileri, *Toplum ve Bilim Dergisi*, 76 Bahar: 213-229.

**Belek İ** (2001) Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

**Berkman LF, Abuabara K** (2001) From Understanding Health Risks to Improving Population Health: An International Perspective on the Role of Public Health, *Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries 5-7 November 2001*, Kanada kongresinde yapılan sunum, [www.oecd.org/els/health/conconf](http://www.oecd.org/els/health/conconf) adresinden ulaşıldı.

**Carr-Hill RA** (1994) Efficiency and Equity Implications of the Health Care Reforms, *Social Science and Medicine*, 39 (9): 1189-1201.

**Evans DB, Tondon A ve diğ.** (2001) Comparative

Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis, *BMJ*, 323: 307-310.

**Handler A, Issel M, Turnock B** (2001) A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System, *American Journal of Public Health*, 91(8): 1235-1239.

**Jamison DT, Sandbu ME** (2001) WHO Ranking of Health System Performance, *Science*, 293: 1595-1596.

**Kunst AE, Mackenbach JP** (1995) Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, WHO.

**Lena HF, London B** (1993) The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross-National Analysis, 23(3): 585-602.

**Maylor CD, Iron K, Handa K** (2001) Measuring Health System Performance, *Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries 5-7 November 2001*, Kanada kongresinde yapılan sunum, [www.oecd.org/els/health/conconf](http://www.oecd.org/els/health/conconf) adresinden ulaşıldı.

**McKee M** (2001) Measuring the Efficiency of Health Systems: The World Health Report Sets the Agenda, But There's Still a Long Way to Go, *BMJ*, 323: 295-296.

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

**Mulligan J, Appleby J, Harrison A** (2000) Measuring the Performance of Health Systems: Indicators Still Fail to take Socioeconomic Factors into Account, *BMJ*, 321: 191-192.

**Murray CJL, Frenk J** (2000) A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, *Bulletin of WHO*, 78(6): 717-731.

**Murray C, Frenk J** (2001) World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy, *Lancet*, 357: 1698-1700.

**Navarro V** (2000) Assessment of the World Health Report 2000, *Lancet*, 356: 1598-601.

**Roemer MI, Roemer R** (1990) Global Health, National Development, and the Role of Government, *American Journal of Public Health*, 80(10): 1188-1192.

**Ross NA, Wolfson MC ve diğ.** (2000) Relation Between Income Inequality and Mortality in Canada and in the United States, *BMJ*, 320: 898-902.

**UNICEF** (1993) Dünya Çocuklarının Durumu, Ankara.

**WHO** (2000) World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance.