

# Avrupa'da Sağlık Hedefleri

İdare, ilerleme ve vaatler

Editör

Marshall Marinker

Genel Uygulama Konuk Profesörü,  
Guy's, King's ve St. Thomas Hastaneleri, Tıp ve Dişçilik Okulu, King's Üniversitesi, Londra

ISBN 0 7279 1707 2

*Bu başlığın tam baskısı BMJ Bookshop'tan (BMJ kitapçısı) temin edilebilir.*

**BMJ**  
Books

**BMA**

## İÇİNDEKİLER

1. Karineler ve hayal gücü Marshall Marinker	2
2. Avrupa sağlık ve politikalarına dair tarihi yaklaşımlar Loes M van Herten ve Louise J Gunning-Schepers	3
3. Lehte ve aleyhte James McCormick ve Naomi J Fulop	4
4. İsveç Claes Örtendahl	6
5. Litvanya Vilius Grabauskas	8
6. İspanya Carlos Alvarez-Dardet	9
7. Almanya Hans Stein	10
8. Kuzey Ren- Vestfalya Birgit Weihrauch	12
9. Finlandiya Seppo V Koskinen ve Tapani A Melkas	14
10. İtalya George France	16
11. İngiltere David J Hunter	17
12. Bir Avrupa özeti Morton Warner	29
13. Değerler, inançlar ve beraberinde getirdikleri Martin McKee	20
14. 21. yüzyılda sağlık yönetişimine dair perspektifler Ilona Kickbusch	22

## Giriş

Bu broşür, BMJ Kitapları tarafından Mart 2002de yayımlanmış olan *Avrupa'da Sağlık Hedefleri; İdare, ilerleme ve vaatler* adlı kitabın bir özetini sunmaktadır. Kitaba [www.bmjbooks.com](http://www.bmjbooks.com) adresinden ulaşılabilir. Kitap, ABD'nin New Jersey eyaletindeki Whitehouse Stationda Merck & Co, Inc. Şirketinin vermiş olduğu eğitim bağıışı ile desteklenmiştir.

Sağlıkta hedef belirleme anlayışı, Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977'de başlatmış olduğu "2000 yılına kadar herkes için sağlık" adındaki girişimi ile ortaya çıkmıştır. Bu kampanya ile birlikte, sağlık politikasına, hükümetlerin bu alanındaki sorumluluklarını yeniden tanımlayan devrimsel bir yaklaşım gelişmiştir. Sağlık hedefleri, ferlerin ve nüfusların sağlıklarını iyileştirmeye yönelik belirli ve ölçülebilir amaçlardır. Burada çıkış noktası, ahlaki değerler, biyomedikal, sosyal ve epidemiyolojik karineler ile siyasi irade arasında gerçekleşen karşılıklı etkileşimdir.

*Avrupa'da Sağlık Hedefleri: İdare, ilerleme ve vaatler*, yedi Avrupa ülkesinde hedeflere yönelik girişimleri ele alan Avrupa sağlık politikaları konusunda önde gelen uzmanların görüşlerine yer vererek, sağlığın geliştirilmesine yönelik hedefleri takviye edecek değerleri inceleyen önemli bir kaynaktır. Yazarlar, Avrupa'nın genişleyen siyasi ortamında sağlık hedeflerinin yerini ele alıp, aşağıdaki soruları sormak suretiyle, tüm düzeylerde yer alan paydaşların rollerini irdelemektedir:

- Halk sağlığı yönetiminde hükümetlerin rolleri ve sorumlulukları nelerdir?
- Farklı hükümetler hedefleme yöntemini sağlık politikalarında bir araç olarak ne şekilde kullanmışlardır ve sık rastlanan zorluklar nelerdir?
- Avrupa genelindeki sağlık politikaları deneyimi, sağlık ve hizmetlerine dair ortaklaşa paylaşılacak bir takım değerlerin habercisi midir?
- Sağlık hedeflerinin temelinde yatan ilkelerin küreselleşme gibi konularla ne gibi bağlantısı vardır ve geleceğin neleri vaat ettiği düşünülmektedir?

Bu sürükleyici kitapta, yayımları ünlü ve çokça okunan uzmanlardan katkılar yer almaktadır. Bu kitap yalnızca, politikacılar, sağlık mesleği mensupları, akademisyenler, hastalar ve vatandaşlar gibi sağlık politikalarının bizzat içinde yer alanların değil, aynı zamanda Avrupa politik meseleleri ve kamu politikaları ile ilgilenen kişilerin de ilgi alanına girecektir.

## 1: Karineler ve Hayal gücü

*Marshall Marinker*

Bu açılış bölümünde editör, müteakip bölümlerde sergilendiğini gördüğü değerlere ilişkin kişisel yaklaşımını sunup bir takım çıkarımlarda bulunmaktadır.

Ona ait bölüm, sağlık ve hedefleme konusundan söz ederken kullandığımız dili inceleyerek başlar: hedefler, siyasi emeller, biyomedikal belirteçlerde ve sağlık durumunda değişimler veya insani değerler olarak ifade edilebilir. Genellikle sağlık hedefleri dendiğinde bu anlamların çoğu yansıtılmış olur ve yazar dilimizdeki çift anlamlılıkların sağlık yolundaki ilerlemede avantaj olabileceği gibi dezavantaj da olabileceğini ifade eder.

Diğer bölümlerin de birer metin olarak kullanılması suretiyle, sağlık ile ilgili düşüncelerimizi ifade etmemizin çeşitli yolları incelenmiş ve sağlık hizmetleri imkan ve kalitesinin üstlendiği rol ele alınmıştır. Sağlık politikasına dair yazıların çoğunda yaygınlıkla geçen eşitlik temasına ve bu değer ne tür şekillerde ifade edilip ölçüldüğü hususlarına değinilmiştir. Örnek verilecek olursa, fakirlerin sağlığının kötü durumda olmasının, mutlak manada maddi imkanlarda yoksun olmasından ziyade, fakirlerin toplumlarındaki refah dağılımı konusunu algılayış biçimlerinden kaynaklandığına dair karineler vardır.

Amartya Sen ve diğerlerinin de yazılarına dikkat çekerek, sağlığın çağdaş iki yeni tanımına dair görüşlerini ifade eder. İlki, sağlığın her hangi bir nüfus içerisinde en hassas gösterge olduğu fikridir. Diğeri de, kötü sağlığın ferdin potansiyel yaşam seçeneklerini ve normatif faaliyetlerini sınırlaması veya ortadan kaldırması nedeniyle, aslında sağlığın, özgürlüğü ifade etmede hayati değerlerden bir olduğu görüşüdür.

Kitapta yer alan çoğu yazar, kendi ülkelerine odaklanmakla birlikte, mevcut ve ileriki sağlık hedeflemelerinde Avrupa Birliğinin etkisini ele almıştır. Avrupa’da 16. ve 17. yüzyılların merkantilist düşünce tarzında, ferdin sağlığı sivil bir görev olarak algılanıyordu. 19. yüzyılda Bismarck’ın getirdiği devlet destekli sağlık hizmetlerinin çıkış noktası da yine benzer şekilde devletin gücünü muhafaza etme arzusuuydu. Ancak 19. yüzyılda, Almanya’da bulunan Rudolph Virchow’un yazılarında da örnekleri görülen yeni ve geniş kapsamlı bir Avrupa Halk Sağlığı akımı, kökleri kolektivist ve demokratik değerlere dayalı bir sosyal tıp döneminin öncüsü olmuştur.

Günümüzde Avrupalı’nın kendine has bir sağlık politikası görüşü olup olmadığı ve sağlıkta hedefleme anlayışının yeri gündeme getirilmiştir. Gelecekte Avrupa genelindeki sağlık idaresinin yönelimi ile ilgili tartışmanın daha gerçek anlamda değerlere dayalı olacağı ve geleneksel siyasi sağ sol kutuplaşmasından sıyrılacağı tahmin edilmektedir.

Son olarak, Avrupa sağlık politikasının önümüzdeki kitle iletişim ve bilginin demokratikleşmesi çağında gelişmesi ile, sağlık hedeflemelerinde mekanik ve işletimsel bir modelden öte daha hayal gücüne yer veren, yaratıcı ve katılımcı ağ vari bir yapılanma ihtimali üzerinde durulmaktadır.

## 2: Avrupa sağlık ve politikalarına dair tarihi yaklaşımlar

*Loes M van Herten ve Louise J Gunning-Schepers*

Çoğu Avrupa ülkesinde sağlık politikalarının gelişiminde ve nüfus sağlığı konularında bariz bir takım benzerlikler olmuştur. Nüfus sağlığında ilerleme sürecinde tarihsel açıdan bakıldığında, nüfusta yaşlanmanın modern çağın en göze çarpan eğilimlerinden biri olduğunu görmek zor olmayacaktır. Son yüzyıl içersinde sanayileşmiş ülkeler 20. yüzyılın başlarında 40'tan 50'ye, daha yakın zaman dilimi içersinde ise 70'ten 80'e olmak üzere ortalama ömür uzunluğunda çok ciddi bir artışa şahit olmuştur. Sanayi devrimi ve artan şehirleşmeyle birlikte, kötü iskan, iş şartları ve beslenmeyle ilintili hastalıkların önlenmesine yönelik politikalar geliştirilmeye başlanmıştır. 19. yüzyılın ikinci yarısında, aşılama, antiseptik tedaviler, antibiyotikler ve tanı cihazları gibi oneli buluşlar sağlık hizmeti sistemlerinin ilerlemesine katkıda bulunmuştur.

Günümüzde, yaşlanan nüfusla ilgilenmesi gereken merci hükümetlerdir. Bir yandan düşüş gösteren ölüm oranlarının etkileri, diğer yandan artan doğum oranları birbirini takviye ederek, kronik hastalık ve sakatlıklara maruz kalan yaşlı insan sayısının artışı neticesini doğurmuştur. Bu durum, hükümetler açısından çift taraflı sonuçlara neden olmuştur. öncelikle, politika kapsamındaki amaç yalnızca yaşama yıl katma hedefinden, ayrıca bir de yıllara yaşam katma hedefine yönelmiştir. İkinci olarak, artan yaşlı sayısı, sonuç olarak sağlık hizmetlerinde bekleme listelerinin ciddi oranda uzamasına yol açmıştır.

Sağlık hedefleri sayesinde, yapılması gereken seçimlerin akılcı bir zemine oturtulması kolaylaştırılabilir zira sağlık hedefleri, tüm zamansal ve parasal yatırımların nihai olarak aslında nüfusun sağlık durumunu korumada veya iyileştirmede sundukları katkı itibariyle meşruluk kazandığı gerçeğine işaret eder. Sağlık politikasında sağlık hedeflerinden yararlanılması fikri iş dünyasında kullanılan Amaçlarla Yönetim anlayışından ilham almıştır. 1980li yılların başında McGinnis Amerika Birleşik Devletlerinde 'Ulus için Amaçlar' anlayışının uygulanışına rehberlik ederken bu Amaçlarla Yönetim ilkesini kullanmıştır. DSÖ'nün *Herkes için Sağlık* hedeflerinin başlatılmasıyla başka ülkeler ardından gelmiştir. Avrupa genelinde sağlık hedeflerinin uygulanışı her ne kadar farklılıklar göstermişse dahi, *Herkes için Sağlık* girişiminin halk sağlığı yönelimli politikalar üzerinde büyük etkileri olmuştur.

Ancak bu etkileşimde sağlık hizmetleri politikalarıyla olan bağlantı genellikle hep göz ardı edilmiştir. Çoğu ülke sağlık hedeflerini siyasi birer araç olarak kullanmıştır. Yalnızca Birleşik Krallık ve bazı İspanyol bölgelerine olduğu üzere çok az sayıda örnekte sağlık hedeflendirmesinin politikadan uygulamaya geçtiği vaki olmuştur. Bu ülkelerin deneyimlerinden şu gibi bazı derler çıkartılabilir:

- Sağlık hedeflendirme yaklaşımının yol alabilmesi için birkaç yıl gereklidir.
- Yatırımların geri dönüşünü görebilmek için genellikle uzun vadeli çabalar gereklidir.
- Sağlık hedeflerinin, hükümetin ötesinde mesleki guruplar ve umum halk dahilinde kuvvetli dayanakların olduğu geniş bir sosyal zemine oturtulması faydalı olacaktır.
- Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, sağlık hedeflerine hem halk sağlığı hem de sağlık hizmetleri birlikte dahil edilmelidir.

### 3: Lehte ve Aleyhte

*James McCormick ve Naomi J Fulop*

Bu bölümde; sağlık eğitimi, halk sağlığı müdahaleler, tarama programları ve dolayısıyla sağlık hedeflemesinde farklı görüşlere sahip iki tıbbi akademisyenden, duruşlarını karşılıklı mektuplar şeklinde münazara etmelerini istedik.

James McCormick, Naomi Fulop'a hastalıklar silsilesinde etki ve tepki donelerini değerlendirirken, halk sağlığı konularında kesinlik derecesinin sıradan klinik danışmaların gerçekleştirilmesinde olduğundan daha ileri düzeyde olması gerektiğini hatırlatarak başlar. Sağlık hedefleri konusundaki şüpheli yaklaşımının sebebi, risk faktörleri ile hastalık arasında bağlantılı bir ilişkinin aksine tesadüfi bir ilişki olduğuna dair varsayımı peşin fikirlilik olarak kabul etmesinde yatar.

Koroner hastalık önlemesine yönelik beslenme önerileri getirir. Kolesterol düzeylerinin genetik olarak belirlenmiş olduğunu ve çok sıkı diyetlerin dahi kolesterol düzeyleri üzerinde çok az etkisi olduğuna işaret eder.

Meme ve servikal kanser taramasına yönelik ulusal planların faydasından ziyade zararı olabileceğini iddia eder. Meme kanseri durumunda, taramanın etkili olması pek de muhtemel değildir çünkü tümör tespit edilebilir duruma gelene kadar zaten metastaza uğramış olacaktır. İddia ettiğine göre, rahimde sıradan servikal lekeler her ne kadar erken teşhisi mümkün kılıp az sayıda kadında anne karnında ölümlere engel olabilecekse dahi, zarar ihtimali, yarar ihtimaline oranla ağır basmaktadır.

Ayrıca eşitsizlikleri azaltmaya yönelik olarak tasarlanmış hedefler konusunda da şüpheli bir yaklaşım sergiler. Hükümetlerin yoksulluğu hafifleteceklerine dair vaatlerine rağmen 'Ne Birleşik Krallıkta ne de İrlanda Cumhuriyetinde henüz hiçbir yere varılamamış' oluşu hususuna dikkat çeker. Son olarak da, demokrasilerin azınlıklar için iyi olmayacağını zira azınlıkların (yoksullarda olduğu gibi) siyasi erk tarafından rahatlıkla görmezlikten gelinebileceğini ifade eder.

Naomi Fulop ise buna karşılık olarak, sağlık hedeflerinin, çoğu hastalığın nedenlerini yeterince anlayamayışımızdan ötürü, etik olmadığını ileri sürer. Politikaları sırf, altında yatan değerlerle ilişkili olmaksızın "işe yaradıkları" görüldü diye uygulamanın steril bir topluma yol açacağını söyler.

Sağlık hedeflerinin, hastalık durumunu ve anne karnında ölümleri azaltmaktan daha geniş amaçları vardır. Her ne kadar İngiltere'de son dönem hükümetler ölüm ve hastalık oranlarına katkı sağlayacak ana mekanizmalara öncelik tanımış olsa dahi, son sağlık stratejisinde amaç "herkesin sağlığını ve özellikle *en kötü durumda* olanların sağlığını iyileştirmek" olarak belirlenmiştir.

Kolesterol düzeyleri ile beslenme arasındaki bağlantının zayıf olduğunu kabul etmekle beraber, meme kanseri taraması ile ilgi durumun çok daha kuvvetli olduğunu iddia eder. Tarama, teşhisin konulmasına kadar geçen süreyi azaltması itibarıyla ölüm oranını da düşürebilir: Birleşik Krallık'ta meme kanserindeki yüksek ölüm oranına bakıldığında, hedef belirlenmesi oldukça anlamlı görünüyor.

Kendisi son olarak, James McCormick'in, Randomize klinik deneylerden (RCT) elde edilmiş her hangi bir veri olmaksızın hiçbir sağlık hedefleme politikasının savunulamayacağına dair savına karşı bir tutum sergiler. Sağlık hedefleri belirlemenin sonuçlarını test etmede Randomize klinik deney yürütmenin ne mümkün ne de uygun olacağını ileri sürer. Bunlar, karşılaştırmalı vaka incelemeleri gibi yöntemler kullanılarak araştırılabilir. Böylelikle genellemeler, veri toplama yoluyla değil, teori geliştirme yolu ile yapılabilir.

Yazarlar bu benzeri konuları işlemekte ve genellikle farklı görüşler taşımaktadır.

#### 4: İsveç

*Claes Örtendahl*

İsveç'in sağlık kayıtları oldukça iyi görünüyor. Olası yaşam süresi Avrupa çapında en iyiler arasında. Aynı şey bebek ölümleri için de geçerli. Hedef belirlemenin bu duruma ne gibi bir etkisi olmuştur?

İsveç her ne kadar, DSÖ Avrupa'nın 38 hedefe yönelik fikirlerini heyecanla kucaklamış olsa dahi, sağlık hedeflerinin ulusal politikadaki rolü esasında çok da büyük olmamıştır. Ulus-altı düzeyde bir takım çabalara imza atılmış olunmasıyla birlikte, yerel-yani İsveç için temel- düzeyde hedefleme yapmanın rolü 38 hedef hakkında yapılan tartışmada çekimser bir tavırda ele alınmıştı. İşte bu durum, İsveç'te DSÖ hedef belirlemesinin nispeten kısıtlı denebilecek etkisini açıklayabilir.

Tabi bu, hedef belirlemenin yersiz olduğu değil, yalnızca tamamen açıktan açığa uygulanmadığı anlamına gelir. Yol trafiği güvenliğinde belirli bir takım hedefler belli ölçüde başarıyla uygulanmıştır. Bu da, hükümet ve hükümet dışı makamlar arasında bir işbirliği ruhunun oluşmasına katkıda bulunmuştur.

İsveç'te hedef belirlemenin rolünü 'zımnı' diye nitelendirmek mümkün. Sağlık verileri kapsamlı bir tablo ortaya koyduktan sonra artık, bunlar hakkındaki tartışma da, hedeflerin yasallaşmadan önce belirlenmiş olması sonucunu doğurur. Dikkatler, temelde yatan sorunlara yani işlevsel olmayan sistemler ve kaynak yetersizliğine çekilir.

Benzer şekilde, sağlık reformları da, başarıya ulaşma veya ulaşamama bakımından yakın bir izleme altına alınmıştır. Hükümetin yaklaşımı "Reform yaptığımıza göre artık her şey yolunda gidecektir" demekten ziyade "Bir değişim süreci başlatmış bulunmaktayız. Tüm sorulara hemen baştan cevap veremeyebiliriz ancak yolumuzda ilerledikçe ders çıkartıp düzeltici önlemler benimseyeceğiz" tavrıdır.

Değişim artık yoldadır denebilir. Şimdi de, belediye düzeyinde bütçe kararları ile sağlık sektöründe hedef belirleme amaçlı bir metodoloji geliştirilmektedir. Böylelikle, geçmişteki sağlık belirleme çabalarının temel yetersizliklerinden biri olan ekonomik analiz yetersizliğinin önüne geçileceği düşünülmektedir.

2000 yılında bir tahkikat kurulu, muhtemel siyasi adımlar için değerlendirilmekte olan bir dizi hedef sunmuştur. DSÖ'nün yaklaşımının tam aksine, bu hedefler oldukça geniş kapsamlı ve neredeyse tamamı sağlık sonuçlarından ziyade sağlık belirleyicilerine odaklıdır. Hedefler üç ana başlık altında gruplandırılmıştır:

- Sosyal sermayenin güçlendirilmesi
- Çocuk yaşamında iyi bir başlangıç
- Gelişmiş çalışma şartları
- Sağlıkta fiziki çevre
- Sağlığı koruyan yaşam biçimleri
- Sağlık çalışmaları için iyi bir altyapı

Bu politik sürecinin neticesi halen belirsizdir. Sağlık sonuçları ile sağlık hizmetleri kaynakları yerine sağlık belirleyicileri üzerinde yoğunlaşılması her ne kadar halk sağlığı

uzmanları açısından cazip olsa dahi, siyasi tartişmaların çoğu, seçmeli ameliyatlarda bekleme listeleri ve nitelikli sağlık çalışan yetersizliği gibi konulara odaklanmış durumdadır. Başka yerlerde de olduğu üzere İsvier’te siyasetçiler, genel önlemlerden elde edilecek muhtemel sağlık yararlarına yönelik donelerden ziyada sağlık hizmetlerinde reforma yönelik baskılara karşılık vermeye daha meyyaldirler.

Özetlenecek olursa, sağlık politikasının devamlı surette değerlendirmeye tabi tutulduğu bir süreç içersinde zımnı hedeflerin çok daha olmayan bir biçimde kullanıldığı İsvier yaklaşımı başarısız olarak yargılanamaz. Aksine, oldukça etkili olduğu görünmektedir.

## 5: Litvanya

*Vilius Grabauskas*

Litvanya 3.7 milyonluk bir nüfusa sahip olup, Balkan denizinin güney doğu sahilinde yer alan üç Balkan ülkesinden biridir. Sovyetler Birliğinden bağımsızlığını 1990 yılında elde etmiştir. Bu da çok büyük siyasi, ekonomik ve sosyal değişikliklere neden olmuştur. bunlara ülkenin sağlık politikasında radikal bir takım değişiklikler de dahildir. Bu geçiş döneminin başında ve diğer birçok Orta ve Doğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi Litvanya sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili olarak çarpıcı bir takım krizler geçirmiştir. Ancak 1994 yılından bu yana tedrici bir iyilenme söz konusu olmuştur.

Bu bölümde sağlık hedeflemesinin Litvanya'daki sağlık politikası oluşturma sürecinin bölünmez bir parçası haline nasıl geldiği ele alınmıştır. Ayrıca ülkenin karşı karşıya kaldığı zorluklarla mücadelede ve halk sağlığı ve sağlık hizmetleri sistemlerinde reformu etkilemede sağlık hedeflemesinin nasıl bir rolü olduğuna da değinilmiştir.

Litvanya'nın hedef tabanlı sağlık politikasının kilit özelliklerinde bir de, kendi araştırma verilerine dayalı olduğuydu. Bu durumda seçilen politika ve hedefler bu yerli verilere dayandırılırken, sağlık hedeflemesi *süreci* DSÖ'nün *Herkes için Sağlık* prensipleri doğrultusunda uygulanıyordu. Bu etki ise Litvanya'nın DSÖ ile olan uzun vadeli işbirliğinden ileri geliyordu.

Süreç 1989 gibi oldukça erken bir tarihte başlamıştır. Ulusal çaplı bir diyalog sonrasında 1991 yılında, "Litvanya için Sağlık'ta Yeni Ulusal Anlayış" parlamento tarafından onaylanmıştı. Bu belge, Ulusal Sağlık Programının geliştirilmesi adına bir Beyaz Kitap işlevi görmüştür. Ulusun sağlığının iyileştirilmesi için belirlenen en büyük hedefler şunlardı:

- Ölüm oranlarında düşüş
- Ortalama yaşam süresinde artış
- Sağlık ve sağlık hizmetlerinde eşitliğe yoğunlaşma, ve
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi.

Hedef tabanlı Ulusal Sağlık Programı şu iki amaca yönelik olarak yapılandırılmıştı:

- Büyük hedefin çeşitli aşamalarını kat etmede hedef tarihlerin belirlenmesi;
- Politikanın uygulanışını, nüfusun sağlık durumunun iyileştirilmesi olan temel hedefi açısından kaydedeceği ilerlemeyi izlemeye almak.

Bazı sağlık göstergelerinin tren analizine bakıldığında, Litvanya'daki sağlık politika ve uygulamalarında hedefleme yaklaşımının sağlık sektörünü ve tüm toplumu harekete geçirmede ve insanların sağlıkla ilgili temel sorunlarını ele almada yararlı bir araç olduğu görülmüştür.

## 6: İspanya

*Carlos Alvarez-Dadot*

1970li yılların sonlarında, DSÖ'nün *Herkes için Sağlık* bildirisine karşılık olarak, Avrupa'da ve diğer yerlerde sağlık hedefleri kavramı irdelenmeye başladı. Bu zaman zarfında İspanya, kapsamlı siyasi değişikliklerle sonuçlanacak olan bir demokratik geçiş süresi geçiriyordu. Ülke 40 yıl sürmüş olan diktatörlükten modern bir demokrasiye geçiş yapıyordu. Ayrıca, merkezi bir ulus olmaktan çıkıp, idarenin 17 özerk topluluğa devredildiği daha dağınık bir hal almıştı.

Böylelikle İspanya, uluslar arası tecrit ortamından sıyrılıp, Avrupa Birliğine ve diğer ulus aşırı kuruluşlara tam üye olma konumuna çıkmıştır. Bu önemli hareketlerin, sosyal ve dolayısıyla sağlık hizmetleri ve halk sağlığı politikaları dahil olmak üzere İspanyol toplumunun bir çok alanında etkisi olmuştur.

Bu demokratik geçiş ve beraberindeki siyasi yetki devri, ülkenin siyasi enerjisinin çoğunu tüketmiştir. Bir bütün olarak İspanya Krallığı sağlık politikasını oluşturmada sağlık hedeflerini henüz hiç kullanmamış olmanın yanında, ulusal bir sağlık stratejisi de oluşturmuş değildir. Tabii bu durum, İspanyol hükümetinin 1984te DSÖ Avrupa ile yaptığı anlaşmalar, üye ülke olarak giriş yapmış olması ve 1986ta kabul edilen İspanya Genel Sağlık Kanunu ile tezat teşkil etmektedir. Bu anlamda bir ulusal boyutun olmayışına rağmen, 17 özerk İspanyol topluluğunun büyük çoğunluğu sağlık hedeflemesinde siyasi bir katma değer görmüş ve bu yaklaşım, çeşitli süreçler dahilinde kullanılmış ve çeşitli neticeler doğurmuştur.

Bu bölümde İspanya sağlık politikasında sağlık hedeflemesinin etkileri anlatılmış, bunun yanında siyasi bağlam, başarılar, başarısızlar ve alınan bazı dersler hakkında yorumlara yer verilmiştir. İspanya örneğine bakıldığında, siyasi ve sosyal bağlamın, sağlık hedeflemesi yoluyla oluşturulmuş imkanları nasıl şekillendirip siyasilerin, meslek mensuplarının ve halkın kabulüne sunulduğu görülür. Avrupa'da ve diğer yerlerde geçiş sürecinde olan diğer ülkeler kendi tecrübeleri ile burada anlatılan bazı durumlar arasında benzerlikler görebilir.

38 Avrupa hedeflerinin yaklaşık olarak yarısına ulaşılmıştır. Bunara örnek, bulaşıcı hastalıklar, çocuk sağlığı, çocuk sağlık ve gelişimi, su kalitesi ve gıda güvenliğine ilişkin konularda ulaşılan noktadır. 2000 yılı için ulaşılamayan hedefler arasında (özellikle önemli olan) eşitlik, kanser, trafik ve iş kazaları, zihinsel sağlık ve intihar, sigara ve alkol, özürlüler, çevre sağlığı, topluluk hizmetler, bilgi sistemleri ve araştırma ve eğitim alanlarındaydı.

Sosyal tarihi ve siyasi bağlamı nedeniyle İspanyada sağlık hedeflerinin getirilmesi gecikmiş ve merkezilik özelliğine sahip olmamıştır. Ayrıca, siyasi belagat, politika yapımı ve bizzat uygulama arasında sınırların aşılmasına yönelik ciddi anlamda herhangi bir girişim olmamıştır. Herkes için Sağlık ve sağlık hedefleri fikri, sağlığımızı geliştirmeye yönelik olarak tasarlanmış birçok deneysel projeyi şekillendirme de gayri resmi yoldan da olsa, katkı sağlamıştır. Bunlar da tabii, gelecekte üzerine bina edebileceğimiz, zengin bir deneyim ve fikir rezervi oluşturmaktadır.

## 7: Almanya

*Hans Stein*

Hangi ülkede olursa olsun, sağlık hedeflerinin belirlenmesinde, ülkenin genel zemini, yani tarihi, kültürel ve siyasi durumu hesaba katılmak zorundadır. Sağlık sistemleri genellikle mevcut siyasi gündemi yansıtmalarından daha da çok, gelenekleri ve kültürel ve ulusal gelişmeleri yansıtır.

Ülkeler (hem halkları hem hükümetleri), sağlık sistemleriyle gurur duyar. Ancak bu sistemler Avrupa genelinde çok büyük farklılıklar gösterir ve dolayısıyla sağlık hedeflerinin belirlenmesinde tatmin edici sonuçlara ancak ve ancak o ülkeye ve kendi içersinde ulaşılabilir. DSÖ veya AB gibi uluslar arası veya uluslar üstü kurumlarca ön görülemez. Dolayısıyla hedef belirleme süreci, yerel bölgesel ve ulusal düzeyde ancak, hedeflerin yöneltildiği mercilerce başarılı olarak ele alınabilir. Sağlık belirlemede her şeyin ötesinde, mevcut sağlık sisteminin- yani dışarıdan olanların nadiren ele ala bildiği- özelliklerin hesaba katılması gerekir.

Almanya'da sağlık politikası kapsamındaki sorumlulukların, kendi güç ve etkilerini muhafaza etme konusunda hırslı olan farklı aktörlerce paylaşılmış olması nedeniyle, farklı tüm siyasi düzeylerde sağlık hedeflemesinin bir politika aracı olarak gereği ve değeri hakkında belli bir konsensüs sağlanması konusunda ciddi zorluklar yaşanmış ve halen yaşanmaktadır. Almanya'da sağlık sistemlerinde dikkat edilmesi gereken ana unsurlar şunlardır:

- Federal Hükümet ile 16 ülke arasında güç ve yetki paylaşımı
- Yasal sağlık sigortacıları ve satın alıcı tarafında sağlık fonları gibi hükümet dışı müstakil kurumlara yetki vekaleti
- Halk sağlığı hizmetleri ile sağlık hizmetleri arasında açık bir kurumsal ayırım.

Almanya'daki gibi çoklu bir sistemde işbirliği aracı olarak öncelikli bir takım sağlık hedeflerinde ihtiyaç olduğu artık kabul edilen bir gerçektir. Bunun yanında, sağlık hedeflerinin bir de, sağlık hizmetleri sisteminde uzun müddet baskın olmuş olan salt mali ve iktisadi göstergelere karşı mukabelede bulunmak gibi bir potansiyelinin olduğu da düşünülmektedir.

Almanya'da sağlık hedefleri geliştirmeye yönelik ilk adım 1983 ile 1993 yılları arasında merkezi Hükümet tarafından atılmıştır. Bu girişim oldukça kapsamlı ve sistematik bir şekilde gerçekleştirilmiş olmasında rağmen, başarısız olmuştur. Bu başarısızlığın sebepleri şunlardı:

- Siyasi öncelik olan birleştirme politikasının daha baskın olması;
- Siyasi cemahtan yetersiz ilgi;
- Sürecin aşırı olarak yukarıdan aşağıya doğru işlemiş olması;
- Neredeyse ilgili tüm konuların, öncelikler belirlenmeksizin işlenmeye çalışılmış olması;
- Tüm aktörler ve paydaşlar tarafından yeterli tam katılımın sağlanamaması;
- Hedeflere açık bir ortamın olmayışı.

1997 çok daha geniş tabanlı yeni bir girişimde bulunulmuştu. Bunun arka planında, sonuç-bağlantılı sağlık hedeflerinde giderek artan bir mutabakat söz konusuydu. Bu süreç

daha çok bilimsel yayımlar ve ülke-düzeyinde sağlık hedeflemesi faaliyetlerinden etkilenmişti.

Gerçekçi sağlık hedeflerini içeren belli bir sıralamaya dayanarak oluşturulan uygulama stratejisi şu anda hazırlık aşamasındadır. Her ne kadar daha çözülecek sorunlar varsa dahi, Almanya'nın 2003 yılının sonuna kadar sağlık hedeflerinin olacağına dair ümit vardır.

## 8: Kuzey Ren-Vestfalya

*Birgit Weihrauch*

1995 yılında, Devlet Sağlık Konferansında 10 öncelikli sağlık hedefi kabul edilmiştir. Böylelikle Kuzey Ren-Vestfalya, kapsamlı, sistematik ve akılcı bir sağlık hedeflemesi süreci içersine giren ilk Alman eyaleti olmuştur.

Bu bölümde öncelikle Kuzey Ren-Vestfalya’da, bu tür bir hedef sürecinin çoklu kendi kendine yönetimin uygulandığı sağlık sistemine sahip bir federal devlette gerçekleşmesine imkan tanımış yapısal şartlar anlatılmaktadır. 1990dan bu yana Kuzey Ren-Vestfalya eyaleti, yeni halk sağlığı yaklaşımını kuvvetlendirmek ve sağlık politikası yönetimi ve teşkilat yapılarını yeni ve akılcı bir temele oturtmak adına önemli adımlar atmıştır.

Bu bağlamda Ulusal Sağlık Konferansı (1991) ile 1995 yılından bu yana 54 il ve ilçede kurulmuş olup, durumu yerel düzeyde yansıtan Yerel Sağlık Konferansları sistemini özel bir öneme sahiptir. Bunlar, sağlık sistemine dahil tüm aktörler arasında sistematik bir iletişim, koordinasyon ve işbirliğine imkan tanır.

Kuzey Ren-Vestfalya hedefleri arasında şunlar vardır:

- Kalp-damar hastalıklarının azaltılması
- Kanserele mücadele
- Sağlığın geliştirilmesi için gerekli ortamlar
- Tütün, alkol ve psikoaktif ilaçlar
- Çevre sağlığı yönetimi
- Hastane hizmetleri
- Topluluk hizmetlerinin özel ihtiyaçları karşılaması
- Sağlık araştırma ve geliştirme
- Sağlık bilgilendirmesi takviyesi

Bu hedefler DSÖ’nün 38 Sağlık Hedefi model alınarak oluşturulmuş olup, Kuzey Ren-Vestfalya’nın epidemiyolojisi ve sosyal yapılanmasına göre yorumlanmıştır. Bunların şu üç ayrı düzeydeki faaliyetle ilgisi vardır:

- Hastalık kalıplarına doğru yönlendirme
- Sağlık hizmeti, ve
- Yöntem ve araçlar.

Burada birden fazla alanı kapsayan konular (ör. sağlıkta eşitlik) ele alınıp, “hedefler”, “alt hedefler” ve “stratejiler” olmak üzere hiyerarşik bir yapı izlenir.

Baştan bu yana, 1995 hedefler belgesi tamamlanış olarak kabul edilmemişti. Bunun yerine, Kuzey Ren-Vestfalya’nın 10 hedefinin daha somut anlamda ne şekilde ifade edilebileceğine ve bunların aşamalı bir süreç dahilinde nasıl uygulanabileceğine dair kavramlar geliştirilmesi hedefleniyordu. Faaliyet programını, bunları gerçekleştirmekten sorumlu aktörlerle bağlantıları ve uygulama aşamalarını ayrıntılı bir şekilde tanımlamakla görevli çalışma grupları kurulmuştu.

Değerlendirme ve sağlık izlemesi aşamalarının hedefleme sürecinde önemli bir yeri vardır. Bu konuda kapsamlı bir yaklaşım benimsenmiş ve artık, halen cevaplanması gereken soruların olduğu ileriki aşamalar için bir zemin olmuştur.

Bölümün son kısmında ulaşılan sonuçlar ele alınmıştır. Şimdiye kadar edinilmiş deneyimlere göre, sağlık hedefleri, sağlık kazançları açısından düşünülmüş olan öncelikli amacın yanı sıra, sağlık sisteminin işlevselliğine somut anlamda katkı sağlamıştır. Bu bölümde açık bir şekilde zikredilen ilgili tüm ortaklar için bir takım fırsat ve getiriler vardır. Bunlara örnek, demokratik görüş alış veriş ve karar alma ortamının geliştirilmesidir. Tabii hastalara yönelik getirileri arasında da; yapılan işlerde artan şeffaflık, hesap verilebilirlik ortamında artış ve sağlık sonuçlarında doğru bir yönlendirme yer alır. Ayrıca, hesaba katılması gereken ön şartlara da açık bir şekilde işaret edilmiştir. Önemli ön şartlardan biri de, uygulanacak usulün sağlam bir şekilde yapılandırılması ve disiplinize edilmesidir.

Kuzey Ren-Vestfalya eyaletinin hedefleme süreci diğer Alman eyaletlerinin de kendi sağlık hedeflerini formülize etmeye itmiş ve mevcutta federal düzeyde gerçekleşen yoğun hedef geliştirme sürecine katkıda bulunmuştur.

## 9: Finlandiya

*Seppo V Koskinen ve Tapani A Melkas*

Avrupa içersindeki en büyük ülkelerden biri olan Finlandiya'da hali hazırda 5.2 milyon sakin bulunmaktadır. 15 yaşının altındaki çocuklar Finlandiya toplam nüfusunun %18'ini, 65 yaşın üzerindeki ise %15'ini teşkil etmektedir. Sosyal refah hizmetlerinin ve koruyucu hekimlik ortamının teşkilatlandırılması ve finanse edilmesi Finlandiya'da çoktandır bir kamu sorumluluğu olarak kabul edilmiştir.

Nüfus sağlığı son on yıllar içersinde ciddi oranda ilerleme kaydetmiştir. Tek istisna olan intiharlar hariç olmak üzere, son 30 yıl içersinde çoğu büyük nedenden kaynaklanan anne karnında ölümlerde ciddi anlamda düşüş yaşanmıştır. Bebek ölümleri dünyada en düşük oranlarda seyrederken doğumda ortalama yaşam süresi rakamları hızlı bir şekilde artış göstermiştir.

İyiye giden bu tablo ulusal yaşamdaki bir çok değişikliğin sonucu olmuş olsa da, sağlıkta sosyodemografik farklılıklar halen önemli bir endişe konusu olup, şimdiye kadar sağlık politikası alanında yapılan çalışmalara karşı bir direnç göstermiştir.

Finlandiya sağlık sistemi 1980li yılların ortalarına kadar büyük ölçüde merkezi bir yapıdaydı. Devlet ödenekleri yalnızca ulusal programda belirtilen projelere ayrılıyordu. Belediyelerin her ne kadar diğer politikaları kendi bütçelerince karşıyla imkanı olsa dahi bu durum nadiren gerçekleşmiştir.

1980li yılların sonları ve 1990lı yılların başlarında, Finlandiya halk sağlığı sektörünü şekillendiren etken, merkezilikten giderek uzaklaşılması olmuştu. Planlama ve yönetim sistemlerindeki değişiklikler, hedeflerin sağlık politikasında birer araç olarak kullanılması üzerinde durulmasına neden olmuştur. Artık hedeflerde keskin bir hiyerarşi söz konusu değildi, ve bunlara ulaşmada kullanılacak araçlar durum neyi gerektiriyorsa o şekilde sıralanacaktı. Daha çok, konu üzerinde daha geniş yayımlı bir bağlılık ve mutabakat ortamı oluşturma üzerinde duruluyordu.

Finlandiya sağlık politikasında, kesin olarak tanımlanmış sağlık hedeflerinin nispeten daha ufak bir rolü olmuştur. Zira kesin sonuçlara yönelik olarak belirlenmiş hedeflerde yaşan tecrübeler hiç de bunu teşvik edici nitelikte değildi. Çoğusuna ulaşamamış ve bazı durumlarda da elde edilen sonuçlar, aslında başta amaçlanan sonuçlar olmamıştı. Hakkında hemfikir olunan kilit çıkarım ise, hedeflerin istenilen sonuçlara ulaşması için, hedef belirleme sürecinin etkili eylem programlarıyla takviye edilmesi gerektiği idi.

DSÖ Avrupa Ofisi tarafından önerilen 38 hedefin çoğu, aslında Finlandiya için çok da gereçli değildi. Dolayısıyla bunlar yerine, politikaların *yönünün* belirlenmesi üzerinde yoğunlaşılması ve bunlara olan bağlılığın temin edilmesi gerektiği kararı alınmıştı. Uluslar arası bir inceleme grubunun, sayıya dökülmüş sonuç hedeflerinin değerine vurgu yapan tavsiyesine rağmen, Finlandiya icra kurulu, "hedefleri rakamlara değil eylemlere odaklama kararı almıştır".

Yine de, haklarındaki bazı çekincelere rağmen, bazı sayısal sonuç hedeflerine, yeni ulusal halk sağlığı programı olan, Fin HFA 2000 kapsamında merkezi bir rol verilmiştir. Bu strateji belgesinde dört genel amaç belirtilmiştir:

- Ömre yıl katmak
- Ömre sağlık katmak
- Yıllara ömür katmak, ve
- Nüfus grupları arasında sağlık farklarını azaltmak

Niceliksel sonuç hedeflerinde, gerçekçi niceliksel sonuç hedeflerinin belirlenesi adına kapsamlı bir bilgi gerekmez. Ayrıca asıl önemli olanların pahasına da olsa, yalnızca ölçülebilir nitelikte olanların üzerinde durulması riski de söz konusu değildir. İlerisi için sektörler arası işbirliğinin beraberinde getirdiği zorluklarla baş etmede artık, ulusal olarak belirlenmiş süreç hedeflerine ihtiyaç duyulmaktadır.

## 10: İtalya

George France

İtalya sağlık hedeflerini ilk 1998 yılında benimsemiştir. 1999 yılında getirilen sağlık reformu mevzuatı, nüfus sağlığı ve sektörler arası özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır. 1998-2000 Ulusal Sağlık Planında, risk faktörleri, yaşam biçimleri, hastalık grupları ve sosyal gruplar üzerinde vurgu yapan beş kilit eylem alanı seçilmiştir. Bunların her biri için de toplam 100'e tekabül eden ulusal hedefler belirlenmiştir. Plan'ın alt başlığı şuydu: *Sağlık için Münferit Anlaşma (A Solitary Pact for Health)*. Vatandaşlarla, sağlık sektörü işletmecileriyle, diğer politika sektörleriyle, kamu kuruluşlarıyla, gönüllüler sektörüyle ve toplu medyayla münferit anlaşmalar düzenlenecekti. 2001-2003 Ulusal Sağlık Planı da yine sağlık hedefleri merkezli olup, ele alınan sağlık durumları hakkında daha fazla bilgiyle takviye edilmiştir. 2001'de seçilmiş olan yeni hükümetin de bu hedefler üzerinde yoğunlaşp yoğunlaşmayacağı henüz pek açık değildir.

Yetki ve sorumluluk dağılımını; yürütme organı, Parlamento ve yargı arasında yatay olarak, ve merkezi hükümet ile bölgeler arasında dikey olarak belirleyen veya etkileyen anayasal düzenlemeler, sağlık politikasını tasarlama ve uygulamada Sağlık Bakanlığını teknik olarak kısıtlamaktadır. Sağlık politikası ayrıca, kamu giderlerini sınırlamaya daha baskın bir öncelik tanınmış olmasından da etkilenmiştir.

Oysa sağlık hedef stratejisi, kendisi için belirlenmiş olan orta ila uzun vadeli zaman çerçevesi dahilinde ve birkaç yıl boyunca politikada devamlılık olmuş olması nedeniyle "istisnai" olmuştur. Sıradan olmamsının bir diğer neden ise, özellikle de merkezi hükümetin münferit bölgelerin sağlık hedeflerini hesaba katma çabası içinde bulunmuş olması bakımından uygulanış biçimidir. Son olarak, sağlık hedefleri aslında giderlerin sınırlandırılmasına yönelik bir diğer araç olarak görülmemiştir. Belki de bu ayrıcalığın arkasında yatan anahtar etkenler, ilk olarak hedeflerin kabulünden sorumlu sağlık bakanının görev süresinin uzun olması (dört yılı aşkın) ve kendisinin en yakınında bulunan danışmanlar halkasının üst düzey teknik uzmanlardan oluştuğuydu.

Aynı şekilde, sağlık hedeflemesi stratejisi, genel sağlık politikası kültüründen etkilenmiş ve onu yansıtmıştır. Önemli hususlardan biri de, stratejinin çerçevelenmesi esnasında, üzerinde durulan noktanın, hastalık belirleyicilerinden uzaklaşarak hastalık kategorilerine ve anahtar ilgi alanlarına yönelmesi olmuştur. Bu konuda baskı, temelde Sağlık Bakanlığı içindeki münferit müdürlüklerden gelmiştir. Ayrıca sağlık mesleği mensuplarının ve hasta derneklerinin de etkisi olmuştur. Tabii bu etkileri, hedeflerin belirlenmesinden daha çok, bunlara ulaşmada atılacak adımları tanımlama yönünde olmuştur. Bir diğer problem ise, diğer bakanlıkların, orijinal anlamda sektörler arası stratejiler geliştirmede Sağlık Bakanlığı ile işbirliği konusunda sergilemiş olduğu çekimser tavidir. Son olarak görev/yetki konusundaki hükümetler arası kronik çatışma, bölgelerin, alt merkezi sağlık hedeflemesi politikalarının tasarlanması ve yürütülmesi noktasında çok kısıtlı bir katkıda bulunmaları anlamına geliyordu. İtalya oldukça hızlı bir şekilde federal tipte bir sisteme doğru yol almaktadır. Bu noktada karşılaşılabilecek zorluklar arasında, merkezi hükümetin sağlık hedefleri politikalarını benimsetme konusunda ne şekilde bir ikna yoluna başvuracağı ve bu anlamda bölgeler arası farklılıkların sınırlar içersinde kalmasının ne şekilde temin edileceği hususlarıdır.

## 11: İngiltere

*David J Hunter*

Hedeflerle meşgul olma süreci, İngiltere’de son on yıl gibi bir süredir sağlık alanı da dahil olmak üzere, kamu politikalarının önemli bir parçası haline gelmiştir.

Bölümde şu üç kısım yer almaktadır:

- İngiltere’de hedefler konusuna yönelik politika incelenmiştir.
- Sağlık hedefleri doğrultusundaki yaklaşımın değeri üzerinde durulmuştur.
- Sağlık hedeflerinin yeri, hükümetin genel sağlık politikası içerisinde değerlendirilmiştir.
- Hükümetin politika yapım tarzının eleştirisi almış olması göz önünde bulundurularak, başarı ihtimali değerlendirilmiştir.

Hedefleri de içine alan ilk İngiliz sağlık stratejisi 1997 yılında ortaya çıkmıştır. Oluşturduğu etki önemsiz sayılabilecek ölçüdeydi ve belirlenen hedeflerin çok azına ulaşılmıştı. Daha yakın zamanda oluşturulmuş olan sağlık stratejisinin etkisini değerlendirmek için henüz çok erken, ancak, öncesinde olduğu gibi bu da, temel olarak hasta tabanlı bir model çizmesi bakımından eleştirilere hedef olmuştur. Ayrıca, Şubat 2001’de, iki ulusal sağlık eşitsizlikleri hedefi ilan edilmiştir. Bu ilan, dünyada ilk defa bu hükümetin bu tür hedefleri oluşturduğu iddialarının yapıldığı bir ortamda gerçekleşmişti.

Sağlık hedeflerinin etkileri Birleşik Krallık’ta çok da geniş araştırmalara konu olmamıştır. İlk sağlık stratejisi ve hedeflerine dair yapılan bir değerlendirme sonucunda, bunların her ne kadar öncelik ve odak noktası belirleme adına faydaları olabilecekse dahi, eğer sembolik değerin ötesine çıkmaları isteniyorsa, bazı konuların ele alınması gerektiği ortaya çıktı. Yani hedeflerin gerçekçi ve konuyla doğrudan ilgili olması gerekmektedir.

Hedeflere dayalı bir yaklaşımın hem güçlü hem zayıf yanları vardır. Güçlü yönleri arasında hedeflerin;

- Amaca yönelik
- Ulaşılabilir
- Gerçekçi, mümkün merteye bilimsel veri tabanlı ve
- En çok etkileyecekleri çevrelere ait olmalarıdır.

Zayıf yönlerini ise şu şekilde sıralamak mümkün:

- Sağlık hedeflerinin bir takım sapkın veya amaçlanmış sonuçlar doğurması ihtimali vardır. Örneğin, hasta yönelimli bir hedef tabanlı yaklaşım çabuk sonuç verebilir ancak eşitsizlikleri gidermede etkisi daha az olur.
- Çok fazla hedef olup, ölçülebilir nitelikte olanların hemen halledilip, ölçülmesi daha zor olan ama çok daha yerinde alanların ihmal edilme tehlikesi söz konusu olabilir.

Hükümetin, hedeflere olan ilgisinin mekanik denilebilecek işletim tarzı ve performans yönetimine dair sıkı anlayışıyla birleştirmiş olması hakkında çokça eleştiri yapılmıştır. Eğer bir hükümet hedefleri, sağlık hizmetlerini mikro düzeyde yönetmek maksatlı olarak kullanırsa, yöneticiler rollerini karıştırır ve yapmaları gereken asıl işten uzaklaşmalarına

neden olur. Bunun yerine, zaman ve çabalarını merkezden empoze edilmiş hedefleri karşılamada sarf ederler. Bunun da, yerel düzeyde yenilikleri ve yaratıcılığı söndürmek gibi bir etkisi olabilir.

Hedeflerin belirlenmesi nispeten daha kolay olabilir ancak uygulanmaları daha güç olabilir, özellikle de politika sürecinin (hem rasyonel hem lineer anlamda) çok da kapsamlı olmayan geliştirilmemiş bir modeli benimsenmişse. Mevcut yaklaşımın beraberinde gelen katı tutumların ve aksiliklerin üstesinden gelinebilmesi adına, İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi gibi adaptasyonu komplike hedeflerin dağıtılması ve uygulanmasına yönelik yeni bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Bu konuda karmaşıklık biliminden elde edilen fikirlerin çokça yararı olabilir.

Sağlık politikası yapımcılarının karşılaşacak oldukları zorluklardan biri de, kolay veya basit çözümleri olmayan karmaşık konularla baş etmek için gerekçe yaratıcılığa set vurmaksızın veya bunu başka şekillerde yönlendirmeksizin hedeflere olan ihtiyacı ne şekilde dengeleyebilecekleri hususudur. İngiltere’de optimal dengenin sağlanması adına daha kat edilecek uzun bir mesafe vardır.

## 12: Bir Avrupa özeti

*Morton Warner*

Bu bölümde, kitapta daha önce sunulmuş olan vaka çalışmalarına dayanılarak, inanç, barış, uyum, herkese adalet gibi geniş alanlardan tutun da, bilimsel verilere dayalı tıpta çok daha dar olarak belirlenmiş amaçlara kadar değinilmek suretiyle, hedefleme sisteminin işletildiği beşeri sınırlara ilişkin bir anlayış ele alınmıştır.

Modern sağlık hizmetlerinin temeli, İkinci Dünya Savaşı'nı müteakip uzlaşma dönemine dayanır. Ancak 1960'lara gelindiğinde, bunlar artık yayılmış, teknoloji harekete geçmiş ve mesleki gruplar hızla çoğalma göstermişti ve sonrasında da iktisadi durgunluk baş göstermişti. Batı Avrupa'da artık maliyet kontrolü hakimdi. Sonrasındaysa, Avrupa'da bir çok yerde Taçerizm ve serbest piyasa eğilimleri ortaya çıkacaktı.

Yalnızca yaklaşık 25 yıl gibi bir mazisi olan sağlık hedefleme sisteminin, genellikle sağlık hizmetleri gelişimiyle yakından ilgilenen serbest piyasa girişimcileri ve neoliberal politikacıların sahip olduğu düşünülen iş ortamlarına has açıklık ve aydınlığı karartan duyguları anlama yönünde ortaya çıkan bu ortamda belirlenmesi gerekir. Onlar için çıktılar her şeydir. Sonuçlar başarıya tahsis edilmiş zaman ufkunun ötesindedir ve sürecin veya insanlar arası karşılıklı etkileşimin değeri genelde artık kaybolmuş gibi görünmektedir.

DSÖ ve sonrasında AB, ikisi de sırasıyla, hem halk sağlığı hem de sağlık hizmetleri tabalı ve hedef yönelimli bir yaklaşımı benimsemiştir. Birleşik Krallık, Almanya, İsveç gibi bazı ülkeler, kendi yargı alanları içersinde DSÖ'nün iyi uygulamalara yönelik talimatını dikkate almazken, Litvanya ve Macaristan gibi diğerleri, Sovyetler Birliği tahakkümü sonrasında orta yollu Batı düşünce tarzına katılmak adına Herkes için Sağlık projesine uyum göstermiştir. İki uluslar arası kuruluş da, sırasıyla, uyum ve adalet, eşitlik ve sosyal bütünlük ile bağlantılı sözler kullanmıştır. Ayrıca, alt ulusal, yerel ve ulusal düzeylerdeki faaliyet alanlarında çok çeşitli bir paydaşlar yelpazesinin değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu konusunda giderek artan bir mutabakat söz konusudur.

Politikacıların ötesinde, kendi bakış açıları olan profesyonel meslek mensupları teknokratlar, yöneticiler ve halk söz konusudur. Uçlara bakıldığında, genelde kısa vadeli diyebileceğimiz, belli konularda anekdot vari verilerden tatmin olan politikacılar ile tam aksini isteyen araştırmacılar bunlar arasında da özellikle epidemiyolojistler yer alır. Bunların ortasında ise yöneticiler ve klinisyenler vardır.

Birkaç bakış açısını yansıtabilecek hedef çeşitleri beklentisinde olunabiliyorsa da, bu her zaman böyle değildir. İtalya şu ana kadar daha çok teknokratik ve politik olagelmıştır. İsveç, Kuzey Ren-Vestfalya ve İspanya özerk toplulukları büyük bir başarı ile, yönetim ve kamu perspektiflerini içine alacak bir denge sağlama girişiminde bulunmuşlardır. Finlandiya kararsız kalmıştır ancak şimdi hem sürece hem de sonuca vurgu yaparak, ulusal hizmet çerçeveleri olan Birleşik Krallık ile birleşmektedir.

Sağlık hedeflemesi, Avrupa'nın bazı bölgelerinde daha henüz olgulaşmaya başlamıştır. Burada işletme modelinde bir yaklaşımdan sıyrılarak daha geniş idealleri, hizmet sürecini, çıktıları ve sonuçları barındıran bir yaklaşıma doğru ileri yol almıştır. AB, DSÖ ve diğer ulusalar arası kuruluşların bunu tüm kıta çapında teşvik etme noktasında daha çok yol kat etmeleri gerekmektedir.

### 13: Değerler, inançlar ve beraberinde getirdikleri

*Martin McKee*

Sağlık hedefleri kavramı esasında devletin sağlık hizmetleri sunması ve sağlığı geliştirmedeki rolüne dair belli bir görüşü varsayar. Peki bu görüş nedir ve ne şekilde tezahür eder?

Bu bölümde 19. yüzyılın ortalarından bu ana Avrupa'daki refah devletinin gelişimi incelenmiştir. Burada sana devriminin yol açtığı sosyal zorluklara karşılık olarak refah devletlerinin ne şekilde ortaya çıktığı ve bu sürecin, ilk başta iş verenler ile ticari birlikleri fakat daha sonrasında hükümetlere yönelik de büyük rolleri de beraberinde getiren toplu karşılıkların gelişimine ne şekilde yol aldığı açıklanmıştır. Bu süreç 20. yüzyılda kısmen, savaflara ve sonuçlarına dair yaşanan deneyimleri yansıtmak suretiyle hız kazanmış ve böylelikle asrın sonuna doğru artık tüm Avrupa ülkeleri, sağlık hizmetlerinde everensele yakın bir teminat sağlayabilecek duruma gelmişlerdi; kullandıkları mekanizmalar her ne kadar farklılık göstermiş olsa da. Sistemler, kaynakların gençten yaşlıya, zenginden fakire ve sağlıklıdan hastalıklıya doğru geniş açılımlı bir yeniden paylaşma ortamıyla tezahür eden sosyal dayanışmaya olan oturmuş ve köklü inançlara dayalı olarak kurulmuştur.

Avrupa'daki durum ABD'deki ile karşılaştırıldığına tam bir tezat teşkil etmektedir. Zira ABD, devletin çok daha kısıtlı bir rolü olmasını benimseyegeldiğinden, şu anda genel coverage imkanı tanımayı başaramamış tek sanayileşmiş ülke konumdadır. Bu ABD'deki çok daha kötü sağlık sonuçlarının yalnızca bir etkenidir. Özellikle sosyal ve etnik anlamda ileri boyutlara varan eşitsizlikler başta olmak üzere diğer faktörlerin de oldukça büyük etkisi vardır. Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve bir oranda da Birleşik Krallık gibi diğer Anglo Sakson ülkelerinde durum bir nebze orta hallidir.

Ancak Avrupa'da sağlık politikaları, yalnızca hizmete erişim değil, onun ötesinde konulara da uzanmaktadır. Artık git gide artan bir düzeyde olmak suretiyle, bu konular arasında sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi/tespiti ve bunları karşılamada etkili politikalardan yararlanmasının temini yer alır. Yine burada da devletin üstelenmesi gereken oldukça belirgin roller söz konusudur. Ayrıca söz konusu rollerde yalnızca talebi karşılamamanın değil devletin ve devlet adına hareket edenlerin üzerinde durulmaktadır. Tabi bu da sağlık hizmetlerinin, yoksullar, özürllüler, ve azınlıklar gibi hizmet talep etme imkanın nispeten daha az olan kesimlerin de ihtiyaçlarını karşılar nitelikte olmasını temin eder. İşte sağlık hedefleri, bu süreçte ortaya çıkar.

Tabi bu modelin, sanayileşme sonrası küreselleşmiş bir ekonomide sürdürülebilir olmayacağını ileri süren kesimler de var. Bu bölümde açıklandığı üzere, bu tür felaket tellallığı hep olagelmiştir ve hep de yanlış çıkmıştır. Avrupalı siyasetçiler, kamu meseleleri karşısında sağlık ve sosyal hizmetlerin kapsamını daraltamamışlardır. Ancak elbette ki ufuktaki tehditleri görmezlikten gelmek de, biraz safça olur. Bu tehditlerden biri, AB'nin iç piyasanın teşviki üzerinde yoğunlaşan sağlık hizmetleri kanununun artan etkisidir. Ancak bu da, istenmeyen her türlü etkiyi kontrol altına alabilecek nitelikte üst düzey siyasi ilgi çekmektedir. Bunlardan daha endişe verici olanı ise küresel güçlerin etkisidir, özellikle de Dünya Ticaret Örgütü. Fakat yine burada da, Avrupa hükümetleri zorlukların farkında olup, bunlara mukabele de bulunmaktadır.

Sonuç olarak, Avrupa’da sağlık hedeflerinin kökenleri ortak tarihi deneyimlerinden sıyrılan fertler, onların temsilcileri ve devlet arasındaki belli bir ilişkiler silsilesine dayanmaktadır. Yazarın görüşüne göre, bu ilişkilerin ortaya çıkaracağı inançlar, zaman sınavına tabi olacaktır.

## 14: 21. yüzyılda sağlık yönetişimine dair perspektifler

*Ilona Kickbusch*

Sağlık sektörünün karşı karşıya kaldığı mesleki, siyasi ve sosyal dinamiklerin görülmedik şeyler olmayıp, 21.yüzyılda tüm politika arenalarında vatandaşların ve karar verme organlarının karşılaşmaları oldukça muhtemel olan kritik seçimlerin bir yansıması olduğunu fark etmek oldukça önemlidir. Sağlık amaç ve hedeflerinin getirilmesinin, yalnızca sağlık sektörüne yeni bir etkililik ortamı ve akılcı bir yönetim getirme çabasından ibaret değil, ayrıca halk sağlığı eylemlerinde oluşan yeni bağlama bir karşılık olarak görülmelidir. Sağlık hedeflerinin, sağlık alanı sınırlarının diğer politika sektörlerine ve sivil topluma doğru genişlemesine katkısı olmuştur. Ayrıca sağlık gündeminde yeni bir düzen orturtma da yardımcı olmuş ve formülasyonları ve uygulanmaları sayesinde yetki paylaşımında yeni modellerin geliştirilmesine katkı sağlamışlardır.

Yeni sağlık politikalarının kapsadığı alan artık gitgide Anthony Giddens'in "hayat politikaları" adını verdiği kavramı yansıtır duruma gelmiştir: artık kapsama alanı, "eski" sektörel bölümlerin ötesinde yeni bir yönetim ve politika dairesidir. Böylelikle artık sağlık, yaşam kalitesinin tanımlandığı politika konularından biri haline gelmiştir. Sağlık sektöründeki bu gelişmeler, yeni bir halk sağlığı devrimi olarak nitelendirilmiştir. Bölümde, bu devrimin kökenleri araştırılıp kilit unsurları ele alınmıştır: "yaşama kaynağı" olarak sağlık ve "sağlıkta alt yapının geliştirilmesi"ne dair stratejiler. Bunlar, ilk olarak ortaya atıldıkları, Lalonde Raporu, DSÖ *Herkes için Sağlık* bildirisi, Ottawa Şartnamesi ve çeşitli politika dokümanlarından tutun da, sağlık ve refah politikalarında karşılıklı bir arabirim oluşturmayı hedefleyen en son çıkan İsveç politika belgesine kadarki tüm belgelerden araştırılabilir.

Sağlık alanındaki bu yeni entelektüel akımda farklı aktörlerin, özellikle de Dünya Sağlık Örgütü'nün oynadığı roller ele alınmıştır. Sağlıkta hedefleme ortamı, yeni politik öncelik önceliklerin kabulünü sağlayacak bir süreçten ziyade teknokratik-mesleki-yönetimsel bir girişim halini alması nedeniyle ortaya çıkan çelişki ve belirsizlik olumsuzluklarına değinilmiştir. Sağlığın "sosyal" boyutunun yeniden keşfedilmesinin, sağlıkta yapısal faktörlerin etkisine ve sağlık ve sosyal yapılanmadaki arabirime artan ilginin, son dönem modern toplumlarda yeniden yapılanma ve yönetim ile ilgili daha geniş kapsamlı konuların bir yansıması olduğu öne sürülmüştür. Netice olarak, sağlıkta yönetişimin sosyal düzenin merkez unsur haline gelmesiyle hedef belirlemede ilgi toplaması gereken nokta işin siyasi boyutu olmalıdır.