

ÇEVİRİ

2000 YILI DÜNYA SAĞLIK RAPORUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Vincente NAVARRO**

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) 24 Haziran 2000'de mevcut sağlık sistemlerini, ayrıntılı bir performans endeksine dayanarak değerlendiren bir rapor yayınladı. Rapor hızla çok etkili oldu, batı dünyasında yayınlanan büyük gazetelerin çoğunun ilk sayfasında ve radyo/televizyon haberlerinde tartışıldı. Birleşmiş Milletler'in(BM) bir birimi olan DSÖ dünyanın dört bir yanındaki sağlık sistemlerini değerlendirmişti ve insanlar yaşadıkları ülkenin bu sağlık liginin kaçınıcı sırasında yer aldığını öğrenmek istediler.

Rapor, sağlık politikaları camiasında büyük şaşkınlık yarattı. DSÖ'nün sağlık liginin üst sıralarında, sağlık sistemleri pek de etkili ve verimli örnekler olarak değerlendirilmeyen İspanya ve İtalya gibi ülkeler bulunuyordu. İspanya'yı Avrupa'da Fransa ve İtalya'dan sonra üçüncü sırada değerlendiren raporun yayınlandığı sırada, İspanya'da sağlık yetkililerine karşı o zamana kadar eşine rastlanmamış gösteriler yapılmaktaydı. Göstericiler, tıbbi girişimler için (o zamana kadar pek çok ölüme yol açan) uzun bekleme listelerini ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerde hastaya ayrılan (bir muayene için ortalama 3 dakika) sürenin kısalığını protesto ediyorlardı. İspanyol sağlık sistemindeki bu durum, aralarında İspanyol Birinci Basamak Hekimleri Birliği'nin de bulunduğu önemli meslek birliklerinin mevcut durumu "tahammül edilemez" olarak tanımlamasına yol açtı (bu olaylar Haziran ve Temmuz aylarında İspanyol basınında geniş şekilde yer buldu, örneğin El País'te Haziran 2000 tarihinde konu ile ilgili bir dizi yazı yayınlandı). DSÖ'nün İspanyol sağlık sistemini Avrupa'da üçüncü, dünyada yedinci sırada gösteren raporu İspanya'da iktidarda

bulunan muhafazakar hükümete giderek artan protestolara karşı koyabilme olanağı sağladı. İspanya'nın muhafazakar Sağlık Bakanı, protestocuların yakınmalarının ve isteklerinin haksız olduğunu göstermek için DSÖ raporunu kanıt olarak gösterdi.

Ancak protestocular DSÖ'nün sıralamasından etkilenmemişlerdi. İspanya'nın sağlık sisteminin performansı ile dünyada yedinci sırada olduğunu iddia eden raporda bir şeyler oldukça yanlış gözüküyordu. Raporun çıkardığı sonuçlar İspanyolların çoğunun algılamaları ile örtüşmedi. Sağlık sistemleri hakkındaki görüşlerin öğrenilmesini amaçlayan bir araştırmada, İspanyollar sağlık sistemlerinden-diğer Avrupa ülkelerindeki insanlardan çok daha fazla hoşnutsuz olduklarını belirttiler. Bu hoşnutsuzlukları sadece İtalyanlarınkinden daha azdı, ki İtalya da DSÖ raporunda "en iyi"ler arasında sıralanmakta idi. İspanyolların %28'i (İtalyanların %40'ı) sağlık sistemlerinin yeniden inşa edilmesini gerektirecek kadar çok bozuk olduğunu belirtmişlerdi. Ayrıca, İspanyolların %49'u ve İtalyanların %46'sı sağlık sistemlerinde bazı iyi şeylerin de bulunduğunu ancak daha iyileştirilebilmesi için köklü değişikliklere gereksinim olduğunu ifade etmişlerdi. DSÖ'nün tanımladığı performans ile İspanyol ve İtalyanlarınki arasında gerçek bir uyumsuzluk söz konusu. Kim doğru? Bu soruyu yanıtlayabilmek için öncelikle, DSÖ'nün bilimselden daha ziyade politik bir kurum olduğunu ve raporlarının hem bilimsel hem de politik açıdan değerlendirilmesi gerektiğini anlamalıyız.

DSÖ sıralamasının amacı

Ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarına göre sıralanmasına neden gereksinimimiz var? Galiba önemli bir amaç "en iyi"leri referans olarak kullanarak daha iyi sağlık hizmetleri için "en iyi"lerden neler öğrenebileceğimizi görmektir. Fakat DSÖ sıralamasında

*The Lancet. Vol 356, November 4, 2000: 1598-601

**Public Policy Program, Johns Hopkins University, USA-Pompeu Fabra University, Spain; School of Public Health, Johns Hopkins University, 624 H .noarway, Room 448, Baltimore, MD 21205, USA

Çeviren: Dr. Akif Seval

çok önemli bir öge, kullanılan performans göstergelerinin güvenilirliğidir. Bu nedenle, sıralamanın nasıl yapıldığının, sıralamada kullanılan göstergelerin altında yatan varsayımların ve sağlık politikalarında bir gösterge yerine bir başka göstergenin seçilmesinin öneminin kavranması önemlidir.

Göstergelerin mizacıyla başlayalım. DSÖ raporu üç tip gösterge geliştirmektedir. Bunlardan ilki, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında (temel olarak medikal hizmet ve geleneksel toplum sağlığı hizmetlerini bünyesinde barındıran) sağlık sisteminin etkinliğine ilişkindir. İkincisi sistemin kullanıcının gereksinimlerine yönelik duyarlılığına ilişkindir. Burada duyarlılıktan kullanıcının saygınlığının korunması yeteneği, gizliliğinin ve özerkliğinin sağlanması, zamanında ve yüksek nitelikli hizmet sunumu, sosyal yardımlara ulaşılabilirliğinin sağlanması ve hizmet sunanı seçme şansının garanti edilmesi anlaşılmaktadır. Üçüncü tip gösterge ise sistemin adil olup olmadığına ilişkindir ve sağlık hizmetlerinde finansmanın ilerleme derecesi ile ölçülmektedir.

Her üç tip gösterge de tek bir performans göstergesi yaratabilmek için tasarlanmış ve rapora eklenmiştir. DSÖ'nün sentetik bir performans göstergesi bulma gereksinimini neden hissettiğini anlayabilmek zordur. Ülkelerin ekonomik performanslarına göre sıralanmasını sağlayan tek bir BM göstergesi yoktur. Tersine, yıllık BM raporlarında ekonomik etkinliği ölçmek için işsizlik, kişi başına ekonomik büyüme, üretim artış hızı ve benzeri özgün göstergeler kullanılır. Ama, sağlıkla aynı ölçüde karmaşık olan ekonomik performansın bir çok boyutunu özetlemek için tek bir gösterge kullanılmaz. Bu durumda, DSÖ sağlık sistemlerinin performansını ortaya koymak için tek bir gösterge oluşturmaya neden karar verdi? DSÖ raporu bu soruya bir yanıt vermemektedir.

Sağlık sistemlerinin etkinliği

DSÖ'nün sağlık hizmetlerinin etkinliği kavramında, rapor eleştirel olmayan bir varsayımda bulunmakta ve mortalite ile morbiditenin azaltılmasında medikal hizmetlerin çok etkili olduğunu belirtmektedir. Önemli bir toplum sağlığı kurumunun şunları ifade etmesini çok şaşırtıcı buluyorum:

"Sağlık sistemlerinin organizasyonu, finansmanı ve toplumların gereksinimlerine verdikleri yanıt sonucunda ortaya çıkan farklılıklar; bir ülkede, ülkeler arasında ve dünyada, zengin ile yoksul arasında mevcut olan ölüm hızlarındaki farklılığı açıklamaktadır."

Böyle bir tümce için hiç bir kanıt sunulmamıştır. Aslında bilimsel yayınlar, ülke içinde ve ülkeler arasında mortalite oranlarındaki gediğin açılmasının esas olarak refah ve gelirdeki farkın artması ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

"20. yüzyılda yaşam beklentisinin dramatik olarak artmasında sağlık sistemleri rol oynamıştır."

Böyle bir tümceyi desteklemek için de hiç bir bilimsel veri bulunmamaktadır. Aslında kanıtlar, 20. yüzyılda ortaya çıkan dramatik mortalite azalmalarının ve yaşam beklentisindeki artışların tıbbin etkinliği kanıtlanmadan önce ortaya çıktığını göstermektedir. Gerçekten, mortalitedeki en dramatik azalmalar sosyal ve ekonomik müdahalelerin sonucunda ortaya çıkmıştır.

"İsveç'in Uganda'dan daha iyi sağlık göstergelerine sahip olmasının nedeni (yaşam beklentisi Uganda'dakinin yaklaşık iki katıdır), esas olarak sağlık sisteminde kişi başına 35 kat daha fazla para harcamasıdır."

Bu tümce için de kanıt sunulmamıştır. Tüm bilimsel veriler, sağlık sistemindeki harcamalar ile ölüm hızları arasında bir ilişki bulunmadığını göstermektedir. Ama, mortalite göstergeleri ile politik müdahaleler, refah ve gelir dağılımı arasında ilişki bulunduğuna dair kanıtlar vardır.

DSÖ raporunda "yılda kişi başına 12 USD yatırım yapılsaydı, 1990 yılında dünyadaki hastalıkların üçte biri önlenebilirdi" dendiğinde, tıbbin etkinliğine ilişkin bu muazzam inanç aşırı boyutlara ulaşmaktadır. Böylece, raporda, mortalite ve morbiditenin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın kısıtlı olmasının bir sonucu olduğu izlenimi verilmektedir. Sağlığa daha fazla para yatırım ve daha fazla yaşam kurtulsun. Rapor, yatırılan her dolara karşılık kaç yaşamın kurtarılabileceğini bile belirtmemektedir. Çok düzgün ama son derece yanlış bir iddia. DSÖ raporunun hiçbir yerinde bu çılgın iddiaları kanıtlamak için bilimsel bir kanıt sunulmamaktadır. Tekrarlayacak olursak, mevcut veriler bir ülkenin sağlık ve mortalite düzeyinin açıklanmasında diğer etkenlerin medikal hizmetlerden daha önemli olduğunu göstermektedir. Tıbbin mortalite ve morbiditeyi azaltmada –tıbbi kurumların inandığı kadar- etkili olmadığını herhangi bir toplum sağlığı öğrencisi bilir. Aksine, hastalık ve sağlığın sosyal, kültürel, ekonomik ve politik nedenlerine ilişkin bol sayıda bilimsel yayın bulunmaktadır. Tıbbi hizmetlerin mortaliteyi azaltma konusunda DSÖ raporunda varsayılandan daha etkisiz olması, hiç şüphesiz, tıbbin hastaların tıbbi durumlarının düzeltilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında yararlı olmadığı anlamına gelmez. Ama bir ülkedeki mortalite düzeyini tıbbi hizmetler ile açıklamak yanlıştır. Çocukluk çağı hastalıklarına karşı bağışıklama çalışmaları gibi mortaliteyi tıbbi hizmetlerden çok daha fazla azaltan halk sağlığı müdahaleleri dahi 20. yüzyılda mortaliteyi azaltan temel nedenler arasında düşünülemez. Bu azalmanın temel nedenleri sosyal, ekonomik ve politik müdahalelerdir.

Tıbbi hizmetlerin etkinliğini abartan bu yanlış varsayım İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan gibi sağlık göstergeleri geleneksel olarak iyi olan Akdeniz ülkelerinin neden DSÖ'nün etkinlik sıralamasında üst sıralarda yer aldığını açıklamaktadır. Rapor bu ülkelerdeki mortalite oranlarının düşük olmasını –hatalı olarak- sağlık hizmetlerinin etkinliğine bağlamaktadır. Aslında, bu Akdeniz ülkelerindeki sağlık hizmetleri birbirinden farklılıklar gösterir ama hepsinin ortak bir özelliği vardır. O da bu ülkelerin (Avrupa Birliği içerisinde), vatandaşlarının

yaptığı sağlık harcamalarının gayri safi milli hasıllarına oranı en düşük ülkeler olmasıdır. DSÖ raporundaki Tablo 2(tüm üye ülkeler için temel göstergeler), bu ülkelerin 5 yaş altı çocuklar ile 15-49 yaşlarındaki erişkinlerde ölüm olasılığı en düşük ve yaşam beklentisi en yüksek ülkeler arasında olduğunu göstermektedir. Hiç birinin sağlık harcamaları çok yüksek değildir. Sağlık finansman sistemleri ve yapılanmaları birbirlerinden tamamıyla farklıdır, ama ortak paydaları vatandaşların sağlık sistemlerinden memnun olmamasıdır. Aslında, DSÖ bu sağlık sistemlerini tüm Avrupa ülkeleri arasında hizmetten yararlananların gereksinimlerine en duysız sistemler arasında sıralamaktadır. Duyarlılık listesinde İspanya 34., Yunanistan 36., Portekiz 38. ve İtalya 23. sıradadır ve hepsi de Avrupa'daki en duysız ülkelerdir. DSÖ raporunun yazarları açısından "sağlık sistemlerinin mortaliteyi azaltmaktaki etkinliği sağlık sistemlerinin duysızlığı ağır basmaktadır" gibi gözükmektedir. Bu yüzden, "kullanıcı dostu (user-friendly) olmayan ancak çok etkili" olarak değerlendirilmektedirler. Ancak, bu ülkelerdeki mortalite göstergelerinin sağlık sisteminin müdahalelerinin bir sonucu olup olmadığı ciddi bir soru işaretidir.

Duyarlılık göstergelerini kim tanımlamaktadır?

Performansın ikinci bileşeni, raporda sağlık sisteminin sistemi kullananlara "duyarlılığı" olarak tanımlanan durumla ilgilidir. Rapor burada iki ana düşünceyi kapsamaktadır. Birincisi raporda "kişilere saygı" olarak tanımlanmakta ve hastaya yöneltilen saygıyı, hastaların bilgilerinin saklanması ve hastaların özerkliğini kapsamaktadır. İkinci gruptan "müşteri odaklı nitelikler" olarak bahsedilmekte ve hastaya hızlı hizmet, zamanında ve yüksek nitelikli hizmet, sosyal yardım hizmetlerine ulaşılabilirlik ve hizmet sunanın seçimi gibi alt başlıkları içermektedir. Bu özellikler, bir sağlık sisteminin kullanıcıların isteklerine ne kadar yanıt verdiğine ilişkin oldukça iyi bir fikir verebilecek gibi gözükmektedir.

Kavramsal olarak, duyarlılık göstergeleri makul gibi gözükmektedir. DSÖ raporu, bu göstergeleri ve her bir göstergeye verilen değeri tanımlayanların kimler olduğunu "ana bilgi kaynakları" diye belirttiğinde ve bu "ana bilgi kaynakları"nın kimler olduğunu belirtmediğinde problem ortaya çıkmaktadır. Kimler oldukları bilinmeyen bu ana bilgi kaynakları, farklı ülkelerde sağlık hizmetleri konusunda uzman kişilermiş gibi gözükmektedir. Ve bu nedenle, bu bilgi kaynaklarının yaptıkları araştırma, sağlık sistemlerinin kullanıcılarına duyarlı olma derecesini tanımlayan uzmanlar arasında "geleneksel bilgi"nin bir araştırması olacak gibi gözükmektedir. Rapor ana bilgi kaynaklarının kimler olduğunu açıklamadığı gibi, onların hangi kriterlere göre seçildiğini de açıklamamaktadır. Ama, bu bilgi verici kişilerin ve uzmanların tercih edilmelerinin nedeni -büyük oranda-, sağlık hizmeti sunan kurumlardan seçilmeleri yönünde taraflı bir seçim gibi gözükmektedir. Gerçekten, raporun kaynakçasında belirtilen kaynakların seçimi -özellikle kritik durumlar, yazarlar ve tutumlar konusunda- önyargılı ve taraflıdır. Tutucu ve neoliberal yazarlara (Stanford Üniversitesinden Alain Enthoven gibi)

ve tutucu-neoliberal medikal dergilere tutarlı atıflar bulunabilir, ama raporda mevcut bilgiyi sorgulayan kritik yazarlar ve dergilere atıflar bulmak mümkün değildir.

Bu nedenle, duyarlılığın en yüksek olduğu ülkelerin; sağlık sistemleri yeni geleneksel bilgiye daha iyi uyan ülkeler olduğunu ortaya koyan duyarlılık araştırması şaşırtıcı değildir. Bu düşünceye göre, kamusal finansman ile (ulusal sağlık hizmetlerinin temel belirleyeni olan) sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasını birleştiren sağlık hizmetleri 'out'dur. Bunlar sürekli olarak "her yerde gözden düşmüş bir müdahale tipi olan aşırı devlet müdahalesi"nin, "1990 öncesi Sovyetler Birliğinde olduğu gibi kişilik dışı ve zalim"liğin ve "tekbicimli"liğin örnekleri olarak ifade edilmektedir. Ulusal sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin bir örneği olarak Sovyetler Birliği'nin çöküşü verildiğinde, bu sağlık hizmetlerinin dışlanması küfürlü doğası ortaya çıkmaktadır. Mevcut geleneksel düşüncede şu anda moda olan, sağlık hizmetleri sunumunda rekabete, -müşteri olarak tanımlanan- hastalara hizmet sunan kişi sayısının artmasına ve daha fazla esnekliğe izin veren kamu-özel karması bir sigorta sistemidir. DSÖ raporu, Thatcher'ın İngiltere ulusal sağlık sisteminde gerçekleştirdiği reformları diğer sistemlere de uygulanabilir olarak sunmaktadır. Bu ana bilgi kaynaklarının ve uzmanların ABD'yi kullanıcılarına en çok yanıt veren/en duyarlı ülke olarak ve ulusal sağlık sistemi sigortaya dayalı rekabetçi bir sağlık sistemi ile değiştirilmiş bir Latin Amerika ülkesi olan Kolombiya'yı da Latin Amerika'daki en duyarlı ülke olarak seçmelerine şaşmamamız gerekir.

DSÖ raporunun bu belirgin ideolojik yaklaşımı, DSÖ'nün Alma-Ata yaklaşımını "fiyasko" olarak değerlendirdiği analizinde de karşımıza çıkmaktadır. Alma-Ata Deklarasyonu 1978'de yayınlanan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve birinci basamakta medikal hizmetler ile sosyal müdahaleleri birleştirmenin önemini vurgulayan ünlü bir DSÖ raporudur. Yeni DSÖ raporu, birinci basamak sağlık hizmetleri tasarlanırken nüfusun sağlık gereksinimlerine çok fazla önem verildiği ve hizmetlere olan talebe çok önem verilmediği için Alma-Ata raporunun uygulamasının başarısız olduğunu ve Alma-Ata raporunun özel sektörün ve pazanın öneminden habersiz olduğunu varsaymaktadır. DSÖ'nün Haziran 2000 raporuna göre, ülkeler -birçok ülkenin şu anda yaptığı gibi- "para kazanmak hastayı izler, hizmet sunanların bütçelerinde (varsayılan gereksinimler ile belirlenen) kısıtlama yapmaktan vazgeçmek gerekir"i amaçlayan reformlara daha fazla önem vermediler. Rapor aynı zamanda, hizmetlerin özel sektör tarafından sunumunun yaygınlaşması ile sağlık hizmetlerinin duyarlılığı arasında (hiç bir yerde belgelenmemiş) bir bağlantı olduğunu belirtmektedir. Gereksinimlere uygun planlamadan pazardaki talebe yönelik bu dönüş DSÖ politikalarında radikal bir değişikliktir ve ben bu değişikliğin halk sağlığının temel kavramlarına karşı olduğunu düşünüyorum.

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, ABD'yi en duyarlı sistem

olarak seçmesinin yanısıra, DSÖ raporu hükümetlere dayalı sağlık sistemlerinin özel sektörün düzenlenmesi gereksinimine yanıt vermek işlevi ile karşı karşıya olduğu kanısındadır ve yazarlar birçok ülkenin bu işlevi yerine getirmeye hazır olmadığını belirtmektedirler. Savundukları model İngiltere ulusal sağlık sisteminde Thatcher'ın yaptığı reformları koklamış olan Enthoven tarafından ortaya atılmıştır, raporda Enthoven'den alıntılar da yapılmıştır.

Sonuç olarak, raporda belirtilen varsayımları sorgulayan ve sigortaya dayalı sağlık sisteminin üstünlüğünü belirten (alıntı ve atıf yapılmış veya tartışılmış) bilimsel kanıtları hiçbir yerde bulamıyoruz (sigortaya dayalı sağlık sistemini eleştiren bol miktarda yayın mevcuttur ve bunların çoğu 1990'larda International Journal of Health Services'de yayınlanmıştır). ABD'yi sağlık hizmetinden yararlananlara duyarlılıkta ilk sıraya yerleştirmek, yalnızca gerçekte ABD'deki hizmetin ne kadar duyarsız olduğunu ortaya koyan bol miktardaki bilimsel kanıtı bilmezlikten gelmemekte, aynı zamanda ABD'deki sağlık politikasının siyasi bağlamına ilişkin gözlemleri de bir kenara atmaktadır. Demokrat parti, şimdi, sağlık hizmetini, hizmet yarışını, hizmetten yararlananlara ne kadar duyarsız olduğunu tanımlamaya çalışmakta ve Cumhuriyetçi Parti sağlık hizmetinin, hizmet yarışının ABD vatandaşlarının çoğunluğu tarafından rağbet görmediğini bilmesini yakında yapılacak başkanlık ve kongre seçimlerinde avantaj sağlamanın bir yolu olarak görmektedir.

Ama, DSÖ, ne yazık ki, kendisinin bir dalı olan Pan-Amerikan Sağlık Örgütü'nün(PASÖ) yıllardan beri yaptığını yapmakta, ABD'nin politik ve finansal çevrelerinde Latin Amerikanın çanı olarak işlev görmektedir. Son yıllarda PASÖ ve şimdi de DSÖ'nün -Dünya Bankası ve özel vakıflar yardımıyla- Latin Amerika'da gittikçe büyüyen sağlık problemlerinin çözümünün bir parçası olarak sigortaya dayalı sağlık sistemini nasıl sunduklarına tanıklık ediyoruz. Özel sektörün yürüttüğü sigorta planları kamusal sağlık sistemlerinin tamamlayıcısı ve kamusal sağlık sistemleri ile yarışabilir planlar olarak görülmektedir. PASÖ genel müdürü, ABD'de akademik yöneticiler ve şirket yöneticilerine yakın bir zamanda yaptığı konuşmasında, bir kaç özel sağlık sigorta planının Latin Amerika'daki başarısından söz ediyor ve örnek olarak da Şili'deki temel özel sigorta projesi olan Instituciones de Salud Previsional'ı (ISAPRES) veriyordu: "Şilideki ISAPRES örneği özel sektör tarafından yürütülen sağlık sisteminin ve sosyal sigorta planlarının Latin Amerika'daki olası başarısını göstermektedir."

Sorulması gereken soru ISAPRES'in kim(ler) için başarılı olduğudur. Bu özel sigorta planı, general Pinochet diktatörlüğü Şili Ulusal sağlık hizmetlerini paramparça ettiğinde ortaya çıktı ve ticari başarısını; hastaların seçimine, nüfusun üst gelir düzeyindeki kişilerine hizmet sunarken kronik hastaları ve düşük gelir düzeyindeki kişileri kamu sektörüne bırakmasına, kaynaklarını gereksinimlere göre değil de ödenen primlere ve sigorta kapsamına göre

tahsis ederek sağlık sektöründe sosyal kutuplaşmaya neden olmasına borçludur. Bu durum, sağlık sektöründe -baskın söylevin ana kelimeleri olan- sigorta, rekabet ve özel teşebbüsün kaçınılmaz sonucudur. Bu modelin aşırı bir örneği, DSÖ'nün raporunda yanıtılık/duyarlılık açısından örnek gösterdiği ABD'nin sağlık sistemidir. Ancak ABD halkı raporla aynı fikirde değildir. Amerikan hastaneler birliğinin yaptırdığı bir anket sonuçlarına göre: "Birleşik Devletlerdeki insanların çoğu aldıkları sağlık hizmetlerinde planlı bir sistem veya tüketici yönelimli bir organizasyon olmadığını belirtmektedir, gördükleri organizasyon erişimi engelleyerek, kaliteyi azaltarak ve harcamaları kısarak karı artırmaya kendini adanmış bir organizasyondur. ... Sistemi sağlık sigorta şirketlerinin karının peşinde koşmakla suçlamaktadırlar. ... Amerikalılar, sağlık sigorta şirketlerinin aldıkları sağlık hizmetleri üzerinde çok fazla etkisi ve kontrolü olduğuna inanmaktadırlar."

Birleşik Devletler hükümetinin birçok uluslararası örgüt üzerindeki büyük etkisi nedeniyle, bu örgütlerin sağlık hizmeti ve rekabet de dahil birçok konuda baskın ABD değerleri ve uygulamalarının reklamını yaptıklarını görmekteyiz. Burada birçok gözlemcinin gözünden kaçmış bir noktaya dikkatlerin çevrilmesi çok önemlidir, bu da DSÖ'nün politik duruşlarına tüm dünyadan yöneltilen eleştirilere karşı koruyucu kabuğudur. DSÖ, kendisini yakın incelemelerden koruyan bir insanlık ve sosyal ilgi halesi ile sarılmıştır. Ama, Dünya Ticaret Örgütü(WTO), Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu(IMF) artan bir şekilde eleştirilirken DSÖ de eleştirilmelidir. DSÖ, apolitik tarafsızlık kimliği altında yoğun bir şekilde propaganda yapan, kötü yanlarını açığa çıkartan kritik seslere aldırmanın politik bir kuruluşudur. Son olarak Debadar Demanji DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelerde uyguladığı politikaların neden olduğu hasarları eleştirmiştir. DSÖ' de giderek artan bir şekilde büyük çıkar gruplarının gereksinimlerinin sesi haline gelen, toplumlarımızın gereksinimleri ile çeliştiği ABD deneyimiyle açıkça ortaya çıkan girişimcilik, rekabet ve pazar değerleri kültürüne yanıt veren akımlara karşı çok daha eleştirel olmalıyız.

Finansmanda ilerleme nasıl belirlenir?

Son olarak, DSÖ raporunda sağlık hizmetlerinin finansmanındaki "ilerleme" derecesi ile ilişkili olarak kullanılan üçüncü gösterge hakkında da endişelenmemiz gerekir. Raporun yazarları, farklı gelir gruplarında sağlık hizmetlerine harcanan oranın (ödeme kapasitesi oranı olarak) aynı olmasının oldukça adil finansal düzenlemeler olduğunu varsayarak, her bir ülkede sağlık hizmetlerine hane başına harcanan oranı çözümlemişlerdir. DSÖ raporunun belirttiği gibi: "tüm hanelerde sağlığa toplam katkı payının toplam yiyecek dışı harcamalara oranı -gelirlerinden, sağlık durumlarından ve sağlık hizmetlerini kullanma durumlarından bağımsız olarak- aynı ise sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça adildir". Adillik oldukça subjektif kavramlardır. Ama sağlık hizmetlerinin finansmanında adillik dediğimizde herkesin olanakları

ölçüsünde katkıda bulunurken gereksinimine göre sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kastediyorsak, o zaman adillik için bir kriter sağlık hizmetlerinin finansmanının ne ölçüde yeniden paylaşıldığı olmalıdır. Bu kritere göre, gerçekten ilerlemek için, finansman sistemi en uygun bir şekilde yeniden paylaştırıcı olmalıdır, ki bu hane geliri arttığında hanenin sağlık harcamalarına katkısının da (aynı değil) daha fazla olmasıdır. Ama adillik hane halkının sağlık harcamalarının (DSÖ raporunda hiç değinilmeyen) yazgısına bağlı olduğundan, bu gösterge -tek başına- adillik ve ilerleme hakkında bilgi edinebilmek için yetersizdir. Şayet sağlık harcamaları kaynakların yeniden paylaşımına yönelik bir etkisi olmaksızın daha fazla veya daha lüks tüketime yol açarsa, varlıklı bir aile ilerlemeci bir tavır olmaksızın dar gelirli bir aileden daha fazla sağlık harcaması yapabilir. Bu bağlamda, finansmanın ilerlemesi fonların dağıtıldığı kanallar göz önüne alınmaksızın değerlendirilemez. Finansmandaki ilerleme sadece ödemeler finansal kaynakların bir gruptan diğerine transfer edildiği aynı sisteme bağlandığında kaynakların yeniden paylaştırıcı bir etkiye sahip olacaktır.

Sonuç

Sağlık hizmetleri ile ilgilenen uzmanların çoğu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinin tam anlamıyla bir bilim dalı olmadığına hemfikirdir. Bilimsel projelerin bir çok boyutunda olduğu gibi, bilim ve ideoloji arasındaki engel geçirimsiz bir engel değildir, tersine gözenekli bir engeldir. DSÖ'nün Haziran 2000 raporu bunun iyi bir örneğidir. Tartışılan konu, DSÖ raporunda üretilen ideolojiyi hangi değerlerin desteklediği ve bu değerlerin daha sağlıklı bir dünya yolunda engel mi, destek mi olduğudur. DSÖ raporunda üretilen temel değerler ABD'de ve diğer fazla gelişmiş ülkelerde önde gelen medikal, finansal ve politik alanlarda hakim olan geleneksel bilgiyi destekleyen değerlerdir ve iki temel varsayımdan kaynaklanırlar. Bu varsayımlardan ilki toplumlarımızın karşılaştığı en belirgin sağlık problemlerinin teknolojik-bilimsel medikal müdahaleler ile çözümlenebileceğidir, bu problemleri üreten sosyal, politik ve ekonomik çevrelerin değiştirilmesine hiç değinilmemektedir. İkinci varsayım, özel sektördeki büyük potansiyelin gelişmesine izin verilmeksizin kamusal müdahalelere bel bağlanmasının sağlık sistemlerinde öngörülen "yetmezlik"lere neden olduğu varsayımdır. Böylece, kamu ve özel sektör arasında çıkarış birliğinin giderek artması yönünde bir eğilim ortaya çıkmaktadır ve özel sektör kamusal kararların şekillenmesinde giderek daha fazla etki sahibi olmaktadır. Yeni bilgide, müşteri talepleri hastaların gereksinimi ile yer değiştirmekte, pazar payları hükümetlerin planlamasına ve girişimcilik kamusal hizmetlere karşı

ağırılık kazanmaktadır. Bu geleneksel bilgi neredeyse bir dogma haline gelmiştir ve tüm dogmalar gibi, kanıtlardan ziyade inançlara dayanmaktadır. DSÖ raporunun, hiçbir eleştirel yaklaşım sergilemeksizin bu düşünceyi yayması yanlıştır.

KAYNAKLAR

Alleyn AO. Health sector reform, financing and the poor. Presentation to the Global Council's 26th Annual Conference "Who pays? Health Care Reform and Financing in Developing Countries" Arlington: June 20, 1999.

American Hospital Association. Reality check-public perceptions of health and hospitals : a report from Dick Davidson to American Hospital Association Member CEO's. Chicago: AHA 1997.

Banerji D. A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank. Int J Health Serv 1999; 29: 227-59.

Berkman L, Kawachi I, eds. Social epidemiology, Oxford: Oxford University Press, 2000.

Blendon R, et al. Spain's citizens assess their health care system. Health Affairs 1991; 10: 216-28

Navarro V, ed. The political economy of social inequalities. Amityville: Baywood, 2000.

Navarro V, Shi L The political context of social inequalities and health. Soc Sci Med 2000; 52: 1-11

Nunez M. Inequality in the utilization of health services in Chile: analysis of the effects of individual income and health insurance coverage on timely receipt of health care services. Baltimore: Johns Hopkins University (in press).

Pan American Health Organisation. Health services financing and private sector participation: Developing a model incorporating American and Caribbean experiences. Technical report series No.65. Washington, DC: Public Policy and Health Programme(PAHO) 1998.

WHO: Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Wilkinson R. Unhealthy societies. London: Routledge, 1996.