SINIF SAĞLIK EŞİTSİZLİK

İlker Belek



Sorun Yayınları

Sorun Yayınları
□
Birinci Baskı : Ekim 1998

© Yayın Hakkı : Sorun Yayınları
Baskı : Kurtiş Matbaacılık
ISBN 975-431-084-X

İLKER BELEK

SINIF SAĞLIK EŞİTSİZLİK

Sorun Yayınları

Baş Musahip Sokak No: 3 K/2 Cağaloğlu - İstanbul -34410
Tel : (0 212) 511 08 29
Fax : (0 212) 519 05 60

Yazarın Yayınlanmış Kitapları:

1. TOPLUMSAL BİLİNÇ
   Evrimsel Bir Toplumsal Hareket Düşüncesine Doğru-1991
2. SINIFSIZ TOPLUM YOLUNDA
   TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TEZİ (Anonim) 2. Baskı-1998
3. SOSYALİZMİN SORUNLARI ÜZERİNE
   AÇILIM TARTIŞMALARI (Anonim) -1992
4. DİSK'İN "ÖREN TEZLERİ"
   VE SOSYALİST TAVIR (Anonim)-1992
5. TOPLUMSAL DİNAMİKLER
   VE ÖRGÜTLENME EKSENLERİ (Anonim) -1992
6. SOSYALİZM "YENİ DÜNYA DÜZENİ" TÜRKİYE
   (Anonim) -1992
7. SAĞLIK "REFORM PAKETİ"
   NEYİN PEŞİNDE (Anonim)-1992
8. Marksist Bakış Açısıyla
   BİLİMSEL TEKNOLOJİK DEVRİM
   VE "ENDÜSTRİYEL DEMOKRASİ" -1993
9. SOSYAL DEVLETİN KRİZİ
   VE SAĞLIĞIN EKONOMİ POLİTİĞİ -1994
10. SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
    (İlker Belek - Ata Soyer) - 1995
11. "POSTKAPİTALİST" PARADİGMALAR - 1997
12. SINIF SAĞLIK EŞİTSİZLİK - 1998

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 7
BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ: 9
DÜNYADA EKONOMİK VE SOSYAL DURUM
YA DA BİNYIL EŞİĞİNDE KAZANANLAR KAYBEDENLER 9
I. GELİR, GELİR DAĞILIMI VE YOKSULLUĞUN TABLOSU 11
II. DÜNYADA SAĞLIĞIN DURUMU: YİNE EŞİTSİZLİKLERLE TANIMLI BİR GELİŞME 15

İKİNCİ BÖLÜM: 24
SAĞLIĞIN TANIMI YA DA
NEYİN EŞİTSİZLİĞİNİ ÖLÇÜYORUZ? 24

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: 34
SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ 34
I. SAĞLIK NEDEN ÖLÇÜLÜYOR ? 34
II. SAĞLIK NASIL ÖLÇÜLÜYOR ? 35
II.1. Sağlık araştırmaları 35
II.2. Sağlığı ölçmek için kullanılan araçlar 40
II.3. Sağlığın bireysel düzeyde ölçülmesi 41
II.4. Sağlığın toplumsal düzeyde ölçülmesi 43

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: 55
SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ 55
I. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİ AÇIKLAYAN KURAMLAR VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN MAKRO NEDENLERİ 55
I.1. Kapitalizm ve ulusal ölçekte sağlıkta eşitsizlik nedenleri 57
I.2. Emperyalizm ve uluslararası ölçekte sağlıkta eşitsizlik nedenleri 62

II. SAĞLIĞIN MİKRO DÜZEYDEKİ BELİRLEYİCİLERİ 67
II.1. Politik yapı ve toplumsal sağlık 68
II.2. Kişi başı ulusal gelir ve toplumsal sağlık 71
II.3. Yoksulluk, gelir dağılımı ve toplumsal sağlık 72
II.4. Kapitalist sağlık sistemlerinin yapısı ve toplumsal sağlık 74
II.5. Sınıflı toplum yapısı ve toplumsal sağlık 77
III. SINIF, SOSYOEKONOMİK STATÜ VE TOPLUMSAL SAĞLIK 77
III.1. Sosyoekonomik statü kavramı ve ölçülmesi 78
III.2. Bir epidemiyolojik ölçüt olarak sınıf 80
III.3. Farklı sınıf kuramları 82
III.3.i. Weberci sınıf kuramı 82
III.3.ii. Weberci sınıf kuramının eleştirisi 85
III.3.iii. Marksist sınıf kuramı 91
III.4. Eşitsizlik araştırmalarında kullanılabilecek bir Marksist sınıf şemasına doğru 93

BEŞİNCİ BÖLÜM: 100
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK NEDİR ? 100
I. SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİK TÜRLERİ 104
II. SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜLMESİ 111
III. TOPLUMSAL SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN GÖSTERGELER 119

ALTINCI BÖLÜM: 121
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERLE SAVAŞIM 121
I. EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIMIN ÖNÜNDEKİ SORUNLAR 121
II. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIM STRATEJİLERİ 122
III. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIMIN TEMEL İLKELERİ 126

YEDİNCİ BÖLÜM: 130
SAĞLIKTA SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİK VERİLERİ 130
I. ÖLÜM HIZLARINDA EŞİTSİZLİK 132
II. POTANSİYEL YAŞAM YILI KAYIPLARINDA (PYYK) EŞİTSİZLİK 145
III. ALGILANAN SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK 145
IV. AKUT VE KRONİK HASTALIK SIKLIĞINDA EŞİTSİZLİK 147

SEKİZİNCİ BÖLÜM: SONUÇ 149
SAĞLIKTA EŞİTLİK ÜZERİNE 149

KAYNAKLAR 158

ÖNSÖZ

... eşitlik fikrinin kendisi, ... ezelden beri doğruluk olarak var olmamış, hazırlanması tüm tarih-öncesini gerekli kılmış bulunan tarihsel bir üründür.

Friedrich Engels

Marksizm'e göre, bireyler kapitalizmde eşitsizliğe zorlanır. Bireylerin eşitsizliği, toplumsal yapı (üretim ilişkileri) içindeki konumlarının sonucunda ortaya çıkar. Yani aylaklık, yeteneksizlik, başarısızlık gibi kişisel eksiklikleri veya ahlakî özelliklerin bir etkisi olarak var olmaz. Dolayısı ile eşitsizlik, özünde kişilerin niteliksel bir özelliği değil, tümüyle toplumun özelliklerinden biridir.

Kapitalizmde toplumun büyük bir kısmı (işçiler) kendi gereksinimleri için değil değişim için birşeyler üretirler. Sınıfsal yapının içeriğindeki özel mülkiyet işçinin ürettiğine patronun el koymasını koşullar. Bu durum kapitalizmin sömürücülüğünün gerçek ifadesidir. Egemen olan parasal ilişkiler yani değişim değeridir. Bu ilişkiler boyutunda da her şey metaya indirgenmektedir.

Toplumsal yaşamda öznenin insan olabilmesi için ise sınıfsız, özel mülkiyetsiz bir toplumsal yapı koşuldur. Bu yapı özünde eşitliği sağlar. Bu nedenle proletaryanın eşitlik işlemi olan sonuç eşitliği ancak komünist toplusal yapı gerçekleştiğinde var olacaktır. Komünizmin ilk evresinde (sosyalizm) ki (herkesten yeteneğine göre, herkese yaptığı iş kadar" ilkesinin yerini; toplumsal yeniden inşaanın bütün organları ve işleyişiyle yerleştirildiğinde (komünizmde); "herkesten yeteneğine göre, herkes egereksindiği kadar" ilkesi alacaktır. Çünkü komünizmle tanımlanan toplumsal yapıda (sistemde) toplumsal sınıfların varlığının tarihin tozlu sayfalarına terk edilmesi ile eşitliğin elde edilmesini engelleyen nesnelliğin ortadan kaldırılması ve sömürücü sınıfların mülksüzleştirilmesi he-

deflenmektedir. Böylece kır-kent, kol emeği-kafa emeği arasındaki farklılık ortadan kalkacak ve gerçek eşitlikçilik iktidar olacaktır.

Kapitalizmin bunalımının yeniden derinleştiği ve proletaryanın iktidara (kendi öznel koşullarını sağladığında) en yakın olduğu zaman dilimlerinden bir tanesini birlikte yaşadığımız bugünlerde yayımlanmakta olan bu kitapla *İlker Belek* okuyucusuna hem kapitalizmin gerçekliğini yine kapitalizmin sahiplerinin verilerini kullanarak ortaya koyuyor, hem de eşitsizlik ve eşitlik kavramlarını sağlık sektörü üzerinden tartışıyor. Ayrıca özellikle sağlıkta eşitsizlikler konusunda verili çalışma yapan ve yapmayı düşünenler için de hem çalışmaların yöntemini belirlerken hem de toplanan verilerin istatistiksel çözümlerinde kullanılabilecek bilgileri sunuyor.

Onur Hamzaoğlu
17 Eylül 1998. Ankara

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

DÜNYADA EKONOMİK VE SOSYAL DURUM YA DA BİNYIL EŞİĞİNDE KAZANANLAR KAYBEDENLER

Bugün, eşitsizlik, eskiden olduğu gibi yine, en önemli toplumsal sorunların başında geliyor. Eşitlik ise başlıca toplumsal talep durumunda. Bryan Turner ın dediği gibi çağdaş kapitalizmde yaygın ve sürekli bir toplumsal eşitsizliğin apaçıklığı her yere öyle bir sinmiştir ki, bariz bir araştırma ve toplumsal siyaset alanı olup çıkar eşitsizlik... Eşitlikçilik , toplumsal değişim adına girişilen toplumsal hareketlerin ve modern siyasal mücadelelerin siyasal bileşenidir. (Turner B. 1997:15)

Eşitsizliğin, bu şekilde toplumsal savaşımın merkezine yerleşmiş olmasının bir nedeni şüphesiz ki; bütün sınıflı toplumlar tarihi boyunca geniş toplum kesimlerini, yaşamlarının hemen her alanında derinlemesine etkilemiş olmasıdır. Ancak eşitsizliğin bir başka özelliği daha vardır ki, bunun da, onun bu önemli konumunda belirleyici olduğunu kabul etmek yanlış olmayacaktır. O da, eşitsizlik sorununun her an, etkilenen herkes tarafından doğrudan hissedilebilir, bir başka ifade ile aktüel olan yönüdür. Bu yönüyle, eşitliğin toplum tarafından kavranabilmesi ve eşitlikçiliğin toplumsal bir savaşım hedefi olarak ifade edilebilmesi; demokrasi gibi, özgürlük gibi başka toplumsal nitelikli taleplere göre nispeten daha kolaydır. Kısaca, eşitsizlik sorunu ile eşitlikçilik talebi, toplumun geniş kesimleri ile (aralarına çeşitli toplumbilimsel araştırmaların ve politik argümanların mütercimliğine gerek göstermeyen) doğrudan bir ilişki kurma potansiyeline sahiptirler. Bu anlamda eşitsizlik toplumsal, ekonomik, politik olduğu kadar, gündelik ve sıradan bir sorundur.

Bütün önemli toplumsal hareketlenmelerin merkezinde eşitlikçi bir dünya kurma hedefinin bulunmasında da, muhtemelen, eşitsizlik sorununun bu niteliğinin belirleyici payı vardır.

Nitekim, Spartaküs ün Roma üzerine yürüyüşünde; Bastille i düşüren 1789 Fransız Devrimi nin üç sloganı arasında (diğer ikisi Özgürlük ve Kardeşlik idi); Engels in daha sonradan ütopik olarak niteleyerek tarihteki gerçek konumuna oturtacağı Saint Simon un, Charles Fourier in ve Robert Owen ın sosyalist modellemelerinde; ve modern proletaryanın ilk iktidar kalkışması olan 72 günlük Paris Komünü direnişinde; 1917 Ekim Devrimi nde ve nihayet Anadolu da yarin yanağından gayri, her yerde, her şeyde, her zaman hep beraber diyen soylu Şeyh Bedreddin ayaklanmasında, söz konusu bu süreçleri ayakta tutan, toplumsallaştıran, politikleştiren ve çok çeşitli sınıflar gözünde meşrulaştıran en önemli talep olarak hep eşitlikçiliği buluruz. Benzer şekilde Campanella nın Güneş Ülkesi nin; Thomas Moore un Ütopyası nın toplumsal tezlerinin merkezinde de eşitlikçi bir dünya yer alır. Bunlar, yalnızca ilk anda akla gelen ve insanlık adına olumlu yöndeki idealleri ile, tarihte silinmez izler bırakmış olan olay ve yapıtlardır.

Bugün ise dünyanın görünen durumu, bütün bunlardan geriye ne kaldı? sorusu karşısında, maalesef, oldukça kötümser yanıtlar sergileyebiliyor. Bu nedenle, yürüttüğü politikalarla pek çok çevre tarafından bugünkü eşitsizlikçi olumsuzlukların sorumluları arasında sıralanan Dünya Bankası bile, son 20 yıl içindeki kimi ekonomik başarıların , ancak var olan eşitsizliklerin derinleşmesi pahasına elde edilebildiği gerçeğini kabullenmek zorunda kalmıştır. (WB 1995)

Dünya Bankası nın sözü edilen kabullenişinin 1990 ların ikinci yarısına, yani sosyalist sistemin, rekabetçi piyasa işleyişini bozan bir karşı unsur olarak devreden çıkışının beş altı yıl sonrasına denk gelmesi ise özellikle anlamlıdır. Çünkü, derinleşen eşitsizliklerle karakterize bu dünya tablosunun, Yeni Dünya Düzeni denilen ve sosyalist sistemin politik ve ekonomik olarak çeşitli nedenlerle giderek etkisizleştiği böyle bir kapitalist dünya düzeninin tam göbeğinde ortaya çıkması ve bu global kapitalist düzenin tam anlamıy-

la başarısızlığının bir göstergesi olarak belirmesi; kapitalist işlevsellik ile eşitsizlikler arasında Marx ve Engels'ten beri doğrudan ilişki kuranların tezlerinin de bir kez daha meşrulaşmasına olanak tanımaktadır. Bugün Dünya Bankası bile, piyasa dedik, ancak bütün bunlar pahasına değil demek noktasına gelmiş durumdadır.

Nedir çeşitli toplumsal kaynakların dağılımındaki global ölçekli durum? Sonuç itibariyle, bu dağılım, insana ilişkin çeşitli göstergeler bakımından nasıl bir tablo ortaya çıkarmaktadır ? Daha sonraki bölümlerde ayrıntılı biçimde inceleneceği gibi, bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi ile çeşitli ekonomik ve toplumsal etkenler arasında; örneğin yoksulluk ve kaynakların uluslara ve çeşitli toplumsal gruplara eşitsiz dağılımı arasında önemli derecede belirleyici nitelikte bir ilişki bulunduğu için, bu iki sorunun yanıtlanması böyle bir çalışmanın giriş bölümü çerçevesinde özel bir önem taşımaktadır. Bu nedenle bu bölümde dünyanın toplumsal, ekonomik ve sağlıkla ilgili çeşitli göstergeler bakımından sergilediği tablo en genel hatlarıyla ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır.

I. GELİR, GELİR DAĞILIMI VE YOKSULLUĞUN TABLOSU

Bütün globalleşme söylemlerine karşın dünya ülkeleri geçimlerini oldukça farklı yollardan sağlıyorlar. Yoksul ülkelerde tarımda çalışanların oranı %61; kırsal kesimde tarım dışı faaliyetlerde çalışanlar ile kentte informal sektörde bulunanların oranı %22 ve kentte endüstri ve hizmet sektörlerinde istihdam olanların oranı yalnızca %15. Aynı oranlar zengin ülkeler için ise sırasıyla %4, %27 ve %60. (WB 1995)

Bugün tam 89 ülkede ekonomik koşullar 10 yıl öncesine göre daha olumsuz. Zenginlerle yoksullar arasındaki ekonomik fark giderek derinleşmekte. Sonuçta 1.6 milyar insanın ekonomik durumu 15 yıl öncesine göre daha kötüdür. Olumsuz seyir yalnızca gelişmekte olan ülkeler için değil, gelişmiş kapitalist ülkeler için de geçerlidir. Örneğin Kanada ve Finlandiya nın ekonomik durumu bugün 1980 li yılların gerisindedir. Gelişmekte olan ülkelerin ise 70 inde kişi başına ulusal gelir 1960 ve 70 lerden daha kötüdür. Bun-

ların içinde 19 ülkede (Haiti, Liberya, Nikaragua, Rwanda, Sudan gibi savaş ülkelerine ek olarak, Gana, Venezuala da içinde olmak üzere) kişi başı gelir 1960 lar düzeyinin de gerisindedir. (UNDP 1996)

1970 ile 1990 arasındaki dönemde endüstriyel ücretler yalnızca Doğu Asya daki ihracata yönelik ekonomik politikalar uygulayan ülkelerde artmış, diğer ülkelerde ise ya aynı düzeyde kalmış ya da gerilemiştir. Ücretlerdeki düşme Güney Asya ve Sahra Altı Afrika (SAA) ülkelerinde belirgindir. (WB 1995) Şimdilerde ekonomilerindeki esnekleşmeyle tanımlanan gelişmiş kapitalist ülkeler için de aynı eğilimin geçerli olduğu söylenebilir. Örneğin Avustralya da 1975 ile 1989 arasındaki dönemde yüksek ücretlilerin toplam içindeki oranı hemen hemen aynı kalırken (%7.6 ve %8.8); orta düzeyde ücreti olanların oranı %75 ten %66 ya inmiş; buna karşılık düşük ücretlilerin oranı %17 den %25 e yükselmiştir. (Fields D. 1992: 575) ABD de ise ortalama saatlik ücretler 1973 teki 8.55 Dolar düzeyinden, 1989 da 7.64 ve 1993 te 7.39 Dolara gerilemiştir. (Brodsky MM. 1994:54-58) Bulgaristan, Çekoslovakya, Polonya, Romanya ve Rusya da sistem değişikliğinin daha ilk yılı sonunda gerçek ücretler %18 ile 40 oranında düşmüştür. (WB 1995)

1991 yılında, dünyadaki en yoksul %20 lik nüfus diliminin toplam gelir (GNP) içindeki payı %1.4 iken; aynı grubun global ticarette yalnızca %1 ve global yatırımlarda da %1.3 oranında pay sahibi olduğu görülmektedir. (Haq M. 1992)

Sosyoekonomik nitelikli üç göstergenin (doğuşta beklenen yaşam süresi, kişi başına düşen ulusal gelir ve toplam okullaşma oranı) bileşimi ile oluşturulan İnsani Gelişme İndeksi (İGİ) bakımından da global ölçekte önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. İGİ değeri en az gelişmiş durumdaki ülkelerde 0.336; gelişmekte olan ülkelerde 0.576; Sahra Altı Afrika ülkelerinde 0.380 iken; endüstrileşmiş ülkelerde 0.911 dir. İGİ nin bütün ülkeler için (dünya) ortalama değeri ise 0.764 tür. Kanada 0.960 puanı ile İGİ sıralamasında birinci sırada yer alırken; S.Leone 0.176 ile sonuncudur. (UNDP 1997)

Gelişmekte olan ülkelerin %90 ında sosyal güvenlik sistemi bu-

lunmakla birlikte, bu grup içindeki düşük gelirli ülkelerde emekgücünün ancak %15 i; orta gelirli ülkelerde de %45 i sosyal güvenlik kapsamındadır. (WB 1995) Yani var olan sosyal güvenlik sistemleri son derece yetersizdir.

İşsizlik endüstrileşmiş ülkeler için bile önemli ve artık yapısal olarak kabul edilen bir sorundur. Endüstrileşmiş ülkelerdeki işsiz sayısı 1993 yılı için 35 milyonun üzerindedir. Oran olarak ise bu sayı %8.6 ya denk gelmekte ve bütün bu verilerin gerçeğin çok altında kaldığı da bildirilmektedir. 69 ülkeyi inceleyen bir çalışmanın sonuçlarına göre; 46 ülkede ekonomik büyüme olduğu, ancak bunların %40 ında ekonomik büyümenin işsizlikle birlikte geliştiği saptanmıştır. (UNDP 1996) İmalat sektörü için; ABD de 1981-91 yılları arasında 1.8 milyon, Almanya da yalnızca 1992 yılı içinde 500 bin işçi işsiz kalmıştır. (Rifkin J. 1995: 7) İşsizliğin bugünkü ekonomik yapı içinde yapısallaşmasının iki nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki gelişen teknolojinin emekgücünün yerini alması, diğeri emekgücüne gereksinimi azaltmayı hedefleyen esnek emek örgütlenmesi biçimlerinin özellikle yaygınlaştırılmasıdır. (Campbell M. 1994: 24)

Bütün dünyada, 1960 yılında, en zengin %20 lik nüfus diliminin geliri, en yoksul %20 lik nüfusun gelirinin 30 katı iken; aynı oran 1991 yılında 61; 1994 yılında da 78 kata yükselmiştir. Sonuç olarak, dünyanın en yoksul %20 sinin toplam gelir içindeki payı 1960 daki %2.3 düzeyinden, 1991 de %1.4 e ve 1994 te de %1.1 e gerilemiştir. (UNDP 1997)

Gelişen ülkeler olarak nitelenen grupta yer alan 66 ülkenin 29 unda toplumun en zengin %20 sinin geliri, en yoksul %20 sinin gelirinin 10 katı; 17 sinde 15 katı; 9 unda ise 20 katıdır. Latin Amerika ve Caribbean ülkelerinde nüfusun en zengin %20 sinin geliri kişi başına 17 bin Dolar iken; en yoksul %20 de kişi başı gelir 930 Dolara inmektedir. (UNDP 1997)

En zengin 1 milyon insan ile en fakir bir milyon insanın gelirleri oranı 1960 yılında 75 kat iken, bu oran 1990 ların başında 150 ye çıkmıştır. (Haq M. 1992) Dünyadaki 358 milyarderin geliri, dünya nüfusunun %45 inin toplam gelirinden daha fazladır. (UNDP 1996)

Gelişmekte olan ülkelerde gelir bakımından yoksulluk sınırının altında yaşayanların oranı toplam dünya nüfusunun %21 ini oluşturmaktadır. Yoksullukla başedebilme ölçeği (Capability Powerty Measure) kullanıldığında (bu ölçek şu üç ölçütün bileşiminden oluşmaktadır: 5 yaşından küçüklerdeki düşük kiloluluk oranı, herhangi bir sağlık personelinin yardımı olmaksızın gerçekleştirilen doğumların oranı ve kadınlardaki okuma yazma bilmeyenlerin oranı) yoksulluk oranı daha da yükselerek %37 ye ulaşmaktadır. (UNDP 1996)

Dünya yoksullarının en fazla oranda yığıldıkları bölge Sahra Altı Afrika dır. 2000 yılında bu bölgede yaşayanların en az %50 sinin yoksulluk sınırının altında yaşayacakları tahmin edilmektedir. Latin Amerika, Caribbean ve Sahra Altı Afrika ülkelerindeki yoksulların oranı her geçen gün artmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde bile 100 milyon insan mutlak yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Dünyada 1.3 milyar insan, günde 1 Doların altındaki gelirleriyle mutlak yoksulluk sınırının altındadır. Bu sayı 1987 yılına göre 100 milyon daha fazladır ve artmaya devam etmektedir. 1.3 milyar yoksulun %70 i kadındır. Yoksulların 2/5 i Güney Asya dadır ve Güney Asya halklarının %50 si yoksulluk sınırının altında bir yaşam sürdürmektedir. (UNDP 1997)

Toplam bir milyar insan okuma yazma bilmemektedir ve sağlıklı içme suyundan yoksundur. (UNDP 1997) Yalnızca endüstrileşmiş ülkelerde evsizlerin sayısı 5 milyonun üzerindedir. Son 15 yıl içinde SAA ülkelerinde ilkokula devam eden çocukların oranında azalma olmuştur. (UNDP 1996) Oysa, her yıl askeri harcamalara giden 680 milyar doların yalnızca 3-6 milyarının eğitim sektörüne kaydırılması durumunda, dünyadaki cehalet sorununun ortadan kaldırılması olanaklı olabilecektir. (UNICEF 1997)

Son 10 yıl içinde dünya ticaretinin toplam toplumsal üretime (GDP) oranında bir artış gözlenmektedir. Ancak dünya nüfusunun 1 milyarını oluşturan 44 gelişmekte olan ülkede tam tersi bir gelişme ortaya çıkmıştır. Toplam nüfusun yaklaşık %20 sini oluşturan bu ülkelerin global ticaretteki payı binde 3 tür ve 20 yıl öncekinin ancak yarısı kadardır. UNDP bunun nedeninin, uluslararası ticare-

tin yoksul ülkeler aleyhine işleyen kuralları olduğu tespitini yapmaktadır. (UNDP 1997)

18 yaşından küçük 15 milyon Amerikan çocuğu (toplamın %22 si) mutlak yoksulluk sınırının altında bir yaşam sürdürmektedir. Oran beyaz çocuklar arasında %17 iken, Afrika kökenlilerde %47 ye, İspanyol kökenlilerde de %40'a yükselmektedir. (Sells CW., Blum RW. 1996: 513)

II. DÜNYADA SAĞLIĞIN DURUMU: YİNE EŞİTSİZLİKLERLE TANIMLI BİR GELİŞME

Bir önceki bölümde tanımlanan ve vehameti sayısal verilerle ancak kısmen anlaşılabilen eşitsizlikçi sosyoekonomik düzenin, kendi olumsuz etkilerini sağlık alanına da uzatması kaçınılmazdır. Nitekim, bir bin yıl dönemecinde, eşitsizlik olgusu sağlıkta da halen en önemli sorunlardan birisi, belki de başlıcası olmaya devam ediyor. Hattâ en gelişmiş ler sınıfındaki Batılı ülkelerde bile, genel olarak toplumsal sağlık düzeyindeki gözle görülür yükselmeye karşın, çeşitli toplumsal gruplar arasındaki eşitsizlikler varlığını sürdürüyor. Öte yandan dünya ülkeleri ve daha kaba bir söylemle dünyanın Kuzey i ile Güney i arasında eskiden beri var olan sağlık eşitsizlikleri de artıyor.

Eşitsizlik sorunu, şüphesiz ki sağlıktaki gelişmeleri göz ardı ettiremez. Örneğin bundan yarım yüzyıl önce insanların çoğu 50 yaşlarına ulaşamadan ölmekteydiler. Bugün ise bu süre ortalama 65 yıla ulaşmıştır. Ancak bu gerçek, herkesin bu olumlu gelişmeden eşit şekilde yararlandığı anlamını taşımamaktadır ve asıl sorun da buradadır. Bu çelişkili durumun kendisi bugün sosyoekonomik kökenli bir sağlık sorunu olarak ortada durmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pek çok ülkede uzayan yaşamın, insanların önemli kısmı için yoksulluk ve yetiyitikliği (disability) içinde geçirildiği saptamasını yapmaktadır. (WHO 1997) Yine DSÖ ye göre bunun nedeni, sağlığın sosyoekonomik koşullardan artan biçimde etkilenmesi ve insanların bu koşullar üzerindeki kontrolünün giderek zayıfla-

masıdır. Bu paradoks eğilim zenginlerle yoksullar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin belirginleşmesine yol açmaktadır.

Dünya nüfusunun önemli kısmını oluşturan yoksul ve gelişmekte olan ülkelerdeki asıl sağlık sorunu bulaşıcı hastalıklardır. Yılda 17 milyon insan bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Ölümlerin hemen tamamı gelişmekte olan ülkelerdedir. Gelişmekte olan ülkelerde toplam ölümlerin %43 ü enfeksiyöz ve paraziter hastalıklara bağlıdır. Buna karşılık sağlıktaki kaynakları asıl olarak kullanan ve yönlendiren zengin ülkelerin sorunu ise bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Global ölçekte bakıldığında, bu durum sağlık kaynaklarının bulaşıcı olmayan hastalıklara yönlendirilmesine yol açmakta, bu tercih de yoksulların durumunu daha da olumsuzlaştıran bir işlev görmektedir. (WHO 1997) Dikkat edelim bu süreç yoksulların dışlandığı bir açmazdır. Açmaz insanlık adınadır ve zenginleri pek de ilgilendirmemektedir.

Gelişmekte olan ülkelerdeki yıllık 12 milyon (5 yaşından küçük) çocuk ölümünün 9 milyonu enfeksiyöz hastalıklara bağlıdır ve bunların da en az %25 i (2.25 milyon) aşıyla korunulabilir hastalıklardır. (WHO 1996) 12 milyon sayısı İsveç ve Norveç in toplam nüfuslarına eşittir. İrlanda ve Yeni Zelanda nüfuslarının üç katıdır. DSÖ, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık ve sosyal ortam koşullarının gelişmiş ülkelere eşit olması durumunda 12 milyon çocuk ölümünün 366 bine ineceğini belirtmektedir. (WHO 1995) Sağlıktaki eşitsizliğin boyutları bu derecededir.

Gelişmiş kapitalist ülkelerdeki bebek ölüm hızı (BÖH) binde 6.9 iken, en az gelişmiş durumdaki ülkelerin hızı binde 106.2 dir. Afrika daki ölümlerin en az %40'ı 5 yaşından önce olmaktadır. (WHO 1996)

Gelişmekte olan ülkelerde 1995 yılında, tam 5 milyon bebek bir ayını, 3 milyon bebek de yaşamının ilk haftasını dolduramadan ölmüştür. (WHO 1995 ve 1997) İlk ay içindeki bebek ölümlerinin %98 i gelişmekte olan ülkelerdedir. Bebek ölüm nedenleri içinde %19 arlık payla akut solunum yolları enfeksiyonları ve ishal ilk sıradadır. Enfeksiyon hastalıklarının toplam oranı ise %50 dir. (UNICEF 1997) Ölümlerin arkasındaki temel nedene bakıldığında ise,

malnütrisyonun %55 oranında ilk sırada yer aldığı görülmektedir. (UNICEF 1998: 11)

ABD de 13 milyondan fazla çocuk, yani 12 yaşından küçük her dört çocuktan birisi gereksinim duyduğu besinleri alamamaktadır. Bu ülkede, çocukların %20 si yoksulluk içinde yaşamaktadır. Bu oran, diğer sanayileşmiş ülkelerdekinin 2 katıdır. Birleşik Krallık taki yoksul ailelerin çocukları beslenmeyle ilgili sağlık risklerine maruzdurlar. Eski sosyalist ülkelerin piyasa ekonomisine yönelmeleri beslenmeyle ilgili pek çok sorun yaratmıştır. Rusya Federasyonu nda 2 yaşından küçüklerdeki kısalık oranı 1992 de %2 iken, 1994 te %15 e yükselmiştir. (UNICEF 1998)

Akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı çocuk ölüm sayısı yıllık 2 milyondur ve sıtma da her 30 saniyede bir, 5 yaşından küçük bir çocuğun canını almaktadır. Sıtma vakalarının %90 ı SAA ülkelerindedir. (UNICEF 1997)

5 yaşından küçük çocuklardaki düşük kiloluluk oranı, geliştirilen bütün sağlık programlarına rağmen 1985 ile 1995 arasındaki 10 yıllık sürede, ancak %34 ten %31 e indirilebilmiştir. Bu oran en az gelişmiş ülkelerde halen %40 düzeyindedir. Bugün SAA ülkelerinde 1990 dakine göre 6.7 milyon daha çok düşük kilolu çocuk bulunmaktadır. (WHO 1996)

Doğuşta beklenen yaşam süresinin en uzun olduğu ülke 79.7 yıl ile Japonya dır. En kısa süre ise 40 yıl ile Sierro Leone ye aittir. Bir başka deyişle Japonya da doğmuş bir bebeğin, Sierro Leone deki akranına göre tam iki kat yaşam umudu vardır. Bugün en az 18 Afrika ülkesinde yaşam umudu 50 nin altındadır. Bu süre, ancak 1955 yılındaki dünya ortalaması kadardır. (WHO 1996) Florida dan, Haiti ye çok kısa bir uçak yolculuğuyla ulaşmak mümkündür, ancak, Haitidekilerin yaşam şansı tam 19 yıl daha kısadır. (WHO 1995)

Difteri, Boğmaca, Tetanoz, Polio, Tüberküloz, Kızamık bağışıklama düzeylerinin dünya ortalaması %80 dir. Afrika ülkelerinde ise oranlar %50 nin altına düşmektedir. (WHO 1996) 31 SAA ülkesinde, 2000 yılında, DBT (Difteri-Boğmaca-Tetanoz) bağışıklama oranının %70 in altına düşeceği; Angola, Orta Afrika Cumhu-

riyeti ve Çad da ise aynı oranın %20 nin altında olacağı tahmin edilmektedir. (UNICEF 1997)

Dünyanın en az gelişmiş ülkelerinden herhangi birisinde doğan bir bebek için yapılacak sağlık harcaması miktarı yıllık 9 Dolar dan daha az iken, zengin ülkelerde doğan bir bebeğin sağlığı için yılda 1540 Dolar para harcanabilmektedir. (WHO 1995)

16 gelişmekte olan ülkede yapılan bir araştırma, bu ülkelerdeki bir kadının, yaşamının herhangi bir anında gebelikle ilgili sorunlardan ölme şansının 1/10 olduğunu göstermektedir. Oysa aynı oran Kanada, İsviçre, Norveç ve İspanya daki gebeler için 1/7300 den azdır. Bir kadının gebelikle ilgili sorunlardan ölme şansı bölgelere göre şu şekildedir: SAA ülkelerinde 1/13; Orta Asya da 1/35; Orta Doğu ve Kuzey Afrika da 1/60; Doğu ve Güney Doğu Asya ile Pasifik ülkelerinde 1/70; Amerika kıtasında 1/215; Avrupa da 1/1400, gelişmekte olan ülkelerde 1/50 ve dünyada 1/60. (UNICEF 1997)

Tablo 1: Gelir gruplarına göre doğuşta beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızı.

(WHO 1995: 7)

Gelir grubu (kişi başı dolar)	Doğuşta beklenen yaşam süresi (Yıl)	Bebek ölüm hızı (Binde)
15000 ve üzeri	70-79	5-26
10000-14999	72-78	7-22
5000-9999	63-77	9-68
1000-4999	51-76	10-93
500-999	45-72	24-133
100-499	43-71	27-158

Gelişmiş ülkelerde işçilerin %20 ile 50 si yeterli işçi sağlığı hizmetlerine sahipken, aynı oran gelişmekte olanlarda ancak %5-10 arasındadır. (WHO 1996)

Sağlıkla ilgili göstergeler bakımından ulusal sınırlar içinde, kır

ve kentsel bölgeler bakımından da önemli eşitsizlikler söz konusudur. Örneğin sağlıklı içme suyu kullanabilen nüfusun kent ve kırdaki oranları sırasıyla, SAA ülkeleri için %79 ve 36; Güney Asya için %85 ve 78; gelişmekte olan ülkeler için %88 ve 61; az gelişmiş ülkeler için %78 ve 48 dir. (UNICEF 1998: 105) Görüldüğü gibi ülke gruplarının ekonomik bakımdan gerilik düzeyleri arttıkça kır ve kent arasındaki eşitsizliğin boyutları da büyümektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşabilen kent ve kır nüfus oranları Arjantin de %77 ve 29; Sierro Leone de ise %90 ve 20 dir. (UNDP 1996)

Dünyadaki toplam sağlık harcamalarının (1991 için 1700 milyar dolar) %90 ını dünya nüfusunun yalnızca 1/6 sının yaşadığı, yüksek gelir grubunda yer alan 22 adet ülke yapmaktadır. Tek başına ABD nin toplam sağlık harcaması içindeki payı %41 dir. Gelişmekte olan ülkelerdeki kişi başı sağlık harcaması, zengin ülkelerin 1/30 u kadardır. (WB 1993: 4)

Yukarıdaki somut veriler iki önemli gerçeğe işaret ediyor: Eşitsizliklerin varlığına, giderek belirginleştiğine ve sağlıktaki eşitsizliklerin gelir durumundaki eşitsizliklerle ve yoksullukla ilişkili olduğuna.

	Sahra Altı Afrika	Orta Doğu Kuzey Afrika	Güney Asya	Doğu Asya Pasifik	Latin Amerika Karayipler	D.Avrupa ve BDT	Sanayi-leşmiş Ülkeler	Gelişmek-ta olan ülkeler	Az gelişmiş ülkeler
GSMH/nüfus(Dolar)	**501**	**1710**	**345**	**1043**	**3271**	**2086**	**25926**	**1101**	**220**
Gelir eşitsizliği	5.3		2	2.7	6.8	2.4	2.2	3.4	2.2
TV/1000 kişi	**26**	**99**	**34**	**156**	**170**	**308**	**623**	**105**	**10**
Çocuk Ölüm Hızı*	170	65	119	54	43	36	7	97	171
Bebek ölüm hızı**	**105**	**50**	**80**	**41**	**35**	**29**	**6**	**66**	**109**
Ana Ölüm Hızı**	980	320	610	210	190	85	13	470	1100
Yaşam umudu(yıl)	**51**	**66**	**61**	**68**	**69**	**68**	**77**	**62**	**51**
Düşük Doğum Ağır(%)	16	11	33	11	10		6	18	23
Sağlıklı içme Suyu kullanımı(%)	**79**	**95**	**85**	**93**	**88**			**88**	**78**
Kızamık aşı(%)	56	86	77	92	78	89	**83**	78	59
Kadın okur yazar(%)	**47**	**47**	**36**	**76**	**85**	**96**	96	**62**	**38**
Kentsel nüfus(%)	32	56	27	33	74	67	**78**	38	23
Enflasyon(%)	**20**	**14**	**10**	**9**	**406**	**139**	3	**141**	**30**
Günde 1 Dolardan az kazananlar(%)	36		47	26	24	4		32	
Sağlık bütçesi(%)	**5**	**6**	**2**	**2**	**5**	**4**	**12**	**4**	5
Askeri bütçe(%)	10	21	16	14	5	10	9	12	**15**

* : Binde
** : Yüzbinde

Bu ilişkilerin, bu sistemin genel adı kapitalizmdir. Ya da kapitalizm, bu sevimsiz, kabul edilemez tablonun esasıdır. Michel Albert isimli Fransız Genel Sigortaları nın başkanı olan zat 1991 de, kapitalizmin bir dünya sistemi olarak rakipsiz kalışından cesaretlenerek kapitalizm gerçekten kazandı (Albert M. 1992) demişti. Şimdilik pratik anlamda doğrudur. Ancak şurası çok önemlidir. Kapitalizm son 20 yıl içinde adım adım kazanırken insanlık kaybetmiştir. Yukarıdaki tablonun sorumluluğunu da artık tek başına üstlenmek zorunda olan kapitalizmin kazanmasını kutsayanların, bu tablo karşısında yüzlerinin kızarıp kızarmadığı ayrı bir konudur. Ancak gerçekleştirilecek eşitlikçi, sömürüsüz değişimin, bir yönüyle de insanlığı(n) yeniden kazanma(sı) meselesi olduğu son derece açıktır. Kapitalizm insanlığa karşı ise, insanlık da kapitalizme karşı olmak zorundadır.

Bütün bu veriler, bir yandan da, sağlıktaki eşitsizlik konusuna biçilen önemin de artarak sürmesine neden oluyor. Oysa gerek toplumların sağlık düzeyleri, gerekse sağlık sistemlerinin verimli işlemesi önünde oluşturduğu potansiyel engeller nedeniyle, sağlıktaki eşitsizlik olgusu daha 1970 lerin ortalarından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştı. Bu anlamda hem 1978 Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) felsefesinde, hem de 1984 Avrupa bölgesi Herkes İçin Sağlık (HİS) hedefleri içinde eşitsizliğe özel bir vurgu yapıldığını görüyoruz.

1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Deklarasyonu, 2. maddesinde, sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan büyük eşitsizlik durumunu gerek politik, gerek sosyal ve gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak vurgulamıştı. (Tarimo E., Webster EG. 1994: 107) 2000 yılında HİS anlayışı doğrultusunda Avrupa bölgesi hedefleri belirlenirken ise herkes için sağlığın eşitlik demek olduğu vurgusu yapılmış ve birinci hedef 2000 yılına kadar dezavantajlı durumdaki devletler ile grupların sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler arasındaki ve ülke içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıkları 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmalıdır şeklinde saptanmıştı. (WHO 1985: 24)

Şimdi eşitsizliklerin derinleşerek varlığını sürdürüşü, 1970 lerin sonlarında uluslararası düzeyde başlatılan ve yalnızca sağlık sektöründe sınırlı kalmaması gerektiği ısrarla vurgulanan çabaların başarısızlığının ya da yetersizliğinin kanıtı olarak da kabul edilebilir. Konuyu halen önemli kılan noktalardan bir diğeri de budur. Bütün dünyada genel sağlık düzeyinde artış olmasına karşın, gelişme daha çok, durumları eskiden beri daha iyi olan, bir başka deyişle daha avantajlı ülkelerde ya da gruplarda olmaktadır. Tersten ifade edersek, avantajsız konumdaki ülke ve grupların avantajsızlıkları (derinleşerek) sürmektedir.

Yıllar önce belirlenmiş savaşım stratejilerinin ulusal hükümetlerce uygulanması aşamasında, hükümetlerin ortaya koydukları düşük performansın ve hattâ açık karşı tutumun, eşitsizliklerin derinleşerek sürmesinin başlıca nedeni olduğu belirtilmektedir. (Tarimo E., Webster EG. 1994) Sürecin bu yönü de sorunu önemli kılan noktalardan birisidir ve kelimenin gerçek anlamıyla politika düzeyine ilişkindir.

Bütün bunların ötesinde sağlıktaki eşitsizlik olgusu gerek temel insani değerler, gerekse sağlık sisteminin olması gerekli politikaları bakımından kabul edilebilir bir durum değildir. Bu da derinleşerek süren eşitsizliği önemli kılan bir başka nokta olarak saptanabilir.

Sağlıktaki eşitsizlik konusunu önemli kılan sonuncu nokta olarak, sağlıktaki eşitsizliklerin esasen, arka plandaki daha geniş boyutlu ekonomik, sosyal, politik eşitsizlikçi tercihlerin bir göstergesi olduğunu eklemek gerekir. Bu anlamda eğer bir başarısızlıktan söz edilecekse, bu yalnızca sağlık sistemine ve bu sistem içindeki uygulamalara değil, toplumsal sistemin doğrudan kendisine ilişkin olmalıdır. Çünkü sağlık sisteminin yapı ve uygulama tarzını belirleyen unsur, onu da içine alan toplumsal sistem bütünlüğüdür. Dolayısıyla sağlık eşitsizlikleri, eşitlikçi bir dünyanın özlemini duyanlar açısından, sorunları daha bütünlüklü bir çerçeve içine oturtabilmek çabasının somut başlangıç noktası da olabilir. Nitekim işte bu nedenle, sağlıktaki eşitsizlikler; ölçüm, tanım ve yorumlama boyutlarında giderek daha fazla oranda ekonomi biliminin de ilgi ve inceleme alanı içine girmektedir. (Pereira J. 1990)

Bu çalışma konuya böylesine büyük bir önem ve işlev atfetmektedir. Sağlıkta eşitsizlik konusundaki kavramsal çerçeve, konuyla ilgili kavram karmaşalarının netleştirilmesi; eşitsizliği ortaya çıkaran temel nedenler ve sağlığın belirleyicileri; eşitsizlik olgusunun nasıl ölçüleceği ve izleneceği; çeşitli sosyoekonomik etkenlerle çeşitli sağlık göstergeleri arasında uluslararası literatürde saptanmış ilişkiler; eşitsizlikle teknik anlamdaki savaşım stratejileri ve nihayet eşitlik üzerine tartışma. Bunlar, sırasıyla kitabın ileriki bölümlerinin içeriğini oluşturacaktır. Tüm bu akış içinde, esasen sorunun asıl belirleyicisi olarak düşünülen toplumsal sisteme ise yalnızca bazı girdiler göndermekle yetinilecektir.

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIĞIN TANIMI
YA DA NEYİN EŞİTSİZLİĞİNİ ÖLÇÜYORUZ ?

Başlığı sağlıkta eşitsizlikler olan bir çalışma içinde böyle bir sorunun sorulması ilk bakışta anlamsız görünebilir. Öte yandan DSÖ nün 2. Dünya Savaşı nın hemen sonrasında sağlık için oldukça kapsamlı bir tanım yapmış olması bu bölümün başlığındaki soruya iyiden iyiye gereksiz bir görüntü de verebilir.

Oysa sağlık kavramının tanımlanması yıllar boyu hep bir sorun olagelmiştir. DSÖ nün tanımına kadar sağlık hep ölüm ve hastalık gibi, sürece negatif yönden yaklaşan parametrelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. (Hansluwka HE. 1985: 1208; Badura B., Kickbusch I. 1991: 103) Hep kısıtlı olduğu vurgulanan, ancak uzun bir dönem boyunca, içindeki bu kısıtlılık aşılamayan böyle bir tanıma bağlı kalınmasının iki temel pratik nedeni bulunmaktadır: a) Ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık, b) Sağlığı pozitif yönden tanımlayabilecek, ölçülebilir nitelikteki pozitif göstergelerin bir türlü saptanamamış olması.

Oysa, genel olarak kabul edildiği gibi, herhangi bir olgunun kendi zıtlarıyla değil de, kendisi olan unsurlarla tanımlanması, o olgunun belirlenmesi bakımından daha geçerli bir yaklaşımdır. Öte yandan özellikle 2. Dünya Savaşı ndan sonraki dönemde, ortalama insan ömründeki hızlı ve dikkate değer derecedeki uzama, sağlık olgusunun tanımlanması ve ölçülmesinde, ne denli objektif ve kesin olsalar da ölüm göstergelerinin geçerliliğini azaltmıştır. İnsan

ömründeki uzama, uzayan yaşamda ölüm ve hattâ hastalık dışı olguların belirleyiciliğinin/öneminin artması tanım içinde bu tür olgulara yer verilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Sağlık üzerinde çeşitli sosyal ve ekonomik olayların etkisinin giderek yadsınamayacak bir boyut kazanması da, böyle, daha pozitif ve geniş kapsamlı bir tanıma olan gereksinimi artırmıştır.

Abelin sağlığı pozitif yönden ölçen göstergelere olan gereksinimin arkasında şu iki gelişmenin yattığını belirtmektedir (Abelin T. 1986: 358): a) Sağlık, fiziksel ve sosyal etkenlerle ilişki içindeki, biyolojik ve mental işlevler bütünüdür. Yalnızca hastalık ve ölüm ile sağlığın tanımlanması olanaklı değildir. b) Artık sağlığın korunmasının ötesinde, sağlığın geliştirilmesinden de söz edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesi ise hastalıkların kontrolunun ve önlenmesinin ötesinde, genel olarak sağlıkla ilgili kaynakların güçlendirilmesini gerektirmektedir. Bu gereklilik de, sağlığın biyolojik bir çerçeve dışında daha sosyal bir ilişkiler bütünü içinde tanımlanmasını zorunlu kılar.

Bütün bunlardan anlaşılması gereken şey en özlü biçimde şu şekilde ifade edilebilir: Ölüm ve hastalık bir sağlık göstergesi olsalar da, ancak sonuca ilişkindirler. O noktaya gelinceye kadar yaşananların belirlenmesi ve bunlar üzerinden sağlık tanımı yapılması, özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan gereksinim olmuştur.

Sağlık tanımına ve bu tanımın ölüm, hastalık gibi sonuçlarla ilişkisine ve hastalık tanımlarına yaklaşımdaki bu değişiklik esasen gerçeklik ile bilim arasındaki ilişkinin gelişmesiyle de ilgilidir. Lafaille (1995: 35-39) sağlık bilimlerinin gelişimini bu ilişkiyi gözeterek dört aşamada ele alır. Buna göre sağlık bilimlerindeki gelişme; yalnızca birey olarak insanın merkeze alındığı bir görüş açısından, sosyal ilişkilerin ve bütün olarak toplumun merkeze alındığı bir aşamaya doğru olmuştur. Böylece sağlık bilimlerinin sağlık olgusuna yaklaşımı da birey olarak insanla ve yalnızca hastalık olgusuyla sınırlı olan son derece mekanik ve tıbbi olan evreden, daha diyalektik ve toplumcu bir evreye doğru değişmiştir. Bu nedenle Lafaille bu evrelerden ilkine Biomedikal, bütün kültürel ortamın

etkilerini dikkate alan sonuncusuna ise Biokültürel Paradigma adını vermektedir.

Noack (1987: 8) ise biomedikal paradigmanın tıbbi sınırlılıklarını aşan ve sağlık, hastalık olgularıyla sosyoekonomik ve sosyokültürel etkenler arasında doğrudan ilişki kuran bu aşamayı Sosyomedikal Paradigma olarak adlandırmaktadır. Bu ilişki özellikle kapitalizmin ilk yıllarında yoksulluğun belirgin, yaşam koşullarının ise kötü olduğu bölgelerde ölüm hızlarının yüksekliğinin saptanmasıyla ortaya çıkarılmıştır. Yoksulluk ve kötü yaşam ve çalışma koşullarının birey düzeyindeki sağlığı bozucu etkisi, aşırı fiziksel ve psikososyal stres yaratmasından kaynaklanmaktadır.

Bu anlamda, DSÖ nün fiziksel, mental ve sosyal tam iyilik halini vurgulayan (sağlık yalnızca hastalıkların olmayışı değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam iyilik halidir şeklindeki) tanımı (1948), önceki tanımdaki bu sınırlılıkları aşma yönündeki bir çaba olarak değerlendirilebilir. Sağlık bilimlerinde ortaya çıkan eğilimle de uyum gösterir. Bu tanımın öncekini aşan bir yönü daha bulunmaktadır. Önceki tanım salt biyolojik ve tıbbi parametrelerle sağlığı tanımlarken, yenisinde sağlığı belirlediği düşünülen pek çok dışsal, toplumsal etkeni de değerlendirme kapsamına almaya kapı aralayan bir perspektif bulunmaktadır. Bunun da ötesinde bu yaklaşım; sağlık tanımını profesyonel sağlıkçıların belirleyici olduğu alandan çıkaran ve onu bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileştikleri, daha dinamik ve kapsamlı bir düzeye yönelten bir potansiyele de sahiptir. Özellikle sosyal iyilik hali vurgusunun toplumsal, politik ilişkileri sağlık kavramı içine çeken güçlü bir yönü bulunmaktadır. Tanımdaki bu çekim gücünün, her türlü sınırlılık ve yetersizliğin ötesinde, eşitsizlikleri ortadan kaldıracak politikaların belirlenmesi bakımından oldukça bilimsel ve avantajlı bir ortam yarattığını kabul etmek durumundayız.

O zamana dek sağlık geleneksel olarak hastalık yokluğu ile tanımlanırken; üç boyutlu tanımı ile ideal bir durum, fiziksel ve mental zindelik (fitness), bireysel güç ve yeterlilik, bireysel potansiyelin temeli olarak görülmeye başlanmıştır. (Ferreira PL. 1995: 11)

Bu tanımla ilgili olarak dile getirilmesi gereken ve yukarıda sı-

nırlılık ve yetersizlik şeklinde söz edilen sorunlar da burada başlamaktadır. Hansluwka nın da belirlediği gibi tanım daha yapıldığı anda bir dizi ciddi tartışmayı da başlatmıştır. Tartışma bu kez, tanımın, tam iyilik hali gibi pozitif bir yöne vurgu yaparken, tanımlamaya yöneldiği olguyla ilgili olarak yarattığı ciddi belirsizlik ortamı ile ilgilidir. (Hansluwka HE, 1985: 1208) Öyle ya nedir tam iyilik hali ve nasıl ölçülebilir ya da dünyada böyle bir durumun bilinen bir örneği var mıdır ? Görülebildiği gibi sağlık tanımındaki yeni yaklaşıma yönelik eleştiriler, tanımlanmaya çalışılan kavramlardaki belirsizlik ve bunun sonucunda ortaya çıkan işlevsel olmama gibi iki temel noktada toplanmaktadır. Örneğin Moriyama DSÖ nün tanımının bir ideal ve slogan olarak hizmet görebileceğini, ancak başarılacak bir amaç olamayacağını belirtmiştir. Çünkü çeşitli terimlerin tatmin edici işlevsel tanımları yapılmaksızın, herhangi bir toplumun sağlıklılığa ulaşıp ulaşmadığının belirlenmesi olanaksız olacaktır. Bonnevie ye göre ise DSÖ nün tanımı oldukça subjektiftir ve bu tanımda neyin ne olduğu belirsizdir. (Hansluwka HE. 1985) Bu noktada bağlantılı olarak şu da eklenebilir: Sağlık eğer sürekli gelişen bir olgu ise ve sağlığı geliştirmek hedefi hep söz konusu olacaksa; tam iyilik hali önermesi ulaşılması olanaksız, gerçek dışı ve metafizik bir kavram olarak kalacaktır. Bütün bunlara bir de, aynı belirsizliğin, sağlıksız durum ve ortamla savaşım konusundaki stratejilerde de bir belirsizlik yaratabileceği riskini ekleyebiliriz. Yani belirsizlik yalnızca sağlığın ölçülmesinde değil, sağlıkta eşitlik için savaşımda da söz konusu olabilecektir. Savaşımdaki belirsizlik de, politik inisiyatifsizlikle sonuçlanabileceği için son derece riskli bir ortam yaratacaktır.

Ancak bütün bu eleştirilere bakarak yeni kavramsal yaklaşımın öneminin de yadsınmaması gerekir. Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlığı daha geniş bir çerçeve içinde ve yaşamdaki sosyoekonomik, politik ilişkilerle birlikte ele alan bu tanım, esasen yeni tür bir yaklaşımın göstergesidir.

Bu nedenle bu noktada, çok kısaca, olaya pozitif yönden yaklaşan çabaların ve bu çabaların ortaya çıkardığı yeni sorun ve çalışma alanlarının önemine ilişkin bir kaç noktanın altının çizilmesinde yarar olacaktır. Birincisi bireysel sağlık, bireyin içinde yaşadığı

yakın ve uzak toplumsal çevrenin ilişkilerinden, bu ilişkilerin oluşturduğu yapıdan doğrudan etkilenen bir olgu/durumdur. Tabii bunun tersi de doğrudur. Yani birey de hem yakın hem de uzak çevresini etkiler. Gözden kaçırılmamalıdır ki, birey kendisine dışsal olan toplumsal ortamı, ancak onun içindeki bir unsur olarak etkileyebilir. Bu nedenle toplumsal dışsallığın bireysel sağlık üzerindeki belirleyiciliğini kabul etmek akla yakın görünmektedir.

İkincisi, ilk noktayla bağlantılı olarak, bireyi etkileyen toplumsal ilişkiler yapısının da sağlıklı ve olması gerekli niteliklerinin belirlenmesine gereksinim vardır. Yani nedir sağlıklı birey için gerekli olan toplumsal, ekonomik, politik ilişkilerin özellikleri ? Zor görünse de, bu sorunun yanıtı mutlaka verilmelidir.

Üçüncüsü, bu durumda, doğal olarak sağlık durumuyla ilgili standartlar salt bireye değil, topluma, toplumsal ilişkilere ilişkin olarak da belirlenmek durumundadır. Bu da, bireyin ve toplumun sağlık düzeylerinin saptanmasına/izlenmesine yarayacak göstergelerin dışında; çevresel, toplumsal, ekonomik, politik koşullardaki değişimi, bu koşullardaki sağlıklılığı ölçmeye yarayacak göstergelerin de geliştirilmesinin zorunluluğunu göstermektedir.

Dördüncüsü, sağlıkla ilgili bütün çabalar bireyle toplumun harmonisini sağlamaya yönelmelidir. Çünkü aksi taktirde, bireylerin kendilerini özgürce ifade edip gelişebilecekleri toplumsallığı oluşturabilmek olanaksız olacaktır. Sözü edilen harmoninin bireysel yetenekler ve toplumsal gereksinimler ilişkisi içinde sağlanabileceğini önerebiliriz. Yani toplum bireysel yetenekleri engelsiz geliştirici bir ilişki yapısına, birey de toplumun ortak gereksinimlerine katkıda bulunmayı benimseyen bir psikolojik, toplumsal edime sahip olmalıdır. Zaten bireyin, bir birey olarak toplumsallaşmasının yolu da böyle bir edime sahip olma süreci olacaktır. Bu durumda, toplumsal sağlıklılığı belirleyebilmek için, toplumun, içindeki bütün bireylerin yeteneklerini istisnasız geliştirmeyi, bunun için gerekli olan gereksinimleri karşılamayı gözeten bir ilişkiler ağına sahip olması; bireyin ise kendisini hümaniter ve toplumcu değerlerle anlamlandırabilmesi gerekir. Dolayısıyla, bugünün dünyasında toplumsal iyilik halinin en iyi göstergesi olarak, eşitlikçi yapılanma

ele alınabilir. Bir diğer deyişle, toplumsal örgütlenme ne kadar eşitlikçi ise, bireylerin yeteneklerini geliştirmek ve gereksinimlerini karşılamak bakımından o kadar uygun bir ortam sağlayacaktır. Bireylerin ise, koşullar ne olursa olsun, hümaniter ve toplumcu bir psikolojik yapıda olmaları beklenmelidir. Buradaki koşullar ne olursa olsun vurgusu önemlidir. Yani bireyle toplumun uyumlu ilişkisi bakımından, bireyin kendisini ortak çıkarlarla anlamlandırmasının zorunluluğu vardır. Aksi halde ortaya yeni bir belirsizlik durumu çıkacaktır. Kanımızca psikolojik ve toplumsal sağlığın en objektif belirleyicileri bu ölçütler olacaktır. Bunun dışındaki her tür sapma tam bir kurtlar sofrası olur. Kanıtı da günümüz kapitalist ilişkileridir.

Ve nihayet, beşinci olarak, Abelin (1986: 353) tarafından da vurgulandığı gibi, gerek sağlık durumunun kendisi, gerekse bu durumu geliştirmeye yönelik tüm çabalar aslında bir sürece işaret ederler. Yani zaman içinde hem bireyin yeteneklerine ilişkin beklentiler, hem de toplumsal gereksinimler değişime uğrar.

Şüphesiz sağlık kavramıyla ilgili olarak sözü edilen bu süreç olma özelliğini değerlendirmenin en geçerli yolu, sonuçların zaman içinde karşılaştırılmasıdır. Bu anlamda sağlık sonuçlarının ölçülmesi çabası değerlendirici (evaluative) bir süreçtir ve kabaca Dün ile Bugün ün kıyaslanması anlamına gelir. (Mennerat F. 1995: 31)

Burada önemli olan, değişimin hep pozitif, eşitlikçi yönde ve bir noktadan sonra da eşitlikçiliğin ötesinde bireylerin gereksinimlerini dikkate alabilen bir düzeyi yakalamış olması gerektiğidir. Örneğin, toplumun hiç bir zaman, belli bir azınlık grubun dar çıkarı adına, geniş kesimlerin yoksulluk içinde yaşamasına göz yumması beklenemez ve bu bağlamdaki eşitlikçi yaklaşım son derece objektif, ölçülebilir, uğruna savaşım verilebilir bir hedeftir.

Eşitsizlikçi bir toplumsal yapılanma aynı anda iki önemli anlamı ifade edecektir: Bir yandan eşitsizliklerin dezavantajını yaşayan birey ve grupların yeteneklerinin körelmesi durumu söz konusudur. Öte yandan ise en azından, gündelik eylemleriyle eşitsizliklerin yeniden üretilmesine objektif olarak katkıda bulunan bireyler de insani değerlerden uzaklaşırlar. Bu anlamda eşitlikçi bir toplumsal ya-

pılanma hem psikolojik, hem de toplumsal iyilik hallerini somut olarak ifade eden bir durumdur. Dolayısıyla önemli olan ve yapılması gereken; herkesin yeteneğinin, herkesin gereksiniminin karşılandığı bir ortamda geliştirilmesidir. (Bu genel görüşler için bkz. Belek İ. Ve diğ. 1992: 15-20) Böylece tam iyilik hali kavramı açısından da belli bir netlik düzeyi yakalanmış olmaktadır. Tam iyilik hali kavramı sağlık olgusunu bir süreç olarak kavratmak konusunda bir kanal açmıştır. Eğer bu kanal, bireysel yetenekler ile toplumsal gereksinimler arasındaki optimum denge noktası/harmonisi olarak kavranırsa; tam iyilik hali ndeki belirsizlik önemli ölçüde giderilmiş ve somut bir hedef olarak da belirlenmiş olacaktır. Bu hedef, o günün bilimsel, teknik olanaklarıyla ulaşılabilir en üretken noktada, eşitlikçi toplumsal yapılanma biçiminde somutlanabilir.

Bach ve Rioux, özellikle eşitlik ile sosyal iyilik hali arasındaki doğrudan ilişkinin önemine değinmişlerdir. (Bach M., Rioux MH. 1996: 67) Yazarlara göre eşitlik ve demokratizasyon sosyal iyilik halinin iki merkezi elementidir. Bunlardan eşitlik bireylerin her tür sosyal ve ekonomik yoksunluktan özgürleşmelerini ve kendi öz gelişimlerini sağlayacak her tür olanak için eşit ulaşım hakkına sahip olmalarını anlatmaktadır. Öte yandan demokratizasyon toplumsal gereksinimler için alınacak kararlarda herkesin bilgi ve söz sahibi olabilmesidir. Görüldüğü gibi bu iki kavram, yukarıdaki paragrafta sözü edilen bireysel yetenekler ile toplumsal gereksinimler arasındaki ilişkinin biçimini belirleyen etkenler olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlığın üç boyutlu yapısındaki ilk boyut olan fizyolojik iyilik hali bir organ ve organizma için söz konusu edilebilir. Fizyolojik boyut beklenen fizyolojik işlevin tam olarak yerine getirildiği nokta ile, işlevin sıfırlandığı nokta arasındaki çizginin herhangi bir yerinde işaretlenebilir. Tam işlevi herhangi bir nedenle yerine getirememe işlev bozukluğu (disfunction) olarak tanımlanır ve bu durum çeşitli teknolojiler aracılığıyla objektif olarak ölçülebilir (kan basıncı, kilo gibi). Psikolojik sağlık öz değerlendirme (self-assessment) ile gerçeklik arasındaki dengeye bağlı olarak ortaya çıkar. Burada bireyin genel olarak içinde bulunduğu çevresel ortam karşısında, kendisini bu ortamı denetleyebilen unsurlardan birisi ola-

rak görebilmesi önemlidir. Eğer ekonomik, politik bileşenleri de olan çevresel ortam, birey için bilinemez, denetlenemez, değiştirilemez, yönlendirilemez olarak algılanıyorsa, sonuç sıkıntı, stress, yabancılaşma olacaktır. Ancak tersi durumda birey kendisini psikolojik bakımdan rahat ve iyi hissedecektir. İşte bu algılama durumu, ancak, bireyin kendisi tarafından ölçülebilir niteliktedir ve bu özelliğiyle de fiziksel sağlığın dışarıdan profesyonel birisi tarafından ölçülebilir olan objektif niteliğinden ayrılmaktadır. Bu nedenle psikolojik sağlık subjektif değerlendirmeye olanak tanıyan araçların kullanılmasını gerektirmektedir. Sosyal boyut ise ancak toplumsal ilişkiler içinde ve toplum gözünden bakışla değerlendirilebilir. Bir bireyin sosyal bakımdan kendisinden beklenen hümaniter, toplumcu, kolektif rolleri yerine getirememesi sosyal iyilik halinin bozukluğunun göstergesidir. Öte yandan politik/toplumsal örgütlenmenin bizzat kendisinin de bireyleri bu tür rolleri yerine getirmekten alıkoyabildiğini, hatta tam tersi rolleri benimsetebildiğini görebilmekteyiz. Yine kapitalist üretim ilişkilerinin yaptığı budur.

Buradan şöyle bir sonuca ulaşabiliriz: Fiziksel sağlık daha çok profesyonel sağlıkçı tarafından ve tamamen objektif olarak; psikolojik sağlık da bireyin kendisince subjektif olarak değerlendirilmektedir. Psikolojik sağlıktaki subjektivite, toplumdaki bütün bireylere uygulanabilir ve bütün bireylerden standart veri almaya yarayan ölçeklerle giderilebilmekte/oljektifiye edilebilmektedir. Sosyal sağlık (ya da iyilik hali) ise değerlendirenin (ya da ölçeğin) toplumsal/politik konumlanışıyla yakından ilintilidir. Çünkü örneğin kapitalist bakış açısıyla bireylerden beklenen rol; birey eğer bir işçi ise kendisine verilen ücretle yetinmesi ve sermaye sahibi için üretmesidir. Genel olarak ise rekabetçi bir ortamda bireylerin birbirlerine üstünlük sağlamaları beklenir. Bu durumda ekonomik roller ile temel hümaniter rollerin sıklıkla birbirleriyle çatıştığı da olur. Nitekim bu nedenle (emeğin çok yönlülüğüne, dayanışmacılığına, kolektifliğine, yaratıcılığına dayanan) temel hümaniter değerler rekabetçi piyasa mantığını reddedecek ve işçinin sermayeye bağımlılığı karşısında eşitlikçi, kolektif rol, değer ve yapılanmayı savunacaktır. Böylece eşitlikçi bir yaklaşımın, bugünkü kapitalist

ilişkiler ortamının pek çok rolüyle çeliştiğini ve kapitalist üretim ilişkilerinin bireylerin sosyal iyilik hallerini bozan bir yapıya sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Kısaca kapitalist bakış açısı, bireylerin, kendilerine biçilen sıradan, rutin, sıkıcı, düşük ücretli ekonomik rollere ve bu rolleri dayatan toplumsal/sınıfsal ilişkilere sezsizce boyun eğişlerini, beklenen sosyal roller yerine getiriliyor diyerek sosyal iyilik hali olarak tanımlayabilir. Gerçekte ise bunun böyle olmadığı açıktır. Bu durumda toplumsal ilişkilere iyi diyebilmemiz için eşitlikçi olmaları gerekir. Bireyler ise sosyal açıdan iyi olabilmek için eşitlikçi bir toplumsal/politik perspektifle donanmış, hatta o yönde hareketlenmiş olmalıdırlar. Dolayısıyla sağlık konusu bu noktada politika ve toplumsal psikoloji ile kaçınılmaz biçimde temas eder.

Ferreira yukarıdaki paragrafta sözü edilen ilişkileri, normal ve bozulma durumlarını gösterecek şekilde üç eksenli bir şema üzerinde şematize etmiştir. Buna göre sağlığın her üç boyutu için de normal ve bozulma durumlarını tanımlayan kavramlar ortaya çıkmaktadır. İngilizce de sağlığın fiziksel boyutundaki bozulma durumu disease ; psikolojik boyuttaki bozulma illness , sosyal boyuttaki bozulma sickness olarak tanımlanmakta (Ferreira PL. 1995: 18) ve her üç kavram Türkçe de hastalık kavramı ile karşılanmaktadır.

Tam iyilik hali önerisi eşitlikçi bir hedefle önemli oranda somutlanabilir. Ek olarak, fiziksel, mental ve sosyal iyilik halleri için de pekala bir takım ölçütler belirlenebilir. Fiziksel ve mental sağlık için daha kolay olan böyle bir çaba, sosyal sağlık için toplumun bütün ekonomik, politik ilişkilerinin göz önüne alınmasını ve toplumsal olarak kesinlikle eşitlikçi bir perspektifin belirlenmesini gerektirdiğini gördük. Ancak Abelin bu radikal değişikliğin tek doğru olmadığını belirtmektedir. Bunun tersi de geçerlidir. Yani sağlığın geliştirilmesi yönünde yapılacak etkinlikler, yoksulluk, bilgisizlik, politik yetersizlikler gibi daha geniş kapsamlı sorunların aşılmasında da etkili olabilecektir. (Abelin T. 1987: 44)

Dolayısıyla sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım, genel kapsamlı toplumsal değişim yönünde verilen toplumsal, politik savaşıma pekala olumlu/besleyici girdilerde bulunabilir. Yani sağlıktaki eşitsiz-

liklerin azaltılması için geliştirilecek teorik donanım ile taktik ve stratejiler diğer alanlar için de örnek oluşturabilir. Elde edilecek kazanımlar eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını hedefleyenleri motive edebilir. Burada gözden kaçırılmaması gereken nokta, eşitsizliklerdeki kesin çözümün, ancak genel toplumsal değişimle olanaklı olabileceği gerçeğidir.

Bütün bu karşılıklı ilişkiler içinde, toplumsal sağlıktaki değişim sürecinin izlenmesi bakımından sağlığın ölçülmesi özel bir önem taşımaktadır. Özellikle 1980 lerden itibaren sağlık olgusunun kavramlaştırılmasında ve ölçülmesinde ciddi bir çabanın varlığı izlenmektedir. Bir anlamda, bu konudaki bütün akademik ve bilimsel çabalar, DSÖ nün de katkısıyla, DSÖ nün sağlık tanımı için yukarıda belirlenen belirsizlik, tanımsızlık ve ölçülemezlik gibi sorunlarının aşılmasına yönlendirilmiş durumdadır. Bu çabalar bir yönüyle de, tanımla ilintili olan gündelik yaşantıdaki kimi pratik sorunların aşılmasına ve gündelik gereksinimlerin giderilmesine (sağlık programlarının başarı derecesinin ölçülmesi, sağlıkta hedef belirleme gibi) yönelik olmaktadır. DSÖ daha çok toplumsal düzeyde sağlığın ölçülmesi faaliyetiyle ilgilenirken, O nun dışındaki akademik faaliyetin önemli oranda bireysel düzeydeki sağlığı ölçme araçlarının geliştirilmesine yöneldiği görülmektedir. Bundan sonraki bölümde bu faaliyetlerin ana yönelimleri incelenmeye çalışılacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ

I. SAĞLIK NEDEN ÖLÇÜLÜYOR ?

Sağlığın bireysel ve toplumsal düzeyde ölçülmesi, eskiden beri şu önemli dört amacın gerçekleştirilmesi bakımından önem taşımaktadır: Sağlık hizmetlerinin yönetimi, tıbbi bakımın kalitesinin değerlendirilmesi, tanımlanamayan hastalıkların ve sağlık sorunlarının saptanması ve genel olarak sosyal ve ekonomik planların yapılması. (Logan RFL. 1965: 9)

Toplumsal sağlık düzeyinin zaman içinde değerlendirilmesi, özellikle Herkes İçin Sağlık (HİS) ve Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramlarının ortaya atılmasından ve bu kavramların yaşama geçirilmesine yönelik özel stratejilerin belirlenmesinden sonra önem kazanmıştır. DSÖ 2000 Yılında HİS hedefini 1977 yılında belirlemiştir. TSH kavramı ise 1978 yılında DSÖ ve UNICEF tarafından ortak olarak düzenlenen bir konferans sonrasında benimsenmiştir. İzleyen dönemde 1979 yılında 2000 yılı hedefleri için global strateji belirlenmiş; 1980 yılında DSÖ Avrupa bölgesi Avrupa stratejilerini geliştirmiş ve 1984 yılında yine Avrupa bölgesine ilişkin 38 hedef ile 65 gösterge saptanmıştır. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 3) Kısaca 1980'lerin başından itibaren sağlığı ölçme yönündeki genel çabaların somut politik hedeflere bağlandığı görülmektedir.

Politik hedefler çerçevesinde ortaya çıkan bu somutlaşma, sağlığın ölçülmesindeki amaçlar konusunda da, yine 2000 yılı hedefleri doğrultusunda somutlaşmaya yol açmıştır. Bugün sağlığı ölç-

mek için kullanılan göstergelerin amaçları şu şekilde belirlenmektedir: a) Gelişmenin ölçülmesi: Özelleştirilmiş HİS hedefleri bağlamında, sağlık durumunun izlenmesi ve değerlendirilmesi. b) Ülkelerin kendi gelişme süreçlerini, özellikle kendileriyle aynı sosyoekonomik gelişme düzeyindeki diğer ülkelerin gelişmeleri ile karşılaştırabilmeleri. c) Neye gereksinim olduğunun (informasyon sistemlerinin geliştirilmesi de içinde olmak üzere) ortaya çıkarılabilmesi. d) Toplumla iletişim ve koordinasyon işlevini yerine getirmeleri: Önemli mesajların sağlık düzeyini gösteren ölçütler üzerinden topluma aktarılabilmesi. Toplumsal sağlık düzeyinin ölçülmesi politika amaçlarının belirlenmesinde; sağlık politikalarının uygulanmasında ve bu politikaların etki ve sonuçlarının değerlendirilmesinde önem taşımaktadır. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 7-8).

Bütün bunlara ek olarak sağlık düzeyinin ölçülmesini gerekli kılan koşullar arasında; a) toplumun yaşam koşullarının ve bu koşulların etkilerinin belirlenmesi, b) yüksek risk alanlarının (nüfus kesimi, toplumsal sınıf, cins, coğrafi bölge, vb. olarak) belirlenmesi, c) kaynak tahsisatı açısından veri sağlanması, d) hastalık eğilimlerinin ortaya çıkarılması, e) koruyucu önlemlerin geliştirilmesi gibileri de sayılabilir. (Marshall CK. 1988: 224) Kısaca, bir sağlık programının uygulanması süreci çerçevesinde düşünüldüğünde, sağlığın ölçülmesi; önceliklerin belirlenmesinde; operasyonel kararların alınmasında; değişimlerin izlenmesinde ve uygulama süreci öncesi ve sonrasındaki düzeylerin karşılaştırılmasında (böylece uygulamanın başarı düzeyinin değerlendirilmesinde) zorunlu olan bir etkinliktir. (White KL. 1985: 2-4)

II. SAĞLIK NASIL ÖLÇÜLÜYOR ?

Bilindiği gibi bireysel ve toplumsal sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılabilecek kimi veriler, sağlık sisteminde ve diğer bazı sektörlerde (nüfus sayımları gibi) kullanılmakta olan rutin kayıtlarda da bulunmaktadır. Örneğin yaşamsal olaylar (doğum, ölüm), sağlık hizmeti kullanımı (hastane yatışları, kurumlarda barındırılan mental hastalar), sosyal güvenlik (hastalığa bağlı iş devamsızlıkla-

rı, uzun süreli iş göremezlik durumları), kazalar (trafik kazaları) gibi verileri rutin veri sistemlerinden elde etmek olanaklıdır. (Kunst AE, Mackenbach JP. 1995: 17)

Ancak bu kayıtlardaki informasyonun sağlık, hastalık ve yetiyitikliği hakkındaki geniş gereksinimi karşılaması neredeyse olanaksızdır. Bu yetersizliğin nedenleri şu şekilde sıralanabilir: 1) Neredeyse saf bir biçimde tıbbi nitelikli olan verileri içerir. 2) Çoğunlukla tıbbi kaynaklardan ve tıbbi profesyonellerden elde edilebilir. Bu ise bireylerin kendi sağlıkları, sağlık sistemi ve çevreleri hakkındaki değerlendirmeleri bakımından yetersizlik yaratmaktadır. 3) Yalnızca sağlık hizmetini kullananlar ya da sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamına girenler hakkında bilgi verir ve hizmeti kullanmayanların durumunu, gereksinimlerini belirlemek olanaksızdır. 4) Tıbbi hizmet tüketiminin nedenleri hakkında pek az bilgi verir. 5) Yaşam tarzı ve çevresel koşullar hakkında hemen hiç bilgi vermez. 6) Sosyal, ekonomik ve demografik yapı hakkında hemen hiç bir fikir edinilemez. (Marshall CK. 1988: 223)

II.1. Sağlık Araştırmaları

İşte rutin veri sistemlerindeki bu yetersizlikler, toplumsal sağlık düzeyi hakkında daha sağlıklı ve kullanılabilir veri elde edebilmek bakımından iki tür stratejiye gerek göstermiştir. Bunlardan ilki eldeki verilerin başka tarzda kullanımına olanak tanıyacak kısmi düzenlemelerdir. İkincisi ve asıl önemlisi ise sağlık araştırmalarıdır (health surveys). (WHO 1997: 8)

Rutin veri sistemleriyle elde edilen verilerin eşitsizlik amaçlı kullanımı bakımından; a) veri elementlerinde, veri toplama, analiz etme ve sunma yöntemlerinde değişiklikler gerekebilmektedir. b) Elde edilen veriler, toplandığı düzeylerden daha yukarılara iletilseler bile, üst düzeyden veriyi toplayanlara hemen hiç geri bildirim olmamakta, bu da veriyi toplayanlarda yaptıkları işin anlamsızlığı duygusunu uyandırmaktadır. Dolayısıyla veri kullanma sisteminin etkinleştirilmesi de düşünülmelidir.

Sağlık araştırmaları ise ikiye ayrılmaktadır: Bunlardan ilki sağlık muayene araştırmaları (health examination surveys), ikincisi

sağlık görüşme araştırmalarıdır (health interview surveys). Bu ikisinin aynı araştırma sırasında birlikte gerçekleştirilmesi de olanaklıdır. (Kunst AE, Mackenbach JP. 1995: 18)

Sağlık muayene araştırmalarında çeşitli laboratuvar incelemeleriyle birlikte, fiziksel muayene yapılır.

Sağlık görüşme araştırmaları dörde ayrılır. (Kunst AE, Mackenbach JP. 1995: 19): 1)Genel sağlığı ölçen ölçekler; algılanan sağlık (perceived health) durumu, Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile), SF 36 sağlık araştırması gibi.

2)Fiziksel sağlığı ölçen ölçekler; kronik durumların saptanması, uzun süreli yetiyitimi (long term disability), kısa süreli yetiyitimi (short term disability) gibi. 3)Mental sağlık ölçekleri; Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) gibi. 4)Sosyal sağlık ölçekleri; Sosyal Etkileşim İçin Sağlık Ölçeği (Interview Schedule for Social Interaction) gibi.

Şu alanlardaki veriler yalnızca ya da en iyi biçimde sağlık araştırmalarından elde edilebilir: Sağlık durumunun öz algılamasına ilişkin veriler ve yetiyitikliği durumları; yaşam tarzına ilişkin göstergeler (alkol ve sigara tüketimi, fiziksel aktivite gibi) ile sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili göstergeler; bazı ülkelerde çevre sağlığına (su, sanitasyon, konut koşulları gibi) ilişkin göstergeler; sağlık hizmeti kullanım verileri. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 12)

Bugün pek çok ülke ulusal ya da bölgesel ölçekte sağlık araştırmaları yürütmektedir. Japonya 1953'ten, Almanya ve ABD 1957'den, İngiltere 1971'den, Hollanda 1981'den beri her yıl düzenli olarak sağlık görüşme araştırmalarını gerçekleştirmektedir. (Marshall CK: 1988: 224) Özellikle İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi'nin uygulamaya konulmasından sonra hastalık (morbidite) araştırmalarına (survey) olan ilgide önemli derecede artış olmuştur. İngiltere'de 1943 ile 1963 arasındaki dönemde yerel düzeyde 40 araştırma gerçekleştirilmiştir. DSÖ'nün bu konudaki koordinasyonunun ise 1970'lerden başlayarak ortaya çıktığı görülmektedir. DSÖ ilk kez bu dönemde ABD, Kanada, Arjantin, Yugoslavya, İngiltere, Polonya ve Finlandiya'da ve bu ülkelerdeki toplam 12 bölgede, eş zamanlı olarak görüşme araştırması başlatmıştır. (Haro

AS. 1971: 5-6) Avrupa bölgesi 1988 yılından beri bu tür araştırmaların bölge düzeyinde standartlaştırılması ve bütün araştırmalar için ortak olarak kullanılabilecek bir formatın geliştirilmesi için çalışmaktadır. Bu amaçla 1988, 1990 ve 1992 yıllarında olmak üzere toplam üç adet danışma toplantısı gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıların her birisinde, 2000 yılı hedefleriyle uyumlu tarzda, sağlığın değişik boyutlarının araştırılmasına yönelik uygun araçların geliştirilmesine çalışılmıştır. Bu şekilde, algılanan sağlık, geçici yetiyitimi, uzun süreli yetiyitimi, sigara içme, doğum kilosu, anne sütü ile beslenme, sosyoekonomik konumun klasifikasyonu, yetiyitikliği olmaksızın yaşam umudu, vücut kitle indeksi, kronik hastalıklar, fiziksel aktivite, mental sağlık, alkol tüketimi, yiyecek tüketimi gibi doğrudan sağlıkla ilgili olan durumların en geçerli şekilde ölçülmesi üzerinde çaba harcanmıştır. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 24-25)

Sağlık görüşme araştırması; bölgesel ya da ulusal ölçekte temsil yeteneği olan bir örneklemdeki bireylerden, yüz yüze görüşme, posta, telefonla görüşme yollarıyla veri toplayan bir araştırma tekniğidir. Dolayısıyla, bu yolla elde edilen veriler bireylerin durumu hakkında bilgi verir. Ancak sonuç olarak, bireylerin oluşturdukları gruplar hakkında da bilgi edinilmiş olur. Kimi kez görüşme tekniğine (tansiyon, çeşitli kan biyokimya analizleri, boy, kilo, vb. için) fizik muayene de eklenmektedir.

Sağlık görüşme araştırmaları genellikle hastalığın öz bildirimine/değerlendirilmesine (self-assessment) dayanır. Bu da hissedilen herhangi bir yakınmanın ya da kronik hastalık gibi daha objektif bir sağlık sorununun soruşturulması/bildirilmesi biçiminde olabilir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 11) Sağlık görüşme araştırmalarında hanedeki ölüm olayları da soruşturulabilir.

Sağlık görüşme araştırmalarındaki amaç, yalnızca eşitsizliklerin boyutunun sergilenmesi değildir. Aynı zamanda eşitsizlikleri belirleyen etkenlerin etki derecelerinin ortaya dökülmesi de gerekir ve bu savaşım stratejilerinin geliştirilmesi bakımından önemlidir. (Mackenbach JP. 1994: 1489) Bu nedenle sağlığı etkileyebileceği

düşünülen sosyal ve ekonomik etkenler, dinsel, politik, kültürel inanç ve/veya düşüncelerle ilgili sorular da sorulur.

Kunst ve Mackenbach (1995: 23) bir sağlık görüşme araştırmasının taşıması gereken özellikleri şu şekilde sıralamışlardır:

1) İlgililik (relevance):

* Araştırma en azından üç hastalık göstergesini içeriyor mu ? Ölüm verileri ölüm nedenlerini ayırabiliyor mu ?

* Üç esas sosyoekonomik göstergeden (meslek, eğitim, gelir) en az ikisi saptanıyor mu?

* Veriler son döneme mi (10 yıldan daha az bir süre) ait ?

2) Eksternal geçerlilik (temsiliyet) (external validity; representativeness):

* Hem kadınlar, hem de erkekler içeriliyor mu ?

* Araştırma bütün yaş gruplarını, en azından nüfusun büyük çoğunluğunu (15-74 yaş grubu) içeriyor mu ?

* Araştırma bütün nüfus gruplarını (örneğin yalnızca işçiler, memurlar ya da bazı özel şirketlerde çalışanları değil) içeriyor mu ?

* Veriler nüfusun bütün ilgili kesimlerini içeriyor mu ? (Örneğin sosyal ya da sağlık sigortası olmayanların, hapishane, öğrenci yurdu, bakımevi, huzurevi gibi kurumlarda bulunanların dışlanması sonuçlar bakımdan önemli derecede yanıltıcı olacaktır.)

* Araştırmada kullanılan ölçeği yanıtlamayanların, sonuçlar bakımından taraflı bir etki (bias) yaratmadığından emin miyiz ?

3) İnternal geçerlilik (internal validity):

* Sosyoekonomik, ölüm ve hastalık göstergeleri bireysel düzeyle ilişkilendirilebilir nitelikte mi ?

* Meslek verilerinden sınıf ayrımı (düşük ve yüksek sosyal sınıf gibi) yapmak olanaklı mı ? Ekonomik bakımdan inaktif olanların (ev hanımları, yaşlılar, emekliler) sınıf ayrımını yapabiliyor muyuz ?

* Eğitim verilerini gruplayabiliyor muyuz ?

* Gelir verilerini, araştırmaya katılanların en azından %80'inden elde edebiliyor muyuz ?

4) Kesinlik (istatistiksel güç) (precision; statistical power):

* Araştırma en azından 5000 kişiyi kapsıyor mu ? Eğer çalışma bir ölüm çalışması ise, en azından 1000 ölümlük bir veri seti var mı ?

5) Zaman boyunca yapılan karşılaştırmaların ilgililik ve geçerliliği:

* Karşılaştırma yapılan zaman noktaları arasında en azından 10 yıl civarında bir süre geçmiş mi ?

* Aralarında karşılaştırma yapılan araştırmalar benzer soruları mı içeriyor ?

* Karşılaştırılan araştırmaların sosyoekonomik soruları benzer mi ?

II.2. Sağlığı Ölçmek İçin Kullanılan Araçlar

Sağlık olgusunun son derece karmaşık yapısı onu ölçmeye yarayacak araçları da karmaşıklaştırmaktadır. Sağlığı ölçmek için geliştirilmiş olan araçların çeşitliliği bunun sonucudur. (Goldberg M., Dab W. 1987: 174) Sağlığın ölçülmesi çabaları bireysel ve toplumsal olmak üzere iki temel düzey üzerinden yürümektedir. Her iki düzey için de uygun ölçek ve göstergelerin belirlenmesi önemli bir sorundur. Örneğin bebek ölüm hızı (BÖH) toplumsal bir sağlık düzeyi göstergesiyken; vücut kitle oranı, algılanan sağlık gibi ölçütler sağlığı bireysel düzeyde ölçerler. Bireysel sağlık ölçütlerinden hareket ederek, örneğin vücut kitle oranlarının bir grup için ortalamasının hesaplanmasıyla, o grubun sağlık durumu hakkında da fikir edinmek olanaklıdır. Dolayısıyla bireysel sağlık göstergelerinin ortalama değerleri toplumsal sağlık düzeyinin de bir göstergesi olarak kullanılabilir. Öte yandan toplumsal sağlık düzeyi göstergelerinin bireysel sağlık düzeyi hakkındaki aydınlatıcılığı daha dolaylıdır. Örneğin BÖH'nın, söz konusu grubu oluşturan bebeklerin tek tek herbirisi hakkındaki açıklayıcılığı daha dolaylıdır.

Gerek toplumsal, gerekse bireysel sağlık ölçümlerinde, sağlığın pozitif ve negatif yönden ölçülmesi olanaklıdır. Daha önceden de değinildiği gibi, sağlık kavramına yüklenen anlamdaki değişmeyle birlikte, sağlık düzeyini pozitif yönden ölçecek araç ve göstergelerin geliştirilmesi çabasının da öne çıktığı izlenmektedir.

Bu çabanın, sağlık konusuna kavramsal/teorik düzeyde yaklaşımın ana sorunları aşıldıktan, yani "neyi ölçüyoruz ?" sorusuna yanıt verildikten sonra, temelde iki boyutunun bulunduğu anlaşılmaktadır. Öncelikle böyle bir çaba, deyim yerindeyse bir kompartmanlaştırma, ister toplumsal isterse bireysel düzeyde çalışılsın, sağlığı

kompartmanlara ayırma çabasıdır. Sonrasında ise, bu şekilde alanı daraltılmış sorunu ölçmeye ve izlemeye yarayacak bir dizi (pozitif ve negatif) göstergenin geliştirilmesi süreci başlamaktadır.

II.3. Sağlığın Bireysel Düzeyde Ölçülmesi

Kompartmanlaştırma bireysel sağlık düzeyinde fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığın ölçülmesine yönelik olmaktadır. Örneğin Algılanan Sağlık, Geçici ve Uzun Süreli Yetiyitimi, Sosyal Yetiyitimi, Kronik Hastalıklar, Akut Yakınmalar, Fiziksel Aktivite, Psikolojik Sağlık, Vücut Kitle İndeksi, Sigara Alışkanlığı, Doğum Kilosu, Yaşam Umudu gibi sağlık göstergeleri aslında bireysel düzeyde belirlenen kompartmanların en önemlileridir. Ulusal surveylerde ve uluslararası sağlık karşılaştırmalarında da oldukça sık kullanılırlar. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 49-87)

Algılanan sağlık durumunun, yani, genel sağlık durumunun subjektif olarak değerlendirilişinin, gerçekten de ölüm ile aynı yönde ilişkili olduğuna ilişkin bulgular (yani sağlıklarını kötü olarak değerlendirenlerin daha erken yaşta ölmeleri yönündeki bulgu) (McCallum J. 1994) ve algılanan sağlığın fiziksel sağlıktaki bozulma ve kronik hastalık varlığı ile kötüleşmesi (Shadbolt B. 1997), algılanan sağlığı bireysel düzeydeki sağlık ölçekleri arasına sokmuştur. Öte yandan algılanan sağlığın son derece kolay, tek bir soru ile ve ucuz ölçülebilir olması da sağlık ölçüm araştırmalarında yaygın kullanımına neden olmaktadır. (Idler EL., Angel RJ. 1990: 451) Yine bireysel sağlık düzeyi için; objektif fizyolojik ölçütler, işlevsel kapasite ve bu ilk ikisinin algılanan durumu bir başka kompartmanlaştırma yöntemidir. (Goldberg M., Dal W., 1987: 180) Görüldüğü gibi bu kompartmanlar içinde algılanan sağlık, fiziksel ve sosyal yetiyitimi gibi kavramsal açıdan daha geniş bir anlam ifade edenler bulunabildiği gibi; sigara alışkanlığı ve doğum kilosu gibi daha dar kapsamlı anlama sahip olanlar da vardır. Sonuç olarak, her bir kompartman sağlık denilen olgunun ancak belli bir yönü hakkında fikir vermektedir.

Yukarıdaki ölçekler içinde algılanan sağlık ve subjektif iyilik halinin ölçülmesi için geliştirilmiş olanlar, doğrudan doğruya geniş

nüfus kesimlerinin psikososyal iyilik hallerinin belirlenmesine yöneliktir. Bunlar sağlığı subjektif olarak değerlendiren ölçütleridir. Bireylere doğrudan doğruya yaşamlarını ya da sağlıklarını nasıl hissettikleri sorulur ve yanıtlarını bir skala üzerinde işaretlemeleri istenir. Eskiden yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için maddi yaşam standartları kullanılmaktaydı. Ancak bunların yetersizliğine ilişkin bakışın iyice belirginleşmesi, özellikle 1970'lerden itibaren subjektif ve algılanan iyilik haline olan ilginin artmasına neden oldu. (John K., Gammon GD., Weissman MM. 1987: 134-135)

Bireysel düzeydeki sağlık ölçümlerinde, sağlığın kompartmanlaştırılarak ölçülmesinin ötesinde, sağlığın yine bireysel düzeyde ancak daha kapsamlı değerlendirilmesine olanak tanıyacak bir yaklaşımın (genel sağlık durumunun belirlenmesi) ve buna uygun araçların geliştirilmesi çabaları da vardır. Sonuç olarak, bireysel düzeydeki sağlığı bu şekilde ölçmek amacıyla kullanılan/geliştirilen ölçekler başlıca üç grupta toplanmaktadır. İlk grup sağlığı genel olarak değerlendirmeye yöneliktir ve "jenerik araçlar" olarak tanımlanmaktadır. İkinci grup bir işlevin yeterliliğini tanımlamaya çalışır, bu anlamda da sağlığı bu işlev-kompartman üzerinden değerlendirir. Bunlara da "boyuta özel araçlar" denilmektedir. Son grup ise iyiden iyiye daraltılmış bir alanı, belli bir hastalık durumundaki işlevleri (sağlık/iyilik düzeyini) tanımlamaya yöneliktir ve bunlara da "duruma özel araçlar" denilmektedir. İlk gruptaki ölçekler bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütünlük içinde değerlendirmeye çalışırlar. Dolayısıyla sağlık tanımında yer alan boyutları sırasıyla ve birbirleriyle teknik bakımdan da uyum oluşturacak şekilde ölçmeye çalışırlar. İkinci gruptakiler sağlık tanımındaki boyutları tek tek ele alırlar. Örneğin ünlü (Genel Sağlık Anketi şeklinde Türkçeleştirilmiş olan) General Health Questionnaire yalnızca psikolojik boyutu hedefler. Sonuncu gruptakiler ise belli bir hastalık durumunda, özellikle o hastalığa bağlı sınırlanan işlev alanlarının ne derecede sınırlanmış olduğunu ya da tedavi sonrasında, bu sınırlanmaların ne derecede açılmış olduğunu anlamak için geliştirilmişlerdir. Örneklemek gerekirse, Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili), Duke Health Profile (Du-

ke Sağlık Profili) ilk; Barthel İndeksi, General Health Questionnaire (Genel Sağlık Anketi) ikinci; Living with Asthma (Astmayla Yaşam), Diabetes Health Profile (Diabet Sağlık Profili) ise üçüncü tür ölçeklerdendir. (ERGHO 1995)

Buradan da anlaşılabileceği gibi birey sağlığını ölçmek üzere geliştirilmiş olan yukarıdaki ölçeklerden hangisinin nasıl seçileceği konusu tamamen amaçla ilintilidir. Eğer yalnızca belli bir hastalık ve bu hastalığa bağlı semptom ve işlev kısıtlamalarıyla ilgileniliyorsa duruma özel ölçütlerin seçilmesi gerekecektir, vb.

Görülebileceği gibi bireysel düzeydeki sağlık durumu değerlendirmeleri, birey üzerindeki objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçümü gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili subjektif değerlendirmelerine dayanır. Subjektif olsa da bu öz değerlendirme bireyin sağlığı hakkında son derece değerli bilgiler verir. Çünkü bireyin kendisini nasıl hissettiği onun objektif sağlık durumu bakımından da önemlidir. Ek olarak, birey hakkındaki pek çok konuda (yalnızca bireyin kendisini nasıl hissettiği gibi subjektif sağlıkla ilgili konularda değil, sağlık hizmetinden ne sıklıkta yararlanıldığı gibi konularda da) başka türlü bilgi alabilmenin çoğunlukla olanağı yoktur. Sağlık görüşme araştırmalarının yaşamsallığı da buradadır.

II.4. Sağlığın Toplumsal Düzeyde Ölçülmesi

Sağlığın toplumsal düzeyli ölçülmesinde de kompartmanlaştırma yöntemi kullanılmaktadır. Örneğin Noack ve Abelin,bunu , sağlığın geliştirilmesi (health promotion) kavramı çerçevesinde denemişlerdir. (Noack H. 1986; Noack H., Abelin T. 1987: 96-100; Abelin T. 1986) Yazarlar sağlığın geliştirilmesini üç temel kavram üzerinden tanımlamışlar ve sağlığın ölçülmesiyle ilgili gösterge ve ölçekleri bu kavramlar üzerinden geliştirmişlerdir.

Kavramlardan ilki sağlık dengesi (health balance) dir. Sağlık dengesi, herbirisi çeşitli çevresel ve bireysel etkenlerin sonucunda ortaya çıkan dışsal bozucu etkilere rağmen sağlanan, biyolojik ve mental işlevlerdeki dinamik denge durumunu ifade etmektedir. Bu-

radaki dinamik denge durumu, çeşitli etkenlerle açık bir etkileşimi anlatmaktadır.

İkinci kavram sağlık kaynaklarıdır (health resources). Sağlık kaynakları bireye sunulan ve birey tarafından, sağlık potansiyelini oluşturmak ve bu potansiyeli korumak için kullanılan kaynaklardır.

Üçüncü temel kavram sağlık potansiyelidir. Sağlık potansiyeli (health potential) de nihai anlamda sağlık dengesinin korunmasında işe yaramaktadır. Sağlık kaynakları bireysel ve toplumsal niteliklidir. Örneğin bilgi, motivasyon, sağlıkla ilgili davranışlar, beceri ve alışkanlıklar bireysel düzeydeki sağlık kaynakları iken; eğitim sistemi, kitle iletişim araçları, ekonomik durum, kaynakların toplum içindeki dağılımı, vb. toplumsal nitelikli sağlık kaynaklarıdır. Sağlık potansiyeli ise fiziksel, mental, sosyal işlevlerdeki kapasiteyi dile getirmektedir.

Böylece sağlık dengesi, sağlık potansiyeli ile bu potansiyeli bozucu nitelikteki etkenler arasındaki görece anlık dengeyi; sağlık potansiyeli gelişmeyi tanımlayan kapasitelerin ve bireysel eğilimlerin toplamını; sağlık kaynakları ise sağlık potansiyelini geliştirmek için kullanılan kaynakların toplamını anlatmaktadır. Bu durumda sağlığın gelişimi sağlık dengesi sistemini pozitif yöndeki değişiklik için etkileyen bir güç olarak ortaya çıkmaktadır. Bu güç sağlık kaynaklarının geliştirilmesine, yaşam koşullarının olumlu yönde değiştirilmesine ve sonuçta sağlık potansiyelinin güçlendirilmesine katkıda bulunmalıdır. Böylece sağlığın geliştirilmesi yasama yoluyla toplumsal kaynakların; komşuluk ilişkilerinin desteklenmesi yoluyla sosyal ilişkilerin; sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi yoluyla da bireysel kaynakların geliştirilmesiyle ilgilenir. Görülebileceği gibi sağlığın geliştirilmesi gücü hastalık ve organize sağlık hizmetleriyle sınırlı değildir. Bu şekliyle de sağlık yüksek derecede politik bir konudur. Hatta politik düzenlemelerin ifadesi olan iktidarı değiştirmek adına verilen savaşım nedeniyle, doğrudan politik savaşımı gerektiren bir alandır.

İşte Noack ve Abelin'in sağlığın ölçülmesinde belirledikleri kompartmanlar bu kavramlaştırma üzerine oturmaktadır ve sağlığı ölçmek için geliştirdikleri göstergeler de bu kompartmanlara iliş-

kindir. Göstergeler sağlık dengesi, sağlık kaynakları, sağlık gelişimi ve yaşam koşulları için geliştirilmiştir. Şöyle ki:

Sağlık dengesi soyut bir kavram olması nedeniyle, niceliksel biçimde ölçülebilmesi kendi sonuçları üzerinden olmaktadır: Büyüme-gelişme, subjektif iyilik, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam umudu, yetiyitimi olmaksızın geçirilen yaşam yılları sağlık dengesinin göstergesi olarak kabul edilen pozitif göstergelerdir. Sağlık dengesinin negatif sonucu ise beklendiği gibi hastalık ve ölüm olmaktadır.

Dışsal etkilerle bozulan sağlık dengesini yeniden sağlamak yeteneğini gösteren sağlık potansiyelini ölçmede kullanılan göstergelerin tipik örneği, çeşitli fiziksel performans testleriyle ölçülen fiziksel işlev kapasitesidir. Sağlık potansiyeli için bir diğer gösterge bağışıklama durumudur. Sigara, alkol tüketimi, beslenme alışkanlıkları, düzenli fizik aktivite de sağlık potansiyelinin göstergesi olarak kullanılmaktadır.

Buraya kadar olan tartışmalardan da anlaşılabileceği gibi, sağlık dengesi ve sağlık potansiyeliyle ilgili kavram ve göstergeler daha çok birey düzeyine ilişkindir. Sağlık kaynakları ve yaşam koşullarıyla ilgili göstergeler ise aynı kompartmanlaştırmanın toplumsal boyutunu ifade eder.

Sağlık kaynaklarının göstergeleri bilgiyi elde edebilme, hizmetlerin yaygınlığı, ulusal sağlık sistemine ayrılan kaynaklar ve kaynakların dağılımı, ulusal gelir, gelirin paylaşımı gibi verilerdir.

Sağlığın gelişimiyle ilgili göstergeler; sağlık hizmetleriyle ilgili yasalardaki gelişme (örneğin işçi sağlığıyla ilgili olarak zararlı maddelerin kullanımında sınırlama getiren yasaların kabul edilmesi), koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren yasalardaki gelişme. Bunlar sağlığın geliştirilmesine öncelik veren politik uyumun göstergesi olarak kullanılabilirler.

Sağlığı etkileyen yaşam koşullarının göstergesi olarak; işsizlik oranı, oda başına düşen kişi sayısı, ailelerin ortalama geliri, yüksek okul mezunu nüfusun oranı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilen nüfus oranı, sağlıklı içme suyuna sahip nüfus oranı gibi değişkenler kullanılabilir. Çevresel sağlık risklerinin göstergesi olarak ise çeşitli zararlıların konsantrasyonları önerilmektedir.

Biz sağlıkla ilgili olarak kurduğumuz siyasal çerçeve gereği bu kategorilerin herbirisine çeşitli göstergeler ekleyebiliriz. Örneğin çeşitli yabancılaşma biçimlerini (işe, siyasete, topluma yabancılaşma gibi) sağlık dengesini ölçmek için; çeşitli sosyal organizasyonlardaki etkinliklerde görev üstlenme ve politik örgütlülük bilincini sağlık potansiyelini ölçmek için; politik katılım mekanizmalarının varlık ve gücünü, genel olarak ilerici/demokratik/sol değerlerin desteklendiği bir siyasal organizasyonun varlığını da hem sağlık kaynaklarının hem de sağlığı etkileyen yaşam koşullarının göstergesi olarak önerebiliriz.

Görüldüğü gibi, sağlık bugün artık yalnızca doğrudan sağlıkla ilgili olan, tıbbi olgu ve durumların tespiti ile değil, sonuç olarak toplumsal yaşantının pek çok alanı hakkında da fikir veren bir dizi başka gösterge ile de ölçülmektedir.

Yalnızca toplumsal düzeydeki sağlığın ölçülmesinde en fazla oranda geçerli olan üç gösterge bulunmaktadır. Bunlar Bebek Ölüm Hızı, Çocuk Ölüm Hızı ve Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yaşam Umudu) dir. (Hansluwka HE. 1985) Bunlardan ilk ikisi sağlığı yine negatif; sonuncusu ise pozitif yönden ölçmektedir. Bunların dışında Kaba Doğum Hızı, Genel Doğurganlık Hızı gibi doğurganlık göstergeleri; çeşitli hastalıkların insidans hızları gibi hastalık göstergeleri; Ana Ölüm Hızı, Hastalığa Özel Ölüm Hızları, Kaba Ölüm Hızı gibi ölüm göstergeleri de toplumsal sağlık düzeyi için ölçüt olarak kullanılabilirler.

Öte yandan insan ömründeki uzama, özellikle uzayan yıllarda çeşitli kronik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan yetiyitikliğini yaşam kalitesini bozan önemli bir sağlık sorunu durumuna getirmiştir. Bunun dışında kazalar, yaşlılığa bağlı mental kısıtlılıklar, körlük gibi nedenler de ölümle sonuçlanmayabilen, ancak yaşamı önemli derecede kısıtlıyan ve yetiyitikliğine neden olan sağlık sorunlarıdır. Geleneksel sağlık sonuçları (ölüm hızları gibi) sağlık müdahalelerinin sağlığı ne kadar geliştirdikleri konusunda da fikir verememektedir. Böylece yapılan bir müdahalenin ne sonuç verdiğini ya da müdahalelerden hangisinin toplumsal açıdan daha iyi sonuç verdiğini de geleneksel sağlık ölçütleri ile izlemek olanaklı

olamamaktadır. Örneğin iskemik kalp hastalığının tedavisi ile uzun süreli şizofreni tedavisinden hangisi daha etkindir ve kaynaklar bu programlardan hangisine kaydırılmalıdır ? Bu nedenle ortalama yaşam süresi ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi pozitif sağlık göstergeleri de tek başlarına yeterli görülmemektedir.

Sonuç olarak, yaşam umudunu yansıtan göstergelerde, yetiyitikliği içinde geçen yaşam yıllarını dışarda tutarak, yaşam süresinin düzeltilmesine (sağlıklı yaşam yıllarını bulmaya) yönelik çabalar geliştirilmektedir. Çünkü tek başına yaşam süresindeki uzama, yaşamın bütün olarak aynı kalitede geçirildiği anlamına gelmemektedir. Sağlıklı Yaşam Umudu (Healthy Life Expectancy) (Robine JM., Hichel JP., Branch LG., 1992) ve Yetiyitikliği Düzeltilmiş Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years: DALY) (Murray CJL. 1994; Murray CJL., Lopez AD., 1994) kavramları bu çabaların sonrasında kullanıma girmişlerdir. Tümü toplumsal düzeyli, pozitif sağlık göstergeleridir.

Bu göstergeler pozitif sağlık göstergelerinin içinde, hesaplama sırasında teknik olarak gizli kalan hastalık ve yetiyitikliği (yani negatif sağlık göstergeleri) durumlarının ayıklanması amacını taşımaktadır.

Esasen sağlıklı yaşam umudu bir toplumun sağlık durumunda zaman içinde oluşan değişimi ölçme hedefini taşır. Özellikle Batılı ülkelerde yaşam umudu uzamaktadır. Ancak bunun, aynı anda sağlıklı yaşam umudunda da, en azından aynı derecede bir artış anlamına gelmeyebileceği görülmektedir. Çünkü çeşitli araştırmaların ortaya çıkardığı gibi yetiyitikliği bakımından düzeltilmiş sağlıklı yaşam yıllarındaki uzama, toplam yaşam umudundaki uzama kadar olmayabilmektedir. Ek olarak eşitsizlikler de sağlıklı yaşam umudu ve DALY için farklı olabilmektedir.

Sağlıklı yaşam umudu, aynı zamanda, toplumun içinde bulunduğu sağlık koşullarındaki değişimin de göstergesidir. Böylece sağlıklı yaşam umudu sağlık bağlamında o toplumda ne olduğunu, ne yapıldığını da gösterir, sağlığı etkileyen koşulların karşılaştırılmasına da olanak tanır. Sonuç olarak sağlıklı yaşam umudunun bilgi sağlayacağı sağlık koşulları şu şekilde sıralanabilir: Mental bozuk-

luk olmaksızın geçirilen yaşam süresi, sosyal izolasyon olmaksızın geçirilen yaşam süresi, saygınlık (dignitiy) kaybı olmaksızın geçirilen yaşam süresi, yatağa bağlanmaksızın geçirilen yaşam süresi, otonomi kaybı olmaksızın geçirilen yaşam süresi.

Sağlıklı yaşam umudu ile ilişkili olan diğer bir kavram da DALY'dir. DALY hesaplaması için yaş, cins ve bölgelere göre ayrıntılandırılmış hastalık insidans hızları, yetiyitikliğine yol açan hastalıkların toplam içindeki oranı, yetiyitikliğinin ortalama başlangıç yaşı, yetiyitikliğinin süresi ve yetiyitikliğinin ciddiyet derecesine göre dağılımı verilerinin bilinmesi gerekir. Eğer her hastalık için ayrı DALY hesaplaması yapılacaksa, o zaman yukarıda sıralanan veriler, her bir hastalık için elde edilebilmelidir. DALY hesaplaması için yetiyitikliğinin oluştuğu yaştaki önem katsayısı da bilinmelidir. Çünkü yetiyitikliğinin oluştuğu yaşa göre taşıyacağı önem de değişik olacaktır ve bu gerçek DALY hesaplamalarında dikkate alınmaktadır. DALY'nin potansiyel yaşam yılı kaybı gibi ölüm göstergelerine olan üstünlüğü, yetiyitikliği içinde geçirilen toplam zamanı dikkate alabilmesidir. Yetiyitikliği toplam hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturur. Bu nedenle toplam yetiyitikliği süresinin bilinmesi ve yaşam umudu içinde bu sürenin arındırılması özel önem taşımaktadır.

Yukarıdakilere benzer bir diğer sağlık düzeyi ölçütü Kazanılan Yaşam Ayları'dır. (Schach E. 1987: 224) Bu ölçüt söz konusu hastalığa bağlı erken ölümlerin önlenmesi durumunda kazanılacak yaşam süresini gösterir. Hesaplanabilmesi için yine yaş gruplarına göre ölüm sayılarının bilinmesi gerekir. Bu hesaplama sonrasında da yaşam umudunun ne kadar artacağı tahmin edilebilir.

Toplumsal sağlığın pozitif yönden ölçülmesiyle ilgili diğer kavramlar Yaşam Kalitesi ve Kalite Bakımından Düzeltilmiş Yaşam Yılları (QALY; Quality Adjusted Life Years) dır.

Yaşam kalitesi kavramı bir kimsenin yaşamının ne derecede mükemmel olduğunun göstergesidir. Özellikle bu yüzyıl içinde sosyal güvenlik, insan hakları ve eşitlik gibi diğer kavram ve uygulamaların etkisiyle ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesinin sağlığa göre daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Sağlık genellikle yaşam kalitesinin

en önemli bileşeni olarak ele alınır. (Brown I. ve ark. 1996: 4-5)

Yaşam kalitesi kavramı yaşamın bir birey ya da grup için ne derecede iyi olduğunu gösterir. Dar anlamda ise yaşam kalitesi bir tıbbi tedavinin ya da rehabilitasyonun etkinliğinin değerlendirilmesi için kullanılır. Yaşam kalitesi pek çok etken tarafından belirlenir. Bu etkenler çevresel ve bireysel sağlık belirleyenleri olarak adlandırılır. Birey ve gruplar kendilerini bu belirleyenlerin içinde bulurlar. Çevresel belirleyenler biyosferik, ekonomik, sosyal, kültürel, politik ve ulusaldır. Bunların yanısıra aile, komşuluk, işyeri, konut, topluluk ilişkileri gibi daha yakın çevresel etkenler de vardır. Bireysel belirleyenler ise biyolojik (vücut, genetik, beyin gibi değiştirilmesi olanaksız olan etkenler) ile psikolojik (alışkanlıklar, algılamalar, bilişsel işlevler, duygular, deneyimler gibi bireyin karakterini yansıtan ve içinde bulunulan dünyada biçimlenmiş olan ve değiştirilebilir olarak görülen özellikler) olarak ikiye ayrılır. Sonuçta bu etkiler kontrol, potansiyel olanaklar, kaynaklar, destek sistemleri, beceriler, politik değişiklikler, çevresel değişiklikler gibi bir dizi koşul içinden süzülerek yaşam kalitesini ve sağlığı belirlerler. Bu çerçeve içinde yaşam kalitesi sağlığın geliştirilmesi ile de ilişkilidir. Sağlığın geliştirilmesi yaşam kalitesinin belirleyicileri ve bu belirleyicilerin içinden süzüldükleri moderatör etkenlere müdahale etkinliği olarak tanımlanır. (Raeburn JM. Ve Rootman I. 1996: 17-21)

Yaşam kalitesi bütünlüklü bir genel iyilik halidir. Bu haliyle fiziksel, maddi, soyla ilgili, emosyonel iyilik hallerini hep birlikte objektif ve subjektif olarak değerlendiren bir kavramdır. Objektif değerlendirme insanların içinde yaşadıkları fiziksel sağlık, gelir, konut kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller, politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır.Subjektif değerlendirme ise bu koşullardan bireysel tatmini anlatır. Böylece objektif yaşam koşulları başlığı altında beş alan vardır: Fiziksel iyilik (sağlık, bireysel güvenlik, bireysel aktivite, hareketlilik), maddi iyilik (finans ve gelir, konut kalitesi, ulaşım, güvenlik ve iş garantisi), sosyal iyilik hali (bireysel ilişkiler, toplum katılımı, aktiviteler ve kabul ve destek), gelişme ve aktivite (yetkinlik, bağımsızlık ve seçme/kontrol edebilme hakkı), duygusal (emosyonel) iyi-

lik (pozitif duygulanım, başarı/stres, mental sağlık, öz doyum, statü ve saygı görme, seksüalite.) Bunlar bireyin değerlendirmesinden geçerek yaşam kalitesi olarak yansırlar. Dolayısıyla bireylerin bu objektif koşullardan tatmini de yaşam kalitesi bakımından önemlidir. Yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilen skalalar bütün bu boyutları ölçmeye yönelirler. (Felce D., Perry J. 1996: 52-56) Bu boyutuyla yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevrenin taşıdığı ve kendisinde yapısal olarak bulunan olanak ve sınırlılıkları kendisi için değerlendirebilme derecesidir. (Renwick R., Brown I. 1996: 80)

Yaşam kalitesinin sağlanması yalnızca bireysel bir sorun değildir ve bireysel bir bağlam içinde değerlendirilemez. Sosyal, politik ve ekonomik yapının dikkate alınmasıyla bütün toplum için eşitlikçi bir çerçevede, bütün bireyler için söz konusu edilebilir. (Rioux MH. 1996: 131)

Yaşam kalitesi kavramının sağlık hizmetleri ile ilişkisi, değişik tedavi programlarından hangisinin (kaliteli yaşam sağlamak açısından) tercih edileceği noktasında ortaya çıkmıştır. İşte programların yaşam kalitesine katkıları ile maliyetlerinin karşılaştırılması QALY ölçümleri üzerinden yapılmaya başlanmıştır. (Cost-utility analizler; maliyet kullanım analizleri) QALY hesaplamaları iki şekilde kullanılmaktadır: Bir birey için hangi tedavinin tercih edilmesi gerektiği noktasında ve kaynakların hangi sağlık programına aktarılması gerektiği noktasında. (Parmenter TR. 1996: 99-101)

Klinik bakımdan yaşam kalitesi, bir hastanın normal tatminkar bir yaşam sürdürebilme kapasitesidir. Sıklıkla fizyolojik işlevlerin yerine getirilip getirilmemesiyle ölçülür. Böylece günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme kapasitesi, hastalık semptomlarındaki düzelme, yaşamdan genel olarak tatminkar olma gibi ölçütler yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Dikkati çektiği gibi bu ölçütlerden bir kısmı yine subjektif niteliklidir ve hastanın kendi değerlendirmesine dayanır. Bir kısmı ise (merdiven çıkma, yürüme, tek başına banyo yapabilme, yemek yiyebilme gibi gündelik aktivitelerin yerine getirilebilmesi gibi) objektif olarak ölçülebilirler. Daha önceden sözü edilen sağlık ölçekleri yaşam kalitesi ölçmek için de kullanılabilirler.

Bu durumda QALY hastalığa bağlı olarak yaşam kalitesindeki azalmayı dikkate alarak, kaliteli yaşam yıllarını hesaplayan bir tekniktir. Örneğin tedavi sonucunda bir hastanın ömrü üç yıl uzamış olabilir. Ancak hasta uzayan üç yıllık ömrünün önemli kısmını hemşire bakımı gerektiren rahatsızlıklarla geçiriyorsa, gerçek uzamanın üç yıldan daha az olacağı açıktır. Bu noktada tıbbi bakım gerektiren her bir yaşam yılının, yaşam kalitesi bakımından kaç normal yaşam yılına denk geldiğini belirlemek gerekecektir. Eğer böyle bir karşılaştırma sonrasında uzayan her bir yılın 0.25 yıllık normal yaşama karşılık geldiğine karar veriliyorsa, yaşam süresindeki gerçek uzama üç değil; 3 x 0.25 = 0.75 yıl (QALY) olacaktır.

Görüldüğü gibi buradaki asıl sorun rahatsızlıkla sürdürülen her bir yılın kaç sağlıklı (kaliteli) yaşam yılına denk geldiğinin hesaplanmasındadır. Bunun için temel olarak iki yolun tercih edildiği görülmektedir. Bunlardan ilki rahatsızlıklara bağlı olarak yaşam yıllarındaki kısıtlanmanın hekim (profesyonel) tarafından değerlendirildiği yöntemdir. Diğeri ise hastanın değerlendirmesidir. Yani sağlıkçı ya da hastanın kendisi hastalıkla geçen ya da tedavi sonrasındaki her bir yaşam yılının kaç sağlıklı yaşam yılına denk geldiği konusunda bir katsayı belirlerler. Bir üçüncü yöntem ise bunların ikisinin birden birleştirildiği yöntem olabilir. Dikkat edilirse yöntemlerin tümü, hastanın ya da profesyonelin subjektif değerlendirmesine dayanır ve bunun başka bir yolu da yoktur.

Maliyet kullanım analizlerinde, maliyetler para ile, bu maliyet karşılığında elde edilen sonuç ise yaşam kalitesi ya da kaliteli yaşam yılı (QALY) ile ölçülür. Dolayısıyla maliyet kullanım analizleri QALY'yi kullanarak yapılan maliyet analizleridir. Ancak önemli olan tek şey maliyet değil, onunla birlikte bu maliyetle yaşam kalitesinde sağlanan kazançtır. Böylece maliyet kullanım analizleri, farklı amaçlara yönelik olabilen, dolayısıyla da tek bir somut sağlık sonucunu hedeflemeyen sağlık programlarının karşılaştırılmasına olanak tanırlar. Programın elde ettiği somut (kendine özgü) sağlık sonucu ne olursa olsun, nihai anlamda bütün sonuçların yaşam kalitesi (ağrı ve rahatsızlıktaki azalma, işlevleri yerine getirme kapasitesindeki artış, kendini iyi hissetme gibi ölçütler) ile ölçülmesi

olanaklıdır. Bu tür analizlerin, özellikle kaynak tahsisatında sorunların yaşanmaya başlandığı son yıllarda artış gösterdiği izlenmektedir. (Torrance GW. 1986)

Sağlık düzeyi ölçümleri için düzenli veri toplamanın güçlüğü, bütün bu ölçütlerin dışında, rastlandığında mutlaka birşeyler yapılması gerektiğinin göstergesi olarak kabul edilen sentinal (duyarlı; işaret edici) sağlık olaylarının belirlenmesi ve en azından bunların izlenmesi gerektiği yönünde bir gelişmeye de yol açmıştır. Olmaması gereken bir hastalık, yetiyitikliği, gereksiz ve zamansız bir ölüm sentinal bir sağlık olayıdır. Herşeyin gerektiği gibi iyi gitmiş olması durumunda bu olayın meydana gelmemiş olacağı kabul edilir. Örneğin tek bir kolera, tifo vakası bile olmaması gereken bir hastalık; silikozis olmaması gereken bir yetiyitikliği ve bebeklikte beriberiye bağlı kalp hastalığı sonrasındaki ölüm de olmaması gereken ve zamansız ölüm olarak kabul edilmektedir. Sentinal olayın meydana gelmesi durumunda da "Ne yapılmış olmalıydı ?" sorusu sorularak, sonrası için önlemler alınır. Burada unutulmaması gereken nokta, sentinal olayın sorumlusunun hekim değil, bütün tıbbi hizmetlerden başlayarak hükümetin yönetsel organlarına ve genel toplumsal yapılanmaya kadar uzanan bir ilişkiler ağından oluştuğunun görülebilmesidir. Örneğin eğer çocuk sağlığı ile ilgili programların başarısı konusunda bir izlem yapılacaksa, aşıyla korunulabilir hastalıklar; işçi sağlığıyla ilgili programlarda, kurşun zehirlenme durumları sentinal sağlık olayları olarak seçilebilirler. (Rutstein DD. 1987:196, 208)

Sonuç olarak sağlıkta eşitsizlik denildiğinde şu düzeylerdeki farklılıklardan söz etmek gerekecektir:

1) Ancak bireysel düzeyde ölçülebilen algılanan sağlık, yetiyitimi, psikolojik sağlık, kronik hastalıklar, akut yakınmalar ve genel sağlık durumu gibi sağlık bileşenlerinin oluşturdukları toplamların (ortalamaların), ulusal sınırlar ve uluslararası düzeylerdeki, çeşitli toplumsal sınıflar arasındaki farklılıkları. Bu tür sağlık kompartmanları ancak bireysel düzeyde ölçülebilseler de, bireysel sonuçların toplamı alınarak, gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilir. Böyle değerlendirmeler her şeyden önce o bireyin algılanan sağlı-

ğı, fiziksel ve sosyal yeti durumu, psikolojik sağlığı, vb. hakkında fikir verirler ve sonucu bireysel bir ortalama puan olarak belirlemek mümkündür. Ancak bunun ötesinde belli toplumsal grupların içine giren bireylerin puanlarının ortalaması alınarak, bu kez gruplar arasında karşılaştırlamalar da yapılabilir. Sonuçta, bireysel sağlık bağlamındaki eşitsizlik çalışmaları siyah ve beyazlar arasında ya da düşük ve yüksek gelirli toplumsal gruplarda ya da yüksek ve daha alçak statülü mesleki gruplarda, vb. algılanan sağlık durumunun, kronik hastalık sıklığının, vb. karşılaştırılması gibi sonuçlar verecektir.

2) Öte yandan, ikinci grupta, ancak toplumsal ya da grupsal düzeyde ölçülebilen, bu anlamda da ancak toplumsal düzeydeki sağlık düzeyinin değerlendirilmesine olanak tanıyan, bireysel sağlık durumu hakkında ise, bireyin, hakkında konuşulan gruba girmesi dolayımıyla dolaylı biçimde fikir verebilen göstergeler üzerinden yürütülen eşitsizlik çalışmaları bulunmaktadır. Ölüm göstergelerinin (bebek ölüm hızı gibi), hastalık hızlarının, çeşitli yaşlardaki beklenen yaşam sürelerinin, yetiyitikliği açısından düzeltilmiş yaşam sürelerinin toplumsal gruplar, bölgeler, ülkeler arasında karşılaştırılması gibi.

Bugün sağlıktaki eşitsizlik çalışmaları daha çok bireysel sağlık durumları üzerinde yoğunlaşmakta ve bireysel sağlık üzerinden ülkeler, toplumsal gruplar, ırklar, mesleki statüler ve sınıflar arasında karşılaştırmalar yapılmaktadır. (Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996) Ancak bu, toplumsal düzeydeki sağlık karşılaştırmalarının önemsiz olduğunu göstermemektedir. Yalnızca, sağlığın çeşitli boyutlarının bireysel düzeyde değerlendirilmesi ve bu amaçla özel araçların geliştirilmesi özellikle son 20 yıl içinde üzerinde yoğunlaşılan yeni bir alan olduğu içindir ki, bu alandaki çalışmalar bugün görece daha önemli bir biçimde öne çıkmış ve sonuç olarak sağlığın ölçülmesine gerçekten de çok önemli katkılar getirmiştir.

Sağlık eşitsizliği çalışmalarında sağlık bağımlı/belirlenen değişken durumundadır. Bir başka deyişle sağlık sonuçtur. Bu sonuç bir dizi başka etken tarafından değişik derecelerde etkilenmekte, değiştirilmekte, belirlenmektedir. Yani sağlık eşitsizliği çalışmaların-

da bağımlı sağlık değişkeninin karşısında pek çok sayıda bağımsız/belirleyen değişken de yer almak zorundadır. Sağlığı etkileyen bu tür değişkenler genel olarak Sağlığın Belirleyicileri (Health Determinants) şeklinde adlandırılmaktadır. Sağlık üzerinde yapılan toplumsal çalışmalarda, birey ve toplum sağlığının hangi koşullardan, etkenlerden, ne şekilde, ne kadar, hangi ilişkiler sonucunda etkilendiği konusu çok önem verilmesi gereken bir başka bilimsel çalışma alanıdır. Bu nedenle sağlıktaki eşitsizlikleri inceleyen böyle bir çalışmada, eşitsizlik konusuna girmeden önce, sağlığın belirleyicilerinin genel olarak ele alınması gerekmektedir. İzleyen bölümde konunun bu yönü toparlanmaya çalışılacaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

I. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİ AÇIKLAYAN KURAMLAR VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN MAKRO NEDENLERİ

Sağlıktaki eşitsizliği açıklamak bakımından üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Aslında bu kuramlar yalnızca sağlıktaki eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri de açıklamaya çalışırlar. Bunlar geleneksel tıbbi model, epidemiyolojik model ve sosyopolitik model dir. (Hexel PC., Wintersberger H. 1986: 151-152)

Geleneksel model sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlar ve sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir eksende yaklaşır. Bu modele göre hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Böylece sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı sonucunda ortaya çıkan bir olumsuzluktur.

Epidemiyolojik model, sağlık ve hastalığa bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeydeki istatistikleri kullanarak yaklaşır ve neden sonuç ilişkisini bu analizlerden çıkarmaya çalışır. Büyük vurgu koruyucu tıp uygulamalarına yapılır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak kabul eder. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Bu yaklaşım sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinime göre dağıtılmasını gerektirecektir. Görüldüğü gibi, bu modelde vurgunun düzeyi genişleyerek tıb-

bi bakımdan, sağlık hizmetlerinin organizasyonuna kaymış ve daha politik bir nitelik kazanmıştır. Ancak yine de sağlık alanıyla sınırlıdır.

Sosyopolitik model ise özellikle epidemiyolojik modelin vurgularını kabul etmekle birlikte, bu modelde ortaya konulan neden ve sonuçların toplumsal formasyon ve onun iç güç ilişkileri tarafından belirlendiğini savunur. Yine aynı kurama göre, örneğin tüberküloz ve diğer enfeksiyon hastalıkları erken kapitalist dönemdeki işçi hastalıklarıdır. Buna karşılık kronik dejeneratif hastalıklar, kanserler, kalp hastalıkları geç/olgun kapitalizmin ürünüdür. Erken kapitalizmde işçilerin sağlık hizmetlerinden yoksunluğunun nedeni kapitalistlerin sınırsız sınıfsal gücü iken, sonradan ortaya çıkan sosyal güvenlik sistemleri işçi sınıfının artan kolektif gücünün ürünü olmuştur. Lemkow (1986: 1257) bu gücün sendikal ve sosyalist hareketlerden geldiğini, buna bir de kendileri orta sınıflarda yer alsalar da insancıl felsefeleri benimseyen grupların taleplerinin eklenmesi gerektiğini vurgular.

Navarro da, sosyopolitik modeldekine benzer biçimde, sosyal güvenlik sistemlerinin ve ulusal sağlık sistemlerinin ortaya çıkışının, bütün gelişmiş kapitalist ülkelerde, işçi sınıfının kolektif örgütlülük mekanizmaları olan sosyalist partiler ile sendikaların gelişmesinin sonrasına rastladığına dikkat çekerek, sağlık ve diğer sosyal güvenlik sistemlerinin gelişiminin arkasındaki kritik gücün işçi sınıfının politik ve ekonomik savaşımı olduğu saptamasını yapmaktadır. Navarro ya göre ABD de kamucu sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin sınırlılığının nedeni de, bu ülkede işçi sınıfının zayıflığıdır. (Navarro V. 1989: 393)

Bu durumda sağlıktaki eşitsizlikler sosyoekonomik eşitsizlikler olarak tanımlanır ve eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için de refah politikaları, genel yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi daha reformist olanlarından, devrimci dönüşümlere kadar bir dizi toplumsal, politik değişiklik önerilir.

Reformist ve devrimci diye nitelenen öneriler arasında tam bir uyum ve ortaklık oluşturma çabalarından umut beklemek olanaksız görünse de, meta üretimini ve karı hedefleyen kapitalist üretimin

eşitsizlikçi bir ortam yarattığı konusunda en azından yaygın bir görüş birliği bulunmaktadır. İşte bu nedenle, kapitalist gelişme tarzının karşısında, insanı daha merkeze alan insan merkezli gelişme kavramının öne çıktığı izlenmektedir. Eşitlikçi gelişme ve temel gereksinimler gibi gelişme teorileri bu eleştirel yaklaşımın sonucunda ortaya atılmışlardır. (Ercan, F. 1996: 224) Bu tür gelişme teorileri, ne olursa olsun ekonomik gelişme diyen kapitalist üretim mantığının karşısına eleştirel bir şekilde çıkarlar. Ekonomik gelişme yi değil, insanın temel gereksinimlerini gözeten daha insancıl bir sosyoekonomik yapılanma önerirler. Anlaşılabileceği gibi buradaki kapitalizm eleştirisi, kapitalizmi aşan bir siyasallık sergilemez. Dolayısıyla, bu eleştiriden, en fazlasından dizginlenmiş bir kapitalist model çıkması beklenebilir.

1.1. Kapitalizm ve Ulusal Ölçekte Sağlıkta Eşitsizlik Etkenleri

Sosyopolitik yaklaşım, bize, sağlık ve hastalık olgularını ve sağlıktaki eşitsizlik gerçeğini ekonomik, toplumsal, politik bileşenleri bulunan daha kapsamlı bir düzeyde ele alma olanağı sunmaktadır. Ancak bu açılım hiç de yeni değildir ve bu olanaktan en tam ve en net biçimde yararlanan esasen Marksist kuram olmuştur. Marx Kapital in ilk cildinde, kapitalist üretim tarzının, meta üretimi olduğunu gösterir. Meta üretimi ise kapitalistlere artı değer aktaran sömürgen mekanizmadır. (Marx K. 1978: 49-160) Böylece kapitalist üretim tarzı içinde, her türlü eşitsizlik tartışmasını önceleyen ve eşitsizlikleri koşullayan nesnel bir ortam zaten vardır. Toplumsal üretimin tümünü, emekgüçlerini kapitalistlere satan işçiler/emekçiler gerçekleştirse de, bu sınıflar toplam üretimin ancak bir kısmını ücret/maaş olarak alabilirler. Aradaki farka kapitalist tarafından artı değer/kar olarak el konur.

Kapitalist üretimin meta karakteri sözü edilen nesnelliğin kendisidir. Çünkü meta üretimi, üretilenlerin değişimine ve değişimle kar elde etmeye yönelik üretimdir. Doğal olarak da şu ekonomik, sosyal ve politik nitelikli uygulamalar üzerine oturur: a) İstihdam

edilen işçi, emekçinin çalışma süresi uzatılmalı ve/veya emek yoğunluğu artırılmalıdır. b) Kar bakımından bir gider kalemi olarak ortaya çıkan ücret, olabildiğince düşürülmelidir. Ücretin düşürülmesi ya çalışma süre ve yoğunluğunun artırılması ile ya da ücretin mutlak olarak düşürülmesi ile sağlanacaktır. c) Ücret üzerinde bir baskı unsuru oluşturmak üzere işsizlik kurumsallaştırılmalıdır. Teknolojik gelişme ile çalışma sürelerinin kısaltılması, herkes için ve daha kısa süreli çalışma olanakları ortaya çıkmasına rağmen, eskiden beri işsizliğin hep bir sorun olarak ortada bulunmasının nedeni de meta ilişkisidir. Hatta teknolojik gelişme işsizliğin boyutlanarak yerleşmesinin de nedeni olmaktadır. d) Karın artırılması, ücretlerin mutlak ya da görece düşürülmesi karşısında işçi ve emekçilerin geliştirebilecekleri her tür başkaldırı hareketi de engellenmeli, bastırılmalıdır. (Gouverneur J. 1997) İşte bu ekonomik yapı ve onun tezahürü olarak ortaya çıkan politik mekanizma kapitalist sistemin nesnelliğidir.

Bu nesnelliğin sağlık bağlamındaki etkileri üç ana noktada özetlenebilir: a) Üretim süreci, üretenler için, sıradan tekrarlardan ibaret, içindeki ilişkiler ve sonuçları açısından üretenlerin yabancılaştığı rutin bir uğraş haline gelir. Emek tek hedefin kar elde etmek olduğu böyle bir ortamda anlamsızlaşır, yaratıcılıktan uzaklaşır. Taylorizm, Fordizm, Post Fordizm şeklinde adlandırılan bütün kapitalist emek örgütlenme biçimlerinin sonucu budur. (Bu bilginin ayrıntısı için bkz. Belek İ.1997 de özellikle 2. ve 8. bölümler) b) İşçi ve emekçiler ekonomik, barınma, beslenme, eğitim, sağlık olanakları bakımından yoksullaşırlar. Yoksullaşma özellikle kapitalist sistemin bunalım dönemlerinde mutlak boyutlara ulaşır. Refah dönemlerinde ise en azından görece bir yoksulluk söz konusudur. Yani sözü edilen sınıfların yaşamsal olanaklarında bir rahatlama olsa bile, bu rahatlama daha zengin sınıflarınkinden daha azdır ve sonuç her zaman eşitsizlik ve/veya eşitsizliğin büyümesi şeklinde ortaya çıkar. c) Aynı eşitsizlik uluslararası ölçekte de geçerlidir. Yani sistemin kontrolunu elinde bulunduran merkez kapitalist ülkeler ile daha periferide yer alanlar arasında her zaman eşitsizlik vardır. Bu

çalışmanın başlarında sunulan veriler bu olgunun yalnızca bir kaç göstergesidir.

Eşitsizlikçi toplumsal ilişkilerin nesnel dinamiklerini bütünlüklü bir çerçeve içinde analiz etmek çabası, 2. Dünya Savaşı sonrasında çağdaş Marksistler ve Marksist çevrelerce de sürdürülmüştür. Bu çabalardaki amaç 2. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan sosyal devletçi uygulamaların objektif analizinin yapılabilmesidir. Mandel anılan dönemdeki kapitalist genişleme hamlesini ve bunun hemen arkasından gelen bunalım dönemini yine artı değer yasası ile açıklamayı başarmış (Mandel E. 1986), Fransız Düzenleme Okulu aynı dinamikleri Fordizm ve Post Fordizm kavramları ile analiz etmiş ve devletin artı değer sömürüsündeki ve bundan kaynaklanan eşitsizliklerin tamponlanmasındaki ve deyim yerindeyse standardize edilmesindeki rolüne ilişkin önemli saptamalarda bulunmuştur. (Aglietta M. 1979; Hirsch J. 1991)

Sözü edilen yaklaşımlar, esasen kapitalist ulusal sınırlar içindeki eşitsizliklerin gerçek nedenine ilişkin oldukça ayrıntılı analizler sunarlar. Gelir dağılımındaki eşitsizliğin ve bireyler arasındaki genel fırsat eşitsizliğinin ortaya çıkışı kapitalist üretimin yapısına ve bireylerin üreten bir sınıfın mı yoksa sermaye sahibi bir sınıfın mı üyesi olduklarına bağlıdır. (Wright EO. 1995: 91-97) Böylece Wright yoksulluğun, üretim araçlarının mülkiyetinin belli bir azınlığın elinde bulunması sonucunda, toplumun kalan geniş kesimlerinin ekonomik olarak sömürülmesi ve baskılanması ile geliştiğini savunur. Bu anlamda modern kapitalizmde yoksulluk ve sömürünün iki biçimi ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki emekgücünü kapitaliste satan, dolayısıyla emekgücündeki üretken kapasiteyi kullanma olanağını kapitaliste sunan işçi sınıfının yoksullaşmasıdır. Diğeri ise, emekgücünü kapitalist üretim ilişkileri içinde değerlendirme fırsatı bulamayan, bu anlamda çoğu kez işçi sınıfına göre daha derin bir yoksulluğu yaşayan, ancak üretim süreci içinde doğrudan ve/ya da düzenli biçimde yer almadığı için artı değer sömürüsüne maruz kalmayan sınıfaltı (underclass) denilen sınıfın konumudur. İşsizler, marjinal ekonomik sektörün düzensiz, geçici çalışanları bu grupta yer alırlar.

Sosyal devlet olarak da bilinen ve bugün yeni liberal ekonomik politikalar tarafından hem ideolojik, hem de pratik açılardan her yönüyle yıpratılmış bulunan organizasyon, sınıflar arasındaki savaşımın bir ürünü ve bir tampon mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal devlet bir yönüyle de, giderek artan eşitsizlikler karşısında, eşitsizliklerden zarar gören toplumsal sınıfların asgari beklentilerine yanıt verebilme mekanizmasıdır. Dolayısıyla sosyal devlet için belirleyici olan etkenler şu şekilde sıralanabilir: 1) Emekgücünün yeniden üretilmesi zorunluluğu. (Savran S. 1988: 51) Bu zorunluluk kapitalist üretimin 2. Dünya Savaşı sonrasında ulaştığı gelişme düzeyiyle ilintilidir. Sözü edilen dönemde kapitalist üretim yapısının ve teknolojinin ulaştığı gelişme düzeyi farklı nitelikte (daha sağlıklı ve eğitimli) emekgücü gereksinimi yaratmıştır. Nitelikli emekgücünün yeniden üretimi sağlık, eğitim, sosyal güvenlik hizmetlerinin devlet tarafından üstlenilmesi ve bu hizmetlerin finansmanında sermayenin de sorumlu kılınmasıyla gerçekleştirilmiştir. 2) Geniş halk kesimlerinin savaş yılları boyunca artan toplumsal, ekonomik ve politik beklentileri ve kapitalist sistemin bu beklentileri bir biçimde tatmin etme zorunluluğu hissetmesi. 3) Yine aynı dönemde bir sistem boyutunda organize olan sosyalist sistemin yarattığı ideolojik ve politik egemenlik ortamı. (Albarracin J., Montes P. 1998: 79) Sosyalist ülkelerdeki herkes için parasız eğitim, sağlık güvencesi, herkes için iş olanağı gibi kazanımlar, kapitalist ülke işçi sınıfları için belirgin bir çekim merkezi oluşturmuştur. Bu çekimin kapitalist Batılı ülkeleri de siyaseten sola çektiğini kabul etmek gerekir. 4) Nihayet kapitalist sistemin 2. Dünya Savaşı sonrasında içine girdiği ve bir sistem olarak Fordizm şeklinde adlandırılan nesnel ekonomik genişleme ortamı, yukarıdaki üç maddede sıralanan politik nitelikli girdilerin yaşam bulabileceği bir olanak yaratmıştır. (Jessop B. 1991: 86) Sonuç olarak sosyal devlet denilen ve eşitsizlikler bakımından törpüleyici bir işlev gören yapılanma bu zorunluluk ve olanakların karşılıklı optimum noktada çakıştıkları özgün bir tarihsel kesitin ürünü olarak görülebilir. Bu haliyle sosyal devlet, şimdiye dek yaşanmış diğer kapitalist devlet form-

larına göre daha fazla oranda işçi ve emekçilerden yana olan, daha fazla oranda işçi ve emekçi sınıfların taleplerini dikkate almak zorunda kalmış kapitalist devlettir. (Sosyal devlet ve sağlık ilişkisi konusunda bkz. Belek İ. 1994) Lemkow un da belirlediği gibi (1986: 1258) bu gelişmeler işçi sınıfının ve diğer emekçi sınıfların yaşam koşullarında somut bir gelişme sağlamış, bu gelişme de orta sınıfların yaygınlaştığı şeklindeki tezlerin zeminini oluşturmuştur.

Bugün ise, özellikle sosyal devletin geri çekilmesiyle birlikte her türlü eşitsizlikte yeniden belirgin bir derinleşme yaşanmaktadır. Bu gelişme dünyanın istisnasız bütün bölgeleri için geçerlidir. 1970 lerden itibaren dünya kapitalist sisteminin içinde bulunduğu ekonomik kriz, 1960 lar boyunca neredeyse unutulmuş olan eşitsizlik konusunu yeniden gündeme taşımıştır. İngiltere de 1977 de oluşturulan Sağlıktaki Eşitsizlikler Çalışma Grubu çalışmalarını 1980 yılında tamamlamış ve Sağlıkta Eşitsizlikler: Siyah Rapor (Inequalities in Health: Black Report) adıyla yayınlamıştır. (Townsend B., Davidson N. 1982) Raporun eşitsizlikler konusundaki tartışma ve araştırmalara özel bir ivme kattığını belirtmek gerekir.

Sosyalist sistemin yıkılmasının ise, bu anlamda iki önemli etkisinin bulunduğu söylenebilir: Bunlardan ilki, bu gelişme ile birlikte sosyalist sistemin kapitalist sistem karşısındaki tamponlayıcı, sınırlayıcı, kapitalist sistemi sosyalleşmeye, sola ve insafa zorunlu kılan etkisinin ortadan kalkmış olmasıdır. Böylece kapitalist sistem kendi özgün kurallarını, yani kar yasasını uygulamak konusunda aynen 19. yy da olduğu gibi serbestleşmiştir. Bugün yeniden kapitalizmdeki vahşileşmeden söz edilmesinin nedeni de bu politik gelişmedir. İkinci etki ise eski sosyalist ülkelerin kendilerine ilişkindir. Sosyalist sistemin yıkılması sonrasında bu ülkelerdeki yoksulluk, eşitsizlik katlanılamaz boyutlara ulaşmıştır. Ulusal gelirdeki düşme, yüksek enflasyon, işsizlik ve bir bütün olarak kamu sektöründeki çökme sonucunda hükümet gelirlerindeki azalma; yoksulluğun artmasına, yaşam standartlarının düşmesine, beslenmenin ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının bozulmasına neden olmuştur. (Preker AS. 1994: 446) Öylesine ki, bugün Bağımsız Devletler Toplu-

luğu olarak bilinen grup, yoksulluk ve eşitsizliklerin yarattığı en ilkel sağlık sorunları nedeniyle Avrupa kıtasının başına bela olmuş durumdadır.

Nitekim, 1989-93 arasında Doğu Avrupa ülkelerinde ulusal gelir %40 düşmüştür. İşsizlik 1991 de %8 iken 1994 te %11 e yükselmiştir. Rusya, Estonya, Kazakistan, Letonya ve Litvanya da 1993 yılındaki yaşam umudu (Rusya için 59 yıl ve bu süre emeklilik yaşının altındadır), 1980 lerdeki artışın sonrasında azalarak, 1950 lerdeki seviyesine inmiştir. Yaşam umudundaki kötüleşme, eski Sovyetler Birliği ndeki kadar olmasa bile Macaristan, Çekoslovakya, Polonya ve Romanya için de geçerlidir. Ana ölüm hızı ve bebek ölüm hızında eski sosyalist ülkelerin tümünde, sistemin dağılışından sonra artış gözlenmektedir. Bu ülkelerde (yine politik değişim sonrasında) sigara ve alkol tüketiminde artış vardır. Bütün bunlar Avrupa bölgesini, 2000 yılı hedeflerine bir bütün olarak ulaşmaktan tamamen uzaklaştıracak kadar önemli olumsuzluklardır. Ancak Batı Avrupa yı asıl telaşlandıran olgu eski sosyalist ülkelerde 1990 sonrasında başgösteren ve pek çoğu aşıyla önlenebilir nitelikte olan bulaşıcı hastalıklardaki artıştır. Difteri, Boğmaca, Polio, Tüberküloz ve paraziter hastalıklardaki artış kaygı verici boyutlardadır. (WHO 1994: 4-33) Eski Sovyet ülkelerinde yaşam umudundaki düşme ve ölüm hızlarındaki yükselme daha çok orta yaş grubundaki el emeğine dayalı işlerde çalışan kentli erkeklerde gözlenmiştir. Bu da iş ortamında oluşan sosyal stres faktörlerine bağlanmaktadır. (Cockerham WC. 1997: 119-120) Bütün bunlar, aynı zamanda Avrupa nın kendi içindeki eşitsizliklerin göstergesidir.

I.2. Emperyalizm ve Uluslararası Ölçekte Sağlıkta Eşitsizlik Etkenleri

Bugün gelişmekte olan ya da geri kalmış olarak nitelenen ve kapitalist-emperyalist dünya sisteminin periferine düşen ülkelere ilişkin özgün konumu açıklamak içinse daha farklı kavramlaştırmalar kullanmak gerekir. Aslında bu konudaki ilk ve en önemli kavram emperyalizmdir. Çok kabaca; üretim normları ve sermaye birikimi

bakımından tekelcileşmiş, serbest rekabetin rafa kaldırılmış olduğu (Hilferding R. 1995: 47) ve ülkeler arasındaki ilişkiler bakımından katı bir hiyerarşik sistem üzerine oturmuş (Lenin Vİ. 1979: 90) kapitalist aşamayı tanımlamak için kullanılmaktadır. (Adalı C. 1997: 35-60)

Ülkeler hiyerarşisinin temel dinamiğini anlamak bakımından Lenin in emperyalizm tanımına bakabiliriz. Şöyle tanımlamaktadır Lenin emperyalizmi: Emperyalizm, kapitalizmin tekelci aşamasıdır. .... Çünkü bir yandan mali sermaye, bir kaç tekelci büyük banka sermayesinin, tekelci sanayi gruplarının sermayesiyle kaynaşmasının sonucudur. Öte yandan, dünyanın paylaşılması da herhangi bir kapitalist devletçe el konmamış bölgelere kolayca yayılan sömürge politikasından, tamamıyla paylaşılmış yeryüzü topraklarının, tekellerin mülkiyetine geçmesi için uygulanan sömürge politikasına geçişi ifade etmektedir. (Lenin VI 1979: 107) Bu gelişme, sermaye sahiplerinin bireysel hain duygularıyla değil, tamamen sermaye birikiminin ulaştığı düzey ve bu düzeyin kar sağlamak için kapitalistleri dünyanın başka bölgelerine yönelmek zorunda bırakmasıyla ilgilidir. Dikkat edilirse burada, sermayenin birikiminin tekelci aşamasında, dünyanın sermaye grupları ve merkez kapitalist ülkeler arasında yeniden paylaşımı söz konusudur.

İşte bu sistem içinde, perifer kapitalist ülkeler İkinci Dünya Savaşı sonrasında içine mali politikaların da yedirildiği bir politik ekonomik retorik içinde merkez kapitalist ülkelerin yörüngesine oturtulmuşlar ve bir kaç 10 yıl içinde de sistemli biçimde borçlandırılmışlardır. Borçlanma, borçlanan ülkeleri sisteme bağımlı kılan bir ekonomik, politik mekanizma olarak kullanılmış ve öyle işlev görmüştür. IMF bu ülkelerin içine düşürüldüğü borç krizinin yönetimi için; Dünya Bankası ise borçlanma sonucunda artık önerilen her türlü şeyi uygulamak zorunda olan bu ülkelere, kendilerini merkez kapitalist ülkelerin yörüngesinde tutmaya devam edecek yapısal uyum programları nın dayatılması için oluşturulmuştur. (Başkaya F. 1994: 139-154) Uyum programlarının temel mekanizması; a) birikimli devalüasyonlar ve dış pazara yönelik üretim, b) sosyal sektörlere yapılan hükümet harcamalarının azaltılması ve bu sektörlerin özelleştirilmesi, c) ticaretin liberalleştirilmesi yoluyla, az

gelişmiş ülkelerin bütün gümrük sınırlamalarının ortadan kaldırılması ve uluslararası tekellerin ülke üretimini kontrol eder bir güç kazanmaları, d) hükümet işletmelerinin özelleştirilmesi, ücretlerin dondurulması, işsizleştirme ve sendikasızlaştırma şeklindedir. (Kanji N. ve ark. 1991: 989) Yapısal uyum programlarının amacı, az gelişmiş ülke ekonomilerinin doğrudan gelişmiş kapitalist ülkelerin gereksinimleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması, bunun için emekgücü fiyatının düşürülmesi ve azgelişmiş ülkelerin iç pazarlarının yabancı tekellere açılmasıdır. Bu süreçte, özellikle bağımsızlık dönemi boyunca gelişen yerli sermayenin, kırsal kesimdeki emekgücü fiyatlarının düşürülmesinden yararlandığı ve yabancı tekellerin bu ülkelerdeki yatırımlarına aracılık ettiği anlaşılmaktadır.

Kanji ve ark. (1991) bu yeniden yapılanmanın bebek ve çocuk ölüm hızı gibi temel toplumsal sağlık göstergeleri bakımından pek çok az gelişmiş ülkede olumsuzluklar yarattığını belirtmişlerdir. Nitekim Etyopya, Mali, Madagaskar, Uganda, Tanzanya, Somali ve Kenya da 1965-80 döneminde her iki göstergede de iyileşme sağlanmışken; izleyen 1980-85 döneminde aynı ülkelerde BÖH için %4.1 ile %53.5; ÇÖH nda da %3.1 ile %90 arasında kötüleşme gerçekleşmiştir. Bu ortam içinde büyümü ve gelişmenin izlenmesi, ishalli hastalıklarla savaşım gibi seçici temel sağlık hizmeti programlarının da önemli bir etkisi olmamaktadır.

IMF ve Dünya Bankası politikalarının ve periferi ülkelerin giderek daha fazla oranda içine gömüldükleri borç batağının, dünya nüfusunun çok önemli kısmını barındıran bu ülkelerdeki ekonomik yoksullukta ve her tür eşitsizlikte belirleyici öneme sahip oldukları konusunda da yaygın görüş birliği bulunmaktadır. (Bland Y. 1994)

1982 yılında gelişmekte olan ülkelerin toplam dış borçları 562 milyar Dolar iken, 1980 lerin sonunda 1020 milyar Dolara yükselmiştir. Bunun 218 milyar Doları SAA ülkelerinin borcudur. Borçlanmanın anlamı ise, yine aynı dönem için yılda toplam 60 milyar Dolarlık bir dış borç ödemesinin zengin ülkelere doğru akması şeklindedir. (Kanji ve ark. 1991: 985) Böylece borçlanmanın, aradan geçen bir iki 10 yıl içinde, az gelişmiş ülkelere kaynak yaratmak yeri-

ne, kaynakları tüketen bir mekanizma durumuna dönüştüğü anlaşılmaktadır.

Yapısal uyum politikalarının sağlık sektörü üzerinde üç temel etkisi bulunmaktadır (WHO 1994a:534): a) Tarım ürünlerini destekleyen politikalardan, uluslararası piyasalarda talep edilen ihraç ürünlerini destekleyen politikalara yönelme beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir. Bu ekonomik politikalarla sağlık arasındaki doğrudan ilişkinin bir örneğidir. b) Kendisine aktarılan kaynakların azalmasına bağlı olarak sağlık sektörünün bozulması. c) Sağlık sektörü çalışanlarının ücretlerindeki düşme. Bu sonuncusu da hizmetin kalitesini etkilemekte, motivasyonu kırmaktadır. Ekonominin etkileri konut, sosyal hizmetler gibi sektörler üzerinden dolayımlanarak da sağlık düzeyini etkilemektedir. Öte yandan çevreye zarar veren sanayilerin ve çeşitli sanayi atıklarının az gelişmiş ülkelere aktarılması da bu gruptaki ülkeler için özel bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerdeki ekonominin zayıflığı, bu ülkelerde, sanayinin çevreyi kirletici etkileri karşısında gerekli önlemlerin alınabilmesini de güçleştirmektedir.

Böylece dünyadaki eşitsizliklerden olumsuz şekilde etkilenen ülkelerde sağlık ve sağlık hizmetlerindeki kötüleşme, bu ülkelerin dünya emperyalist sistemi içindeki zayıf ve bağımlı konumlarına bağlı olarak uluslararası ve ulusal düzeyde ortaya çıkan bir dizi etkenin karşılıklı etkileşimi ile koşullanmaktadır. IMF ve Dünya Bankası gibi örgütlerin bu olumsuz ortamın standardizasyonunu sağlayan kuruluşlar oldukları söylenebilir.

Bu alt bölümde buraya kadar tartışılanları, özellikle bir vurguyu öne çıkarmak açısından bir kez daha özetlememiz gerekiyor: Sağlıktaki eşitsizlik olgusu bir dizi toplumsal, ekonomik, politik etkenden kaynaklanmaktadır. Örneğin sağlık sisteminin tedavi yönelimli olarak organize edilmesi bile, DSÖ nün de halen yakındığı politik bir tercihtir. Ancak maalesef konu burada bitmemektedir. Şöyleki... Esasen bu üç güç dinamiği (ekonomik, toplumsal, politik etkenler) birbirlerinden yalıtık ve kendi içlerine kapalı bir tarzda değil; tam tersine birbirleriyle ilişkili, birbirlerini bütünler ve birbirlerinin etkilerini potansiyalize eder bir tarzda etki gösterirler. Hatta ortaya

koydukları etki, ayrı ayrı gösterdikleri etkinin basit bir aritmetik toplamı olmayıp, yeni nitelikte ve apayrı bir özelliğe de sahiptir. İşte bu bütünlüğün günümüzdeki karşılığı kapitalist sınıflı sistem ve bu sistemin nesnel yasaları olmaktadır. Bu saptama önemli midir? Kanımızca önemlidir. Hatta yaşamsal derecede önemlidir. Çünkü savaşım stratejisinin ulaşacağı bütünlük düzeyini de nedensel ilişkinin saptanmasında kullanılan tercih belirleyecektir.

Şimdiye kadar izlendiği gibi sağlıkla sosyoekonomik ortam arasındaki ilişki, dar anlamda sosyoekonomik ortamın çerçevelediği, tek yönlü bir belirlenim ilişkisi içinde ele alındı. Peki bunun tersi doğru mudur ? Yani sağlıktaki bir bozulma en azından bireylerin sosyoekonomik konumlarında, statülerinde bir bozulmaya yol açmaz mı? Gerçekten de bu soru sağlıkta eşitsizlik yazını içinde önemli bir yere sahiptir. (Mackenbach ve ark. 1994) Eşitsizlik yazınında sosyoekonomik ortamın sağlığı belirlediği şeklindeki kuram nedensellik (causation), sağlığın sosyoekonomik konumu belirlediği şeklindeki kuram ise seçme (selection) kuramı şeklinde tanımlanır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler yaklaşımı, kendisini nedensellik kuramı üzerine oturtur. Kısacası, sosyoekonomik nitelikli, nesnel ve toplumsal ölçekli bir dizi (dışsal) etkenin bireyin ve toplumun sağlığını belirlediği şeklinde determinist bir mantığa sahiptir.

Öte yandan seçme kuramının da taraftar bulabildiği ve bu kuramın gerçeği ancak bir ölçüde yansıtabildiği anlaşılmaktadır. Nitekim sağlıktaki bozulmaların, hele hele sağlıktaki uzun süreli bozulmaların bireylerin sosyoekonomik konumlarını da olumsuz etkiledikleri ve özellikle mesleki kariyerlerinde kalıcı etkili aşağı kaymalara, böylece gelir kayıplarına neden olabildikleri bilinmektedir. Örneğin İngiltere de, bütün mesleklerde kronik hastalığı olanlardaki işsizlik oranı, hasta olmayanlardaki orana göre daha yüksektir. Ancak uzun süreli hastalık durumuna bağlı sosyoekonomik statü kayması başlangıçtaki sınıfsal konumla da yakından ilişkilidir. Gerçekten de aşağı sınıflarda işsizlik daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. İngiltere de nonmanual (kafa emeğine dayalı) mesleklerde (ki bu meslekler hiyerarşide daha yukarıdadır) çalışan ve kronik bir has-

talığı olan erkeklerde, 1979 yılında %85 olan istihdam oranı, 1993 te %75 e düşmüştür. Manual (el emeğine dayalı) mesleklerde ise oranlar %70 ile %40 arasında değişmiştir. (Bartley M., Owen C. 1996) Buradan da görüldüğü gibi, kronik hastalık ile işsizlik arasındaki ilişki, bireylerin sınıfsal konumlarının belirlediği bir ortam içinde etki göstermektedir. Ya da işsizliği yaratan ekonomik ortam kronik hastalığı olanları daha çok vurmaktadır. Bu nedenle, eğer gerek teorik, gerekse pratik düzeyde bir tartışma gerçekleştirilecekse, ilişkinin sosyoekonomik etkenlerden başlatılarak, sağlığın belirlenen konumdaki (bağımlı) değişken olduğunu düşünmek daha doğru görünmektedir. Çünkü bozulan sağlık sosyoekonomik statüyü düşürse bile, kendisinin hangi ortam içinde bozulduğu sorusunun mutlaka yanıtlanması gerekir ve verilecek yanıt bizi doğrudan nedensellik olarak bilinen kurama yöneltir. Zaten sağlığın belirleyicileri derken kastedilen de budur.

Sağlıktaki eşitsizlikle savaşım stratejilerinin saptanmasında eşitsizliğin mikro nedenlerinin tartışılması da önemlidir. İzleyen bölümde görüleceği gibi mikro nedenler, makro/kapitalist ortam içinde anlam kazanırlar. Ancak bir yandan da bu ortamda geliştirilebilecek müdahale olanaklarına işaret ederler. Bu nedenle bundan sonraki bölümde bireysel sağlık üzerinde etkili olan etkenlerden söz edilecek, yani bu bölümde makro düzeyde başlatılan neden-sonuç analizi, bundan sonrakinde mikro düzeyde sürdürülmeye çalışılacaktır.

II. SAĞLIĞIN MİKRO DÜZEYDEKİ BELİRLEYİCİLERİ

Şu ana kadar incelenenlerden ortaya çıktığı gibi, sağlık bugün artık toplumsal yaşantıyı etkileyen, ancak kendisi de toplumsal ve ekonomik olaylardan etkilenen toplumsal bir olgu olarak kabul edilmektedir. Toplumun ekonomik durumu, toplumsal gelirin dağılımı, toplumsal harmoni, demokratik işlerliğin düzeyi, politik katılım mekanizmalarının yapısı gibi ekonomik ve toplumsal ilişkiler de sağlık düzeyi üzerinde doğrudan ve önemli derecede belirleyici olmaktadır. Örneğin daha zengin uluslar sağlık için daha çok kaynak ayırabilmekte ve bunun da ötesinde kaynaklarını daha etkin ve

verimli kullanabilmektedirler. Öte yandan az gelişmiş ülkeler için maalesef bunun tersinin geçerli olduğu görülmektedir. (WHO, 1995b: 2)

Önemli bir nokta da sağlık düzeyi ve sağlıktaki eşitsizlikler üzerinde sosyoekonomik etkenlerin , sağlık sisteminin kendisine göre daha belirleyici olmasıdır. (WHO 1997: 3)

Literatürde, sağlığı belirleyen bu çerçevenin önemini ortaya koyabilmek ve sözü edilen ilişkiyi somut olarak açığa çıkarabilmek için yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Kapitalist üretim ilişkilerinin çeşitli boyutlarda sağlık üzerindeki etkilerinin somutlanması anlamına gelen bu çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

II.1. Politik Yapı ve Toplumsal Sağlık

Ülkelerin genel olarak politik sistemleri sağlık düzeyi üzerinde etkili olmaktadır. Sosyalist sistem yıkılmadan önce yapılmış bir araştırmada tespit edilmiş olduğu gibi, sosyalist ülkeler, aynı gelir grubundaki kapitalist eşlerine göre en temel sağlık ve fiziksel yaşam kalitesi değişkenleri bakımından anlamlı biçimde daha iyi bir performans sergilemişlerdir. (Cereseto S., Waitzkin H. 1986: 654) Sosyalist sistemin yıkılması sonrasında, eski sosyalist ülkelerdeki olumsuz yöndeki değişimler de sosyalizm ile sağlık ilişkisi bakımından dolaylı da olsa bir gösterge olarak kabul edilebilirler.

Bu bakımdan Küba nın durumu gerçekten de ilginçtir. Küba diğer Latin Amerika ülkeleriyle ve hatta aynı coğrafi bölgedeki ABD ile karşılaştırıldığında, sosyalist devrim sonrası dönemde sağlık düzeyi bakımından çok daha iyi bir performans göstermiştir. 1955 yılında Küba da yaşam umudu 59.5 yıl idi ve bu düzey Paraguay (62), Arjantin (62) ve Uruguay (66) gibi komşu ülkelerden daha düşüktü. 1985 yılında Küba daki yaşam umudu 75 e yükselerek, diğer bütün ülkeleri geride bıraktı. 1950-55 ile 1985-90 arasındaki dönemde ABD deki yaşam umudu 65 ten 75.4 e yükselirken, Küba nınki 59.3 ten 75.2 ye ulaşarak (daha geri bir noktadan başlamış olmasına rağmen) neredeyse ABD nin yaşam ı mudu süresini yaka-

ladı. Aynı durumun pek çok başka sağlık göstergesi bakımından da geçerli olduğu bilinmektedir. (Navarro V. 1993: 8)

Küba daki durum 1990 sonrasında bir miktar bozulmuştur. Bu gelişmenin arkasında iki neden bulunmaktadır. Bunlardan ilki 1975 yılından beri sürmekte olan ve 1992 yılında yeni düzenlemelerle daha da sıkılaştırılan uluslararası düzeydeki Amerikan ekonomik ve politik ambargosudur. İkinci neden ise 1989 yılında sosyalist sistemin parçalanması, böylece Amerikan ambargosunun etkilerini bir ölçüde de olsa zayıflatan destek mekanizmanın çökmesidir. Bu iki gelişmenin özellikle beslenme durumunu bozduğu, enfeksiyon hastalıklarının yaygınlaşmasına neden olduğu, kamu sağlığı hizmetlerinin alt yapısını zayıflattığı bilinmektedir. Öte yandan ekonomik göstergelerde de ciddi gerileme olmuş ve 1989 sonrasındaki bir kaç yıl içinde Küba nın ulusal geliri %60 düzeyinde azalmıştır. Bütün bunlara rağmen Küba nın temel sağlık göstergelerinde önemli bir bozulma olmamıştır. Örneğin BÖH ndaki azalma devam etmektedir ve 1996 düzeyi binde 8 civarındadır. (Garfield R., Santana S. 1997: 15-17)

Bu nedenle Küba Dünya Bankası nın Sağlıkta Yatırım (1993) adlı raporunda da, yaşam umudu bakımından, ekonomik durumuna göre pozitif performans sergileyen bir kaç ülkeden birisi olarak saptanmaktadır. Aynı pozitif performans durumu Çin için de geçerlidir. (WB 1993)

Navarro kapitalist ve sosyalist sistemleri sağlık düzeyi bakımından karşılaştırırken, Çin ve Hindistan ı özel olarak ele alır. Çünkü bu iki ülke gerek coğrafi bölge, gerek nüfuslarının büyüklükleri, gerek etnik ve kültürel özellikleri bakımından benzerdirler. Bu nedenle de karşılaştırma için uygun bir veri tabanı yaratırlar. Bu anlamda Çin ile karşılaştırılabilecek bir başka ülke de yoktur. Çin de BÖH, ÇÖH, günlük kalori ve protein tüketimi devrim öncesi dönemde Hindistan a göre daha kötüydü. 1980 lerin sonunda Çin in durumu bütün bu göstergeler bakımından Hindistan ı geride bırakmıştır. Aynı durum, 1957 den beri sosyalist parti tarafından yönetilen Hindistan ın Kerela eyaleti için de geçerlidir. Kerela nın temel

sağlık göstergeleri Hindistan ın geneline göre çok daha iyidir. (Navarro V. 1993:18)

Öte yandan, bu bulgular üzerine, bu kez sosyalist sistemin yıkılması sonrasında konuyu aynı tarzda (yani politik sistemleri karşılaştırarak) ele alan çalışmalar yapılmıştır. Bir diğer deyişle, sosyalist sistem yıkıldıktan sonra, politik sistem ile sağlık ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, sosyalizm kapitalizm tartışması yerine, sol ve sağ yönelimli kapitalist politik sistemlerin karşılaştırılmasına yönelmiştir. Araştırmalar sonucunda; (yaşam umudu, BÖH, ÇÖH gibi değişkenlerle ölçülen) toplumsal sağlık düzeyi üzerinde, politik sistem yapısının, yüksek düzey demokrasinin, güçlü sol rejimlerin ve sol rejimlerdeki güçlü devlet müdahalesinin, insan haklarındaki gelişmenin, cinsiyet eşitliğinin, sosyal sektörlere yapılan harcama miktarındaki artışın belirleyici derecede ve pozitif yönde etkili olduğunu ortaya koyan bulgular elde edilmiştir. (Lena HF., London B. 1993: 597; Gough I., Thomas T. 1994: 737; Moon BE., Dixon WJ. 1985: 679)

Yukarıda sıralanan kavramların tümü doğrudan doğruya siyaset alanı ile ilişkili değişkenler olmasalar da, genellikle sol ideolojiler tarafından öne çıkarılan ve sol iktidarlarca uygulamaya konulan tercihler oldukları kabul edilecektir. Öte yandan devletin sol iktidarlarla güçlü olması ile sağlık düzeyi arasındaki aynı yöndeki ilişki özellikle önemlidir. Devletin sağ iktidarlarla güçlü olması özelliği ile toplumsal sağlık düzeyi arasındaki ilişki ise anlamlı biçimde ters yönlüdür. Yani güçlü sol bir devlet örgütlenmesi toplumsal sağlığı geliştirirken; güçlü bir sağ devlet tersi etki göstermektedir. Devletin güçlülüğü ise toplam hükümet harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı ile ölçülmektedir.

Ülkenin uluslararası sermayeye bağımlılığı da toplumsal sağlık düzeyi üzerinde etkili olan bir diğer ekonomik/politik göstergedir. Bağımlılık durumu, o ülkede yabancı yatırımcılar tarafından doğrudan kontrol edilen sermaye miktarı ile ölçülmektedir. Bu şekilde belirlenen bağımlılık oranı arttıkça BÖH ve ÇÖH da yükselmektedir. (Lena HF., London B. 1993: 591)

II.2. Kişi Başı Ulusal Gelir ve Toplumsal Sağlık

Bütün bunların yanısıra kişi başına düşen ulusal gelir de (başlı başına ekonomik bir değişken olarak) sağlık düzeyi üzerinde belirgin şekilde etkilidir. Yukarıda sözü edilen araştırmaların hemen tümünde gelir düzeyi, sağlık ve diğer insani refah göstergeleri üzerinde en çok etkili olan değişken olarak saptanmıştır. Ancak belirlendiği gibi, ekonomik zenginlik refah göstergelerinin en önemlisi olsa da tek belirleyeni değildir. Kişi başına ulusal gelir ile, toplumsal sağlık göstergelerinin en önemlilerinden olan ÇÖH arasındaki ilişki, özellikle kişi başı geliri 5000 Dolar altında olan ülkelerde belirgindir. (WHO 1997a: 4)

Bu haliyle kişi başına düşen ulusal gelir toplumsal sağlık düzeyi ile ilişkisi bakımından her zaman uygun bir ölçüt de değildir. Bu, ulusal gelirin bir indikatör olarak ortaya çıkan şu tür yetersizliklerinden kaynaklanmaktadır. 1) Ulusal gelir para karşılığı değişilmeyen, yani değişim amacıyla üretilmeyen mal ve hizmetleri dikkate almamaktadır. Bunun en tipik örneği aile içi tüketim için üretilen mal ve hizmetlerdir. 2) Gelir dağılımı hakkında hiçbir fikir vermemektedir. Böylece yoksulların gelir düzeyindeki düşme maskelenmektedir. Dolayısıyla da toplumun alt gelir gruplarının gelir-sağlık düzeyi ilişkisi hakkında yeterli fikir edinmek olanaklı olmamaktadır. 3) Yalnızca para ile ölçülebilmekte, mal ve hizmetlerin sosyal yararı hakkında hiçbir şey ifade etmemektedir. Böylece örneğin trafik kazalarındaki bir artış olgusu, eğer gelir bağlamlı bir değerlendirmeye alınırsa, yalnızca kazaya uğrayan araçların tamiri ya da yerine konması için yapılan harcamaları dikkate alacağından, ulusal gelirde artış yönünde bir etki gösterecektir. Oysa bu şekildeki ulusal gelir artışı hiç de istendik bir sonuç değildir. Aynı şey örneğin sigara üretimi için de geçerlidir. Her iki örnek durumda da ulusal gelir göstergesi dışında, başka sosyal göstergelere gerek bulunduğu kesindir. (Draper P., Dennis J. 1987: 66-73.

Bir başka deyişle ekonomik anlamda gelir dışında başka değişkenler de sağlık düzeyinin belirlenmesinde etkili olmaktadır. Hatta sağlık düzeyi bakımından, kişi başına düşen gelirin belirleyici olmayabileceğini gösteren ilginç örnekler de bulunmaktadır. Örneğin

(yukarıda da belirtildiği gibi) Çin, Sri Lanka, Fas, Paraguay gibi ülkeler, insanlarına, kişi başı gelirle ölçülen gelişmişlik düzeylerinden beklenmeyecek derecede fazla ortalama yaşam sağlarlarken; ABD, Fransa gibi iki dev için durum tam tersidir. Yani gerek Fransa gerekse ABD, vatandaşlarına, sahip oldukları gelire göre beklenenden daha kısa süreli bir ortalama yaşam şansı sunabilmektedirler. Bu bakımdan bütün dünyada en kötü durumda olan ülke ise ABD dir. ABD, aynı zamanda, dünyada kişi başına en yüksek sağlık harcaması yapan ülke olmasına karşın, doğuşta beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı gibi temel toplumsal sağlık göstergeleri bakımından gelirine göre olması gereken düzeylerin çok gerisinde bulunmaktadır. (WB 1993: 54)

II.3. Yoksulluk, Gelir Dağılımı ve Toplumsal Sağlık

Kişi başı ulusal gelir dışında belirleyici öneme sahip diğer ekonomik değişkenler olarak karşımıza belli bir gelir düzeyinin altında yaşayan nüfus oranı ile ölçülen yoksulluk düzeyi (Carrin G., Politi C. 1996: 15) ile ulusal gelirin %20 lik nüfus dilimleri arasındaki dağılımı ile ölçülen gelir dağılımı eşitsizliği çıkmaktadır (Ram R. 1985: 592). Gelir dağılımı, kimi araştırıcılar tarafından insan kaynağına verilen önemin ve yapılan yatırımın göstergesi olarak da değerlendirilmektedir. (Kennedy BP. ve ark. 1996)

Yoksulluk ve gelir dağılımı eşitsizliği arttıkça sağlık düzeyi kötüleşmektedir. Bu bulgu ulusal gelirine göre daha kötü bir toplumsal sağlık performansı sergileyen ülkelerin durumu konusunda açıklayıcı bir veri olarak kullanılabilir. Öte yandan gelir dağılımının sağlık düzeyi üzerindeki etkisinin, orta ve yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde, ulusal gelirin kendisine göre daha önemli olduğu da ortaya çıkmaktadır. Bu grup ülkelerde gelir düzeyi yükseldikçe, ulusal gelirin toplumsal sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi azalmakta ve bu etkinin yerini gelir dağılımındaki eşitsizlik olgusunun etkisi almaktadır. Yapılan çok değişkenli istatistiksel analizler mutlak gelirin etkisinin arka plana itildiği gelir sınırını kişi başına 5000 Dolar olarak belirlemektedir. (Power C. 1994: 1154)

Öyle ki, yüksek gelirli ülkelerde mutlak gelirin etkisi, gelir dağılımındaki eşitsizliğin etkisinin yanında ihmal edilebilir düzeylere inmektedir. Özellikle Wilkinson tarafından vurgulanan ilginç bir nokta, sağlıktaki (gerek ölüm, gerekse yaşam umudu olarak) eşitsizliğin (gelişmiş ülkelerde) mutlak gelir düzeyiyle değil, daha çok görece yaşam standartlarıyla ve gelir dağılımındaki eşitsizlikle ilişkili olduğudur. Wilkinson gelir dağılımı bozukluğu ile sağlık düzeyinin düşüklüğü arasındaki ilişkiyi, daha düşük gelirli olan bireyleri sarıp sarmalayan ve gelir dağılımındaki bozukluğun algılanmasından ileri gelen psikososyal etkenlerle açıklamaktadır. Yani gelir dağılımının bozukluğu gibi ancak toplumsal düzeyde ölçülebilecek bir ekonomik etken, psikososyal süreçler üzerinden bireysel düzeyde etkili olmaktadır. (Wilkinson RG. 1997a: 591; Kaplan GA. ve ark.1996a; Kennedy BP. ve ark.1996) Düşük gelirli ülkelerde ise toplumda mutlak yoksulluk sınırının altında yaşayanların oranı ve kişi başına düşen gelir gibi gelire ilişkin mutlak göstergeler daha belirleyicidir. (Wilkinson RG. 1992: 167) Yani kapitalist ekonominin ortaya çıkardığı eşitsizlik olgusu ulusal gelir büyüklüğünden bağımsız biçimde toplumsal sağlığı etkilemektedir.

DSÖ nce yayınlanan bir dökümanda hesaplandığına göre, gelişmekte olan ülkelerde, yoksulluk düzeyinde yaşayan nüfus oranının %50 azaltılması yaşam umudunda 1.7 yıl uzama; bebek ölüm hızında binde 14.9 ve çocuk ölüm hızında da binde 27.5 azalma sağlayacaktır. (Carrin G., Politi C. 1996: 13) Gelir dağılımı ile ölüm arasında ortaya çıkan ilişki hem uluslararası düzeyde (Power C. 1994), hem de ABD de eyalet verilerinin kullanılmasıyla (Wilkinson RG. 1997a) saptanmış durumdadır. Buna karşılık gelirin kendisi, düşük gelirli ülkelerde sağlığı daha fazla oranda belirleyici bir etkiye sahiptir.

Yoksulluk da sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen en önemli etkenlerden birisi olarak sıklıkla vurgulanmaktadır. Avrupa da yoksul sınıflarda hem hastalık hem de ölüm hızları daha yüksektir ve bu gerçek, tıbbi teknolojideki bütün gelişmelere ve sağlık programlarının nüfus bakımından genişleyen kapsamına karşın değişmemektedir. (Power C. 1994: 1153; Duncan GJ. 1996: 420; Fiscella K.,

Franks P. 1997; Wilkinson RG. 1997) Yoksulluk ve eşitsizlik arasındaki bu ilişki ve yoksulluğun giderek artan bir sorun olarak varlığını koruyor oluşu nedeniyle, DSÖ, yoksulluğu dünyanın en büyük katili olarak tanımlamış ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması nda bu soruna ayrı bir kod (Z59.5) vermiştir. (WHO, 1995: 377)

II.4. Kapitalist Sağlık Sistemlerinin Yapısı ve Toplumsal Sağlık

Sağlık hizmetleri sunumunda hükümetlerin ve genel olarak kamunun konumu ve devletçi yaklaşımın ağırlığı da toplumsal sağlık düzeyini etkilemektedir. Bütün özelleştirme politikalarının arkasındaki temel uluslararası güç odağı olan Dünya Bankası bile, sağlık sektörünün diğer sektörlere göre sergilediği farklılıklar nedeniyle, sağlık hizmetleri sunumunda belli derecede bir hükümet müdahalesinin gerekliliğini kabul etmektedir. Bu işlev politika oluşturma, izleme, değerlendirme, yeniden planlama, kaynak dağılımında gerektiğinde müdahalede bulunma ve toplumun yoksul kesimleri için doğrudan hizmet sunma olarak belirlenmektedir. (WB 1993: 52-72) Dünya Bankası nın bu ortalamacı yaklaşımı, sağlıktaki özelleştirmenin ciddi olumsuz sonuçlarının ortaya çıkmasından sonra toplumsal bir konsensus sağlamayı hedefleyen bir geri çekilme taktiği olarak yorumlanmaktadır. (Laurell AC., Arellano OL. 1996: 3) Öte yandan Preker (1994: 434) sosyalist deneyimin en önemli dersinin, sağlık sektörüne devlet katılımının sağladığı kazanımlar olduğunu belirler. Bu saptamada ifade edilen sonuç, kapitalist sağlık sistemlerinde devletçi/özelci sağlık sistemleri karşılaştırmasında ibrenin devletçi sistemlerden yana kaymasında önemli işlev görmüştür.

Gerçekten de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan olumsuzluklara ilişkin pek çok veri bulunabilir. Bu verilerin bir kısmı sosyalist sistemin yıkılması sonrasında aynı bölgede oluşan boşluk ortamına ilişkindir. Her ne kadar bu boşluk ortamını tanımlayan enflasyon ve belli bir sağlık sisteminin olmaması gibi doğrudan ve dolaylı yollardan sağlık sektörünü etkileyen başka etkenler bulunsa da, tanımlayıcı bir diğer bileşen ekonominin

bütün sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de hızlı bir özelleştirme uygulaması ve aynı anda da kamu ve hükümet kaynaklarının azaltılmasıdır. Bu ortamda geçtiğimiz 5-6 yıl içinde sağlık özelinde ortaya çıkan olumsuzluklardan bu çalışmanın daha önceki bölümlerinde söz edilmişti. (İlgili olarak ayrıca bkz. Preker AS. 1994: 435; Tulchinsky TH. et.all 1996: 313)

Sağlık sektöründeki özelleştirme geçişini siyasi bakımdan daha sarsıntısız bir ortamda gerçekleştiren Çin de ortaya çıkan durum da bundan hiç farklı değildir. 1980 lerde başlatılan özelleştirme sonrasında kişi başına yapılan sağlık harcamalarında artış gözlenmesine karşın, özellikle kır ile kent arasında sağlık hizmetini kullanım bakımından var olan eşitsizlikler artmış, ekonomideki büyümeye karşın da geçen 10 yıl içinde çocuk ölümlerinde azalma sağlanamamıştır. Bugün özellikle kırsal kesimde, halkın, hastane masraflarını karşılayabilmek için borç almak ya da var olan eşyalarını satmak yollarına başvurdukları bilinmektedir.(Hsiao CL., Liu Y. 1996: 431) Sağlık sektörünün finansmanında kullanılan özel harcamaların ise, hiç bir kapsayıcılığı olmayan, en eşitsizlikçi ve en fazla oranda maliyet artırıcı tercih olduğu konusunda açık kanıtlar bulunmaktadır. (OECD 1995)

Gelirine göre oldukça kötü bir performans sergileyen ABD de ise, piyasanın rekabetçi kurallarına bırakılan ve özel sigorta uygulamasının ağırlıkta olduğu sağlık hizmetlerinin; koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyen, uzun erimde maliyetleri artıran ve nihayet hükümet müdahalesini gerekli kılan bir yapı sergilediği (Nayeri K. 1995: 71; Siminoff L. 1986: 57; Weiss LD. 1993: 55); buna karşılık aynı yapının özellikle özel sigorta şirketlerinin karşıt yöndeki aktif politik tutumları nedeniyle neredeyse değiştirilemez bir direngenlik gösterdiği (Wolfe BL. 1993) belirtilmektedir.

İşte bu ve benzeri veriler hükümetlerin sağlık hizmetlerine vermeleri gereken önceliği yeniden gündeme getirmektedir. Gerçekten de özelleştirme eğilimleri temel sağlık göstergeleri ve halkın hizmeti kullanabilme kapasitesiyle ters ilişkiliyken; hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları paranın doğuştan beklenen yaşam umudu ile ileri düzeyde pozitif yönde korelasyon sergilediği konusun-

da veriler bulunmaktadır. (Roemer MI., Roemer R. 1990: 1190; WHO 1993: 59) Sağlıktaki özelleştirme eğilimlerinin, özellikle dar gelirli toplumsal sınıfların sağlığını ve sağlık hizmeti kullanımını olumsuz etkilediği bilinmektedir. (WHO 1993)

Öte yandan, bir ülkede sağlık sisteminin alt yapısının bölgeler arasında eşitsiz dağıtılmış olması (sağlık kurumlarının yetersizliği gibi), sağlık hizmetine aktarılan kaynakların (bu kaynakların miktarı ne olursa olsun), sağlık kurumlarının bulunduğu bölgelere aktarılmasına ve sağlık hizmetine gereksinimi zaten daha çok olan bölgelerin sağlık kaynaklarından yararlanamamalarına neden olacaktır. Bunun da ötesinde Power (1994: 1153) tarafından da işaret edildiği gibi, sosyoekonomik durumları kötü olup, bu nedenle sağlık hizmetine daha çok gereksinimi bulunan, ancak yine sosyoekonomik durum kötülüğü nedeniyle bu açık gereksinimlerini karşılayamayan (ters hizmet yasası; inverse care law) toplum kesimlerinin durumu özellikle önemlidir. Sağlık sisteminin ters hizmet yasası gerçeğini gözetmeyen yapısı, bu nedenle sağlık düzeyini olumsuz etkileyen bir etken olarak kabul edilebilir. Özelleştirmeci sağlık politikaları ters hizmet yasasını derinleştiren, kaynak kullanımı eşitsizliğini daha da artıran bir etkiye sahiptirler.

Ancak, tek başına sağlık sisteminin kamucu ve coğrafi bölgelere eşit dağılmış yapısı da eşitsizlikleri önleyici olamamaktadır. Bu gerçek, merkezdeki kapitalist ülkeler için bile geçerlidir. Çünkü sağlık sistemlerinin kamucu yapısı sınıfsal nitelikli daha makro bir ortam tarafından çerçevelenmektedir. Nitekim örneğin İngiltere de sağlık hizmetleri 2. Dünya Savaşı nı izleyen yıllardan beri bütün nüfus için, kullanım anında parasız ve oldukça kapsayıcı bir hizmet paketi olarak örgütlenmiş olsa da, sağlıktaki eşitsizlikler, özellikle 1970 lerde kendisini ortaya koyan kapitalist kriz olgusu içinde belirgin bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. (Majeed FA ve ark. 1994) Bu da, herkes için kapsayıcı sağlık hizmetinin eşitsizlikleri önleme ve azaltmada belirleyici olmadığını göstermektedir.

Bir başka deyişle kapitalist sistem içindeki sınıfsal eşitsizlikler, sağlık sistemindeki (varsa bile) eşitlikçi yapılanmanın olumlu etkilerini zayıflatmakta, hatta ortadan kaldırmaktadır.

II.5. Sınıflı Toplum Yapısı ve toplumsal Sağlık

Toplumsal sağlık düzeyi üzerinde etkili olduğu belirlenen bir diğer etken, toplumları birbirinden ayrı nitelikteki gruplara bölen sosyoekonomik statü ve sınıf boyutlarıdır. Sosyoekonomik statü gelir, eğitim ve meslekten oluşan bileşik bir yapı olarak ele alınmaktadır. (Adler NE. ve diğ. 1993: 3140) Öte yandan sosyoekonomik statünün içindeki bütün bu bileşenlerin oluşturduğu yapıyı daha bütünlüklü bir biçimde sentezlemeye yönelik çabalar, konuyu sınıf kavramı boyutunda incelemektedir. Buna göre sınıf; bireylerin meslek, gelir ve eğitim gibi yaşamsal ve tüketici potansiyellerini yansıtan olanaklarını da belirleyen daha kapsamlı bir belirleyendir. (Wright EO. 1995; Kaplan G. 1996) İngiltere de toplumsal düzeyli sağlık göstergeleri, neredeyse bu yüzyılın başından beri mesleklere göre belirlenmiş sınıflar aracılığıyla izlenmektedir. (Frank JN., Mustard JF. 1995) Her ne şekilde olursa olsun, bu tür araştırmaların tümünde gelir, eğitim, meslek gibi etkenler bakımından daha iyi durumda bulunan toplumsal yapıların (sınıfların) diğerlerine göre daha uzun süre yaşadıkları, tıbbi bakımdan önlenebilir hastalıklara bağlı ölümlerinin daha az olduğu, sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandıkları görülmektedir. Sınıf ile sağlığın ilişkisi ve sınıfsal konumu belirleme konularındaki tartışmalar bir sonraki alt bölümde daha ayrıntılı olarak incelenecektir.

III. SINIF, SOSYOEKONOMİK STATÜ VE SAĞLIK

Bir önceki bölümde sağlıkta eşitsizliğin nedeninin, genel olarak, kapitalist sistemin ulusal ve uluslararası ölçekli yasaları olduğu saptamasında bulunulmuştu. Tartışma biraz daha geliştirilerek, kapitalist sistem yasalarıyla özel bir belirlenim ilişkisi içinde bulunan çeşitli toplumsal, ekonomik etkenlerin (özelleştirme, gelir, gelir dağılımı eşitsizliği, yoksulluk gibi) sağlık üzerindeki etkisi de incelendi. Böylece toplumsal sağlık üzerinde etkili olan dinamikler toparlanmış oldu. Aynı türden etkileşimlerin bireysel sağlık için de geçerli olduğu görülmektedir. Bireysel sağlık da yine kapitalist sistemin yasalarınca belirlenen bir dizi sınıfsal, sosyoekonomik etken

tarafından belirlenir. Bu nedenle bu çalışmanın ileriki bölümlerinde yapılacak eşitsizlik tanımından da görüleceği gibi, sağlıkta eşitsizlik tanım olarak bile bir takım sosyoekonomik etkenlerle ilişkilendirilir, daha da ötesinde sağlıkta eşitsizlik kavramı sosyoekonomik etkenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sağlık farklılıklarını tanımlamak için kullanılır. Nitekim bu nedenle, pek çok yayında sağlıkta eşitsizlik ve sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik terimleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır ve böylesi bir kullanım yanlış da gözükmemektedir. Hatta coğrafi bölgeler arasındaki eşitsizliklerin bile (ki bu tür eşitsizlik çalışmalarına Ekolojik Çalışmalar denilmektedir) bu bölgelerin ortalama sosyoekonomik statüleri ile bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 43)

III.1. Sosyoekonomik Statü Kavramı ve Ölçülmesi

Eşitsizlik yazınında meslek, gelir ve eğitim sosyoekonomik statüyü belirleyen etkenlerdir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 35) Bu üçü sağlığı belirleyen bireysel düzeydeki etkenler olarak da görülebilirler. Ancak eşitsizlik analizlerinde ayrı ayrı ele alınırlar. Bir başka deyişle, sağlık eşitsizlikleri yazınında, sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi; bireylerin mesleki statüleri, gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklardır. Buradaki önemli bir nokta da, sosyoekonomik ortam denildiğinde, yalnızca ölçümün yapıldığı andaki koşulların değil, çocukluktan itibaren içinde bulunulan ortamın dikkate alınması zorunluluğudur. (Smith GD. ve ark. 1997; Vagero D. 1991)

Eğitimdeki eşitsizlik hem bireyler arasındaki bilgiye ulaşım olanakları farklılığını, hem de yeni bilgilerden yararlanma yeterliliğindeki farklılığı yansıtır. Gelir maddi mallara ulaşımdaki farklılığı yaratır. Meslek ise bu ikisini birlikte içermekle birlikte, ek olarak, mesleki konumun bireye kazandırdığı teknik beceriler, prestij, güç gibi etkenler hakkında fikir verir.

Meslek üzerinden yapılacak sosyoekonomik sınıflamanın kimi sorunları vardır. Örneğin ekonomik bakımdan aktif olmayanların,

işsizlerin, geçici sürelerle çalışanların, ev kadınları ile çocukların nasıl sınıflandırılacağı önemli bir sorundur. İşsizlerin ayrı bir grup olarak alınmaları genellikle kabul edilen yol olmaktadır. Çocukların anne ya da babalarının meslekleri ile aynı sınıfa alınmaları tercih edilmektedir. Kadının, çalışması durumunda, kendi mesleğine ya da eşinin mesleğine göre bir sınıfa alınması konusunda herhangi bir belirgin tercihin bulunmadığı görülmektedir. Emeklilerin ise ayrı bir grup olarak alınmaları ya da emekli oldukları andaki mesleklerine göre sınıflandırılmaları tercihi yapılabilir.

Gelirin eve giren bütün gelir üzerinden belirlenmesi gerekir. Ayrıca hanede yaşayan birey sayısına göre de düzeltilmelidir. Gelirin doğru olarak ölçülememesi olasılığına karşı, gelir ve genel olarak yaşam standartları konusunda bilgi verecek proxy (yerini tutan/yardımcı) göstergelerin kullanılması gerekebilecektir. Bunlar arasında İngiltere de en sık kullanılanlar evin mülkiyet durumu ile otomobil sahipliğidir. (Kunst AE., Mackenbach JP 1995: 37) Öte yandan bu tür göstergelerin ülkelere göre farklılık gösterebileceği de ortadadır. Örneğin Bangladeş te yoksulların kendi içinde gruplandırılması, sahip olunan toprak büyüklüğü, konutun çatı ve duvarlarının nitelikleri, evdeki oda sayısı, kışlık giysiye sahip olma gibi çeşitli yerini tutan göstergelere göre yapılmaktadır. (Sen B. 1997: 3-5)

Weberci paradigmayla ilintilendirilebilecek değişkenler (meslek, gelir ve eğitim) arasında,eğitimin diğerlerine göre bir takım avantajlar taşıdığı da belirtilmektedir (Valkonen T.1993: 410): Öncelikle eğitim düzeyi, ekonomik bakımdan aktif olsun olmasın bütün nüfus için aynı zeminde ölçülebilir bir değişkendir. İkinci olarak eğitim düzeyi, gençlik dönemi sonrasında genellikle değişmez ve bütün yaşam boyunca aynı kalır. Oysa gelir ve meslek durumlarının değişmesi oldukça sık rastlanan bir olasılıktır. Ayrıca eğitim düzeyi gelir ve meslek durumlarının tersine hastalık durumundan etkilenmez. Oysa sağlığın bozulmasına bağlı olarak bireylerin mesleklerinde statü yitirmeleri ve gelirlerinde kayba uğramaları söz konusu olabilir. Dolayısıyla eğitim ile sağlık arasındaki ilişki, diğer iki değişkene göre daha fazla oranda tek yönlü bir ilişkidir. Bu ise sosyoekonomik araştırmalar bakımından daha tercih edilir bir olanaktır. Son olarak da eği-

timle ilgili veriler, diğer iki değişkene göre uluslararası boyutlarda ve zaman boyunca karşılaştırmalara daha uygun bir nitelik taşır. Çünkü meslek ve gelir bakımından uluslararasında ve zaman boyunca kullanılan sınıflandırmalar çoğunlukla önemli değişiklikler sergilemektedir.

III.2. Bir Epidemiyolojik Ölçüt Olarak Sınıf

Yukarıdaki etkenler içinde meslek, aslında daha kapsamlı bir yapı olan sınıf olgusunun tanımlanmasında da kullanılmaktadır. Gerçekten de sınıf kategorisinin epidemiyolojik çalışmalarda giderek daha çok ilgi çektiği anlaşılmaktadır. Bunun da ötesinde sınıfı belirlemek için hangi ölçüt kullanılırsa kullanılsın ve eşitsizliği ölçmek için hangi sağlık ölçütü ele alınırsa alınsın, sağlıkla sınıf arasındaki ters ilişki her zaman varlığını korumaktadır. (Kaplan GA. 1996: 507) İngiltere de özellikle ölüm hızlarının karşılaştırılması amacıyla mesleki zeminde tanımlanan sınıf karşılaştırmalarının kullanımı 1911 yılına kadar uzanmaktadır. Bu anlamda İngiltere ulusal düzeyde sağlık analizlerine sınıf boyutunu sokan ilk ülke olarak da bilinmektedir. (Liberatos P. ve diğ. 1988: 87-91)

İngiltere nin mesleki sınıf şeması sonraki yıllarda değişiklikler gösterse de, halen önemli oranda orijinal biçimini korumaktadır. Bu şemada profesyonel meslek grupları 1., orta gruplar 2., becerili kafa emekçileri 3., becerili el işçileri 4., yarı becerili ve becerisiz el işçileri ise 5. sınıfı oluşturmaktadır.

Buna karşılık İngiliz sınıf şemasına yönelik ciddi eleştiriler vardır ve bunlar genel olarak mesleksel sınıf analizi için de geçerlidir. İngiliz sınıf şemasına yöneltilen en yaygın eleştiri, bu yüzyılın başındaki mesleki yapılara göre yapılan sınıf analizinin, isimleri aynı kalsa da, içerik ve toplumsal statüleri önemli oranda değişmiş aynı mesleki adlandırmaları kullandığı şeklindedir. (Illsley R., Baker D., 1991: 359) Bir diğer eleştiri ise en iyi durumda olduğu kabul edilen 1. sınıftaki kimi mesleklerin sağlık bakımından durumunun, sınıfsal açıdan daha kötü durumda olduğu varsayılan 3. sınıftaki kimi mesleklerden daha kötü olmasıdır. (Jonel IG. 1984: 43) Örneğin 1. sınıfta yer alan eczacılarda kaba ölüm hızı binde 116 iken; 3. sı-

nıftaki sekreterlerde binde 59 dur. Buna benzer geçişkenlikler başka meslekler ve sınıflar için de söz konusudur. Dolayısıyla Jonel, yaşamsal olanakların düzeyi üzerinden gözleme dayalı biçimde yapılan bu türden mesleki sınıfsal ayrıştırmanın oldukça subjektif ve ampirisist olduğunu ve bunun da ölüm hızlarında yukarıda söz edilen geçişmelerle kanıtlandığını belirtmektedir. Bir diğer eleştiri, aynı sınıfı oluşturan mesleklerin, sınıf içindeki oranlarının değişmiş olmasıyla ilgilidir. Örneğin 1. sınıf içinde profesyonellerin oranı 1951 yılında yalnızca %1 idi, bu oran 1981 de %16 ya yükseldi. Buna benzer değişiklikler diğer sınıflar için de söz konusudur. Bu nedenle bu değişimi dikkate almadan, zaman içinde sınıflar arası karşılaştırmaların yapılması pek anlamlı bulunmamaktadır. (Hill CR. 1990: 394) Öte yandan bu sınıflamanın bir diğer eksiği, işsizleri, aristokratları, burjuvaları sınıflama dışında tutup; yalnızca üretim sürecinde yer alan bireyleri dikkate almasıdır.

Bugün en çok kullanılan sınıf şeması ise yine meslek zemininde geliştirilmiş olan ve DSÖ tarafından da araştırmacılar arasında standardizasyon sağlamak amacıyla önerildiği anlaşılan; a) yüksek düzey emekçiler, sermaye sahipleri ve profesyoneller, b) aşağı düzey emekçiler, c) becerili işçiler, d) becerisiz emekçiler, e) çiftçiler, g) diğer kendi hesabına çalışanlar şeklindedir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 35)

Toplumdaki sınıfsal ayrışmaların ve sınıf yapısının silindiğinin öne sürüldüğü bugün, sağlıktaki eşitsizlik araştırmalarının sınıf parametresi üzerinden yürütülmesi dikkati çeken bir olgudur. Eşitsizlik araştırmalarındaki bu tercihin, çeşitli sınıfların sağlık düzeyleri arasındaki önemli farkın gözlenmesi sonrasında zorunlu olarak gerçekleştiğini düşünmek yanlış olmayacaktır. Ancak hemen yukarıda da belirlendiği gibi, eşitsizlik yazınında yaygın olarak benimsenen sınıf yaklaşımı mesleki zemindedir ve oldukça önemli kimi somut kısıtlılıklara sahiptir. Sınıfı mesleksel zeminde tanımlayış, sınıf olgusunu ele alıştaki teorik farklılıklardan ileri gelmektedir ve eşitsizlik konusunda daha fazla ilerleyebilmek bakımından, eşitsizlik araştırmalarındaki yöntemi doğrudan ilgilendirdiği için, bu teorik farkın üzerinde durmak yararlı olacaktır.

III.3. Farklı Sınıf Kuramları

Sınıf tartışmalarının kökeni Marks ve Weber e kadar uzanır. Bugünkü sınıf tartışmaları da bu iki düşünürün çizgisinde gelişmektedir. Özellikle Carchedi, Poulantzas, Wright, Callinicos gibi Marksist yazarlar ile Giddens, Goldhorpe gibi yeni Weberciler arasındaki tartışma Marx ile Weber in ortaya koydukları sınıf kuramları arasındaki farklılığın günümüzdeki yansıması olarak kabul edilebilir. (Myles J. 1994: 103) Konuya giriş bakımından şu iki saptamanın yapılması kolaylaştırıcı olacaktır: 1) Marx ta ve Marksist kuramda sınıf üretim araçlarının mülkiyeti zemininde tanımlanır. Tersten ifade edelim: Marksist sınıf kuramında üretim araçlarının mülkiyeti durumu bireylerin sınıf konumlarının belirlenmesinde ana eksendir. 2) Weber de ise sınıf üretim sürecinde değil, tüketim ortamındaki güç ilişkilerini ifade eden toplumsal bir konumlanıştır. Böylece meslek, eğitim, gelir gibi, tüketim ortamındaki konumlanışın göstergesi olan değişkenler, sınıfın belirlenmesinde de kullanılırlar. Şimdi bu iki kuramı biraz daha ayrıntılı biçimde inceleyebiliriz. Bu ikisinden tarihsel bakımdan önce geleni Marksist kuramdır. Weberci gelenek ise esasen Marksist sınıf kuramının eleştirisi zemininde gelişmiştir.

III.3.i. Weberci Sınıf Kuramı

Weber kapitalizmin gelişimini üretimin rasyonalizasyonu süreci olarak görür. Weber e göre kapitalizm aynı zamanda en rasyonel yönetim biçimlerinin geliştirilmesinin de ekonomik temelidir. Böylece yönetim ve bu ortamda kaçınılmaz biçimde ortaya çıkan bürokrasi Weberci toplumsal ilişkiler çözümlemesinde en merkezi yere oturur. Örneğin yine bu yaklaşım nedeniyle (yani her ikisi de, her düzeyde bir hiyerarşiye dayandığı için; her ikisinde de bürokrasi olarak nitelenebilecek kurumsal ilişkiler söz konusu olduğu için), Weber, kapitalizmi ve sosyalizmi aynı tür toplumsal örgütlenme biçimleri olarak değerlendirir.

Bu ortam içinde, sınıf da, mallarla karşılaşma, yaşam koşulları, subjektif doyum ve sürtüşme durumları bakımından ortak bir konu-

mu ifade etmektedir. Ortak konumu belirleyen ise bireylerin mal ve hizmetleri kontrol etme gücüdür ve bu güç piyasa ortamında belirlenmektedir. (Calvert P. 1982: 96) Böylece Weber in sisteminde sınıf, aynen Marx ınkinde olduğu gibi ekonomik bir kategori olsa da, daha çok üretim süreci dışında ve piyasa ortamında sahip olunan olanaklarla tanımlanan bir parametredir. İşte bu noktada piyasa olanaklarını ve dolayısıyla da sınıf konumunu belirleyen şeyin ne olduğu sorusu gündeme gelmektedir. Farkedileceği gibi bu soru Weberci paradigmada yaşamsal öneme sahiptir. Weber, sorunun yanıtını Statü Konumu şeklinde verir. Statü konumunu belirlerken kullanılacak değişkenler ise şunlardır: 1) Yaşam modu, 2) eğitim sürecinin biçimi ve uygun yaşam moduna ulaşılması, 3) mesleki prestij. (Calvert P. 1982: 98) Böylece statü konumu mesleksel konumla ilintili olarak ortaya çıkan sosyal bir değişkendir ve sonuçta sınıf konumunu da belirler.

Weber e göre statü konumu, insanların bilinçlerini belirlemede sınıfa göre daha etkilidir. Sınıf tüketim ilişkileri içindeki ekonomik bir parametre iken; statü konumu sosyal bir parametredir. Statü konumu bireylerin tüketim ortamındaki ekonomik güçlerini (yani sınıf konumlarını) belirleyici bir güce de sahiptir.

Sınıf konumu mal, yaşam koşulları ve kişisel yaşantılar bakımından sahip olunan olanakları ifade eder. Bu olanaklar ise verili bir ekonomik düzende gelir sağlamak üzere mal ya da beceri sağlama gücünün (ki bunlar da önemli derecede eğitim ve meslek ile ilişkilendirilir) derecesi ve türü ya da bu gücün yokluğu tarafından belirlenirler. Sonuçta Weberci sınıf analizinde, özellikle yaşamsal olanaklar bağlamında mal ve mülkten söz edilse de, önemli olan mal ve mülkün içinde edinildiği süreç ve bu sürecin dinamikleri değil; onların piyasadaki kullanım yollarıdır. Bu anlamda Weberci paradigmada Sınıf konumu son kertede piyasa konumudur.... Sınıfı yaratan etmen doğrudan doğruya ekonomik çıkardır, hatta sadece piyasayla bağlantılı olan çıkarlardır. (Weber M. 1993: 271-272) Statü konumu ise bireyin ekonomik durumunu da kapsayan daha geniş bir bütünü dile getirir. (Weber M. 1993: 278)

Şimdi, konuyla ilgili netlik sağlamak açısından, Weber deki te-

mel kategorileri ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerini bazı noktaların yinelenmesi pahasına yeniden toparlayabiliriz. Weberci paradigmada iki ana nokta öne çıkar. İlk olarak, toplumsal ilişkilerin belirlenmesinde sınıf konumuna statü konumunun arkasında bir önem verilir. İkinci olarak, sınıf üretim araçlarıyla ilişkiler bağlamında değil; piyasadaki konumlanış bağlamında ele alınır. Böylece piyasadaki bireysel olanakları da içeren statü konumu sınıf konumunu da belirler. Statü konumunu belirleyen ise meslek, cins, eğitim düzeyi gibi ekonomik ve sosyal kategorilerdir. Böylece Weber de; meslek, eğitim, gelir gibi olanakların; kendi başlarına malik, apriori sosyoekonomik kategoriler olarak işlev gördükleri ortaya çıkar. Yani Weber de mülkün ne şekilde elde edildiği, elde ediliş sürecindeki ilişkiler değildir önemli olan. Yalnızca mülk, mesleki konum ve olanaklar kendi başlarına belirleyici konumundadırlar. Dolayısıyla ekonomik bir kategori olarak ortaya çıkan mülk sahipliğinin, üretim araçlarıyla ilişkisiz bireysel bir zenginlik göstergesi olarak sunulduğu anlaşılır. Kısacası Weberci görüş zenginliğin üretilmesiyle ilgilenmez. Kendisini zenginliğin kullanılma, piyasaya sürülme biçimleri ve bunların getirdiği ayrıcalıklarla ilgilenme düzeyinde sınırlar. Bu sınırlama noktasında da, piyasanın arkasındaki temel dinamiklerden, yani üretim ilişkilerinden, asli nedenden kopmuş olur.

Yukarıda özetlenenlerden açığa çıktığı gibi, günümüzde gelir, eğitim ve meslek kategorileri üzerine oturtulan sosyoekonomik statü ve sınıf ayrıştırmaları doğrudan Weberci sınıf kuramıyla ilgilidirler (Liberatos P. ve ark. 1988: 88) ya da Weberci sınıf kuramı eşitsizlikler yazınındaki sosyoekonomik statü ve sınıf yaklaşımlarını belirleyici bir önem sergilemektedir. Sınıfı Weberci tarzda belirlemenin pratik yararları vardır. Muhtemeldir ki, bu pratik kolaylıklar Weberci tarzın benimsenmesinin nedenlerinden birisidir. Örneğin tek bir soruyla ve hemen hemen hiç bir engellemeyle karşılaşmadan bireylerden bu tür bilgilerin alınması olanaklıdır. Gelirin bireylerden doğru biçimde öğrenilmesinde sorunlar çıkabilir. Bu sorun da gelirin yerini tutan başka bilgilerin alınmasıyla bir ölçüde de olsa çözülebilir. Bir başka kolaylık ise, eğitim ve gelirle ilişkili

olmak üzere istatistik analizlerle ilgilidir. Eğitim ve gelir düzeyleri sayısal olarak ölçülebilen değişkenlerdir ve bu özellikleriyle de çok değişkenli istatistik analizlerle risk hesaplamalarında (lojistik regresyon), model oluşturmada (çok değişkenli regresyon analizleri) kullanılabilecek özelliktedirler.

III.3.ii. Weberci Sınıf Kuramının Eleştirisi

Ancak bütün bunların yanısıra böyle bir yaklaşımın, bir kısmı teorik, bir kısmı ise daha pratik düzeyde ele alınabilecek olan eksik ve hataları da vardır. Pratik düzeydekiler şöyle sıralanabilir: Özellikle, Türkiye gibi işsizliğin yaygın olduğu ülkelerde ve kapitalizmin krizli dönemlerinde de merkezdeki ülkelerde de geçerli olmak üzere; örneğin eğitim düzeyi, sosyoekonomik statü bakımından yukarıda yer almak anlamına gelmeyebilir. Üniversite mezunu birisi çok uzun yıllar işsiz dolaşabilir. Benzer şekilde gelirin yüksekliği, mutlaka eğitim düzeyinin yüksekliği ve mesleki saygınlık demek değildir. Meslekte de, daha sonra ayrıntılandırılacağı gibi, benzer bir durum söz konusudur. Meslek olarak aynı ismi taşıyan işleri yapanlar, pekala son derece farklı sosyoekonomik statülerde bulunabilirler. Kısaca ifade edersek; meslek, eğitim ve gelir tek başlarına ele alındıklarında bireyin genel toplumsal, ekonomik konumunu tanımlamada büyük olasılıkla yetersiz kalacaklar, hatta yanıltıcı olabileceklerdir. Yani, bu değişkenlerden yalnızca birisinin ele alınması, diğer ikisinin örttüğü alanların kapsam dışı kalmasına neden olabilecektir. Bu darlık esasen, kapitalist düzende mesleğin, eğitimin, gelirin toplumdaki gerçek konumlanışa birebir karşılık gelmeyişiyle ilgilidir. İşsizlik, emeğin karşılığını alamayışı, kayıt dışı ekonominin eğitim gerektirmeyen, pek de saygınlığı olmayan ancak bol gelirli ortamı, çalışma ortamının uzun süre eğitim gerektiren meslekler için bile düşük statülü/prestijli/tatminkar niteliği söz konusu örtüşmezliğin nesnel nedenleridir.

Öte yandan, özellikle teorik düzeyde saptanabilecek eksik ve hataların politik çıkarsamalarda da önemli hatalara yol açabildiği izlenmektedir. Konu bu yönüyle de özel bir önem taşımaktadır.

Örneğin Callinicos (1994: 9) ve Harman (1994: 71) gelir düzeyi ya da çeşitli tüketim kalıplarının, meslek ya da eğitim düzeyinin sınıf kavramı yerine ikame edilmesinin; büyük bir olasılıkla, sınıf çelişkilerinin kaybolduğu, keskin sınırlarla birbirinden ayrışmış olan sınıfların yerini birleşmiş/kaynaşmış bir orta sınıflar topluluğunun aldığı şeklindeki bir inanışa yol açacağını ve bunun da politik bakımdan büyük bir yanılgı olacağını belirtirler.

Yukarıdaki öngörü bir kaç bakımdan haklıdır. Bir kere meslek, eğitim düzeyi, gelir gibi kategorilerin sınıf yerine ya da sınıfı belirlemek için kullanılmaları, bu kategorilerdeki farklılaşmayı yaratan asıl nedenlerin görülememesine ya da gözlerden saklanmasına neden olacaktır. Böyle bir açıklama eşitsizliklerle savaşım stratejisini de doğrudan doğruya etkileme potansiyeline sahiptir. Nitekim, mesleğin bireysel sağlık farklılıklarını belirleyen bir etken olarak kabul edilmesi durumunda, temel hedef esas olarak mesleksel farklılıkların ortadan kaldırılması ya da mesleksel gelişme kanallarının geliştirilmesi şeklinde belirlenebilecek ve bu noktada da ana strateji olarak eğitim ve sürekli eğitim devreye girebilecektir. Böyle bir yaklaşım bir noktaya kadar doğru kabul edilebilir. Ancak bireylerin daha doğumdan itibaren kendi iradelerinden bağımsız biçimde içinde bulundukları, ebeveynlerinin nesnel sınıf konumları tarafından belirlenmiş bir ortamda yaşamak zorunda olmaları, eğitimle değiştirilemeyecek sınıfsal ilişkiler yaratmaktadır. Şüphesiz bireyler içlerine doğdukları ve yaşamlarının önemli bölümünü belirleyen nesnel koşulları yine bireysel çabalarla değiştirme şansına sahip olabilirler. Örneğin gecekondu bölgesinde doğmuş bir işsiz çocuğunun, teorik olarak, 25 sene sonra pekala kendi işine sahip olması şansı vardır. Ancak böyle bir şansın ne derecede gerçekleşebileceği tartışması bir yana, 25 sene boyunca gecekondudaki bir işsiz çocuğu olarak geçirdiği yaşam yıllarının dikkate alınması gerekliliği de kabul edilecektir.

Ek olarak benzer tüketim kalıpları ve benzer statü konumları, gerçekten var olan kimi farklılıkları gizlemeye de yarayabilmektedir. Toplumda çok farklı nesnel koşullarda bulunan birey ve gruplar pekala benzer tüketim kalıplarına, yaşam biçimlerine sahip ola-

bilmekte ya da yaşam tarzları arasındaki farklılıklar mevcut nesnel farkları tam anlamıyla açıklamakta ve yansıtmakta yetersiz kalabilmektedir. (Callinicos A. 1994) Bu ise, yaşam tarzlarındaki benzerliğe karşın nesnel konum farklılıklarından kaynaklanan kimi başka sonuçların da gözden kaçmasına yol açabilmektedir. Örneğin başka başka sosyal sınıflara ait olup, çok benzer tüketim kalıplarına sahip olanların durumu böyledir. Nitekim, dünyanın sayılı burjuvaları arasına girmeyi başarmış bir burjuvanın mide kapasitesi ile işçininki arasında pek de bir fark yoktur. Bu nedenle bireylerin ayda yaptıkları harcamalara dayanan bir sosyoekonomik statü analizi, yaşamsal olanaklardaki gerçek farkları, gerçek toplumsal konumu da açıklayamayacaktır.

Bu anlamda, kazanılan gelirin de, bireylerin nesnel sınıf konumlarını tanımlamak bakımından yeterince açıklayıcı olmadığı belirtilmelidir. Sınıfsal eşitsizliklerin gelir dağılımında da ciddi eşitsizlikler yarattığı gerçektir. Kapitalizmin özellikle bunalım dönemlerinde, işçi sınıfının, emekçilerin, marjinal sektörde çalışanların gerçek gelir ve refah kaybına uğradıkları doğrudur. Ancak buradan hareketle sınıfı gelir düzeyi benzer olan gruplaşmalarla özdeşleştirmek ya da çözümlemeleri gelir düzeyine göre belirlenen gruplar temelinde geliştirmek yanlış olacaktır.

Sınıfı, aynı gelir düzeyindeki gruplarla özdeşleştirmek yönündeki tercih, işçi sınıfının 2. Dünya Savaşı sonrasında ve sosyal refah devleti döneminde elde ettiği ekonomik ve sosyal kazanımların etkisiyle ortaya çıkmıştır. Bu tercihi yapanlar, ücretlerdeki gerçek artışın işçi sınıfının sınıfsal militanlığını körelttiğini ve böylece de sınıf kavramının toplumsal olayları açıklamada geçersizleştiğini, onun yerine yaşamsal olanakların doğrudan göstergesi olan gelir kategorisinin kullanılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Oysa ki gelir düzeyi yaklaşımı, bu gelirin nasıl ve hangi ilişkiler bütünü içinde kazanıldığını göz ardı ettiği gibi; kapitalizmin döngüsel krizlerinin somut ifadesi olan gelir eşitsizliklerinin arkasındaki sosyoekonomik koşulları da göremez. Şöyle ki:

Kapitalizm artı değer sömürüsüne dayanır. Artı değer ilişkileri sürecinde işçi ücretlerinde gerçek bir artış olabilir. Nitekim 2. Dün-

ya Savaşı sonrasında böyle bir gelişme olmuştur. Ancak böyle dönemler artı değerdeki artışın, ücretlerdeki artışın üzerinde gerçekleştiği, böylece de sömürünün yine varlığını koruduğu, hatta artabildiği dönemlerdir. Böylece işçi sınıfının genel refah düzeyinde gerçek bir artış olsa bile, bu artış artı değer sömürüsünün olmadığı bir ortamda gerçekleşebilecek artış düzeyinin çok gerisindedir. Kısaca, ücretlerdeki gerçek artış, pekala üreten için karşılıksız kalan bir üretkenlik artışı ile birlikte seyredebilmektedir. Öte yandan Marx ın da belirttiği gibi (1978: 334 ve 621) kapitalist üretimde, emeğin üretkenliğinin geliştirilmesinin tüm amacı, işgününde işçinin kendi yararına çalıştığı sürenin kısaltılması ve bu yolla da kapitalistin çıkarına bedavadan çalışacağı sürenin uzatılmasıdır. Marx ücretlerdeki gerçek artış durumunda bile, bu artışın hiçbir zaman emeğin üretkenliğindeki artış ile aynı oranda olmadığını, bu nedenle de artı değerin artış hızını yakalayamadığını belirtir. Bütün bunların gösterdiği gerçek, değişen gelir olgusunun arkasında, sınıfsal konumun varlığını koruduğudur

Eklemek gerekir ki, sınıf olgusu, gerçek farklılıkları ve bu farklılıkların ortaya koyduğu etkilerin boyutunu belirlemede, hiç bir zaman tam doğru olarak öğrenilemeyen gelir olgusuna göre daha geçerli bir değişkendir. Gelir konusundaki önemli sorun, bireylerin gelirleri konusunda genellikle bilgi vermeme ya da eksik bilgi verme eğiliminde oluşlarıdır. Geliri saklama eğiliminin özellikle yüksek gelirli gruplarda daha belirgin olduğu varsayılabilir.

Toplumsal yapıyı analiz etmede mesleği bir eksen olarak almak ya da sınıf olgusunu meslek ile özdeşleştirmek de bir o kadar yetersiz ve hatalı bir yaklaşımdır. Bu durum örneğin beyaz ya da mavi yakalılar biçiminde gerçekleştirilen mesleki sınıflamalar için geçerlidir. Çünkü bunların hiçbirisi kendi içlerinde homojen bir yapıyı ifade etmezler. Beyaz yakalılar kategorisi içinde gerek ekonomik, gerekse hiyerarşik konumları bakımından birbirlerinden oldukça farklı olan gruplar yer alabilmektedir. Nitekim bu grup, konumları en azından mavi yakalılarla aynı düzeyde bulunanları ve konumları işletme mülkiyetine ortak olmak düzeyinde sistemle entegre olmuşları içermektedir. Hatta, beyaz yakalıların en alttaki ta-

bakalarının ekonomik ve sosyal konumlarının mavi yakalılardan bile kötü olduğu söylenebilir. Çünkü bugün pek çok ülkede mavi yakalıların sahip olduğu sendikal hakların önemli bir kısmı beyaz yakalıların bu tabakaları için söz konusu değildir.

Yukarıda saptananlar kafa emeği ile beyaz yakalılık durumunun özdeş olmamasından kaynaklanan ayrımlardır. Braverman (1974: 316) kapitalizmin ilkel dönemleri için geçerli sayılabilecek olan kafa emeği ile beyaz yakalıların özdeşliği olgusunun, özellikle tekelci kapitalizm döneminde geçerliliğini tamamen yitirdiğini ve ofis çalışması yürüten beyaz yakalıların çok önemli kısmının, artık tamamen niteliksiz bir emekle üretim süreci içinde konumlandıklarını belirtmektedir.

Öte yandan hizmet sektörü tanımı da yalnız başına homojen bir sektör anlamına gelmemektedir. Çünkü hizmet sektörünün içinde, hatta en bilgi yoğun ve informatik olarak tanımlananlarında bile, emekgücü içinde, yaratıcılık, hiyerarşideki konum, iş güvencesi bakımından oldukça farklı konumlarda bulunan sektörler yer almaktadır. Örneğin hastanecilik hizmeti diye bilinen hizmetlerin önemli bir kısmı otelcilik hizmetlerinden oluşmaktadır ve bu tür işleri yapanlar önemli oranda niteliksiz ya da yarı nitelikli (marangoz, elektrik ve su tesisatçısı, tamir atölyesi çalışanı gibi) mavi yakalılardır.

Aynı şekilde imalat sektörü tanımı ile yapılacak bir mesleki sınıf ayrıştırması da pek anlamlı değildir. Çünkü bugün imalat sektörü diye bilinen üretim alanlarının (örneğin elektronik mallar üretimi) içinde önemli oranda yalnızca kafa emeği ile çalışan, dolayısıyla beyaz yakalılar kategorisi içinde değerlendirilmesi gereken mesleki yapılar yer almaktadır.

Beyaz yakalı mesleklerde son yıllarda gözlenen hiyerarşik konum kaybının onları mavi yakalılardan farksız kıldığı söylenmektedir. Sosyoloji yazınında proleterleşme olarak bilinen bu eğilim özellikle eğitimciler ve sağlıkçılar için geçerlidir. (Kumar K. 1991: 217 ve Braverman H. 1974: 316) Bütün bunlar hizmet sektörü için öne sürülen yaratıcılık, otonomi, hiyerarşik düzende daha yukarılarda yer alma gibi savların geçersiz olduğunu gösteren verilerdir.

Beyaz yakalılar için söz konusu edilen heterojenleşmeyi yaratan nesnel gelişme, üretim araçlarının mülkiyetine sahip olan burjuvazinin, zamanla, eskiden kendi üzerinde bulunan yönetsel işlevleri profesyonel bir yönetici kategorisine bırakması olmuştur. Beyaz yakalılar denilen kategori böylece çeşitlenip ayrışmış ve yönetim işlevlerinde üstlenilen rollere göre de kendi içinde farklılaşmalar göstermiştir. Beyaz yakalıların bu farklılaşmayla üstlendikleri işlevler yönetim, planlama, düzenleme, analiz, denetim, ticaret işlevleridir. (Bain GS., Price R. 1972: 325-330)

Bütün bunlara, mesleki sınıf analizinin yetersizliği konusunda son bir noktayı daha eklemek gerekir. O da bireylerin mesleklerinin, o bireylerin genel yaşamsal olanakları hakkında hemen hiçbir şey anlatamayabilmesidir. Örneğin kaportacılık ya da hekimlik olarak belirtilen meslekler esasen son derece farklı nesnel koşulları ifade edebilirler. Kaportacı kendi işyerine sahip olup, yanında niteliksiz emekgücü istihdam eden kişi midir; yoksa kendi işyerine sahip olan kaportacının yanında gündelikle çalışan kalfa mı ? Aynı şey hekim olarak tanımlanan mesleki konum bakımından da geçerlidir: Yalnızca kamu sektöründe maaşlı olarak çalışan hekim; kendi muayenehanesine, polikliniğine sahip hekim; yanında ücretli olarak hekim istihdam eden poliklinik sahibi hekim; hem kamuda hem de kendi muayenehanesinde çalışan hekim. Bunların hangisi? Bir diğer örnek mühendis olarak tanımlanan mesleki sınıflama için verilebilir. Bu kavram neyi tanımlamaktadır ? Kendi işyerine sahip olan mühendis; kamu sektöründe yalnızca teknisyen pozisyonunda çalışan mühendis; özel ya da kamu sektöründe yönetici olarak çalışan mühendis. Görüldüğü gibi, buradaki tanımlama yalnızca bu üç mühendis tipi arasındaki genel yaşamsal olanaklar farklılığını açıklayamamakla kalmamakta, mühendisin işletme hiyerarşisindeki konumunu belirlemekte de yetersiz görünmektedir. Kabul edileceği gibi, yukarıda tanımlanan kaportacı, hekim, mühendis tiplerinin herbirisinin gerek yaşamsal olanakları, gerekse yaşamdan beklentileri, geleceğe yönelik planları, toplumsal olaylara bakış ve bu olaylardan beklentileri birbirinden oldukça farklı olacaktır. Bu nedenle de aralarındaki nesnel konum farklılığının saptanarak, buna uygun analizlerin yapılması en doğrusudur.

Çoğu kez meslek ile birlikte sosyoekonomik sınıf konumunu belirleyici bir değişken olarak kullanılan hiyerarşik konum da sınıf kavramının yerine kullanılabilecek bir değişken değildir. Hout ve ark. (1993: 261-262) göre, hiyerarşideki konum sosyolojik bir kavram iken; sınıf insanların üretim araçları ile ilişkilerine işaret eden ve yaşam olanaklarını da belirleyen genel bir yapı oluşturmaktadır.

III.3.iii. Marksist Sınıf Kuramı

Bütün bunlar sağlıktaki eşitsizliklerin ölçümünde meslek, eğitim ve gelir gibi değişkenlerin dışında daha objektif bir değişkene olan gereksinimi açık biçimde ortaya koymaktadır. Bu gereksinim de, çözümlemelerin Marksist sınıf kuramına yönelmesine neden olmaktadır. Marksist kuramda sınıf konumunu belirleyen ölçüt üretim araçları ile mülkiyet zemininde kurulan ilişkidir. Böylece Marksist yazındaki temel sınıflar, üretim araçlarının sahibi olan burjuvazi ile üretim araçlarına sahip olmayıp üretim sürecine ancak kendi emekgüçlerini burjuvaziye satarak girebilen işçi sınıfıdır. Ancak çağdaş Marksist yazında, burjuvazinin sermayenin yönetimiyle ilgili işlevlerin bir kısmını işçi sınıfına devretmesiyle ortaya çıkan ara sınıfları da tanımlayıp/ayrıştırmaya yönelik bir çaba söz konusudur. Aslında bu çabanın Marx ın Kapital inin Üçüncü Cildi nin son bölümünde başlatıldığı, ancak tamamlanamadan yarım kaldığı görülmektedir.

Carchedi ye göre (1975: 362-383 ve 1975a: 29-50) bireyler sınıf konumu olarak, a) ya gerçek yani ekonomik anlamda üretim araçlarının sahibidirler ya da değildirler, b) ya artı değer sömürüsüne tabidirler ya da değildirler, c) böylece ya sermayenin ya da emeğin işlevlerini yerine getirmektedirler. Üretim araçlarının mülkiyetine sahip olanlar, aynı zamanda artı değer sömürüsünü gerçekleştirirler ve sermayenin işlevlerini de üstlenirler. Böylece burjuva kategorisi üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulunduran/sömüren/üretmeyen iken; işçi sınıfı üretim araçları mülkiyeti olmayan/sömürülen/üretendir. Buradaki üreten kategorisi hem maddi malların üretiminde yer alan, hem de hizmet sektörü olarak bilinen

sektörlerde çalışan emekgücünü tanımlamak için kullanılmaktadır.

Marksist sınıf analizinin buraya kadar olan kısmını Wright (1978: 77-82) ve Callinicos ta da (1994: 26-47) bulabiliriz. Wright ta burjuvazi üretim araçlarının fiziksel kontrolunu elinde tutar. Böylece emekgücünü ve kaynakların tahsisatını da kontrol eder. İşçi sınıfı ise bu kutbun karşısında yer alır. Burada burjuva sermayenin sahibidir ve büyük işletmeler düzeyinde sermayenin yönetimini yöneticilere devreder. Bu üçüne ek olarak Wright bir de küçük burjuva sınıfını ayrıştırır. Küçük burjuvazi sermayenin hem sahibidir, hem de sermayesinin küçüklüğü nedeniyle yönetim işlevlerini de kendisi yürütmektedir. Callinicos ta ise işçi sınıfı, bugün işçi ve memur olarak bilinen bütün ücretlileri içerecek geniş bir kategori olarak tanımlanır. Callinicos ayrıca, eskiden kendi işlerini kurma, bu anlamda sermayeye yakınlaşma olanağı bulunan hukukçuların, eğiticilerin ve hekimlerin ciddi biçimde proleterleştiklerini, böylece de işçi gerek sayıca çoğaldığını, gerekse artan bir çeşitlilik sergilediğini vurgular.

Çağdaş Marksist yazında, sermayenin büyümesiyle birlikte, sermayenin yönetimi işlevlerini üstlenen, bu anlamda da yukarıdaki ayrıştırmada ara sınıf kategorisi olarak beliren başka bir sınıf yapısına giderek daha büyük bir önemle ve Yeni Orta Sınıf olarak vurgu yapıldığı izlenmektedir. (Carchedi, Wright, Callinicos a ek olarak bkz. Walton J. 1987: 94; Sarre P. 1989: 81-82; Carter B. 1985: 75-80) Buna göre YOS kendi içinde, yönetimin üst kademelerinde yer alan, hatta bir ölçüde de sermayenin ekonomik sahipliği hakkını da eline geçirmiş tabakalardan; en alttaki sırada bulunan ve son derece rutin memuriyet işlerini yerine getiren bir dizi mesleğe kadar uzanan bir çeşitlilik sergilemektedir. Walton en alttakilerin konumunun ciddi bir proleterleşmeyi yansıttığını vurgular. YOS içindeki pek çok tabakada yaşanan proleterleşme nedeniyle, YOS ı yalnızca üst düzey yöneticilerle sınırlayan yaklaşımlar da vardır. (Harman C. 1994: 88) YOS içinde sermayeye daha yakın konumda yer alan, bilgi yoğun ve yönetsel işlerle uğraşanların; giderek proleterleşme süreci yaşayan (büro memurları, sekreterler) geniş bir beyaz yakalı kesimden nesnel olarak farklılaştığı kesindir. Bu nedenle

sermayeye daha yakın sınıf konumu işgal eden YOS kesimleri Ehrenreichlar (Ehrenreich J. ve B. 1977: 107) tarafından profesyonel yönetici sınıf , Poulantzas tarafından (1975) yeni küçük burjuvazi, informasyon kullanan kesimleri de Mandel (1975: 259) tarafından entelektüel emekgücü şeklinde ayrıştırılmıştır.

Görüldüğü gibi YOS olgusu bugün, beyaz yakalı olarak bilinen ve kendi içinde oldukça heterojen bir yapı sergileyen ve yönetsel işlevler üzerinden ayrışmış sınıfları tanımlamaktadır. Sermayenin yönetsel işlevlerini üstlenme potansiyeli nedeniyle işçi sınıfı tanımı dışına çıkan emekgücü sektörleri de bu grup içinde yer alabilmektedir.

Görüldüğü gibi sınıf konumlarını Marksist ve gerçek anlamda analiz edebilmek için meslek dışında, genel olarak üretim ilişkileri ve daha dar anlamda da üretim ortamı içindeki konuma ilişkin bilgilere (sermayeye ortak olup olmama, işin kafa ve kol emeği bileşimi gibi) gereksinim vardır ve bu tip verilerin toplanması biraz daha zor olmaktadır. Mesleki zeminli bir sınıf analizini örneğin nüfus sayımlarındaki verilerden yararlanarak yapmak olanaklı iken, Marksist sınıf analizi için ayrı ve özel olarak geliştirilmiş veri toplama araçlarına gereksinim bulunmaktadır. Anlaşılabileceği gibi Marksist sınıf analizi, sınıf konumunu belirlemede yalnızca mesleği değil, üretim ortamıyla ilintili başka parametreleri de kullanmaktadır. Bu anlamda gerçek yaşamdaki ilişkilerin çok yönlülüğünü daha tam biçimde tanımlayabilme avantajına da sahiptir.

III.4. Eşitsizlik Araştırmalarında Kullanılabilecek Bir Marksist Sınıf Şemasına Doğru

Buraya kadar yazılanlardan, modern kapitalist kentli toplumun sınıf yapısıyla ilgili nasıl bir sonuç çıkarılabilir ? Yani modern kentli toplum için, sağlıktaki eşitsizlik araştırmalarında kullanılmak üzere ne tür bir sınıf şeması önerebiliriz ? Bu sınıf şeması, tek tek bireyleri ait oldukları sınıf konumuna yerleştirmeye yaramalıdır. Dolayısıyla bireylerden toplanacak bilgilerle, bireylerin sınıfsal konumları ve toplumun sınıfsal dokusu tanımlanabilmelidir.

Böyle bir uğraş için, başlangıç aşaması olarak bireyleri üretim araçlarının mülkiyetine göre iki farklı sınıfta toplayabiliriz. Bunlardan birisi, üretim araçlarının mülkiyetine sahip olan (gündelik dilde kendi işine sahip olan) bireyler iken; diğeri üretim araçlarına yani kendi işine sahip olmayan, bu nedenle de üretim aracı sahibinin işinde emekgücünü (ücretli ya da maaşlı olarak) satarak geçinen bireylerdir. İlk kategoriyi burjuvazi, ikincisini ise Callinicos un yaklaşımıyla uyumlu biçimde (en geniş anlamda) işçi sınıfı olarak tanımlayabiliriz.

Bundan sonra yapılması gereken şey, bu iki ana sınıf yapısını kendi içlerinde bölmek olacaktır. Burjuvazi sahip olduğu üretim araçları kütlesinin miktarına göre, ya da bununla doğru orantılı biçimde, çalıştırdığı emekgücü (işçi) sayısına göre alt dilimlere ayrılabilir. Nitekim Boratav (Boratav K. 1995: 5) 1-2 işçi çalıştıran burjuvaları küçük burjuva sınıfına sokarken, daha fazla sayıda işçi çalıştıranları da orta ve büyük burjuva olarak tanımlamaktadır. Çalıştırılan işçi sayısından da anlaşılabileceği gibi, küçük burjuvaların kendilerinin de, sermayenin ekonomik mülkiyetine sahip olmanın ötesinde, yönetsel işlevleri üstlenmelerini, hatta bunun da ötesinde aktif üretimde bulunmalarını (yani kendilerinin de üretmesini) bekleyebiliriz. Örneğin daha önce sözünü ettiğimiz kendi işyerine sahip olan kaportacının konumu muhtemelen böyle olacaktır. Böylece büyük burjuvalar, büyük bir olasılıkla büyük miktardaki sermayenin sermayenin ekonomik mülkiyeti hakkını ele geçirmiş ve bu hakla kendilerini gündelik yönetim ve üretim işlevlerinden arındırmış burjuvalar olarak karşımıza çıkacaklardır. Buna karşılık orta burjuvalar sermayelerini ve çalıştırdıkları işçileri yönetirlerken, üretimden muaf olacaklardır. Küçük burjuvalar ise hem az sayıda işçi çalıştıracaklar, hem yönetecekler, hem de kendileri de (en azından kısmen) üreteceklerdir.

Burjuva sınıflar arasında bir alt grubu daha ayrıştırabiliriz. Bunlar kendi işlerine sahip olup, yanlarında hiç işçi çalıştırmaksızın, bütün üretimi de kendileri yapanlardır ve Boratav bu grubu yalnızca kendi hesabına çalışanlar olarak tanımlamaktadır. Bu gruba örneğin, küçük esnaf ve zanaatkarlar, marjinal sektörde çalışanlar

(seyyar satıcılar, ayakkabı boyacıları), serbest meslek sahipleri (yalnızca kendi işyerlerinde çalışan hekim, avukat, mühendisler, sağlık kabini işleten sağlık memurları) girecektir.

Kısacası bu sınıf içinde de daha ayrıntılı bir sınıflamaya gidilebilir. Bu ayrıntılandırma sonrasında da, belki, marjinal kendi hesabına çalışanlar en geniş anlamdaki işçi sınıfına, ya da onun bir sektörüne dahil edilebilir. Belki de böyle bir çabayı, bütün verileri toparladıktan sonraki aşamaya, gereksinimi de dikkate alarak bırakmak daha yerinde olacaktır. Ancak görülebildiği gibi yalnızca kendi hesabına çalışanlar oldukça heterojen bir sınıfsal yapı sergilemektedir. Bu nedenle veri analizinde bu heterojen yapının mutlaka dikkate alınması gerekmektedir. Çünkü bu grup içindeki seyyar satıcı, ayakkabı boyacısı gibi sektörlerin zaman zaman işsiz kalmaları ya da değişik işlere girip çıkmaları beklenir. Buna karşılık hekimler, avukatlar tamamen farklı bir konumda yer alırlar.

Ücretli ya da maaşlıları ise en baştan mavi ve beyaz yakalı olarak ikiye ayırabiliriz. Mavi yakalılar hizmet ve imalat sektöründe daha çok el emeğiyle üretim yapan işçileri; beyaz yakalılar ise yine hangi sektörde olursa olsun daha çok kafa emeğiyle üretim yapanları ifade edecektir. İkinci gruptakileri emekçi ya da memur olarak da tanımlayabiliriz.

Emekçi şeklinde nitelediğimiz maaşlıları da Boratav ın sınıflamasına uyarak üçe ayırabiliriz. Bunlar yüksek nitelikli beyaz yakalılar , beyaz yakalılar ve niteliksiz hizmet işçileri dir. Mavi yakalı sektörde yer alan ücretliler i ise temel olarak ikiye ayırmak uygun görünüyor. Ancak bu gruplara giren birey sayılarının az olması durumunda grupların birleştirilmesi de gerekebilecektir. Bunlardan ilki niteliksiz mavi yakalılar , ikincisi ise nitelikli mavi yakalılar şeklinde olacaktır. Daha önce de altını çizdiğimiz gibi, bu sınıflama ücretli maaşlının çalıştığı işyerinin içinde yer aldığı sektörden bağımsızdır. Yani bir hizmet sektöründe pekala bir mavi yakalı, imalat sektöründe de hizmet işçisi yer alabilir. Örneğin bir okulun ya da fabrikanın gece bekçisi niteliksiz hizmet işçisi iken; aynı okuldaki ya da fabrikadaki marangoz niteliksiz mavi yakalıdır. Bu ayrıştırmadan da görüldüğü gibi niteliksiz mavi yakalılar ile hizmet

emekçilerinin sınıfsal konumları birbirlerine hayli yakın beklenmelidir. Dolayısıyla bu noktada yeni bir birleştirme yapılabilir. Boratav yüksek nitelikli beyaz yakalılar grubuna yüksek öğrenime gerek gösteren, toplumda halen elit nitelikli olarak değerlendirilen, belli bir özel ya da resmi kuruma bağlı olmaksızın kendi başına çalışma olanağı da bulunan avukatlık, hekimlik, mühendislik gibi meslekleri almaktadır. Beyaz yakalı grup ise (ilgilinin yüksek öğrenimli olmasına bakmaksızın) belli bir eğitim düzeyine veya meslekiçi eğitimden kaynaklanan uzmanlaşmaya gerek duyan, ancak yüksek niteliklilerden belirgin biçimde daha az nitelik gerektiren mesleklerden oluşur. Hemşirelik, banka memurluğu, sekreterlik, polislik gibi. Niteliksiz hizmet grubuna ise şoförler, bekçiler, tezgahtarlar, garsonlar girecektir. Küçük sanayi sitelerinde çalışan bütün çıraklar, belediyelerin alt yapı hizmetlerinde çalışanlar, bütün inşaat işçileri, boyacılar gibi çoğu kez hiç bir düzeyde formel eğitime gerek göstermeyen mesleklerin tümü niteliksiz mavi yakalıları oluştururken; fabrikada tezgah başında çalışıp, kimi kez meslekiçi kurslara alınanlar ve o mesleğe ilişkin bir formasyona sahip olmaları beklenenler nitelikli mavi yakalılar grubuna sokulabilir.

Yukarıdaki sınıflamanın dışarıda bıraktığı gruplar emekliler ve işsizlerdir. İşsizler için bir kaç seçenek önerilmektedir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995) Örneğin işsizler en son yaptıkları işin niteliklerine göre; ya da işsiz kalıncaya kadar en uzun süre yaptıkları işe bakılarak bir sınıfa sokulabilirler. Öte yandan aile reisinin sınıfsal konumu işsiz bireyin sınıfı olarak da kabul edilebilir. Kimi araştırmalarda, erkek işsizlerde sınıfsal sağlık eşitsizliklerinin işi olanlara göre daha yüksek, kadınlarda ise daha az olması sağlıktaki eşitsizlik araştırmalarında işsizlerin mutlaka araştırma kapsamına alınması gerektiğini göstermektedir. Öte yandan işsizlik eşitsizlik araştırmalarında eğitime göre daha yüksek derecede karıştırıcı etki de gösterebilmektedir. (Arber S. 1996: 445) Türkiye de ise, işsizlerin, iş bulabildikleri dönemlerde yaptıkları işin genellikle niteliksiz hizmet işçiliği ve mavi yakalılık olduğu (durum İngiltere için de böyledir) ve bu tür işlerin de hiç bir düzenlilik göstermediği, bir başka deyişle işsizliğin neredeyse süreklilik gösteren bir durum olduğu

gözetilirse işsizlerin ayrı bir sınıf olarak alınmaları daha uygun olabilir. Ayrı bir sınıf olarak ele alınacak kadar çok olmamaları durumunda ise, son olarak içinde bulundukları üretim ilişkilerinin yapısına göre sınıflandırılmaları akla yakın görünmektedir. İngiltere de ev kadınları, mesleki statüleri ve gelirleri ne olursa olsun kocalarının mesleğine göre sınıflandırılmaktadır. Öğrencilerin babalarının, bazen de annelerinin mesleğine göre sınıflanması yolu tercih edilmektedir. (Arber S. 1996: 446)

Emeklilikler ayrı bir sınıf olarak bırakılabilecekleri gibi, emekli oldukları işin niteliklerine göre yukarıda belirlenen ana sınıflardan birisine de sokulabilirler. Boratav ın İstanbul daki sınıf profili ayrıştırmasındaki tercihi ilk seçenek yönündedir. Ancak söz konusu araştırmada, emeklilerin %20 gibi yüksek bir oranda saptanmış olması, bu grubun son mesleklerine göre bir sınıfa sokulmaları tercihinin daha doğru olacağını düşündürmektedir. Öte yandan emekli grubu oldukça heterojen bir yapı da oluşturur. İçinde ücretli ve maaşlıların bütün alt gruplarını barındıracağı gibi, çok kabaca serbest meslek olarak nitelenenleri ve Bağ-Kur lu emeklileri de içerir. Bu nedenle de emekli kategorisinin gerçek sınıflar temelinde ayrıştırılmasının yararı olacaktır.

Yukarıda belirlenen sınıf şemasının kentsel toplumlar için geçerli olduğunu, kırdaki kapitalist tarımsal ekonomi için aynı mantıkla, ancak ayrı bir sınıf şeması oluşturmak gerektiği akılda tutulmalıdır.

Böylece kentli bir topluma ilişkin olarak elde ettiğimiz şema şu sınıflardan oluşuyor: Mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikliler, yalnızca kendi hesabına çalışanlar, küçük, orta, büyük burjuvalar. Bireylerin bu şemaya göre sınıflanabilmeleri için, üretim içindeki konumlarına ilişkin ayrıntılı bilgi gerekse de, yapılan analiz tamamen objektiftir. Şema duruma göre daha da ayrıntılandırılabilir, duruma göre de kabalaştırılabilir. Örneğin mavi yakalılar ile niteliksiz emekçileri birleştirerek kentli işçi sınıfı başlığı altında toplayabiliriz. Ya da sözü edilen ilk dört sınıfa (Callinicos un dediği gibi) en geniş anlamda işçi sınıfı adını verebiliriz. Bütün burjuva sınıflara da tek başlıkta burjuvazi diyebiliriz.

Bu alt başlıkta buraya kadar yazılanlar sınıfın belirlenme metodolojisine ilişkindir. Sınıf konumunu belirlemede Marksist kuramın daha doyurucu bir yaklaşım getirdiği üzerinde durulmuş ve Marksist kurama uygun bir kentsel sınıf şeması belirlenmeye çalışılmıştır. Sağlık ile sınıf ilişkisine ait literatür bilgilerimiz ise hemen tamamen Weberci sınıf çözümlemelerine dayanıyor.

Bu araştırmalarda gelir, eğitim ve mesleksel sınıf konumunun çeşitli bireysel sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi incelenmektedir. Bu değişkenler sağlık göstergeleri ile ayrı ayrı ilişkiye sokulabildikleri gibi, birlikte kullanılarak da modelleme çalışmalarına girilebilmektedir.

Kimi araştırmalarda hangi sosyoekonomik etkenin sağlıktaki eşitsizlikler üzerinde daha belirleyici olduğu yönünde metodolojik girişimlere de rastlanmaktadır. Örneğin 1991-92 yılları İngiliz Ulusal Sağlık Araştırması nın sonuçlarına göre; bu üçü de algılanan sağlık ve kronik hastalık üzerinde etkilidirler ve etkileri aktif üretimin terkedilmesinden sonra da sürmektedir. Mesleksel sınıf sağlık üzerinde önemli belirleyici iken, eğitim durumunun özellikle kadınlarda dikkate alınması gerekmektedir. Buna karşılık erkeklerde de özellikle işsizlik mesleksel sınıf ile birlikte sağlık üzerinde etkilidir. (Arber S. 1996) Amerika da yapılan bir araştırma eğitim süresi yerine okuryazar olup olmamanın daha iyi bir gösterge olduğunu ortaya koymuştur. (Baker DW. ve ark. 1997) Kimi araştırmalarda ise örneğin eğitim ve gelir değişkenlerinin kendi içlerinde oluşturulan grupların birleştirilmesiyle eğitim ve gelir durumunu aynı anda ifade eden bileşik gruplar elde edilmekte ve analizler bunlar üzerinden yürütülmektedir. (Bucher HC., Ragland D. 1995) Örneğin aylık geliri 200 Dolar ın altında olup, orta eğitimli olanlar birleştirilerek bir grup oluşturulabilir. Öte yandan sosyoekonomik değişkenleri bölge düzeyinde ölçerek (örneğin bölgesel işsizlik oranı, bölgesel gelir ortalaması, konutlardaki ortalama birey sayısı, bölgenin etnik bileşimi gibi), kişisel sağlık göstergeleri ile ilişkilendiren çok değişkenli analizler de yapılabilmektedir. (Roberts EM. 1997) Bu analizlerde sağlık düzeyi bireysel olarak ölçülürken, sağlığı belirlediği düşünülen değişkenler bölgesel (ekolojik tarzda) öl-

çülmekte ve bireysel düzeyde ölçülen başka bağımsız değişkenlerle birlikte sağlık üzerindeki etkileri bakımından araştırılmaktadırlar. Bu tür analizler bireylerin içlerinde yaşadıkları ortamın bireysel sağlık üzerindeki etkisinin anlaşılması bakımından önemli sonuçlar sunmaktadır.

Yani sağlıkta eşitsizlik denildiğinde, meslek, gelir ve eğitim grupları arasındaki eşitsizlikleri inceleyen geniş bir araştırma grubuyla karşılaşıyoruz. Bu tür bir yaklaşım Weberci sınıf ve statü kuramının yetersizliklerini üzerinde taşıyor olsa da, sağlıktaki eşitsizliklerin ortaya dökülmesinde oldukça doyurucu bir çerçeve sunabiliyor. Marksist anlamda sınıf sağlık ilişkisini ortaya koyan araştırmalar ise yok denecek kadar azdır. Sağlıkla sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli araştırmaların çarpıcı sonuçlarını bu kitabın ilerleyen bölümlerinde sunacağız. Ancak daha önce, sağlıkta eşitsizliğin ne anlam taşıdığı ve nasıl müdahale edilebileceğiyle devam ederek, teorik çerçeveyi tamamlamak uygun olacaktır.

BEŞİNCİ BÖLÜM
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK NEDİR ?

Eşitsizlik konusunda, İngilizce literatürde birbirleriyle yakından ilgili, ancak oldukça farklı anlamları ifade eden iki kavramın kullanıldığı görülmektedir. Bizim açımızdan bu durumu önemli kılan ise, bu kavramların Türkçe de sık sık birbirlerinin yerine kullanılmaları ve aynı şeylermiş gibi eşitsizlik kelimesi olarak, aralarındaki farka da hiç dikkat çekmeyen bir tarzda Türkçeleştirilmeleridir.

Bu iki kavram Inequality ve Inequity dir. İngilizce de Inequality kelimesi Equal kelimesinden türemektedir. Equal ise aynı (the same) anlamında olmak üzere, matematiksel bir eşitlik durumunu ifade etmek üzere (iki iki daha dört eder (two and two is equal to four) şeklinde) kullanılmaktadır. Buna karşılık Inequity kelimesine kaynak oluşturan Equity ise hakça, adaletli (fairness) davranma anlamına gelmektedir. (Collins Dictionary)

Kelimelerin İngilizce karşılıklarındaki bu farklılaşma nedeniyle, sağlıkla ilgili yayınlarda Sağlıkta Eşitsizlik derken kullanılan kelime Inequity olmakta ve kavram, gereksinimleri de gözeten ahlaki, etik bir boyutu da yansıtmaktadır. Inequality kelimesi ise daha çok toplumların sağlık durumlarında ya da sağlık hizmeti kullanımında çeşitli etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan somut farklılık durumunu tanımlamaya ve bu farklılığı matematiksel olarak da ifade etmeye yaramaktadır. Bu anlamda Inequality kelimesi Inequity kelimesine göre daha pragmatik ve dar kapsamlı bir kavram olarak yorumlanmaktadır. (WHO 1986: 2)

İşte bu nedenle Whitehead sağlıkta eşitsizlik olgusunu dile getirmek bakımından Equity kelimesinin daha uygun bir kavramlaştırma yolu olduğunu belirtmektedir. (Whitehead M. 1992: 431) Çünkü kelime, bir yandan önlenebilir, bu anlamda toplumsal düzeyde kabul edilemez olan sağlık farklılıklarını anlatmakta ve bir yandan da önlenebilir doğaları nedeniyle bu farklılıkların haksız, adil olmayan bir ortam yarattıklarına ve böyle bir ortam tarafından yaratıldıklarına vurgu yapmaktadır. Kestirme bir ifade ile Equity kelimesinin sergilediği anlama göre sağlıkta eşitsizlik durumu içinde, eşitsizliğin derecesine göre değişen bir haksızlık söz konusu olmaktadır.

Bu noktada haksızlık nedir? sorusu sorulabilir. Yukarıda da belirlendiği gibi haksızlık öncelikle önlenebilir bir sorunun, bir grubun başına bela olması durumudur. Herhalde bu tanım üzerinde herhangi bir anlaşmazlık söz konusu olmayacaktır. Ancak tanım, önlenebilme kavramı üzerinden bir miktar daha geliştirilebilir. Önlenebilirlik bir yandan somut bir gelişmedir. Aynen Polio (Çocuk Felci) hastalığının yok edilmesinde olduğu gibi. Yani önlenebilirlik bir yanıyla dünyadaki belli bölgeler, belli toplumsal gruplar için/tarafından başarılmış bir gelişmedir. Öte yandan önlenebilirliğin bir de soyut, geleceğe ilişkin, henüz dünyanın hiçbir yerinde gerçekleştirilememiş olsa da eldeki kaynakların daha akılcı kullanılmasıyla hemen elde edilebilir olan bir yönü de bulunmaktadır. Örneğin bugün silahlanmaya yapılan harcamaların çok küçük oranda azaltılmasıyla bile yenidoğan tetanozunun, vb. yok edilmesi; teknolojinin ulaştığı gelişkinlik düzeyiyle zorunlu çalışma süresinin günde beş saate indirilebilmesi olanaklıdır. Ancak bunların hiçbirisi kapitalist/emperyalist sistemin gereksinim duyduğu sömürgen ve militer politikalar nedeniyle başarılamamaktadır. Böylece önlenebilirlik ve ilintili olarak haksızlık kavramlarının iki yönünü geliştirmiş bulunuyoruz. Somut ve soyut olan her iki yön de objektiftir. Hedef belirlemede kullanılabilir potansiyele sahiptirler.

Eşitlik, sağlık için eşit koşullar yaratmak ve sağlık farklılıklarını ortadan kaldırmakla, yani sonuçlardaki eşitlikle sağlanabilir.

İşte bu nedenlerle, bugünkü kapitalist eşitsizlikçi ortamda, sınıf-

sal konumlarına bağlı olarak gereksinimleri de farklılaşmış olan toplumsal kesimlere (örneğin gecekondularla, kent merkezine), kabaca Equal (yani matematiksel anlamda eşit) hizmet götürmek (örneğin finansal kaynakları bu iki bölge arasında eşit olarak bölüştürmek) kavramın gerçek anlamıyla eşitlikçi (Equity) bir politika tarzı olmayacaktır. Böyle bir durum en fazlasından eşitsiz durumun derinleşmeden sabitleşmesini sağlayabilir. Gereksinimler gözetildiğinde matematiksel açıdan eşitlikçi olmayan, ancak daha adil olanı, gereksinimi daha çok olan gecekondu bölgesine daha çok kaynak aktarmak olacaktır. Ancak bu şekilde, yani pozitif eşitsizlikçi bir uygulamayla, eşitsizliklerin azaltılması (ortadan kaldırılması değil) olanaklı olabilir. Bu nedenle Musgrove alttaki nedenler ne olursa olsun, hizmet kullanımındaki eşitsizliğin (Inequity); bazı grup ve insanların hizmeti kullanabilme yeterliliklerinin engellenmesi sonucunda ortaya çıktığını vurgular. (Musgrove P. 1986: 325)

Bu yazıda eşitsizlik derken kastedilen kavram Inequity kelimesinin karşıladığı ve gereksinimleri de dikkate alanıdır. Bu anlamda sağlıkta eşitsizlik için net bir tanım yapmak gerekirse şöyle toparlanabilir: Sağlıkta eşitsizlik; doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayımıyla etki gösterdikleri; önlenebilir, önlenebilir olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaşılması gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır. Bu anlamda, bugünün kapitalist üretim ilişkileri içinde eşitsizlik sınıfsal bir sorundur. Dolayısıyla sınıflar ortadan kaldırılmadıkça, şiddeti azaltılabilse de, eşitsizlik yok edilemez.

Öte yandan daha pragmatik davranarak, eşitsizlik doğrudan matematiksel bir tarzda da ifade edilebilir. Bu durumda sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlik, farklı sınıfsal sosyoekonomik konumlardaki bireyler arasında sağlık problemlerinin sıklığının farklılığı anlamına gelecektir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 5) Doğal ve bi-

yolojik çeşitliliğe bağlı olarak beliren sağlık farklılıkları ise eşitsizlik olarak kabul edilemez. Bunlar olsa olsa kaçınılmaz farklılıklar olarak değerlendirilebilirler. (Whitehead M. 1992: 432)

Yukarıdaki tanım eşitsizlik olgusunun, aslında bilimsel gelişmenin bugün ulaştığı düzey içinde önlenebilir bir sorun olduğunu, ancak verilen politik kararlar sonunda kaynakların toplumsal kullanım biçimine bağlı olarak ve toplumun genel ekonomik, politik organizasyonunun içinden türeyen bir takım etkenler nedeniyle derinleştiğini tespit etmektedir. Yani eşitsizlikle ilgili önlenebilir , kabul edilemez olma durumları; bilimin olanaklarıyla, mevcut gerçekliğin arasındaki açıyı belirleyen tamamen objektif ölçütlerdir. Örneğin önlenebilir olma, sağlık düzeyi düşük olan ülke ve/veya toplumsal grupların sağlık düzeylerinin, pekala, sağlık düzeyleri daha yüksek olanlarınkinin düzeyine çıkarılabileceğini gösterir. Bütün Amerika kıtasında Polio hastalığı ortadan kaldırılmıştır. Dolayısıyla bu gelişme, Türkiye nin de içinde bulunduğu Orta Doğu, Afrika ve Güney Doğu Asya bölgelerinde de Polio nun ortadan kaldırılabileceğini kanıtlar ve buradaki eşitsizlik Polio hastalık hızı üzerinden ölçülebilir bir sonuçtur. Yani önlenebilir olma durumu esasen ölçülebilir bir farklılığı ifade etmektedir. Böylece eşitsizlikle ilgili temel sorun farklılıkları yaratan teknik ve politik organizasyon sorunlarını gidermektedir.

Sonuç olarak sağlık farklılıklarının haksız, önlenebilir ve ahlak dışı olması, kişileri hastalığa götüren nedenlerin, kişilerin kontrolunda olup olmamasıyla ilgilidir. (Whitehead M. 1992) Örneğin kaynakların dağılımındaki eşitsizlik nedeniyle yoksul sınıflar daha sağlıksız, kalabalık evlerde yaşayıp; daha tehlikeli, kötü, düşük ücretli, işgüvencesiz işlerde çalışırlar. Whitehead (1992: 432) şu dört etkenin önlenebilir sağlık eşitsizliklerine neden olduğunu belirtmektedir: a) Kişinin kendi yaşam şansını seçme, belirleme olanağının oldukça sınırlı olduğu durumlar, b) sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları, c) sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmadaki yetersizlik, güçlükler, d) hasta kişilerin, hastalıklarına bağlı nedenlerle sosyal ve sınıfsal konumlarının dezavantajlı bir duruma gelmesi. Bütün bu koşullara bağlı olarak ortaya çıkacak yüksek hastalık hızla-

rı açıkça eşitsizlik olarak adlandırılmalıdır. Bu gibi durumların birikimli etkilerinin zamanla daha belirgin biçimde ortaya çıkması, haksızlık duygusunu daha da güçlendirecektir.

Kişisel sağlık davranışlarının da sosyoekonomik etkenlerden ileri derecede etkileneceğini beklemek gerekir. Örneğin düşük gelirlilerin sağlıklı, yeterli proteinli, düşük kolesterollü yiyeceklere ulaşmalarını engelleyen ekonomik durumları gibi. Öte yandan sosyoekonomik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan pek çok toplumsal olanaktan yoksunluk durumu, yoksul gruplarda yaşama karşı genel bir boşvermişlik duygusu da yaratabilecektir. Bunu çok boyutlu yabancılaşma olarak da adlandırabiliriz. Bugün özellikle Batılı ülkelerde sigara, alkol gibi istenmeyen alışkanlıkların daha çok yoksullarda görülmesi, sağlık bilgisinden yoksunluğun yanısıra bu türden genel boşvermişlikle de ilişkilendirilebilir. Bütün bunlar kişisel düzeyde etki gösteren eşitsizlik durumlarının, esasen sosyoekonomik etkenler üzerinden dolayımlandıklarını göstermektedir.

Bu nedenle de yukarıdaki tanımın içinde, çözümün de ancak toplumsal düzeydeki ekonomik ve politik önlemlerle üretilebileceği öngörüsü bulunmaktadır. Bu tespit kesinlikle sağlık durumunun bireysel düzeyde belirlenip, geliştirilemeyeceği anlamına gelmez. Ancak bunun da ötesinde birşeye işaret eder. O da bireysel sağlık durumunun ve bireysel sağlık sorunlarının arkasında toplumsal bir dizi etkenin bulunduğu ve bu etkenlerin toplumsal düzeydeki politik etkinliği zorunlu kıldığı gerçeğidir.

Görüldüğü gibi yukarıdaki etkenlerin tümü hemen tamamen, ancak toplumsal yapıyı değiştirmeye yönelik politikalarla ortadan kaldırılabilir bir nitelik taşımaktadır. Bu durum, sağlıktaki eşitsizlik sorununu yalnızca sağlık sektörünün değil, bütün toplumun gündemine sokan ve ona doğrudan politik bir içerik ve önem atfeden boyut olmaktadır.

I. SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİK TÜRLERİ

Yukarıda tartışılanlardan açığa çıktığı gibi, sağlıkta eşitsizlik; a) sağlık durumu (sonuçlar), b) sağlıkla ilgili risk faktörleri (sağlığın belirleyicileri; koşulları) ve c) sağlık hizmetinin ve sağlık kaynak-

larının kullanımı için söz konusu edilebilir. (WHO 1997a: 4) Bunlardan ilki sonuca, diğer ikisi ise sürece ilişkin eşitsizliklerdir. Sonuçlarda eşitlik, sağlığın belirleyicilerinin, çalışma ve yaşam koşullarının eşitliğini, kısaca sınıfların ortadan kaldırılmasını gerektirir. Şimdiye dek sonuçlardaki ve koşullardaki eşitsizlikten ayrıntılı biçimde söz edildiği için, burada sağlık hizmeti kullanımındaki ve finansmanındaki eşitsizlik incelenecektir.

Sağlık hizmetlerindeki eşitlik herkesin aynı sağlık sorunu için eşit ve aynı kalitede sağlık hizmeti kullanabilmesi demektir. (WHO 1986: 7) Nedeni ne olursa olsun sağlık hizmeti kullanımı bağlamındaki eşitsizlik, sağlık hizmetini elde etme yeterliliğindeki (ability) farklılıktan kaynaklanır. (Musgrove P. 1986: 325) Buradaki yeterlilik bireyin toplumdaki sosyoekonomik konumu ve sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimiyle yakından ilintilidir.

Sağlık hizmetlerinin eşitlikçi yapısının değerlendirilmesinde, gerek uluslararası gerekse ulusal karşılaştırmalarda, genellikle sağlıklı içme suyu kullanan ve kanalizasyon sistemine sahip olan nüfus oranları ile; hekim, hastane yatağı gibi sağlık hizmet kaynaklarının nüfusa oranları; sağlık hizmetinin finansal kaynaklarının nüfus grupları ve bölgelere göre dağılımı incelenir. Bu tür analizlerde pahalı kaynakların, örneğin hekimlerin, daha ucuz olanlara göre, örneğin hemşirelere göre, refah düzeyi daha yüksek olan merkezlerde toplanma eğilimi gösterdikleri görülür. Yani pahalı kaynakların dağılımı, diğerlerine göre daha eşitsizlikçidir. Ve burada yine aynı paradoks (ters hizmet yasası) geçerlidir. Çünkü kaynakların daha az tahsis edilmiş olduğu, refah düzeyi daha düşük olan bu bölgelerin, sağlık hizmetine olan gereksinimi genellikle daha fazladır. Sağlık hizmetine olan gereksinimin, ancak nüfus ile orantılı olduğu kabul edildiğinde, sözü edilen kaynakların nüfus gruplarına dağılımındaki farklılık eşitsizliğin göstergesi olacaktır. Aksi halde hizmete gereksinimi daha fazla olan bölgelere, nüfusa göre değil, daha fazla kaynak yönlendirmek gerekecektir. Sağlık hizmetine olan gereksinimin en basit ölçülme yolu ise çeşitli temel hastalıkların hızlarının belirlenmesidir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimler için sağlık hiz-

metine ulaşımda, sağlık hizmeti kullanımında eşitlik anlamına gelmektedir. Hizmet eşitsizliğini yaratan etkenler ise, kişilerin hizmeti kullanmaları sürecinde karşılaştıkları finansal ve ulaşımsal etkenlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır. (Whitehead M. 1992) Sonuç olarak sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri finansal ve ulaşımsal olarak iki başlıkta toplayabiliriz. Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımı eşitsizliği sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Öte yandan yine bununla ilintili olarak sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliği, herkes için sağlığı garantileyen finans mekanizmalarının zayıflığı da finansal eşitsizliğin nedenleridir. Ulaşımsal eşitsizliği yaratan ise sağlık hizmeti kaynaklarının (bina, insangücü, para gibi) daha çok gelişmiş, kentsel bölgelerde toplanmasına bağlı olarak, geri kalmış bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yokluğu ve/veya yetersizliğidir. Geri kalmış bölgelerdeki sağlık hizmeti yetersizliği, niceliksel olduğu kadar nitelikseldir de. Özellikle, bu bölgelerdeki personelin motivasyonsuzluğu nitelik düşüklüğünü yaratır. Böylece bu bölgelerin bir kısmında, sağlık hizmeti var gözükse de, ancak son derece düşük nitelikte verilebilir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı da sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizlikte etkilidir. Piyasa türü sağlık hizmetlerinin, gelirleri birbirinden farklı toplumsal gruplar arasında hizmet kullanım eşitsizliği yaratacağı ya da var olan eşitsizliği derinleştireceği konusu, sağlık hizmetlerinin piyasa koşulları içinde reforme edilmesi çalışmalarında geniş bir tereddüt noktası oluşturmaktadır. (Light DW. 1992: 465) DSÖ, ekonomik kriz nedeniyle sağlık sektörünün piyasaya açılması şeklindeki uygulamaların sağlık sektörü için ek kaynak yaratabildiğini, ancak bunun zengin ve yoksullar arasındaki eşitsizlikle birlikte ortaya çıkan bir gelişme olduğunu belirtmektedir. (WHO 1997a: 2) Sağlık hizmetlerine olan talepteki belirsizlik, tüketicilerin sağlık ve sağlık hizmeti konusundaki bilgilerinin yetersizliği ve bilginin hizmeti sunan profesyonellerin elinde toplanmış olması (monopol karakteri), sağlık hizmetinin dışsallığı (externality) gibi özellikler (Le Grand J., Propper C., Robinson R. 1992: 43-50; Normand C. 1991: 1572) sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılması durumunda ortaya çıkacak kaçınılmaz

eşitsizliklerin teknik nedenleri olarak sıralanabilir. Bu özellikler aynı zamanda sağlık hizmetini, kapitalist ekonominin diğer metalarından ayıran özelliklerdir. (Belek İ. 1994)

Bu gibi etkenler sağlık hizmeti kullanımında bir kaç şekilde eşitsizlik yaratırlar: a) Öncelikle bilginin üretici ve tüketiciler arasındaki asimetrik dağılımı, talebin üreticiler tarafından biçimlendirilmesine, yönlendirilmesine, dolayısıyla gereksiz bir talebin (üretici tarafından uyarılan talep; suplier induced demand) ortaya çıkmasına neden olur. Üretici tarafından yaratılan talep, aynı zamanda yalancı bir gereksinim olabilir ve bu gereksinimin daha çok, zengin gruplarda ortaya çıkacağı açıktır. Böyle bir gelişme eşitsizlik anlamına geleceği gibi, sağlık hizmetinin verimliliğini, kaynak dağılımındaki etkinliği bozan bir etki de taşır. b) Sağlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili bilginin dağılımı tüketiciler arasında da dengesizdir. Bu da eğitim ve bilinç düzeyi daha düşük olan toplumsal sınıflar aleyhine eşitsizlik yaratan bir diğer etkendir. c) Koruyucu hizmetler özellikle eğitim düzeyi düşük toplumsal grupların talep ettiği bir hizmet türü değildir. Dolayısıyla piyasa koşulları içinde koruyucu hizmetlerin kullanımı da eşitsizlikçi bir sonuç yaratacaktır. (Light DW. 1992: 467) Yukarıdaki etkenlerin tümü piyasa mekanizması içinde serbestçe etki gösterirler. Bu etki kamucu bir müdahaleyle dengelenmediği sürece, eşitsizlikleri derinleştirici işlevini artarak sürdürecektir.

İnsangücü, ilaç, aşı ve diğer kaynaklar sağlık hizmeti üretiminde kullanılan kaynaklardır ve sağlık hizmetinin eşitlikçi karakteri, sıklıkla, bu kaynakların dağılımı ile ölçülür. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar içinde en iyi gösterge olanı hizmeti üretmenin maliyetidir ki, bu sağlık harcaması olarak da bilinir. Bu durumda, eşitlik bağlamında ortaya iki durum çıkar. Bunlardan ilki, sağlık harcamalarının nüfus grupları arasındaki dağılımıdır. İkincisi ise, farklı nüfus gruplarının doğrudan ödemeler ya da vergilendirme yoluyla, sağlık hizmeti maliyetlerine yaptıkları katkı ile ilgilidir. Bu ikinci durum şu şekilde de ifade edilebilir: Sağlık hizmeti maliyetlerinin farklı nüfus gruplarına dağılımı nasıldır ? Şimdi sağlık harcamalarıyla ilgili bu tür sorunları ayrıntılı biçimde ele alabiliriz.

Kişi başı sağlık harcamalarındaki farklılık hasta olma olasılığı ya da hizmete gereksinim, hizmeti alma (kullanma) olanağı ve hizmet verilen hastanın maliyeti gibi etkenler tarafından belirlenir. Bu üç etkenden ilki hastalık risklerinin dağılımı ile, ikincisi sağlık hizmetini kullanma olanağı ile, üçüncüsü de birey olarak hastaya yapılan masrafla ve hastaya verilen önemle ilgilidir. Sağlık harcamalarının kabaca nüfus gruplarına, sınıflara, bölgelere dağılımının incelenmesi, bu üç etkenin etkisi sonucunda ortaya çıkan eşitsizlik durumu hakkında fikir verecektir.

Görüldüğü gibi ilk iki etken doğrudan sağlık finans mekanizması ile ilgili olmayan, daha geniş kapsamlı bir ortam tarafından belirlenmektedir. Bu ortamı şu ana kadar hep toplumun sınıfsal yapısı şeklinde tanımladık. Sınıflı toplum yapısı içinde kişi başı sağlık harcamalarının en fazla oranda bu ikisi tarafından belirlendiği söylenebilir. Buna karşılık hasta bireye yapılan sağlık harcamasındaki eşitsizlik hakkında bilgi vereni sonuncusudur. Eğer gereksinim (yani sorun) ve hizmeti kullanma şansı aynı ise büyük olasılıkla farklı bireylere yapılan harcamanın da (maliyetin) aynı olması beklenir. İlk koşulun aynı olması durumunda ortaya çıkacak maliyet farklılığı yeni bir eşitsizlik göstergesi olacak ve (belli bir kabul edilebilir aralığın dışında) aynı sorun ve gereksinimlere sahip bireylere farklı muameleler yapılmış olduğunu gösterecektir. Gereksinimleri eşit olan bireylere farklı harcamanın yapılması, hizmetin verimsizliğinin de göstergesidir. Buna karşılık hastalanma olasılıkları (muhtemelen sosyoekonomik koşulları) farklı olan gruplara aynı miktar harcama yapmak ise, hem eşit olmayan, hem de etkin olmayan bir politika olacaktır. Dolayısıyla eşit gereksinime farklı muamele ya da gereksinimin gerektirdiğinden daha az hizmet ve harcama Eşitsizliği tanımlar. Gereksinimden çok ya da az harcama mali bakımdan değerlendirildiğinde Verimsizlik; yönetsel açıdan değerlendirildiğinde ise Etkinsizlik olarak tanımlanabilir. Böylece verimsizlik harcanan paraya karşılık elde edilen (yine parayla ifade edilen) sonuç arasındaki dengesizliği; etkinsizlik de kaynak dağıtımındaki bozukluğu anlatacaktır.

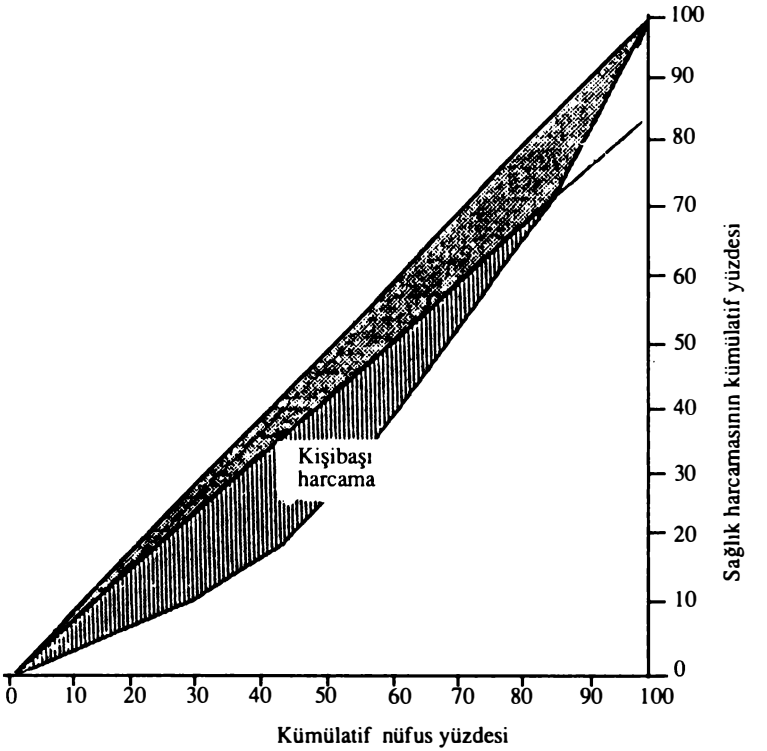
Yukarıdaki parafrafta sözü edilen eşitsizliğin nedeni açıktır.

Kaynaklar ile gereksinimler arasındaki orantısızlıkla ilintilidir ve gereksinimlerinin gerektirdiğinden daha az oranda kaynak alabilenler eşitsizliklerin acısını çekeceklerdir. Buna karşılık gereksinime göre daha fazla oranda kaynak kullanan bireyler, topluluklar, bölgeler varsa, buralarda elde edilecek sağlık sonuçları, gereksiz miktarda aktarılan kaynaklarla elde edilebilecek olandan daha az olacaktır. İşte bu durumun hizmetin Etkinsizliği olarak tanımlanması gerekir. Kısaca politikadaki etkinsizlik aynı miktar kaynağın, gereksinimi fazla olan yani yoksul sınıflara/bölgelere kaydırılması durumunda daha çok ölümün, hastalığın ve yaşam yılı kaybının önlenebilecek olmasıyla ilgilidir. Ve nihayet unutulmamalıdır ki, yaşananların tümü nihai anlamda politik tercihlerdeki hatalardan ya da taraf tutmadan kaynaklanmaktadır. Bu anlamda etkinsizlik sorunu genel anlamda politika, daha dar anlamda da yönetim ile ilişkilidir.

Son olarak, sağlık harcamalarındaki üçüncü bileşen (tekil olarak hastaya yapılan masraf; maliyet) verimle ilgili bir olumsuzluk bağlamı içinde de incelenebilir. (Musgrove P. 1986: 332) Örneğin her vaka başına yapılan sağlık harcamasının (vaka başına maliyetin) 8500 Dolar ile 24000 Dolar arasında değiştiğini, yeterli bakımın ise 15000 Dolar ile verilebileceğini varsayalım. Bu durumda 15000 Doların üzerinde maliyeti olan her vaka bir verimsizlik göstergesi olacaktır. Verimsizlik ise aşırı nitelikli personelin (örneğin genel pratisyen yerine uzman hekimin) kullanılmasına, sevk sisteminin işlememesine, gereksiz miktarda tıbbi malzeme harcanmasına, vb. bağlı olabilir. Bütün vakalara 15000 Dolar harcama yapılması durumunda, tüm vakaların maliyetinin, yapılmış toplam maliyetin %85 i ile gerçekleştirilebildiğini düşünelim. Böylece Lorenz eğrisinde gerçek toplam maliyetleri ve ortalama 15000 Dolarlık kişi başı harcama ile gerçekleştirilebilecek (daha verimli) maliyet düzeyini gösteren iki doğru elde ederiz. Bu ikisi harcamaların bireyler arasında eşit dağılması durumundaki hipotetik durumun göstergesidir. Harcamaların bireyler arasındaki dağılımının kümülatif durumunu gösteren gerçek eğri ise bu ikisinin altında gösterilmiştir. Şekil 1'de çizgilerle taranmış bölge gerçek eşitsizlik (inequity) durumunu, noktalı bölge ise

matematiksel eşitsizlik (inequality) durumunu yansıtacaktır. İlki önemli oranda hizmeti kullanma şansındaki farklılığa ve bir ölçüde de 15000 Dolar altında yapılan vaka başı harcamaya yani yetersiz bakıma bağlıdır. İkincisi ise tümüyle 15000 Doları aşan yani verimsiz vaka başı harcamanın sonucudur. Böylece aşağıdaki grafikten sağlık kaynaklarıyla ilgili eşitsizlik (inequity), etkinsizlik (ineffectiveness) ve verimsizlik (inefficiency) gibi sonuçların ayırdedilmesi de olanaklı olmaktadır.

Bütün bunlardan anlaşılabileceği gibi verimsizlik ve etkinsizlik, doğrudan, kaynakların eşit olmayan dağıtım ve kullanımının sonucunda ortaya çıkan kaynak sorunları ve israflarıdır. Bir kez ortaya çıktıktan sonra da eşitsizliği daha da derinleştirici etki gösterirler.



Şekil 1: Sağlık harcamalarının nüfus dağılımını gösteren Lorenz eğrisi.

Sağlık hizmetlerindeki harcamanın ekonomik açıdan bir başka önemi daha vardır. O da sağlık hizmetlerindeki harcama modelinin gelir dağılımındaki eşitsizliğin etkisini giderecek nitelikte olması gerekliliğidir. Örneğin eldeki sağlık kaynakları, yoksul, yani gelir dağılımından daha az pay alan toplumsal sınıflara daha fazla oranda kaydırılmalıdır. Özellikle yoksul grupların genel vergi paylarının da elde ettikleri gelir payıyla orantılı biçimde düşük tutulduğu koşullarda (progresif vergi sistemleri), sağlık harcamalarının daha fazla oranda bu gruplara kaydırılması, net bir sübvansiyon anlamına gelecek ve sübvansiyonu sağlayan da zengin toplumsal gruplar olacaktır. Bu etkinin özellikle kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinde daha belirgin biçimde ortaya çıkmasını bekleyebiliriz. Burada da yine matematiksel anlamda eşitsizlik söz konusu olmakla birlikte, böyle bir finans modeli gereksinimleri daha çok olan, ancak gelir dağılımından olumsuz etkilenen grupları gözettiği için daha eşitlikçi olacak ve pozitif taraf tutma anlamına gelecektir. Dikkat edilirse progresif bir vergi sistemi, eşitsizlikleri yaratan sınıfsal örgütlenme zeminini ortadan kaldırıcı, ancak bu zeminin yarattığı olumsuz etkileri zayıflatıcı bir etki gösterebilir. Bütün bunlardan anlaşıldığı gibi, eşitlikçi bir sağlık finans sistemi için gerekli koşul yalnızca, eldeki kaynakların toplumun hangi sınıflarına yönlendirileceği meselesi değildir. Onun kadar önemli olan diğeri, kaynakları toplama/oluşturma mekanizmasıdır. Sağlık kaynaklarının, ancak, daha fazla oranda zengin toplumsal sınıflardan elde edilmesi durumunda (maliyetin sınıflara dağıtılması meselesi), finans politikası eşitlikçi yönde bir etki gösterebilir.

II. SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜLMESİ

Gelir dağılımının ölçülmesinde kullanılan Lorenz eğrisi ile Gini katsayısı sağlıktaki eşitsizliklerin de ölçülmesinde kullanılabilmektedir. Ancak, sağlıktaki eşitsizliklerin ölçülmesi için başka indeksler de geliştirilmiştir. Aşağıda tümü tanımlanacaktır:

Lorenz eğrisi ve Gini katsayısı (Wagstaff A., Paci P., Doorslaer EV. 1991: 546): Lorenz eğrisi ve Gini katsayısı, özellikle, gelirin toplumun çeşitli grupları arasındaki dağılımının eşitsizliğini

ölçmede kullanılan tekniklerdir. Sağlıktaki eşitsizlikler için de kullanılabilirler. Gelir dağılımı için Lorenz eğrisi, en yoksuldan en zengine doğru nüfusun kümülatif oranlarına karşı, aynı nüfus oranlarının gelirden aldıkları payların grafik üzerinde gösterilmesiyle elde edilir. En çok kullanılan nüfus dilimlemesi nüfusun %20 lik dilimlere ayrılmasıdır. Ancak elde veri bulunması durumunda %1 lik dilimlerin aldıkları gelir payının gösterilmesi de olanaklı ve daha anlamlı olabilecek bir yöntemdir. Aynı yöntem sağlıktaki eşitsizliklerin ölçülmesi için de önerilmektedir. Ancak, X ekseninde bu kez en sağlıksızdan en sağlıklıya doğru sıralanmak üzere nüfusun kümülatif oranları yer alır. Y ekseninde ise gelir yerine (bir biçimde ölçülmüş) sağlıkla ilgili bir gösterge (örneğin hasta sayıları) bulunur. (Şekil 1 deki Lorenz eğrisi aynı şeyi sağlık harcaması için göstermektedir.) Böylece grafik üzerinde her bir nüfus oranının (örneğin nüfusun %20 lik dilimlerinin) sahip olduğu sağlık (hasta sayısı) işaretlenir. Sağlık dağılımının eşit olması durumunda elde edilecek eğri tam bir diagonal (X ekseniyle 45 derecelik açı yapan) doğru olacaktır. Eşitsizlik durumunda eğri diagonal doğrudan uzaklaşacaktır. Eğri ile diagonal doğru arasındaki alanın, diagonal ile X ekseni arasındaki toplam alana bölünmesi ile elde edilen sayı Gini katsayısı olarak tanımlanır ve toplumsal gruplar arasındaki eşitsizliğin ölçüsü olarak kabul edilir. Teorik olarak Gini katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer alabilir. O değeri tam eşitliği gösterir. 1 değeri ise toplumdaki bütün sağlığın, en sağlıklı olan ve grafiğin X ekseninde en sonda yer alan grubun elinde toplandığını gösterir.

Lorenz eğrisinin, sağlıktaki eşitsizlik hesaplamalarında kullanımı sırasında karşılaşılan en önemli sorun; X eksenine yerleştirilen nüfus dilimlerinin sosyoekonomik bir ayrıma göre değil (örneğin el işçileri, beyaz yakalılar, nitelikli hizmet sektörü çalışanları gibi), sağlık durumuna göre (en kötü sağlıklı %20 lik nüfus dilimi, orta derecede sağlıklı %20 lik nüfus dilimi şeklinde) sıralanmasıdır. Bu durumda ölçülen eşitsizlik örneğin sınıflar arasındaki eşitsizlik değil, sağlık durumları birbirinden farklı nüfus dilimleri arasındaki sağlık eşitsizliği olmaktadır. Bu ise sağlıkta sosyoekonomik, sınıfsal eşitsizlikleri araştıranlar açısından uygun bir durum değildir.

Çünkü grupları sınıfsal, sosyoekonomik konumlarına göre X ekseninde sıralamak ile, sağlık durumlarındaki farklılığa göre sıralamak farklı dizgeler oluşturabilir. Bir başka deyişle sağlık durumu en kötü olan grup, aynı zamanda sosyoekonomik durumu en kötü olan grup olmayabilir. Böylece Lorenz eğrisinin ölçtüğü eşitsizlik, sağlık durumları farklı olan nüfus dilimleri arasındaki eşitsizliktir.

Lorenz eğrisindeki bu sorunu gidermek ve sosyoekonomik grupları karşılaştırabilmek bakımından Pseudo Lorenz eğrisinin kullanılması önerilmiştir. Burada X eksenine yerleştirilen değişken bu kez sınıflar olmaktadır. Örneğin İngiliz sınıf sisteminin 5 sınıfı X ekseni üzerine yerleştirilebilir. Sınıfların X eksenine yerleştirilmesi, ölçülen sağlık göstergesi bakımından (örneğin hastalık hızı) durumu en kötü olan sınıftan, en iyi olan sınıfa doğru olacaktır. Burada sınıflar karşılaştırılabilmekle birlikte, yukarıda söz edilen sorun yine varlığını korumaktadır. Şöyle ki; örneğin hastalık hızı en yüksek olan (yani en sağlıksız) sınıf, ekonomik bakımdan durumu iyi olan sınıf (profesyoneller) ve en sağlıklı sınıf da ekonomik bakımdan durumu kötü olan sınıf (niteliksiz el işçileri) olabilir. Böylece sınıflar arasındaki eşitsizlik ölçülebilse bile, bu eşitsizlik sınıfsal dizilime karşılık gelen eşitsizlik olmayabilecektir.

Gini katsayısına benzer bir diğer gösterge Robin Hood indeksidir. Bu indeks de Lorenz eğrisi üzerinden hesaplanır. Bunun için, gelirden (ya da sağlıktan) %10 un üzerinde (yani eşitlikçi bir dağılıma göre almaları gerekenden daha fazla) pay alan %10 luk nüfus dilimlerinin aldıkları gelir (ya da sağlık) payları toplanır. Bu toplamdan, bu nüfus dilimlerinin eşitlikçi bir durumda alması gereken toplam pay (nüfus dilimi sayısı x %10) çıkarılır. Elde edilen sayı Robin Hood indeksinin değerini verecektir. Teorik olarak Robin Hood indeksi, Lorenz eğrisinin diagonal eksene en uzak olduğu noktadaki Lorenz eğrisi-Diagonal eksen mesafesini gösterir. Bir başka deyişle, hangi nüfus dilimi noktasında eşitsizliğin en büyük olduğu ve eşitsizliğin derecesi bu şekilde anlaşılmış olur. (Kennedy BP. 1996: 1008) Robin Hood indeksi için de Lorenz eğrisi için saptanan kısıtlılıklar söz konusudur.

Lorenz ve Pseudo Lorenz eğrileriyle ilgili olarak yukarıda belir-

lenen eksiklikler sağlıktaki eşitsizliklerin ölçülmesinde başka yöntemlerin kullanımını gündeme getirmiştir. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 49-63) Bu yöntemler iki eksende ayrıştırılabilir. Bu eksenlerden ilki, gruplar arasındaki eşitsizliğin mutlak ya da görece olarak ölçülmesiyle ilintilidir. Eşitsizliğin mutlak olarak ifade edilmesi grupların hızları arasındaki farkı; görece olarak ifade edilmesi ise hızların birbirinin katı/oranı olarak ifade edilmesini anlatır.

İkinci eksen ise yöntemin basit mi yoksa karmaşık mı olduğunu tanımlar. Hız oranları ve hız farkları basit yöntemlerdir. Bu iki basit yöntemde iki grup birbiriyle karşılaştırıldığı için (örneğin en iyi ve en kötü sosyoekonomik gruplar) bunlar arasındaki grupların durumlarının gözardı edilmesi kaçınılmaz olacaktır. Ya da bütün toplum iki gruba bölünüp, bunların hız fark ve oranları alınabilse bile, bu karşılaştırma da oldukça kaba kalacaktır. Karmaşık yöntemler ise bir dizi regresyon temelli ölçüm yöntemidir. Regresyon temelli bir yöntem olduğu için de eşitsizliğin gruplar arasındaki dağılımını da dikkate alacak ve bütün toplum için bir değerlendirme yapma olanağı olacaktır. Burada özellikle bağımsız değişken konumundaki sosyoekonomik değişkenin interval bir skala ile ve nümerik olarak (yani bir cetvel üzerindeki sayılar gibi, değerleri arasındaki uzaklığın eşit olduğu bir skala ile) ölçülmüş olması gerekir ki, bu gerekliliğin meslek için sağlanması olanaksızdır. Bu bakımdan ancak gelir ve eğitim değişkenleri karmaşık yöntemlerin kullanımı bakımından uygundur.

Mutlak ya da görece; basit ya da karmaşık olmak üzere sağlıktaki eşitsizliği ölçmede kullanılan toplam 12 ölçüm yöntemi bulunmaktadır. Aşağıda herbirisi kısaca tanımlanacaktır (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995):

1) En yüksek ve en düşük statülü sosyoekonomik grupların hız oranı: Örneğin İngiliz sınıf sistemindeki 5. sınıfın hızının, 1. sınıfın hızına oranı. Ya da 4 +5. sınıfların hızının, 1+2. sınıfların hızına oranı gibi. Karşılaştırılan grupların, diğerlerine göre uçlarda değerler taşımaları, gerçek eşitsizliğin gözden kaçırılmasına neden olabilir.

Yani eşitsizlik olduğundan daha büyük saptanabilir. Bu yanılsa-

ma, özellikle, en alt ve üst sosyoekonomik grupların toplam içindeki oranlarının küçük, buna karşılık aralarındaki farkın büyük olması durumunda söz konusu olacaktır.

2) En yüksek ve en düşük statülü sosyoekonomik grupların hız farkı.

3) Regresyon Temelli Görece Etki İndeksi (Regression Based Relative Effect Index): Yukarıdaki yöntemlerin yalnızca iki grubu karşılaştırma olanağı verebilmesi, aradaki eşitsizliklerin gözden kaçırılmasına neden olmaktadır. Bütün grupların değerlerini dikkate almanın yolu, sağlık göstergesini, çeşitli sosyoekonomik nitelikli bağımsız değişkenlerden belirlenen bir sonuç olarak ele alarak model geliştirmeyi hedefleyen regresyon analizi kullanmaktır. Bu yöntemde en alt ve üstteki grupların hız oranları, regresyon denklemiyle bulunan hızlarına göre hesaplanır.

4) Regresyon Temelli Mutlak Etki İndeksi (Regression Based Absolute Effect Index): Bu da mutlak hızların, sosyoekonomik değişken karşısında regresyon analizine sokulması ile elde edilir. Her iki regresyon analizi için de eğitim ve gelir düzeyi kullanılabilir. Bu durumda eğitim süresinin ve gelirin açık olarak (gruplanmadan) analize sokulması gerekecektir. Regresyon tekniği olarak lineer regresyon analizi kullanılabilir.

5) Topluma Atfedilebilir Risk (Population Attributable Risk) (%): Bu yöntem, toplumdaki bütün grupların, en yüksek statülü sosyoekonomik grubun hastalık ya da ölüm hızına sahip olması durumunda sağlanabilecek hız azalmasını gösterir. Anlaşılabileceği gibi hipotetik bir durumu ifade etmektedir. Ancak anlam olarak, önlenebilir sağlık sorunlarının boyutu hakkında fikir vermektedir. Bu bakımdan da son derece önemlidir. Bu yöntemle hesaplanacak hız azalması, yüksek hızlı grubun büyüklüğüyle de ilişkilidir. Örneğin toplumun geneli için sağlık sorunu hızının onbinde 81; en iyi sosyoekonomik grubun hızının onbinde 50 olduğunu varsayalım Bu durumda, toplumun genelinin durumunun, en iyi statülü grubun durumuna eşit olmasını varsaydığımızda, toplumun genelinde meydana gelecek hız azalması; (81-50) / 81 = %38 olacaktır. Bu bize, toplumdaki herkesin, en yüksek sosyoekonomik gruptakilerin

şansına sahip olması durumunda, hastalık hızının gerçek duruma göre %38 daha az olacağını göstermektedir.

6) Topluma Atfedilebilir Risk (mutlak versiyon): Yukarıda elde edilen oranın toplam nüfus ile çarpılması ile elde edilir ve toplumdaki herkesin, en yüksek sosyoekonomik grupta yaşayanların şansına sahip olması durumunda hastalıktan kurtarılabilecek insan sayısını verir.

7-8) Regresyon Temelli Topluma Atfedilebilir Risk (% ve mutlak olarak): Buradaki ilk adım 3. indekste kullanılan regresyon modeliyle, bütün sosyoekonomik gruplar için hastalık hızını hesaplamaktır. Bundan sonra topluma atfedilebilir riskin görece ve mutlak versiyonları hesaplanır. Regresyon temelli topluma atfedilebilir risk hesaplamaları sık kullanılmamaktadır.

9-10) Benzemezlik İndeksi (Dissimilarity Index) (% ve mutlak olarak): Bu indeks, bütün sosyoekonomik gruplarda aynı sağlık sorunu hızını (yani toplumun ortalama hızını) elde edecek şekilde dağıtılması gereken vaka yüzdesini gösterir. Bu durumda, hızı daha yüksek olan gruplardan (muhtemelen daha kötü durumdaki sosyoekonomik gruplardan), hızı daha düşük olan gruplara doğru bir vaka dağılımının yapılması gerekecektir. Benzemezlik indeksi, hızları en yüksek ve en düşük olan grupların büyümesi durumunda büyüyecektir. Yani, sosyoekonomik gruplar arasındaki nüfussal eşitsizlik görece büyükse, benzemezlik indeksi de büyüyecektir. Benzemezlik indeksinde, bütün sosyoekonomik grupların durumunun, toplumun ortalaması ile eşitlenmesi mantığı geçerliyken; atfedilebilir riskteki mantık, toplumun genelinin en iyi durumdaki sosyoekonomik gruba eşitlenmesi olmaktadır. Benzemezlik indeksi ile elde edilen yüzdenin nüfus ile çarpılması eşitliğin elde edilmesi durumunda dağıtılması gereken vaka sayısını verecektir. Bu de benzemezlik indeksinin mutlak versiyonudur.

11) Görece Eşitsizlik İndeksi (Relative Indeks of Inequality): Benzemezlik indeksi en yüksek hastalık ya da ölüm hızlarının hangi sosyoekonomik grupta yer aldığını dikkate almaz. Bu daha karmaşık bir indeks olan görece eşitsizlik indeksinin geliştirilmesine neden olmuştur. Görece eşitsizlik indeksi hem nüfusun büyüklüğünü hem de grubun sosyoekonomik görece pozisyonunu dikkate alır

ve regresyon temelli bir indekstir. Grubun nüfus büyüklüğünün dikkate alınması bundan önceki regresyon temelli yöntemlere göre bir üstünlük oluşturur. Sonuç olarak sosyoekonomik hiyerarşinin en üst ve altında yer alanların regresyon temelli hızları birbirlerine oranlanır. Görece eşitsizlik indeksinin büyük olması, en üst ve en alttaki sosyal hiyerarşiler arasındaki farkın da büyük olduğunu gösterir. Bu da iki şeye işaret eder: Ya sosyoekonomik değişkenin ölçülen hastalık/ölüm göstergesi üzerindeki etkisi büyüktür. Ya da sosyoekonomik konumlar arasında büyük fark vardır.

12) Eşitsizliğin Slope İndeksi (Slope Index of Inequality): Bu indeks görece eşitsizlik indeksinin mutlak versiyonudur. En üst ve alttaki sosyoekonomik gruplar arasındaki hız farkını kat olarak değil, mutlak hız farkı olarak belirtir. Son iki yöntem regresyon temelli olsalar da nüfus büyüklüğünü de dikkate aldıklarından mesleksel zeminde gerçekleştirilen sosyoekonomik gruplamalarda kullanılabilirler. Ancak son ikisi için bir koşul bulunmaktadır. O da sosyoekonomik durum sıralamasıyla (iyiden kötüye, ya da tersi), sağlık sorunu hızlarının da aynı şekilde sıralanma göstermesidir. Yani sosyoekonomik durum ile sağlık sorunu sıklığı arasında doğrusal bir ilişki olmalıdır.

Son dört indeks aşağıdaki örnekte somutlanacaktır:

Tablo 3: Eğitim grupları arasındaki eşitsizlik için örnek tablo.

Eğitim düzeyi	Nüfus	Hız	Sağlık sorunlu insan sayısı		Mutlak fark
				Gerçek Eşitlik olsaydı	
Üniversite	10000	50	50	81	31
Lise	20000	60	120	162	42
Ortaokul	30000	80	240	243	3
İlkokul	40000	100	400	324	76
Toplam	100000	81	810	810	152

Benzemezlik indeksi: Mutlak fark kolonundaki 152 vaka, hızın

bütün eğitim gruplarında 81 (toplumun ortalama hızı) olması durumunda, eğitim grupları arasında yeniden dağıtılması gereken sayıdır. Ancak, her vaka, bir kez bir gruba girerken, bir kez de gruptan çıkartılıp diğer gruplara sokulurken sayıldığı için; bütün gruplarda onbinde 81 lik hız için dağıtılması gereken vaka sayısı (152/2) 76 olacaktır. Böylece benzemezlik indeksinin mutlak versiyonu 76; görece versiyonu (76/810) %9.4 olmaktadır.

Eşitsizliğin görece ve slope indeksleri ise bir anlamda benzemezlik indeksinin regresyon temelli formlarıdır. Slope indeksi hesaplamak için regresyon eğrisinin X ekseninde her bir eğitim grubunun nüfus büyüklüklerini birikimli olarak almak gerekir. Y ekseninde ise bu nüfuslara karşılık gelen ölüm hızları bulunacaktır. X eksenindeki nüfusları durumu en kötü olan sosyoekonomik gruptan, en iyisine doğru birikimli olarak sıralamak uygun olacaktır. Nüfusa karşı hızı işaretleme işlemi ise her grubun orta nüfus noktasına karşı, o grubun hızının işaretlenmesiyle gerçekleştirilecektir. Yukarıdaki tablo için en alt eğitim grubu X ekseninde 0 ile 0.4 arasını; ortaokul eğitimli nüfus dilimi 0.4 ile 0.7 arasını; lise eğitim grubu 0.7 ile 0.9 arasını ve üniversite eğitimliler grubu da 0.9 ile 1 arasını işgal edecektir. Bu durumda ilkokul eğitimlilerin sağlık sorunu hızı olan (Y eksenindeki) onbinde 100, bu grubun nüfus orta noktası olan 0.2 nin karşısına; üniversite eğitimlilerin hızı olan onbinde 50 ise bu grubun nüfus orta noktası olan 0.95 in karşısına işaretlenecek ve regresyon eğrisi bu şekilde belirlenecektir. Böylece elde edilen regresyon eşitliğinde X ekseninin 0 noktası ile 1 noktası arasındaki değerler farkı olarak regresyon eşitliğiyle hesaplanan 67.4 değeri (onbinde) en alt eğitim düzeylilerin hızı (114.6) ile en üst eğitim düzeylilerin hızı (47.2) arasındaki farkı yani eşitsizliğin slope indeksini verir. Görece eşitsizlik indeksi ise regresyon denklemi sonucunda hesaplanan, X ekseninin 0 noktasındaki nüfus diliminin hızının, 1 noktasındaki nüfus diliminin hızına bölünmesiyle elde edilir. Bu örnekte görece eşitsizlik indeksi (114.6/47.2) 2.43 olmaktadır. Bu da en alttaki sosyoekonomik nüfusun (bireyin de diyebiliriz) sağlık sorunu sıklığının, en üstteki nüfusun sağlık sorunu sıklığının 2.43 katı olduğunu gösterir.

Eşitsizlikte zaman içinde gözlenen azalmanın üç nedeni olabilir: 1)Bütün gruplarda sağlık sorunu sıklığı artmış, ancak artış, durumu kötü olan sosyoekonomik gruplarda daha az olmuştur. 2)Sağlık sorunu hızı, bütün gruplarda azalmış, ancak azalma durumu kötü olan sosyoekonomik grupta daha belirgin olmuştur. 3)Sağlık sorunu hızı, durumu iyi olan sosyoekonomik gruplarda artarken, kötü durumlu gruplarda azalmıştır. Sağlıktaki eşitsizliklerin değerlendirilmesinde bu üç seçeneğin akılda tutulması gerekir.

III. TOPLUMSAL SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN GÖSTERGELER

DSÖ sosyoekonomik etkenlerle ilişkili sağlık eşitsizliğinin ölçülmesinde kullanılmak üzere bir takım toplumsal düzeyli sağlık göstergeleri belirlemiştir. Bu göstergelerin kullanılabilir olması için de, gösterge seçiminde kimi kriterler dikkate alınmıştır. Söz konusu kriterler; göstergenin eşitlikle ilgili olarak benimsenen ve uygulamaya sokulan politikalarla ilgili olması, pratik açıdan toplanması olanaklı olan verilerden türetilen bir gösterge olması, basit olması ve standart bilimsel ve etik kriterlere uygunluk göstermesidir. (WHO 1997a: 12) Öte yandan belirlenecek bu temel göstergelerin, en azından eşitsizliğin zaman içinde izlenmesine; sınıflar, coğrafi bölgeler ve cinsler arasındaki farklılığın da sergilenmesine olanak tanıması gerekir.

Belirlenen göstergeler dört grupta toplanmaktadır:

1) Sağlığın (sağlık sistemi dışındaki) belirleyicileriyle ilgili göstergeler: a) Yoksulluk düzeyi ve prevalansı, b) eğitim düzeyi, c) güvenli içme suyu kullanma oranı, d) yeterli sanitasyon koşullarına sahip olan nüfusun yüzdesi.

2) Sağlık durumu göstergeleri: a) ÇÖH, b) çocuklardaki malnütrisyon prevalansı. Çocuklardaki sağlık düzeyi göstergeleri sosyoekonomik koşullara daha duyarlı olduğu için, yetişkin yerine çocuk sağlığıyla ilgili göstergeler genel toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin saptanması için seçilmiştir. Öte yandan çocuk sağlığına yapılacak yatırım uzun erimde sağlık eşitsizlikleri üzerine daha olumlu etki-

de bulunmaktadır. Bu ikisi dışında ana ölüm hızı bir gösterge olarak önerilmektedir. Ancak özellikle küçük nüfuslarda izlenmesi zor olmaktadır. Ayrıca Tüberküloz gibi kimi özel bulaşıcı hastalıkların hızları, yaşa özel ölüm hızları, yaş ve cinse özel yaşam beklentileri de kullanılabilecek sağlık göstergeleridir. Ancak bunlarla ilgili sağlıklı veri toplamak pek çok ülke için neredeyse olanaksızdır.

3) Sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisatıyla ilgili göstergeler: Bunlar da bölge (district) ve üst bölge (province) düzeyinde ele alınmaktadır. Bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler: a) Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus, b) birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları başına düşen nüfus. Üst bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler: a) Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus, b) kişi başına yapılan sağlık harcamalarının dağılımı.

4) Sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili göstergeler: a) Cins ve sınıfa göre elde edilecek çocuk bağışıklama oranları. Bağışıklama ile ilgili mutlaka dikkat edilmesi gereken nokta, aşılama oranı ile gerçek bağışıklama düzeyinin birbiri ile aynı şey olmamasıdır. Bu nedenle periyodik olarak, immünolojik analizlerle gerçek bağışıklama düzeylerinin saptanmasına gerek bulunmaktadır. b) Antenatal bakım alan kadınların oranı. c) Kontrasepsiyon uygulama oranı. d) Kalifiye sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilen doğumların oranı, e) Tüberküloz tedavisi tamamlanma oranları ve servikal kanser tarama hızları.

ALTINCI BÖLÜM
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIM

I. EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIMIN ÖNÜNDEKİ SORUNLAR

Stratejilerden önce, eşitlikle ilgili politika düzeyine ilişkin kimi sorun ve karmaşalardan söz etmek yerinde olacaktır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır (WHO 1997: 19)

1) Resmi hükümetlerce, eşitlikçi politikaların çoğu kez genel ekonomik gelişmenin önündeki engel olarak algılanması belki de en önemli sorundur. Bu noktada temel bir politik tercih ayrımının bulunduğu kesindir. Öte yandan toplumsal refahın eşitlikçi bir zeminde geliştirilmesi, pek çok toplumsal sorunun çözümü yolunda atılabilecek en önemli adımlardan birisidir. Ancak bunun öncelikle toplum ve hükümetler tarafından algılanarak benimsenmesi gerekmektedir.

2) Politika yapıcıların eşitsizlik hakkında açık fikirli olmaları önemlidir.

3) Eşitsizlik sorununun boyutunu ve bu konuda uygulanacak politikaların sonuçlarını izlemeye yarayacak bir informasyon sisteminin eksikliği pek çok ülke için önemli sorundur. Rutin olarak kullanılan veri tabanlarına ek olarak, nüfus sayımlarından, gelir dağılımı araştırmalarından elde edilen verilerin sağlık araştırmalarından elde edilenlerle ve hizmet kullanımına ilişkin verilerle birleştirilmesi önerilmektedir. Hizmet kullanımındaki eşitsizlikler için ise birinci basamakta özellikle bağışıklama oranları, ikinci basamakta ise iskemik kalp hastalıklarında hizmet kullanma sıklığı kullanılabilmektedir. (Majeed FA. ve ark. 1994) Geri kalmış ülkelerde bu

amaçla toplum sağlık çalışanlarından yararlanılması ve ilk aşamada birinci basamakta en temel verilerin toplanması da gündeme gelebilmektedir. (Ayrıca bkz. Taylor CE. 1992)

4) Sağlık sektörünün yönetimi önemli bir sorun alanıdır. Sosyal güvenlik sistemlerinin ülkelerin önemli kısmında nüfusun bir kısmını dışarıda bırakması, özel sigorta sistemlerinin ise nüfusun çoğunluğu ile hiç ilgilenmemesi önemli sorunlardır. Böylece sağlık sistem yöneticilerinde eşitlik yönünde bir güdülenme söz konusu olabilse bile, bu koşullarda bu güdünün eylem birliği içine çekilebilmesi olanaksız olmaktadır.

5) Eşitlik konusu, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin eğitiminde gözden kaçırılan konulardandır. Aynı şey, şüphesiz ki toplumun diğer kesimleri için de söz konusudur.

Eşitsizlikle savaşımda unutulmaması gereken nokta, yalnızca sağlık hizmet kullanımı üzerinde değil, sağlığın belirleyicileri olan ekonomik ve sosyal etkenler üzerinde yoğunlaşılması gerektiğidir. Temel sosyoekonomik önlemler alınmaksızın eşitsizliklerin dikkati çeker derecede azaltılabilmesi olanaksızdır. (WHO 1997a: 21) Çoğunlukla gözlerden kaçan/kaçırılan noktalardan birisidir bu.

II. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIM STRATEJİLERİ

Şüphesiz ki, sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım eşitsizliklerin nedenlerini ele alışla yakından ilişkilidir. Dolayısıyla eşitsizlikle savaşım stratejileri oldukça dar kapsamlı, reformist nitelikli değişimlerden; geniş kapsamlı, radikal, toplumsal ekonomik yapının genelini hedefleyen deyim yerindeyse devrimci nitelikli politikalara kadar uzanabilir. Nitekim böyle bir durumun varlığı eşitsizliği açıklayan kuramlarda da saptanmaktadır.

Sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım esasen genel politik savaşımın etkinlik alanı içine girer. Bu nedenle bu alanda yapılacak tercihlerin doğrudan politik nitelik ve de politik dolayımlar sergilemesi son derece olağandır. Eşitsizlik olgusuyla savaşım ve eşitsizlik durumunun ortaya çıkışının en başından engellenmesi ve daha doğru bir ifade ile eşitlikçi politikalar izlenmesi, toplumsal kalkınmada, üre-

tim ortamında, tüketim ilişkilerinde, servetin paylaşım ve kullanımında, kısa bir deyişle üretim ilişkileri olarak bilinen bütünlüklü yapıda eşitlikçi tercihlerin yapılmasını gerektirir. Bütün bunlar doğrudan sağlıkla ilişkili disiplinlerin ilgi alanı içine girmeyen, ancak sağlığı doğrudan etkileyen tercihlerdir. Dolayısıyla sağlıktaki eşitsizlik olgusunun ele alınması, geleneksel anlamda politikaya özgün olarak tanımlanan ilgi alanının, sağlıkçılar ve sağlıktaki eşitsizliklerle ilgilenenlerce ihlal edilmesini gerektirir. Başka türlü savaşım stratejisi geliştirebilmek olanaklı değildir. Kısaca sağlıktaki eşitsizlikle savaşanlar, kelimenin gerçek anlamıyla politika yapmak zorundadırlar. Bu zorunluluk yalnızca sorunun tespiti aşamasında bile geçerlidir ve tamamen insani bir etkinliktir.

Bütün bunlardan çıkan sonuç, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için sınıfların ortadan kaldırılması zorunluluğudur. Bu hedefi uzun erimli, sistem dışı bir hedef olarak belirleyebiliriz. Bunun ötesinde ise, eşitsizliklerle savaşımda, sınıfların varlığı düzeyinde, sınıf ilişkilerini de eşitlikçi bir politik perspektifle istismar edecek stratejiler benimseyebiliriz. Uluslararası literatürdeki savaşım stratejilerinin daha çok ve ancak böyle bir olanağa zemin hazırlayıcı türden olduklarını görüyoruz.

Bu çerçevede eşitsizlikle savaşım planlarının geliştirilmesinde başlangıç noktası üç değişik biçimde belirlenebilir (Dahlgren G., Whitehead M. 1992: 11): 1) Bir yöntem sosyoekonomik gruplar arasında önemli farklılık gösteren ve mevcut veri sistemleriyle de izlenebilir nitelikte olan özel bir sağlık sorununun belirlenmesi ve bu soruna yönelik stratejilerin geliştirilmesidir. Bu yöntem için belki de en uygun sorun bebek ölümleridir. Üstelik bebek ölümlerinin azaltılması için benimsenecek stratejiler, genel olarak toplumsal sağlık düzeyinin artırılması sonucunu da verebilecektir. Öte yandan toplumsal sağlık düzeyindeki eşitsizliklere yönelik genel stratejilerin bebek ölüm hızı üzerinden izlenmesi de olanaklı olabilecektir. 2) İkinci yol eşitsizliklere yol açan risk etkenlerinin belirlenerek, savaşım stratejilerinin bunlara yönelik olarak planlanmasıdır. Burada da geniş kapsamlı risk etkenlerinin hedeflenmesi, sonuçların da kapsayıcı olmasını sağlayacaktır. 3) Son seçenek ise eşitsizlikler-

den olumsuz etkilenen toplumsal grupların belirlenerek, bu grupların özel koşullarının düzeltilmesine yönelik stratejiler geliştirilmesidir.

Yukarıdaki üç temel savaşım stratejisi aşağıdaki alanlarda somutlanmalıdır (Dahlgren G., Whitehead M. 1992: 11; Power C. 1994:1155):

1) Düşük gelirle ilgili aktiviteler: Düşük gelir, hem bir takım maddi olanaklardan yoksunlukla, hem de sosyal izolasyonla sağlığı olumsuz etkileyebilir. Yoksullukla savaşımda; var olan kaynakların eşit dağıtımı, yoksul grupların kendi bireysel yeteneklerini geliştirebilecekleri olanakların yaratılması, yoksulluğun neden olduğu sağlık zararlarının ortadan kaldırılması gibi stratejiler kullanılabilir. Gelir dağılımı eşitsizliklerinin azaltılmasında progresif nitelikli vergi sistemlerinin (çok gelire çok vergi) rolü önemlidir.

2) Kötü yaşam koşullarıyla ilgili aktiviteler: Bu ifadeden yalnızca fiziksel çevre değil, sosyal çevre de anlaşılmalıdır. Böylece büyük kentlerin gecekondu bölgeleri bu başlık altında geliştirilecek stratejilerin öncelikli hedefi olacaktır. Sosyal çevre denildiğinde ise eğitim, sağlık hizmeti, spor, sosyal etkinlikler gibi hizmet alanlarının gecekondularda yaygınlaştırılması anlaşılmaktadır. Örneğin Finlandiya da 1985 yılında, 1990 yılına kadar bütün evsizlerin ev sahibi yapılması ve 2000 yılına kadar da konut koşullarının asgari standartlarının belli düzeyin üzerine çıkarılması hedefi belirlenmiştir. Benzeri programlar Glasgow ve Liverpool kent konseylerince de benimsenmiştir.

3) Çalışma koşullarının geliştirilmesiyle ilgili aktiviteler: Çeşitli kimyasallara temasın tamamen yasaklanması, işçilerin işyerindeki kararlara katılımının sağlanması, işyeri sağlık hizmetlerinin standardının yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması bu başlık altındaki stratejilerdir. İşyeri sağlığıyla ilgili sağlıklı veri sistemlerinin oluşturulması da önemlidir.

4) İşsizlikle ilgili aktiviteler: İşsizliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin kamuoyuna anlatılması önemlidir. Örneğin Almanya da psikiyatri kuruluşları işsizliğin mental sağlıktaki olumsuz et-

kileri konusunda kamuoyunu aydınlatıcı çalışmalar yapmışlardır. İşsizlikle savaşım şüphesiz zorunlu çalışma saatlerinin azaltılması gibi daha köklü uygulamaları gerekli kılmaktadır.

İşsizliğin yanısıra işle ilgili mikro çevrenin de sağlık üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. (Arnetz BB. 1996: 606) Özellikle Karasek ve arkadaşlarınca geliştirilen (1981) model, iş ortamındaki stres yaratıcı etkenlerin çok, buna karşılık çalışanın üretim ortamındaki karar verme ve değiştirme inisiyatifinin düşük olduğu durumların kardiyovasküler sistem hastalıkları bakımından önemli bir risk ortamı oluşturduğunu ortaya çıkarmaktadır.

5) Bireysel yaşam tarzı üzerindeki aktiviteler: Sigara, alkol, uyuşturucu ile savaşım bu gruptadır. Bunun ötesinde bireylerin fiziksel aktivitelerini artıracak toplumsal programların uygulanması da eklenmelidir. Ancak bu tür programların, yukarıda sıralanan daha kapsamlılarla desteklenmemesi durumunda başarılı olma şansları oldukça sınırlı olacaktır. Örneğin Norveç te 1975 yılında topluma sağlıklı yiyecek alışkanlığının kazandırılması yönünde bir program başlatılmıştır. Bu program eğitimden, sağlıklı yiyeceklerin uygun fiyatlandırılmasına, uygun koşullarda transportuna, tarımsal ürünlere verilecek sübvansiyonlara kadar bir dizi uygulamayı içermiştir. Buna rağmen piyasa koşulları içinde programda önemli aksamalar olmuştur. Örneğin 1987 ye kadar olan sürede balık ürünlerinin fiyatı ortalama fiyat artışının üzerinde bir hızla artmış, böylece programın uygun fiyatlandırma stratejisi başarısız olmuştur.

6) Sağlık hizmetine sınırlı ulaşımla ilgili aktiviteler: Sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olanların, sağlık hizmetinden yetersiz yararlanmaları (ters hizmet yasası) gelişmemiş bölgelerin önemli sorunudur. Bu sorunu aşmak için bütün topluma ulaşabilir ve evrensel nitelikli sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve sağlık hizmetinin kendisinin çevresel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması yönünde de etkin olması gerekir. Bunun için de, para sağlık hizmetinin kullanımında engel oluşturmamalıdır. Bu da kamusal sosyal güvenlik sistemlerini gerektirmektedir. Böylece coğrafi ve finansal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, sağlık hizmeti organizasyonu anlamındaki önemli bir strateji olarak benimsenmek zorundadır.

Yukarıdaki seçeneklerin ortaya çıkarabileceği en önemli sorun, savaşım stratejilerinin hedeflediği sorun kesitinin daraltılmasıdır. Çünkü, daha önceden de görüldüğü gibi eşitsizlikleri yaratan koşullar aslında oldukça kapsamlı bir bütünsellik oluşturmaktadır. Eşitsizlikle savaşımda dikkati çeker ve kalıcı nitelikte bir başarının elde edilmesi, stratejilerin kapsamının da sorun kapsamına denk düşen bir genişlikte belirlenebilmesine bağlıdır. Çünkü Marmot ve arkadaşları (1991: 137) tarafından da eklendiği gibi bireysel yaşam tarzı, sağlık hizmeti kullanımı gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen etkenler, ancak sosyal sınıfa bağlı olarak ve onun belirlediği genel bir ortam içinde etkinlik göstermektedirler.

III. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE SAVAŞIMIN TEMEL İLKELERİ

Bu aşamada, sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım stratejisi bakımından benimsenmesi gereken temel ilkeleri toparlayabiliriz. Bu tür ilkeler uluslararası düzlemde özellikle DSÖ nün öncülüğünde geliştirilmeye çalışılmaktadır. Şöyle ki (savaşım stratejileri konusunda bkz. Whitehead M. 1992; Dahlgren G., Whitehead M. 1992; Najman JM. 1993; Vagero D. 1991; Hexel PC., Wintersberger H. 1986):

1-) Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması öncelikle yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını gerektirir.

2-) Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması yoksulluğun ortadan kaldırılmasını gerektirir.

3-) Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gelir dağılımında eşitliğin sağlanmasını gerektirir.

4-) Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması işsizliğin yok edilmesini gerektirir.

5-) Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması toplumu sınıflar; dünyayı ise gelişmişler/gelişmemişler, Kuzey/Güney, vb. şeklinde dilimleyen ulusal ve uluslararası ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektirir.

6-) Sağlık hizmetlerinin sağlıktaki eşitsizlikler üzerindeki etkisi

genel ekonomik ve politik düzenlemelere göre daha arkadan gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sınıfların sağlık hizmetlerinden yararlanımındaki eşitsizlik ortadan kaldırılmadıkça, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümüne katkıda bulunulamayacağı da açıktır.

7-) Eşitsizliklerle savaşımda, sağlık hizmetinin eşitlikçi biçimde yaygınlaştırılması ve hizmeti kullanımın önündeki finansal engellerin aşılması kadar önemli olan bir diğer nokta, hizmetin temel sağlık hizmeti yönelimli olarak örgütlenmesidir. Çünkü ancak bu şekilde sağlık hizmeti toplumun öncelikli sorunlarına yönelebilir, dezavantajlı toplumsal sınıflara öncelik verebilir ve sağlığı toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden birisi olarak ele alabilir.

8-) Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümü toplumun sorunun çözümüne politik, teknik katılımını gerektirir. Unutulmamalıdır ki, katılım sağlık hizmetinde sorunların saptanması ve planlama aşamasından, denetleme ve yeniden planlama aşamalarına kadar uzanır. Öte yandan katılım, yalnızca sağlık hizmetleri için değil, mutlaka toplumsal yaşantının geneli için geçerli kılınmalıdır.

9-) Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümünde bireysel davranışların sağlıklı yönde değiştirilmesi gerekir. Ancak bunun yukarıdaki noktalarda sıralanan genel ekonomik ve politik önlemler sonrasında gerçek boyutta anlam kazanabileceği unutulmamalıdır. Çünkü bireyleri sigara, alkol gibi maddelere bağımlı kılan etkenler, esas olarak toplumsal ilişkilerden/ortamdan türeyen etkenlerdir. Bu ilişkiler ve ortamdaki sorunlar çözümlenmeden bağımlılık sorununun toplumsal düzeyde çözümlenmesi olanaksız görünmektedir.

Yukarıdaki temel ilkelere dayanarak Hollanda 1994-98 yıllarını içine alan dört alana yönelik bir savaşım stratejisi geliştirmiştir (Mackenbach JP. 1994: 1490): 1) Sosyal hiyerarşinin dibinde yer alanların eğitim, iş ve gelir düzeylerinin geliştirilmesi. Bu yaklaşımların içinde en temel olanıdır, ancak uygulanması uzun erimde gerçekleştirilebilecektir. Şu anda bu konuyla ilgili yapılabilecek ise, olabilirse, politikacıların dikkatinin bu yöne çekilmesi ve somut adımlar atmalarının sağlanmasıdır. 2) Bozuk sağlığın sosyal hareketlilik üzerindeki olumsuz etkisinin minimize edilmesi. Bu,

hastalık nedeniyle, insanların sosyal hiyerarşide konum kaybetmeleri tehlikesini dile getirmekte, buna karşı savaşım önermektedir. Yetiyitikliği, sakatlığı olanlara iş ve gelir olanaklarının yaratılması, çocukluktan itibaren performansları düşük olanlara yeteneklerini geliştirebilecekleri ortamın sağlanması bu başlık altında anılabilir. 3) Düşük sosyoekonomik gruplarda sağlığı olumsuz etkileyen etkenlere maruziyetin azaltılması. Bu boyutta olumsuz yaşam ve iş koşullarının düzeltilmesi, yaşam tarzının değiştirilmesi ilk önceliktir. 4) Düşük sosyoekonomik gruplara fazladan sağlık hizmeti sunulması. Dört yaklaşımın içinde en az oranda önemli olanıdır.Ancak yine de programa eklenmesinden kaçınılamayacak bir stratejidir. Örneğin, özellikle geri kalmış bölgelerde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hastaları ve halk için sosyal hizmetleri kullanabilme kanallarının açılması sorunların çözümüne katkıda bulunabilir.

Genel ilkelerin uluslararası düzeyde, hatta politik bakımdan herhangi bir sınırlama konulmaksızın herkesçe kabul edildiğini saptamak yanlış olmayacaktır. İster sağ isterse sol yönelimli olsunlar bütün hükümetler bu ilkeler konusunda genel olarak hemfikirdirler. Öte yandan herhangi bir politik ekonomik sistemin eşitsizlikçi bir toplumsal yapı hedeflediğini belirterek yola çıkması da olanaklı değildir. Ancak sonuçta ortaya çıkan olgu, bütün bunlara rağmen dünya kapitalist sisteminin hem ulusal sınırlar içinde, hem de uluslararası düzlemde eşitsizliklerle karakterize bir ortam yarattığıdır. Buradan da anlaşılabileceği gibi, asıl sorun, dünya kapitalist sistemini oluşturan ülkelerin benimsediklerini iddia ettikleri idealler konusunda değil; pratik politik, ekonomik tercihleri noktasında ortaya çıkmaktadır. Bugün kapitalist dünya sisteminin giderek belirginleşen eşitsizliklerin nedeni olduğu açıktır. Afrika nın önemli bir kısmını, Latin Amerika daki, Güney-Doğu Asya daki kimi ülkeleri yarıştan kopma noktasına getiren de bu yapıdır.

Bu nedenle politik sistemlerin kendi iddialarına bakmaksızın, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun, nesnel ölçütlerle ve toplumun genel ekonomik, politik örgütlenme tarzı gözetilerek ele alınması zorunluluğu bulunmaktadır.

Dolayısıyla yukarıdaki genel ve daha çok teknik boyutlu olan önerilerin bir sistem bütünlüğü içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Yukarıda yapılan öneriler gerçekten de toplumun genelinin çıkarları doğrultusundaki açılımlara olanak tanıyabilirler. Ancak önemli olan, bu teknik doğruları dile getirmenin de ötesinde, bunların yaşama geçebilecekleri ekonomik, toplumsal ve politik ortamın tanımlanmasıdır. İşte bu bilimsel zorunluluk, artı değer sömürüsüne dayanan kapitalist üretim ilişkilerinin eleştirisinin, genel olarak bilimsel çalışmaların ve eşitsizliklerle savaşım hattının merkezine oturtulmasını gerekli kılmaktadır. Yani sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım felsefesi, eşitsizliği yaratan koşulların, mesleki farklılıklar, eğitim ve gelir düzeyi farklılıkları gibi olgular üzerinden parça parça mı ele alınacakları; yoksa bütün bu parçaların esasen kapitalist üretim ilişkilerinin ortaya çıkardığı ve birbirlerini tamamlayan bileşenler mi olduklarına karar vermek noktasında düğümlenmektedir.

Bir üst paragrafta ifade edilen açılımla, eşitlik konusunun tartışılmasına olanak tanıyan bir noktaya gelmiş bulunuyoruz. Böyle bir tartışma, aynı anda, eşitlik için gerekli toplumsal yapıyı inceleme fırsatı da tanıyacaktır. Sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili böyle bir çalışmanın teorik çerçevesini eşitlik konusuyla sonlandırmak çalışmanın ruhu bakımından da uygun olacaktır. Ancak bundan önce, izleyen bölüm sağlık ile eşitsizlik üzerine gerçekleştirilen alan araştırmalarının sonuçları için ayrılmıştır. Böylece eşitlik ile sağlığın belirleyicileri arasındaki ilişkiye dair bilgi birikimini akademik bir düzeyde gözleyebilmek olanaklı olabilecektir. Eşitlik konusu ise son bölümde ele alınacaktır.

YEDİNCİ BÖLÜM
SAĞLIKTA SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİK VERİLERİ

Bütün araştırmalarda ortaya çıkan sonuç düşük gelirli, eğitimli ve mesleki statülü olan bireylerin bütün bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda oluşlarıdır. Ancak bu ilişkinin, düşük gelirli ülkelerde her zaman saptanması olanaklı olamamaktadır. Hatta bu ülkelerde, beklenenin tersine, sosyoekomonik konumları düşük olan bireylerin (subjektif olarak ölçülen) sağlıkları daha iyi çıkabilmektedir. Bu ters ilişki, sağlığın algılanış ve değerlendirilişindeki farklılıkla açıklanmaktadır. Yani geri kalmış ülkelerde, düşük sosyoekonomik konumlu bireyler, sağlıkları objektif olarak bozuk olsa da, bunu algrlayamayabilmektedirler. Aynı yanıltıcı sonuç, örneğin kronik hastalıklar ve sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı için de geçerlidir. Yoksul sınıfların sağlık hizmetine olan gereksinimleri daha çok olsa bile, ekonomik engeller nedeniyle hizmet kullanımları az olabilmekte, bu da aslında daha sık görülen kronik hastalıkların saptanmasını güçleştirmektedir.

Sağlıktaki eşitsizlikler yalnızca düşük gelirli ülkelerle sınırlı da değildir. Tersine, DSÖ Avrupa bölgesi 2000 yılı hedefleri için çeşitli Avrupa ülkelerinde ve başka amaçlarla diğer Batılı ülkelerde benzer yöntemlerle yapılan karşılaştırmalı araştırmalar yüksek gelirli ülkelerde de sorunun önemli olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu bakımdan İskandinav ülkelerinin, örneğin İngiltere ve Fransa dan daha iyi durumda oldukları (Vagero D. 1991: 369), ABD nin ise en olumsuz tabloyu sergilediği anlaşılmakta ve aradaki farklılık sosyal politikalarla açıklanmaktadır. (Kunst A. ve ark. 1995) Özellikle İngiltere verilerinin ortaya çıkardığı iki önemli sonuç bulun-

maktadır: a) Bu yüzyılın başından beri toplam ölüm hızları düşse de mesleki sınıflar arasındaki eşitsizlik ısrarla varlığını korumakta, hatta artabilmektedir. b) Yaşam koşullarının genel olarak düzelmesinden en fazla oranda yararlananlar zaten iyi durumdaki mesleki sınıflar olmaktadır ve bu veri sağlık düzeyi ile sosyoekomonik etkenler arasındaki ilişkiyi daha da öne çıkarmaktadır. (Marmot MG. 1991: 136)

Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlik Batılı ülkelerde, özellikle (50 yaş altındaki) orta ve genç orta yaş gruplarında belirgindir. Bu durum bu yaş dönemlerinde yaşamsal olanaklardan yoksunluğun daha olumsuz algılanışı ve yaşam üzerinde genel olarak kontrol eksikliğini algılamayla açıklanmaktadır ki (Vagero D. 1991) bunlar da esasen Wilkinson'ın daha önce sözü edilen görüşlerini destekleyen verilerdir. Öte yandan sosyoekonomik düzeyle sağlık durumu arasındaki eşitsizlik ilişkisi lineer bir ilişkidir. Yani sosyoekonomik etkenlerin ancak belli bir eşik değerin üzerinde sağlığı kötüleştirici etki göstereceği yönündeki beklentiler geçersizdir. Sosyoekonomik durum kötüleştikçe, her aşamada sağlık düzeyi de kötüleşmektedir. (Adler NE. ve ark. 1993: 3141)

Eşitsizlikler bakımından ülkeler arasında farklar vardır. Örneğin, eğitim grupları arasında var olan eşitsizlikler; a) algılanan sağlık için Hollanda ve Danimarka da büyük, İngiltere, İsveç te daha az, ABD de ise bütün ülkelerden daha yüksektir. b) Kısa süreli aktivite sınırlanması için, en yüksek eşitsizlik İtalya dadır. O nu yine Hollanda ve Danimarka izlemektedir. İngiltere ve İsveç te ise eşitsizlik en düşük düzeydedir. c) Kronik hastalıklar için eşitsizliklerin en yüksek olduğu ülkeler Hollanda ve Danimarka, en düşük olduğu ülkeler İngiltere ve İsveç tir. d) Uzun süreli yetiyitikliği için Hollanda ve Danimarka da eşitsizlikler belirgin derecede olmakla birlikte, Almanya bu iki ülkeyi geride bırakmaktadır. Uzun süreli yetiyitikliği Almanya da düşük eğitimli gruplarda, yüksek eğitimlilere göre 15 kat daha fazla bir olasılıkla oluşmaktadır. Oran Hollanda ve Danimarka da 7 civarındadır. (Kunst AE. ve ark. 1995) e) Boy uzunluğu bakımından Almanya ve Hollanda en eşitsizlikçi ülkeler iken, Danimarka ve İsveç te eşitsizlikler daha azdır.

I. ÖLÜM HIZLARINDA EŞİTSİZLİK

Sosyoekonomik etkenlerle nedene bağlı ölüm hızları arasındaki ilişki bu yüzyılın ilk yarısında bulaşıcı hastalıklar özelinde yapılmaktaydı. Bugün ise hastalık spektrumundaki değişikliğe bağlı olarak ilgi daha çok kalp hastalıkları, felç, kanser, kaza, intihar ve cinayet gibi sorunlara kaymış durumdadır. (Najman JM. 1993: 159)

Ölüm hızları ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişki ters orantılıdır ve bu gerçek her iki cins ve bütün ölüm nedenleri için geçerlidir. En büyük orandaki ilişki ise bebek, çocuk ve perinatal ölümler için geçerli olmaktadır. (Najman JM. 1993:158-159) Sağlık sonuçları üzerinde etkili olan sigara, diyet, hareketsiz yaşam gibi bireysel alışkanlıkların da sonuç olarak sosyoekonomik statü tarafından belirlendiği anlaşılmaktadır. (Adler NE. ve ark. 1993: 3142)

Sosyal sınıflar arasındaki ölüm hızı farklılıkları 19. yüzyıldan beri bilinmektedir. 1860 larda ABD de vergi ödeyenlerle, ödemeyenler arasında kaba ölüm hızı bakımından önemli fark olduğu bildirilmektedir. Öte yandan bu yüzyılın ilk yarısında ABD ve İngiltere de düşük ve yüksek sosyoekonomik gruplar arasında yaşam umudu bakımından 7 yıllık fark bulunduğu da bilinmektedir. (Adler NE ve ark. 1993: 3140)

Barselona da 1983-94 arasındaki 12 yıllık dönemin verilerini değerlendiren bir eşitsizlik araştırmasında, toplam ölüm hızının bütün dönem boyunca, düşük sosyoekonomik statülü bölgelerde, yüksek sosyoekonomik statülü bölgelere göre daha yüksek olduğu ve farkın dönem boyunca aynı seviyede varlığını koruduğu bulunmuştur. Bölgelerin sosyoekonomik statüleri bölgesel işsizlik ve okuma yazma bilmezlik oranlarını dikkate alan bir küme analizi sonucunda belirlenmiştir. Bölgeler arası eşitsizlik AIDS, yüksek doz ilaç kullanımı için her iki cinste de artmıştır. Akciğer kanserine bağlı ölümlerdeki eşitsizlik iki grubun erkekleri arasında genişlemiştir. Eşitsizliğin azalma gösterdiği tek ölüm nedeni serebrovasküler hastalıklardır. İki bölge arasındaki eşitsizliğin artış gösterdiği bir diğer toplumsal sağlık göstergesi potansiyel yaşam yılı kayıplarıdır. Hem düşük, hem de yüksek sosyoekonomik statülü bölgelerde 12 yıllık dönem içinde potansiyel yaşam yılı kayıplarında artış olmakla bir-

likte, ilk gruptaki artış daha belirgindir. Ölüm eşitsizliklerinde her iki cins için 15-44 yaş arasında artış vardır. Eşitsizliğin azaldığı tek yaş grubu 1-14 yaş grubudur. Eşitsizliklerle ilgili bu sonuçlar AIDS, ilaç alışkanlığı ve bir ölçüde de Akciğer kanseri ile ilişkilidir. (Borrell C. ve ark. 1997: 661-662)

Kawachi ve ark. ABD de 39 eyaletin verilerini kullanarak, ölüm ile sosyal sermaye (social capital), gelir dağılımı eşitsizliği ve yoksulluk arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Sosyal sermaye, çeşitli sivil kuruluşlara üyelik oranı ve toplumdaki diğer bireylere duyulan güveni ortaya çıkaran ölçekler (örneğin toplumsal güveni ölçmek için kullanılan ifadelerden birisi şudur: insanlar fırsatını bulduklarında benim üzerimde üstünlük kurmayı deneyeceklerdir. Bu ifadeye katılma durumu toplumsal güvensizlik işareti olarak kabul edilmektedir.) aracılığıyla ölçülmüştür. Yapılan analizler sonucunda iki önemli bulgu ortaya çıkarılmıştır. Bunlardan ilki genel ölümün yoksulluk, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve sosyal sermayenin düşüklüğü ile doğru orantılı oluşudur. Öte yandan sosyal sermaye de gelir dağılımı eşitsizliği ve yoksulluk ile ters ilişki içindedir. Yani toplumda yoksulluk ve gelir dağılımındaki eşitsizlik arttıkça bireylerin sivil kuruluşlarda toplumsal amaçlarla faaliyet göstermelerinde ve toplumun diğer üyelerine duydukları güvende (sosyal sermayede) azalma olmaktadır. Sosyal sermayenin ölüm hızı ile olan kuvvetli ilişkisi hem beyazlar, hem de siyahlar için geçerlidir. Bu ilişkiler yoksulluğun etkisi kontrol edildikten sonra da varlığını sürdürmektedir. Öte yandan gelir eşitsizliğinin ölüm üzerindeki etkisi, sosyal sermayenin etkisi kontrol edildikten sonra oldukça düşük bir düzeye inmektedir. Bu da gelirin asıl etkisinin, sosyal sermaye üzerinde gösterdiği etki üzerinden dolayımlanarak ortaya çıktığını göstermektedir. Sosyal sermaye olgusu, maddi sermayeden farklı olarak, yalnızca doğrudan sosyal sermayenin sahiplerini değil (derneklerde çalışanlar gibi), sosyal etkinliklere katılmayan kalan kesimleri de yararlandırır. Çünkü sosyal sermaye genel olarak toplumsal ilişkilerdeki uyumu yansıtır. Böylece gelir eşitsizliği sosyal ilişkilerdeki uyumun bozulmasına neden olarak ölüm hızında artış yaratmaktadır. (Kawachi I. Ve ark. 1997: 1494-1495)

ABD de ulusal temsiliyeti olan verilerle yapılan ve 9 yıllık izlem sonucunda saptanan ölüm vakaları üzerinden hesaplanan standardize ölüm hızları da benzer sonuçlar ortaya koymaktadır. Araştırmada 409 değişik meslek, gelir ile eğitim sürelerine göre (Nam-Powers sosyoekonomik statü skalası ve Duncan ın sosyoekomonik indeksi) ve toplumda bu mesleklerin tercih edilme ve saygınlığına göre (Siegel in prestij skorlaması) gruplanmış ve ölüm hızları bu indekslerle elde edilen altı grup üzerinden yapılmıştır. Öte yandan bir analiz de Ulusal Sayım Bürosu nun meslek sınıflaması üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu son sınıflamada, meslekler yönetici, profesyonel, teknik eleman, hizmet çalışanı, operatör gibi mesleki bir yaklaşımla gruplandırılmıştır. İlk üç ölçeğin tümünde de sosyoekonomik statü ya da prestij ile ölüm hızı arasında pozitif doğrusal bir ilişki vardır. Son sınıflamada ise ilişki olsa da bu diğerleri kadar doğrusal değildir. Bu sonuçlar gelir ve eğitim süresi ile ortaya çıkan sosyoekonomik konumlanışın ölüm ile ilişkili olduğunu göstermektedir. En düşük sosyoekonomik statülü erkeklerdeki ölüm riski, en yüksek gruptakilerin 1.47 ile 1.92 katı arasındadır. Oranlar kadınlar için 1.23 ile 1.55 tir. Sonuçlar ırk etkeni dikkate alınsa bile geçerlidir. (Gregorio DI. ve ark. 1997: 1474)

Finlandiya da 1971-85 arasındaki dönemde eğitim grupları (9 yıl ve daha az; 10-12 yıl; 13 ve daha çok yıl eğitimliler ya da temel; orta; yüksek eğitimliler) arasındaki ölüm eşitsizlikleri varlığını korumuştur. 1971 de temel eğitimli 35 yaş üzerindeki bir erkeğin yüksek eğitimli bir yaşdaşına göre 65 yaşına gelmeden ölme şansı %50 daha fazlaydı. 1985 e kadar bütün gruplarda ölüm hızı düşmüştür. Ancak düşme yüksek eğitimlilerde %30, temel eğitimlilerde ise yalnızca %20 oranında gerçekleşmiştir. Böylece eğitim grupları arasındaki eşitsizlik önemli oranda genişlemiştir. Aynı yıllar için eşitsizlikle ilgili bir diğer değerlendirme erkekler için meslek temelli sınıf üzerinden yapılmıştır. Meslekler üst düzey beyaz yakalılar, alt düzey beyaz yakalılar, becerili işçiler, becerisiz işçiler, çiftçiler, kendi hesabına çalışanlar olmak üzere altı gruba ayrılmıştır. Söz konusu dönem boyunca ölüm hızının en fazla oranda (%27) düşme gösterdiği sınıf üst düzey beyaz yakalılar iken, en az düşme

becerisiz işçilerde olmuştur (%13). Bu da sınıflar arasındaki eşitsizliğin açıldığı anlamına gelmektedir. Ölüm nedenlerine bakıldığında dikkati çeken nokta, becerisiz işçilerin, üst düzey beyaz yakalılara göre üç kat daha fazla oranda alkol zehirlenmesi, solunum sistemi hastalıkları, kazalara bağlı olarak ölmeleridir. Ölüm verileriyle ilgili benzer sonuçlar, aynı yıllar için diğer ülkeler için de geçerlidir. 1970 ler boyunca el işçileri (manual workers) ile diğer işçiler (nonmanual workers) arasındaki fark Fransa, Macaristan, İngiltere de artmış, Norveç ve Danimarka da aynı kalmıştır. Finlandiya da ise 1970 lerin sonlarından itibaren eşitsizliklerin arttığı izlenmektedir. 1970 lerin sonlarında bu ülkelerde manual işçilerin ölüm hızı, nonmanual işçilerin ölüm hızının 1.31 (Danimarka) katı ile 1.56 (Fransa) katı arasında değişmekteydi. Bu ülkelerin tümünde, erkekler için, en uzun süre eğitim almış nüfusun ölüm hızı, en kısa eğitimli nüfusun ölüm hızından %40-60 daha düşüktür. Bütün ülkelerde erkek ölüm hızı her bir ek eğitim yılı için %8-9 arasında düşmektedir. Kadınlar içinse bir yıllık fazla eğitimin ölüm hızında sağladığı düşme %2-8 arasında değişmektedir. Bu veriler değişik ülkeler için eğitim grupları arasında var olan ve önlenebilir nitelikteki eşitsizlikleri göstermektedir. (Valkonen T. 1993)

Hollanda da ölüm hızı için, eğitim grupları arasındaki NAR (Nüfusa Atfedilebilir Risk) %24 tür. 1980 lerin sonları için, en düşük ve en yüksek eğitimli toplumsal grupların ölüm hızları arasındaki fark Hollanda da %70, İngiltere de %100, Fransa da %200 ve ABD de %260 tır. (Mackenbach JP. 1994: 1489)

Finlandiya için ölüm verileri üzerinden 1970-80 dönemi için yapılan analizler de eşitsizlikçi sonuçlar ortaya koyuyor. Sınıfsal karşılaştırmalar altı kategori üzerinden yapılmıştır: Yüksek ve düşük düzeyli beyaz yakalılar, becerili ve becerisiz işçiler, çiftçiler, kendi hesabına çalışanlar ve işçi çalıştıranlar. Bu grupların içinde en düşük ölüm hızı yüksek düzey beyaz yakalılarda, en yüksek ise becerisiz işçilerdedir. Aradaki fark %81 kadardır. 1971-75 dönemi ile 1976-80 dönemi için grupların ölüm hızlarında önemli değişiklik olmamıştır. Yalnızca altıncı grubun ölüm hızında hafif bir azalma gerçekleşmiştir. 1980 lerin verileriyle yapılan karşılaştırmalar

İskandinav ülkeleri içinde, ekonomik bakımdan aktif nüfusta sağlıktaki eşitsizliklerin Finlandiya da en fazla olduğunu ve onu Danimarka, Norveç ve İsveç in izlediğini göstermektedir. Bütün ülkelerde mavi yakalıların ölüm hızı beyaz yakalılardan daha yüksektir (%9-14 kadar). Eğitim yılına göre yapılan araştırmalarda ise ekonomik bakımdan inaktif bireyler de araştırma kapsamına alınmıştır. Bütün İskandinav ülkelerinde en yüksek eğitimlilerde ölüm hızı, en düşük eğitimlilerden %40-60 daha düşüktür. (Lahelma E., Valkonen T. 1990)

Hollanda, Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya, İngiltere, Fransa, İtalya ve ABD de 1970 li yıllar boyunca gerçekleştirilen izlem araştırmalarının sonuçlarını toparlayan bir araştırmada eğitim düzeyi ile ölüm hızı arasındaki ilişki, regresyon analizi ile araştırılmıştır. Buna göre eğitim süresi ile ölüm arasındaki ters yönlü ilişki, yaş ilerledikçe azalmaktadır. Bütün yaş grupları için eşitsizlik sırasıyla ABD, Fransa ve Finlandiya da diğer ülkelere göre daha büyüktür. Örneğin Fransa daki eşitsizlik indeksi İsveç tekinin dört katıdır. Eşitsizliklerin özellikle Hollanda ve İskandinav ülkelerinde (Finlandiya dışında) daha az olduğu görülmektedir. Ancak veri toplama yöntemleri kısmen farklılık gösterdiği için bu dikkatle değerlendirilmesi gerekir. İngiltere ise eşitsizlik bakımından ortada bir konumda bulunmaktadır. Bu sonucun en alt ve en üst eğitim düzeyliler arasındaki ortalama eğitim süresinin farkı ile açıklanması olanaklı görünmektedir. Örneğin eğitim grupları arasında ölüm eşitsizliklerinin fazla olduğu ülkelerde, eğitim gruplarının ortalama eğitim süreleri arasındaki fark da fazladır. Bu farklılık ülkeler arasında eğitim bakımından söz konusu olan ölüm eşitsizliklerinin niçin birbirinden farklı olduğunu da açıklayabilir. Öte yandan gelir dağılımındaki eşitsizliğin de, eğitime göre ölçülen ölüm eşitsizliklerindeki fark üzerinde etkili olduğu düşünülmelidir. Çünkü eğitime göre ölüm hızı farkının büyük olduğu ülkelerde aynı zamanda gelir dağılımı eşitsizliği de büyüktür. (Kunst AE., Mackenbach JP. 1994)

Avrupa Birliği üyesi ülkelerde (toplam 12 ülke) ölüm hızındaki eşitsizlikler çok değişkenli analizlerle araştırılmıştır. Ölüm verileri

12 ülkedeki 360 bölge içindir ve 1980-84 yıllarına aittir. Yaşam standardının göstergesi olarak ise kişi başı ulusal gelir, 1000 kişiye düşen otomobil sayısı ve işsizlik oranı kullanılmıştır. Araştırma ekolojik niteliklidir. Belirlenen üç yaşam standardı göstergesi olumsuzlaştıkça ölüm hızı artsa da, ilişki anlamlı değildir. Ancak nüfus yoğunluğu, tarımda ve endüstride istihdam olan nüfus büyüklüğü gibi karıştırıcı etkide bulunabilecek değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra; araba sahipliği ve işsizlik hızı ile ölüm arasında anlamlı derecede ve beklenen yönde bir ilişki saptanmıştır. İşsizliğin ölüm hızı ile olan ilişkisi daha güçlüdür. Böylece çeşitli karıştırıcı etkenlerin kontrol edilmesinden sonra yaşam standardı ile ölüm hızı arasında bir ilişkinin varlığı ortaya çıkmaktadır. Bunun anlamı, yaşam standardının ölüm hızını düşürücü etkisinin, nüfus yoğunluğu ve kentleşmenin ölüm hızını artırıcı etkisi tarafından karıştırılmakta olduğudur. Bütün karıştırıcıların etkisi kontrol edildikten sonra ölüm ile en yüksek derecede ilişkili olduğu saptanan işsizliğin ise özellikle gelir dağılımı üzerinden etki gösterebileceği düşünülmelidir. (Mackenbach JP., Looman CWN. 1994)

ABD de 1974-90 arasındaki bir çalışmada 35-57 yaş grubundaki 350 bin beyaz erkek izlenmiştir. Bu nüfus ABD deki beyaz erkekleri temsil edebilir niteliktedir. Çalışmada gelir ile ölüm arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Gelir bölge için aile geliri ortalamasıdır. Aile geliri yıllık 10 bin Dolar ın altında olan bölgelerde yaşayanların ölüm riski, 34 bin Dolar ın üzerinde olan bölgelerde yaşayanlara göre 1.75 kat daha fazla bulunmuştur. Bir risk faktörü olan sigara, serum kolesterol düzeyi gibi bir dizi etkenin karıştırıcı etkisinin kontrol edilmesinden sonra da gelir ile ölüm arasındaki ilişkinin değişmediği anlaşılmıştır. Gelirin birey düzeyinde ölçülmemiş olması önemli bir dezavantaj olarak bildirilse de sonuçlar anlamlıdır. Gelir ile ölüm arasındaki ters ilişki hemen hemen bütün ölüm nedenleri açısından da geçerlidir. (Smith GD. ve ark. 1996) Aynı araştırıcıların, aynı dönem için yaklaşık 21 bin siyah erkek üzerinde yaptıkları araştırmanın sonuçları da benzerdir. Düşük gelirli bölgelerdeki siyah erkeklerin ölüm riski yüksek gelirli bölgelerde yaşayanların 1.35 katıdır. (Smith GD ve ark. 1996a)

ABD de 1979-87 arasındaki dönemde toplam ölüm hızı beyaz erkeklerde %17 ve beyaz kadınlarda %12 azalırken, Afrikalı kadınlarda azalma yalnızca %2 düzeyinde kalmış ve Afrika kökenli erkeklerde de %11 oranında artmıştır. (Sells CW., Blum RW. 1996: 514)

ABD de 3154 erkek işçi 1960 yılından itibaren 22 yıl süreyle izlenmiş ve gelir, eğitim düzeyi ve bunların birleştirilmesinden oluşturulan bileşik bir sosyoekonomik konum göstergesi ile ölüm ilişkisine bakılmıştır. (Aynı araştırmada düşük eğitimlilerde kan basıncının ve kolesterolün yüksek, boyun kısa ve sigara kullanma sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşük gelirliler ise yüksek gelirlilere göre daha kısadır.) Düşük eğitimli, gelirli ve sosyoekonomik statülü bireylerde koroner arter hastalıklarına, Akciğer kanserine bağlı ölümler ile toplam ölümler daha yüksektir. Eğitimin görece riski (1.49), diğer risk etkenlerinin etkisi düzeltildikten (1.33) sonra bile anlamlıdır. Gelir için de, toplam ölüm ile yine aynı şekilde bir ilişki söz konusudur. Ölüm ile ilişkisi en yüksek olan gösterge ise eğitim ve gelir durumunun birleştirilmesiyle elde edilen bileşik sosyoekonomik statü indeksidir. Bu indeksin toplam ölüm açısından görece riski, bütün diğer risk etkenlerinin etkisi kontrol edildikten sonra, 1.45 olmaktadır. Aynı ilişki koroner kalp hastalığı ve Akciğer kanseri için de geçerlidir. (Bucher HC., Ragland DR. 1995)

ABD Alemada bölge çalışmasında, 1965-74 (çalışmanın son verileri 1995 te toplanmıştır) dönem değerlendirmesi yoksul bölgelerde yaşayanların genel ölüm hızının, diğerlerine göre 1.28 kat olduğunu göstermektedir. Yoksullukla ölüm arasındaki ilişki yaş, cins, ırk, gelir, tıbbi hizmet kullanımı, istihdam durumu, eğitim, sigara içme, alkol tüketimi, fizik aktivite, uyku paterni, vücut kitle indeksi, evlilik durumu, arkadaşlık ilişkileri, grup üyelikleri, dinsel grup üyeliği, depresif semptomlar gibi bir dizi bireysel etkenin etkileri birlikte ya da tek tek kontrol edildikten sonra da değişmemekte, hatta risk kontrol sonrasında daha da artmaktadır. (Kaplan GA. 1996)

ABD de 1990 yılı nüfus sayım sonuçlarını kullanarak gelir dağılımındaki eşitsizlik ile ölüm arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu

çalışma verilerin eyaletler düzeyinde elde edildiği ekolojik nitelikli bir çalışmadır. Eşitsizlik Robin Hood indeksi ile ölçülmüş ve analizlerde yoksulluk ile sigara alışkanlığının etkisi kontrol edilmiştir. Robin Hood indeksi, yoksulluğun etkisi kontrol edilince, toplam ölüm hızı ile %54 oranında ilişkilidir ve indeksteki her %1 lik artışa karşılık toplam ölüm hızı 100 binde 21.68 oranında yükselmektedir. Benzer ilişkiler Robin Hood indeksi ile bebek ölüm hızı, koroner arter hastalıklarına bağlı ölümler, kanser ölümleri ve cinayete bağlı ölümler için de geçerlidir. Analizlerde sigaranın etkisi de düzeltildikten sonra gelir eşitsizliği ile ölüm ilişkisi zayıflasa da anlamlı derecede varlığını korumaktadır. Robin Hood indeksi ile ilişkili olan diğer ölüm nedenleri (tüberküloz, enfeksiyon hastalıkları, pnömoni ve bronşit, hipertansiyon gibi) tedavi edilebilir nitelikli olanlardır. Bütün sonuçlar, analizlerin beyazlar ve siyahlar için ayrı ayrı yapılması durumunda da anlamını korumaktadır. (Kennedy BP. ve ark. 1996)

ABD de gelir dağılımının ölüm üzerindeki etkisini araştıran ulusal düzeyli bir diğer araştırmada eyaletlerin verileri kullanılmıştır. Gelir dağılımının göstergesi olarak, gelir bakımından aşağıda yer alan %50 lik nüfus diliminin gelirden aldığı pay ile bu payın 1980 ile 1990 yılları arasındaki değişimi incelenmiştir. Ölüm hızı nüfusun her bir %10 luk diliminin aldığı gelir payı ile anlamlı derecede ve ters yönde ilişkilidir. İlişkinin en güçlü olduğu nüfus dilimi ilk %10 luk kesimdir. Bu da göstermektedir ki gelir dağılımı eşitsizliği ve bu eşitsiz ilişkiler içinde özellikle de ilk %10 luk nüfus diliminin durumunun kötüleşmesi ölüm hızını artırıcı bir etki yaratmaktadır. Bu etki, gelirin doğrudan etkisinden önemli derecede etkilenmemektedir. Yani ABD de ölüm hızındaki değişiklikler gelirden çok gelir dağılımına bağlıdır. Ölüm hızının, nüfusun en kötü durumdaki %50 sinin aldığı payın azalması ile de arttığı izlenmektedir. Alttaki %50 lik nüfus diliminin olumsuz durumundan etkilenen diğer göstergeler düşük doğum ağırlığı, kişi başına sağlık harcaması, cinayet ölümleridir. 1980 ile 1990 arasında gelir dağılımındaki eşitsizliğin daha belirgin olduğu eyaletlerde ölüm hızındaki düşme daha yavaş olmuştur. Gelir dağılımındaki eşitsizlik yal-

nızca sağlıkla değil, başka bazı sosyoekonomik göstergelerle de (işsizlik, eğitim düzeyi gibi) ilişkilidir. Gelir eşitsizliği arttıkça bu tür göstergeler de olumsuzlaşmaktadır. 1980-90 döneminde eyaletlerdeki gelir dağılımının %2 ile %12 arasında kötüleştiği, ancak ölüm hızı ile bu değişim hızı arasında zayıf bir ilişki bulunduğu da saptanmıştır. (Kaplan GA. ve ark. 1996a)

İngiltere de 1. sınıfın ölüm hızı 1983 yılında, 1921 deki düzeyinin 1/3 üne indi. Buna karşılık 5. sınıfın ölüm hızındaki azalma ancak %40 oranında gerçekleşti. 1. sınıfın ölüm hızının en fazla oranda azaldığı dönem 1960 sonrası olmasına karşın, 5. sınıfın hızında bu dönemde hemen hiç bir değişiklik olmadı. (Najman JM. 1993)

Bartley ve arkadaşları İngiltere için iki farklı sınıf şemasını kullanarak sınıfsal ölüm hızı eşitsizliklerini analiz etmişlerdir. Kullanılan sınıflamalardan ilki İngiltere nin resmi mesleki sınıf şemasıdır. İkincisi ise yeni Weberciler grubuna dahil edilen Goldthorpe unkidir. İkinci sınıf şeması özellikle hizmet sektöründe çalışanları mesleklerindeki gelişme ve kariyer olanakları ve iş süreci üzerindeki kontrol dereceleri bakımından ayrıntılı biçimde ayrıştırmaktadır. Analiz için şöyle bir yöntem tercih edilmiştir. 1971-76 yılları arasında 15-64 yaş grubunda bulunan nüfustan (1971 kohortu) 1976-80 yılları arasında ölenler ile 1981-86 yılları arasında 15-64 yaş grubunda bulunan nüfustan (1981 kohortu) 1986-89 yılları arasında ölenler ölüm hızının sınıflara göre hesaplanmasında kullanılmıştır. Resmi sınıf şemasına göre her iki kohort içinde ölme riski 1. sınıftan 5. sınıfa doğru düzenli biçimde artış göstermektedir. Aynı durum daha ayrıntılı bir sınıf şeması oluşturan Goldthorpe unki için de geçerlidir. Eşitsizliğin ölçülmesinde kullanılan benzemezlik indeksi resmi sınıf şeması için 1971 kohortunda %5.4 iken, 1981 kohortunda %5.8 dir. Goldthorpe sınıflaması için benzemezlik indeksi 1971 kohortunda %5.9 ve 1981 yılında %7.0 dır. Analizlerin kullanılan her iki sınıf şeması için de son derece benzer sonuçlar vermiş olması, araştırma grubu tarafından eşitsizliklerin kalıcılığı konusunda önemli bir veri olarak kabul edilmiştir. Goldthorpe şemasına göre yapılan analizler iş üzerindeki kontrol durumunun, ölüm hızını azaltıcı etki gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. (Bartley M. ve ark. 1996)

İngiltere de ilk kez 1970-73 yılları arasında muayene edilen 5766 adet ve 35-64 yaşları arasındaki erkek işçi (imalat ve hizmet sektöründe çalışan) 21 yıl izlenmişlerdir. Bu nüfusun çeşitli sağlık göstergeleri eğitim ve İngiliz resmi sınıf şemasına göre karşılaştırılmışlardır. Eşitsizliğin ölçülmesi için ise görece eşitsizlik indeksi kullanılmıştır. Araştırma nüfusunu oluşturan manual işçiler diğerlerine göre daha yaşlı, kısa, yüksek kan basınçlı, daha sık anjina ve bronşit geçiren ve daha fazla oranda sigara içicisi durumundadırlar. Aynı türden bulgular eğitim süresine göre de belirlenmiştir. Eğitim süresi kısa olanlar diğerlerine göre daha fazla oranda risk altındadırlar. Yaş, sınıf ve eğitim süresinin birlikte kullanıldığı regresyon analizinin sonuçları sınıfın bireylerin sigara içme alışkanlıkları üzerinde eğitime göre daha fazla oranda belirleyici olduğunu göstermiştir. Ölüm hızı (hem toplam, hem de nedene göre ölüm hızları) ise non manual mesleklerden manual mesleklere doğru düzenli biçimde artmaktadır. Toplam ölüm hızı 5. sınıfta 10 binde 170.5 iken, 1. sınıfta 101.1 dir. Kanserden ölüm hızı 5. sınıfta 10 binde 60.1 ve 1. sınıfta 41.7 dir. Hızın 1. sınıftan 5. sınıfa doğru düzenli biçimde arttığı izlenmektedir. Aynı eğilim eğitim için de söz konusudur. Eğitimi bırakma yaşları 12-14 arasında olanlarda toplam ölüm hızı 10 binde 148.5 iken, 19 yaşının üzerinde eğitimi bırakanlarda hız 10 binde 100.8 dir. Kanserden ölüm hızları ise 54.4 ve 38.9 dur. Buradaki artış da en yüksek eğitimlilerden, en düşük eğitimlilere doğru düzenli biçimdedir. Sonuçlardan da izlendiği gibi ölüm üzerinde de mesleki sınıfın belirleyiciliği, eğitime göre daha fazladır. (Simith GD ve ark. 1997)

İngiltere de 1949-53, 1959-63 ve 1970-72 yılları için yapılan hesaplamalar bütün yaş gruplarında (erkeklerde 35-44, kadınlarda 25-34 yaş grubunda en belirgin olmak üzere), 1+2, 3 ve 4+5. sınıflar arasında, ölüm hızında önemli eşitsizlikler bulunduğunu ve eşitsizliğin söz konusu dönem boyunca arttığını göstermektedir. Örneğin 35-44 yaş grubu erkekler için ölüm hızı 1+2. sınıf için, 1949-53 döneminde 100 kabul edildiğinde, 4+5. sınıfın hızı 146 olmakta ve 1970-72 döneminde 180 e yükselmektedir. 1970-72 ile 1982-83 arasındaki dönemde ise 1. sınıfın ölüm hızında %20 lik bir azalma olmakla

birlikte, 5. sınıfta %9 luk bir artış gerçekleşmiştir. (Townsend P. 1990)

Bulgaristan da toplam ölüm hızı bakımından kırsal ve kentsel bölgeler arasında önemli fark vardır ve fark 1970-85 arasındaki dönemde genişlemiştir. Eşitsizlikler özellikle bebeklik dönemi ile 30 yaşa kadar olan yaş diliminde geniştir. Kırsal kesimde 20-59 yaş arasındaki yaş diliminde toplam ölüm hızı artmıştır. Post neonatal ölüm hızı kırsal kesimde kent hızından %49 daha yüksektir. Köylerdeki bebek ölümlerinin ilk sıradaki nedeni %40 ile solunum sistemi hastalıklarıdır. Aynı oran kentlerde %20 ye inmektedir. Aynı dönemde ekonomik bakımdan aktif olan erkeklerde KÖH yıllık %3 oranında artmıştır. Daha düşük oranda da olsa kadınlarda da artış olduğu gözlenmektedir. (Minev D. ve ark. 1990)

ABD de ulusal istatistiklerden yararlanılarak gerçekleştirilen 1950-1991 dönemi bebek ölüm eğilimleri araştırması, bebek ölümlerinde azalma olsa da (yıllık %3.11 oranında) bir takım sosyoekonomik eşitsizliklerin halen önemli oranda geçerli olduğunu saptamıştır. Dönem boyunca beyazlarda BÖH ndaki düşme yıllık %3.23 iken, siyahlardaki oran %2.89 dur. Bu eğilim ırksal eşitsizliklerin artışına neden olmuştur. 1950 yılında siyah bebeklerin ölüm hızı beyaz bebeklerin 1.64 katı iken, oran 1991 de 2.2 ye yükselmiştir. Eşitsizlikteki aynı eğilim yenidoğan dönemi bebek ölümleri için de geçerlidir. Öte yandan siyah bebeklerin ölüm nedenleri arasında önlenebilir ve doğum koşullarına bağlı olanları daha ağırlıklı bir yer tutmaktadır. Bebek ölümlerinde gelir gruplarına göre de önemli farklar vardır. 1964-66 da en düşük gelirli grubun (aile geliri yıllık 3000 Dolardan az) BÖH, en yüksek gelirlilerin (yıllık aile geliri 10000 Doların üzerinde) BÖH nın beyazlar için 1.4 ve siyahlar için 2.2 katı iken; oranlar 1988 yılında beyazlar için (gelir sınırları 1988 yılında 10000 Dolardan az ve 35000 Dolardan fazla şeklinde değiştirilmiştir) 1.6 ve 1.2 kat olmuştur. Yani gelir grupları arasındaki BÖH farkı 20 yıl içinde beyazlar için büyümüş, siyahlar için ise azalmıştır. Buna karşılık siyahlarla beyazlar arasındaki eşitsizlik hemen hemen bütün gelir gruplarında açılmıştır. Önlenmesi daha güç olarak kabul edilen doğumsal anomaliler beyaz bebeklerin

ölümüne en sık neden olurken, siyah bebekler için üçüncü sıradaki önemli ölüm nedenidir. Buna karşılık siyah bebeklerdeki birinci önemli ölüm nedeni olan prematüritelik ve düşük doğum ağırlığı (ki önlenebilir olarak kabul edilebilirler) beyaz bebekler için üçüncü önemli ölüm nedenidir. Önlenebilir nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bebek ölümleri bakımından siyahlar aleyhine söz konusu olan eşitsizlik, 1981-91 arasındaki 10 yıl içinde genişlemiştir. (Singh GK. Yu SM. 1995)

ABD de, Ohio eyaletinde bebek ölüm hızı ile sosyoekonomik durum ilişkisi 1960, 1970, 1980 ve 1990 yılları için ortaya konulmuştur. Araştırma ekolojik niteliklidir. Veriler eyaletteki sayım bölgeleri tabanında toplanmıştır. Sosyoekonomik durum belirleyicisi olarak aile gelirlerine göre belirlenen yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfusun oranı alınmıştır. Buna göre 1960 için 3000, 1970 için 5000, 1980 için 10000, 1990 için 15000 Dolar sınırının altında geliri olan aileler yoksulluk sınırının altında yaşıyor kabul edilmişler ve bu sınırların altındaki ailelerin toplam içindeki oranı, o sayım bölgesi için sosyoekonomik durumun göstergesi olarak analize alınmıştır. Ayrıca gelire göre beş grup oluşturularak da analizler geliştirilmiştir. Hem beyazlar, hem de beyaz olmayanlar için, 1960 ve 1990 yıllarında gelir grupları arasında BÖH açısından önemli eşitsizlik vardır. Beyazlar için en yoksullardaki BÖH, en zenginlerdeki BÖH na oranı 1960 için 1.83, 1970 için 2.42, 1980 için 1.98, 1990 için 2.17 dir. Beyaz olmayanlar için aynı oranların 3.32, 1.56 ve 1.17 (1980 verisi yok) olduğu görülmektedir. İlginç nokta beyazlar açısından 1970 in 1960 dan, 1990 ın da 1980 den daha kötü oluşudur. 1960 ve 1970 yılları için bu durum, en yoksul 5. grubun ABD de savaş sonrası dönemde gerçekleşen ekonomik genişleme ve sosyal programlardan diğer gelir grupları kadar yararlanamadıkları biçiminde yorumlanmaktadır. 1990 lardaki olumsuzlaşma da Amerikan ekonomisini 1970 lerde içine alan ve 1980 lerde süregenleşen ekonomik kriz ile açıklanmaktadır. Bunun ötesinde yazarlar 1980 li yıllar içinde yoksullara yönelik sağlık yardımlarının azaltılmasını da bir etken olarak anmaktadırlar. Beyaz olmayanların hemen tamamını siyahlar oluşturmaktadır. Bu grupta gelir

grupları arasındaki eşitsizlikte bir daralma vardır. Ancak beyaz olmayanların BÖH nın, beyazların BÖH na oranında bir genişleme gözlenmektedir. Yıllara göre: 1.56, 1.64, 1.49, 1.87. Beyaz olmayanlarda özellikle zengin bölgelerde yaşayan grupların BÖH nın son 30 yıl içinde (aynı bölgelerde yaşayan beyazlarla kıyaslandığında) önemli değişiklik göstermediği izlenmektedir. Çalışmanın ekolojik nitelikli olduğu dikkate alındığında, yukarı gelir gruplu bölgelerde yaşayan siyahlarda BÖH nın aynı bölgelerde yaşayan beyazlara göre daha yavaş bir düşme göstermesi gerçeği, aynı bölgelerde yaşıyor olsalar da siyahların bu bölgelerin sosyoekonomik olanaklarından yeterince yararlanamadıklarını göstermektedir. 1990 için gerek beyazlar, gerekse beyaz olmayanlar için uçlardaki gelir grupları arasındaki ölüm hızı farkının postneonatal bebek ölümleri için en yüksek olduğu (beyazlar için 3.00, diğer grup için 1.60) görülmektedir. Nedene göre bakıldığında enfeksiyon hastalıkları gibi önlenebilir nedenlerin beyaz yoksul bölgelerde yaşayanlarda, zengin bölgelerde yaşayanlara göre 4.75 kat daha çok bebek ölümüne neden olduğu; beyaz olmayanlar içinse bu oranın 1.07 düzeyinde kaldığı görülmektedir. Bu da göstermektedir ki, beyaz olmayanlar açısından zengin bölgelerde yaşamak o bölgelerin iyileşmiş çevresel koşullarından yararlanma anlamına gelmemektedir. (Stockwell EG., Goza FW. 1996)

ABD de 1950-93 yılları arasındaki dönemde 1-4 yaş ölümleri hem beyazlarda hem de siyahlarda önemli oranda azalmışsa da, siyahlardaki hız halen beyazların iki katı kadardır. Esasen 1980 lere kadar siyahların hızı beyazlara göre daha hızlı bir biçimde azalmış, böylece aradaki fark da bir ölçüde kapanmıştır. Ancak son 10 yıl içinde farkın yeniden açıldığı ve böylece de siyah beyaz hızları oranının iki katlık genel eğilimi koruduğu gözlenmektedir. 5-14 yaş arasında ise siyahlardaki ölüm hızı beyazlara göre %50 daha fazladır. Bu farkın 43 yıl boyunca hafifçe arttığı izlenmektedir. 1-4 yaş ölüm hızının aile geliriyle de ilişkisi bulunmuştur. Cins, ırk, kent/kır ikameti gibi karıştırıcı etkenler kontrol edildikten sonra, yıllık geliri 10 bin Doların altında olan ailelerdeki çocukların, 15 bin Dolar üzerinde yıllık geliri olan ailelerin çocuklarına göre 3.4

kat; yıllık geliri 10 bin -15 bin Dolar arasındaki ailelerin çocuklarına göre ise 3.0 kat ölüm riski taşıdıkları sonucu bulunmuştur. 5-14 yaş çocuklar içinse yine karıştırıcı etkenler kontrol edildikten sonra gelirle ölüm arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yıllık geliri 20 bin Doların altındaki ailelerin 5-14 yaş çocuklarının ölüm riski, geliri bu sınırın üzerindeki ailelerin çocuklarının 1.62 katıdır. (Singh GK., Yu SM. 1996)

II. POTANSİYEL YAŞAM YILI KAYIPLARINDA (PYYK) EŞİTSİZLİK

İngiltere de 1971 ve 1981 verileriyle 15-64 yaş arasında PYYK mesleki sınıflara göre hesaplanmıştır. Her iki yıl için de PYYK 1. sınıf için en düşük, 5. Sınıf için en yüksektir. Öte yandan bu iki sınıfın oranı erkeklerde 1971 için 2.1 iken, 1981 yılında 2.8 e yükselmiştir. Kadınlardaki oranlar ise 1.8 ve 2.2 dir.Erkeklerde ilk dört sınıfta PYYK azalırken, 5. sınıfta artmış; kadınlarda ise bütün sınıflarda PYYK nda bir azalma olmuş, ancak azalma en fazla 1. sınıfta, en az 5. sınıfta gerçekleşmiştir. Bir diğer ilginç nokta PYYK içinde bütün sınıflarda kazaların ve cinayetlerin oranının artışıdır. (Blane D., Smith GD., Bartley M. 1990)

III. ALGILANAN SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Avustralya da 20-59 yaş kadınlar arasında yapılan 4 yıllık bir izlem araştırmasında, algılanan sağlığın yaş ilerledikçe bozulduğu; fiziksel sağlıktaki bozukluk ile (kronik hastalık varlığı, ağrı, tedavi amaçlı ilaç kullanımı gibi) yakından ilişkili olduğu; fiziksel sağlık ile olan ilişkinin ilerleyen yaşlarda daha belirginleştiği; izlem süresi boyunca algılanan sağlıkta ortaya çıkan bozulmanın kronik hastalıklara bağlı olduğu anlaşılmıştır. (Shadbolt B. 1997) Bu sonuçlar, algılanan sağlığın fiziksel sağlık bakımından da gerçek bir gösterge olabileceğini göstermektedir.

ABD de Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi nin 1979-80, 1983-85 ve 1987-89 yıllarında yaptığı sağlık görüşme araştırmalarının yayınlanan sonuçları özellikle algılanan sağlıkla ilgili veriler sun-

maktadır. 1979-80 yıllarında yıllık geliri 5000 Dolar ın altında olan ailelerde sağlığın kötü algılanması olasılığı, yıllık geliri 25000 Dolar ve daha fazla olan ailelerin 4.4 katıdır. Gelir grupları arasındaki fark, üniversite düzeyinde eğitimli olanlarda daha yüksektir. 1983-85 için, işsizlerin sağlıklarını kötü olarak değerlendirme olasılıkları işi olanların iki katı kadardır. Çalışanlarda ise profesyonel meslek gruplarındakilerin algılanan sağlıkları daha iyidir. İşsizler ve her bir meslek grubunun da kendi içinde cins, eğitim, gelir düzeyi, ırk gibi değişkenler bakımından önemli eşitsizlikler söz konusudur. Aynı meslek grubu içinde kadınların, siyahların, düşük gelirlilerin ve düşük eğitimlilerin algılanan sağlıkları daha kötüdür. 1987-89 araştırması ise, eşitsizliği ölçmek için gelir ya da meslek yerine eğitim süresini kullanmıştır. Eğitim süresinin uzaması ile algılanan sağlık durumu iyileşmektedir. Arada doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. 12 yıldan daha az süre eğitimli olanların algılanan sağlıklarını kötü olarak değerlendirme olasılıkları, eğitim süresi 16 yılın üzerinde olanlara göre 4.6 kattır. Öte yandan nüfus, eğitim süresi bakımından gruplara ayrıldığında, her bir grup içinde, aynen meslekte olduğu gibi; ırk, aile geliri gibi değişkenler bakımından ek eşitsizlikler bulunmaktadır. Her bir eğitim grubu içinde siyahların, yoksulluk sınırı altında yaşayan aile bireylerinin, yıllık geliri düşük olanların algılanan sağlıklarının kötü olması olasılığı diğerlerine göre belirgin biçimde yüksektir. (Krieger N., Fee E. 1993:61-64)

Algılanan sağlığın eğitim süresi ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmaların yanısıra, algılanan sağlığın daha çok sağlıkla ilgili okuryazarlık durumu (health literacy) (reçeteleri, ilaç kutuları üzerindeki tarifleri okuyabilme gibi) ile, eğitim süresine göre daha fazla oranda ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. Algılanan sağlığın bağımlı; yaş, ırk, cins, ekonomik durum ve okuryazarlık ya da eğitim süresinin bağımsız değişken olarak kullanıldığı lojistik regresyon modellerinde, diğer bağımsız değişkenlerin etkisinin kontrol edilmesi sonrasında daha belirleyici olan değişken eğitim süresi değil, okuryazarlık durumu olabilmektedir. Bu anlamıyla sağlık okuryazarlığı, genel eğitim sırasında edinilmiş bilgilerin sağlıkla ilgili alanlarda kullanılabilir olma düzeyi hakkın-

da gösterge olmakta ve eğitim yılı yerine sağlık araştırmalarında kullanılmasının daha doğru olacağı belirtilmektedir. (Baker DW. ve ark. 1997: 1029)

Hollanda da algılanan sağlık için NAR (Nüfusa Atfedilen Risk) %50 dir. Yani Hollanda da düşük eğitimli nüfusun, üniversite eğitimli olması durumunda, algılanan sağlıklarını kötü olarak değerlendiren nüfusta %50 lik bir azalma sağlanabilecektir. (Mackenbach JP. 1994: 1489)

İtalya da sağlıklarını kötü olarak algılayanların en fazla oranda bulundukları gruplar; ilkokul mezunları (%46.5), işsizler (%41.1), mavi yakalılar (%33.8), becerisiz işçiler (%45.2) dir. (Mapelli V. 1993)

IV. AKUT VE KRONİK HASTALIK SIKLIĞINDA EŞİTSİZLİK

İtalya da son dört hafta içinde akut hastalık epizodu bildirenlerin en fazla oranda bulundukları gruplar ilkokul mezunları (4.9 kez) dır. Kentsel bölgelerde sayı kırsal bölgelerin 2 katı kadardır: 6.2/3.2. Akut hastalık bildirme kadınlarda (5.9) ve yaşlılarda (7.5), erkeklere (4.5) ve gençlere (2.4) göre daha sıktır. Aynı durum aktiviteleri sınırlayan rahatsızlıklar için de geçerlidir. (Mapelli V. 1993)

Finlandiya da 1970 ler boyunca yapılan ve ölüm verileri içinde özetlenen araştırmada, bireylerin öz bildirimine dayanan (self-reported) kronik hastalık sıklığı (sakatlık, yetiyitikliği ya da kronik hastalık bildirenler) gelir bakımından en alttaki %20 lik nüfus diliminde en yüksek (%41-44) ve en üst gelir grubunda en düşüktür (%21-26). 1964 ve 1976 yılları arasında bu iki gelir grubunun ölüm hızları arasındaki oran hemen hemen değişmeden seyretmiştir: 1.8 ve 1.7 kat. Aynı durum mesleki sınıflar bakımından da geçerlidir. Becerisiz mavi yakalılarda kronik hastalık sıklığı, yüksek nitelikli beyaz yakalılara göre erkeklerde 1.5, kadınlarda 1.9 kat daha yüksektir. Finlandiya da gelir ile kronik hastalık bildirimi arasında ortaya çıkan bu doğrusal ilişki, aynı dönem için, diğer İskandinav ülkelerinde gözlenmemektedir. Ancak eğitim durumu için bütün İskandinav ülkelerinde kronik hastalık bildirimi ile aynı yönde doğrusal ilişki saptanmaktadır: En uzun eğitimlilerle, en kısa süre eği-

timlilerin hastalık hızları oranı 1.4 ile 2.0 arasındadır. Eşitsizliklerin zaman içinde gösterdiği direngenlik, İskandinav ülkelerini içine alan ekonomik kriz ve bunun sonucu olan işsizlikle ilişkilendirilmektedir. (Lahelma E., Valkonen T. 1990)

1981 yılı için İngiltere ve İsveç te İngiliz mesleki sınıf yapısına göre yapılan bir analizde, sınıflar arasında kronik hastalık sıklığı bakımından önemli farklar bulunmuştur. İngiltere deki sınıfsal farklar İsveç e göre biraz daha belirgindir. Her iki ülkede de kronik hastalık sıklığının en yüksek olduğu sınıflar 4. ve 5. sınıflardır. İsveç te 15-29 yaş arasındaki genç grupta sınıf farkları ihmal edilebilir durumdadır. Buna karşılık 55-75 yaş grubunda durum farklıdır ve bütün yaş gruplarında zaten var olan eşitsizlik, bu yaş grubunda en kötü durumdaki sosyoekonomik grubun aleyhine anlamlı biçimde derinleşmiştir. (Lundberg O. 1986)

Finlandiya, Norveç, İsveç te 1986-87 yıllarında eş zamanlı olarak gerçekleştirilen ulusal araştırmalarda eşitsizliklerin boyutu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sosyoekonomik durumun göstergesi olarak eğitim süresi alınmış ve bu bakımdan toplum üçe bölünmüştür: 9 yıldan az eğitimi olanlar, 9-12 yıl eğitimliler ve üniversite eğitimliler. En düşük kronik hastalık oranı (bireylerin kendi bildirimlerine dayanan) yüksek eğitimli İsveç ve Norveç li erkeklerde (%11), sonra yüksek eğitimli Finli erkekler ile iyi eğitimli İsveç li kadınlardadır (17). Finlandiyalı düşük eğitimli kadın ve erkeklerin durumu en kötüdür: 38 ve 37. Her üç ülkede de hem kadın, hem de erkeklerde eğitim düzeyi kronik hastalık bakımından önemli bir eşitsizlik etkenidir. Eğitimden ileri gelen eşitsizlik erkekler arasında kadınlara göre daha fazladır. Ülkelere göre erkek ve kadınlar için; en düşük ve en yüksek eğitimli gruplardaki kronik hastalık sıklığı sırasıyla şu şekildedir (% olarak): Finlandiya için 38/17 ve 37/27; Norveç için 30/11 ve 32/22; İsveç için 26/11 ve 29/17. Eşitsizliğin en yüksek olduğu grup Norveç li erkeklerdir. Kadınlarda ise İsveç eşitsizliğin en yüksek olduğu ülkedir. Eşitsizliğin en düşük olduğu grup ise Finli kadınlardır. (Lahelma E. ve ark. 1994)

SEKİZİNCİ BÖLÜM
SONUÇ

SAĞLIKTA EŞİTLİK ÜZERİNE

Hatırlanacağı gibi, eşitlik hakkında daha önceki bölümlerde, eşitsizlik ilişkisi üzerinden bazı girdilerde bulunmuştuk. Şimdi bunlardan da yararlanarak bir miktar daha ilerlememiz gerekiyor. Böylece eşitliğin ne anlama geldiğini, çeşitli eşitlik anlayış ve kavramları arasındaki farkları, eşitliğin hangi koşullarda gerçekleştirilebileceğini belirlemeli ve eşitlik kavramının gelecekteki akıbeti hakkında da öngörüde bulunmalıyız.

Bunun için, başlangıç olarak Bryan Turner ın (1997:35) tanımlamaları bize yol gösterici olabilir. Turner dört tür eşitlik tanımlıyor. Bunlar varlıksal eşitlik, fırsat eşitliği, koşullarda eşitlik ve sonuçlarda eşitliktir.

Varlıksal eşitlik, bir anlamda eşitliğin etik boyutu olarak da görülebilir. Bütün insanların, doğuştan, insan olmaları dolayımıyla eşit oldukları düşüncesine dayanır. Bu haliyle de bütün temel felsefelere, görüşlere sinmiş olduğunu varsaymak yanlış olmayacaktır.

Fırsat eşitliği ise liberal kapitalist düşüncenin felsefesidir. Bütün bireylerin, piyasa ekonomisi kuralları içinde, aynı şansa sahip olarak yarışa katılmalarının, yetenekleri ve çabaları daha fazla olanların başarılı olacakları bir rekabet ortamının koşulu olduğunu savunur. Böylece ortaya bireylerin yetenek ve çalışkanlıklarına bağlı olarak değişen sonuçlar çıkacaktır ki, bu da toplumsal yaşantıda istenen bir sonuçtur. Fırsat eşitliği kavramı içinde, fırsat rekabet ortamını, eşitlik ise, rekabete aynı koşullarda girmenin olanaklarını

tanımlar. Bu nedenle de kavram bütün olarak piyasa koşullarının ifadesidir. Dikkat edilirse bu tanımda eşitlik, yarışın başlangıcındaki koşullar dışında hiç bir aşamada öngörülemez, hedeflenemez. Rekabetin ise zaten çalışkanlıkla ilişkilendirilen eşitsizlikçi sonuçlara yol açacağı konusunda bir beklenti vardır. Dolayısıyla fırsat eşitliği kavramı, bu yönüyle oldukça sınırlandırılmış bir kavramdır. Diğer yönden ise bir başka sorunu taşır.

Buradaki sorun fırsat eşitliğinin gerçekçi bir kavram olup olmadığıdır. Yani gerçekten de, fırsatlarda bir diğer deyişle rekabet ortamında eşitliğin sağlandığı bir piyasa mekanizması olabilir mi ? Öte yandan böyle bir mekanizma olanaklı olsa da bu eşitliğin sağlanması olanağını sunar mı ?

Sorulardan ilki için kapitalist ekonominin kendi kuralları içinde olumlu yanıt vermek, ancak oldukça soyut bir düzeyde olanaklı görünmektedir. Şöyle ki, kapitalizm, hep rekabeti öne çıkarır. Bireylerin birbirleri karşısında, olanakları elde etmek ve kullanmak bakımından eşit derecede şansa sahip olduklarını öne sürer. Bundan sonra ortaya çıkacak farklılıklar ise, bireylerin, karşısında eşit şansa sahip oldukları olanakları kullanmada gösterdikleri çalışkanlık ve yeteneğe bağlı olacaktır. Çok çalışanlar, olanakları kullanmak konusunda akıllı davrananlar başarılı olacaklar, başarı, başarılı bireylerin bir sonraki rekabet ortamı içinde daha şanslı olmalarını sağlayacaktır. Bu savın soyutluğu, ileri sürdüğü serbest rekabet tezinin kapitalizmin ekonomik işlerliği içinde hemen hiçbir anlamının olmamasından ileri gelir. Bunun nedeni kapitalizmin ilk ortaya çıkış anında bile, bireylerin sözü edilen yarış/rekabet ortamına son derece farklı olanaklarla ve birbirlerine göre oldukça eşitsiz noktalardan girmiş olmalarıdır. İşte bu koşullardaki eşitsizlik bir yandan fırsat eşitliği olarak ileri sürülen mekanizmayı eşitsiz kılmakta, öte yandan da eşitlik kavramını tamamen geçersizleştirmektedir.

Kapitalist üretim ilişkileri içinde bireylerin, belli olanaklar karşısında hukuken eşit şansa sahip oldukları düşünülebilir. Gerçekten de burjuva hukuku açısından böyle tanımlanmış bir eşitlik durumu söz konusudur. Ancak bunun hiç bir zaman gerçek eşitlik anlamına gelmeyeceği, burjuva hukukunun piyasa ekonomisinin kuralları

karşısında bu anlamda pek de şansının bulunmadığı açıktır. Bütün bunları şöylece örnekleyebiliriz: Bilindiği gibi burjuva hukuku, örneğin sermaye sahibi bir burjuva ile sıradan bir işçiyi, işçinin çalışmakta olduğu KİT in özelleştirilmesi sürecinde, KİT i satın almak bakımından birbirleriyle eşit olanaklara sahip olarak varsayar. Gerçekten de, örneğin Türkiye nin mevcut hukuksal yapısı içerisinde işçinin, sermayedar ile birlikte Özelleştirme Yüksek Kurulu nun yönettiği açık artırmaya KİT i satın almak için girmesinde hiçbir sakınca yoktur. Dolayısıyla hukuki olarak işçi ile sermayedarın fırsat eşitliğine sahip olmaları konusunda hiçbir engel bulunmaz. Ancak, herkes bilir ki, bu eşitlik yalnızca kağıt üzerinde geçerli olan türdendir ve esasen tam bir eşitsizliktir. Benzer şekilde bir işçinin, esas olarak burjuvalara hizmet eden özel hastaneden yararlanmasının önünde de hiçbir hukuksal engel yoktur. Hukuki olarak, özel hastanenin kapısı herkese açıktır. Ancak burada işçi için sorun, işçi hastanenin kapısından girip, muayene olmaya kalktığında başlar. Sorun kendisini, para sorunu olarak, yani ekonomik boyutta ortaya koyar ve bütün hukuksal çerçeve bir anda anlamsızlaşır.

Bu bakımdan fırsat eşitliğinin, pratik olarak, eşitsizliğin standardizasyonunu sağlamaya yaradığını söyleyebiliriz. Fırsat eşitliği piyasa kuralları içinde geçerlidir. Soyut olarak bireylerin mallar karşısında, malları elde etmek bakımından eşit hak ve şansa sahip olduklarını söyler. Bu söylem, bireylerin mallar karşısındaki konumları bakımından sergiledikleri son derece eşitsiz koşulları nedeniyle, gerçekten koparak saçmalaşır. Piyasa koşulları eşitliği geçersizleştirir, ortada yalnızca fırsat kalır. Fırsat hep yarış yani rekabet ortamı içinde elde edilebilen olanakları ifade eder. Rekabet koşullarında ise bireylerin eşitsiz fırsatlara sahip oldukları son derece açıktır. Bu nedenle fırsat eşitliği kavramı gerçekten eşitlik anlamına gelmez. Marx ve Engels bunu eşit hak, eşit olmayan bir emek için eşit olmayan bir haktır şeklinde tanımlıyorlar. (1989: 30) Bu nedenle fırsat eşitliği söylemi, liberal burjuva bir söylem olmakla birlikte, kapitalist ekonomik kurallar içinde tamamen işe yaramaz bir durumdadır.

Yukarıda tartışılanların net biçimde açığa çıkardığı nokta, birey-

lerin benzer koşullarda yaşamadıkça, yaşamsal olanaklardan da eşit şekilde yararlanamayacakları gerçeğidir. Bu saptama bizi, liberal fırsat eşitliğinin, ancak, koşullarda eşitlik sağlandığında yaşama geçebileceği gerçeğine götürür. Koşullarda eşitlik sağlanmadığı sürece fırsat eşitliği, kendi saçmalığından kurtulamayacaktır. Koşullarda eşitlik sağlama girişiminin ise, sosyoekonomik sistemi, politik bakımdan ister istemez sola çekeceği açıktır. İşte böyle bir gelişme kapitalist sistem içinde, bir dönem için gerçekleşmiştir.

Bu noktadaki sorun, kapitalizmin, herkes için, koşullarda eşitlik sağlayıp sağlayamayacağı noktasındadır. Burada yine sağlık sektörüyle ilgili bir örnek verebiliriz. 2. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan Avrupa sosyal güvenlik sistemleri, bu anlamda, bütün bireyler için sağlık hizmetine eşit ulaşımın (fırsat eşitliğinin) koşullarını eşitlemeyi hedefleyen yapılardır. Sosyal güvenlik sistemleri, sağlık hizmetleri bağlamında koşul eşitliğini sağlamak için, hizmeti kullanım anında para ödeme durumunu ortadan kaldırırlar. Böylece bireyler daha önceden yaptıkları ödentilerin (prim) güvencesinde istedikleri zaman ve kadar sağlık hizmetine başvurabilirler. Sosyal devlet mantığı içerisinde, oldukça geniş kapsamlı bir hizmet paketinin örgütlenmesiyle, bireylerin önünde parasal, ulaşımsal bütün engeller kaldırılmaya ve hizmet kullanımı olabildiğince engelsiz duruma getirilmeye çalışılır.

Buraya kadar sorun olmadığı açıktır. Ancak bundan sonra bazı pürüzlerin ortaya çıktığını göreceğiz. Bir kere sağlık hizmetinden yararlanmada sağlanan koşullardaki eşitlik, sosyal devlet yapısı içinde bile yaşamın diğer alanları için söz konusu edilemez. Örneğin, sağlık hizmetine ulaşmada eşit koşullarda olan işçi ile bir burjuvanın diğer yaşam koşulları, konutları, beslenme alışkanlıkları, eğitim düzeyleri, dinlenme olanakları, vb. birbirinden oldukça farklıdır. Farklılık sürecin doğasından kaynaklanır. Yani kapitalizmin kuralları böyle işler. Bilindiği gibi bu farklılık yetenek ve çalışkanlık düzeylerindeki farklılıkla açıklanmaya çalışılır. Bu türden yaşamsal olanakların, bireylerin refah ve sağlık düzeyleri arasında ciddi eşitsizlikler yaratmaya yetecek derecede olduğunu herkes kabul edecektir. İlk pürüz budur. Yani koşullardaki eşitliği, yaşamın

her alanında sağlamak kapitalist işlerlik içinde yine olanaksızdır. Kısaca kapitalizmin eşitlikçi potansiyelinin kesin bir sınırı vardır. İkinci pürüz doğrudan ilkiyle ilintilidir. Sosyal güvenlik sistemleri sağlık hizmetinden yararlanma şansı bakımından eşitlik yaratsa da, koşullardaki eşitsizliğin pek çok alanda ısrarına bağlı olarak, bireyin sağlığı ve yaşam kalitesiyle ilintili sonuçlardaki eşitsizlik varlığını sürdürecektir. Örneğin farklı sınıflardan bireyler, yaşamları boyunca sağlık hizmetini eşit derecede tüketseler de, ortalama yaşam süreleri, kronik hastalığa yakalanma sıklıkları, algılanan sağlıkları, kısa ve uzun süreli yetiyitiklikleri birbirinden farklı olacaktır. Bu sonuç, doğrudan, sağlığın esas olarak sağlık hizmeti dışında kalan ekonomik, sosyal, politik etkenlerce belirleniyor olmasına bağlıdır. Kapitalizm sınıflar arasında büyük farklılıklar gösteren bu etkenler yumağını ortadan kaldıramaz. Çünkü böyle bir müdahale kapitalizmin kendisine karşı yöneltilmiş olacaktır. Üçüncü pürüz olarak, sağlık hizmetine ulaşımda açık bırakılan eşitsizlik kapısına değinmeliyiz. Yukarıda sosyal devletçi kapitalizmin, sosyal güvenlik sistemleriyle, sağlık hizmetine ulaşım koşullarında önemli derecede eşitlikçi adım attığını belirlemiştik. Buna rağmen, parası olanların, sosyal güvenlik sistemlerinin güvencesine girmeyen, dolayısıyla herkesin yararlanma olanağının bulunmadığı özel sağlık sistemlerinden yararlanma şansları vardır. Ya da burjuvalar, zenginler, dünyanın herhangi bir yerindeki özel sağlık kurumlarından, özel hizmet satın alabilirler. Bunun da eşitsizlik anlamına geldiği açıktır. Kısacası, sağlık hizmetine ulaşmadaki eşitliğin de bir sınırı bulunur. Bu sınır şüphesiz ki işçi ve emekçi sınıflar için geçerlidir. Son pürüz olarak ise, kapitalizmin krizli dönemlerinden söz etmeliyiz. Kriz dönemlerinde kapitalizmin bütün kurumları altüst olur. Sosyal güvenlik sistemleri de bundan etkilenir. Yani kriz dönemlerinde, sosyal güvenlik sistemlerinin sunduğu hizmet paketi, bir diğer deyişle koşullardaki eşitlikçiliğin tabanı daralır. Özelleştirme politikaları gündeme gelir. Bu da koşullardaki eşitlikçiliğe inen önemli bir darbe olarak işlev görür.

Şimdi yukarıdaki paragrafın başındaki sorumuza dönebiliriz. Demek ki, kapitalizmin koşullarda eşitliği sağlamasını beklemek

de olanaklı görünmüyor. Hattâ böyle bir varsayım fırsat eşitliğine göre çok daha fazla oranda gerçek dışıdır. Öte yandan, sağlık hizmetlerinde koşul eşitliği belli derecede sağlansa da, bu tam anlamıyla eşitlik demek olmuyor. Bu sonuç, doğrudan kapitalist işlerlik içinde, kapitalizmi kapitalizm yapan ortamdan yani, sınıfların yaşamsal koşullarının ileri derecedeki eşitsizliğinden kaynaklanıyor. Dolayısıyla kapitalizmin bir türlü çözemediği eşitsizlik sorunu, bir sınıf sorunu olarak belirlenmek durumundadır. Ancak soyut bir düzeyde kalsalar da fırsat eşitliği kavramının liberal rekabetçi kapitalizmin; koşullardaki eşitlik kavramının ise sosyal devletçi kapitalizmin söylemi olduğunu belirleyebiliriz.

Yukarıdaki paragrafta yapılan sınıf saptamasından; koşul eşitliğini tam olarak sağlamanın sınıfların ortadan kaldırılması sorunu olduğu ortaya çıkar. Bilindiği gibi eşitlik sloganını kapitalizm ortaya atmıştı. Bu slogan Avrupa daki burjuva devrimlerinde, işçi sınıfını ve toplumun yoksul kesimlerini burjuvazinin politik hedeflerine kilitlemek gibi bir işlev görmüştü. Ancak, burjuvazi iktidarı ele geçirir geçirmez ve kapitalist ekonomik kurallar ulusal ölçekte geçerlilik kazanır kazanmaz, hem siyaseten, hem de ekonomik açıdan eşitlik geçerliliğini yitirmiş oldu. Çünkü kapitalizmin doğası, kâr/artı değer yasası gereği eşitsizlikçi idi. Bu dönüşümün sınıf sorunu üzerinden gerçekleştiğini belirlemiş bulunuyoruz.

Dolayısıyla sınıfların ortadan kaldırılması, eşitlikçi bir toplumsal değişimin temelinde olmak zorundadır. Sınıflar varken; sınıflar ve çeşitli sosyoekonomik gruplar arasındaki eşitsizlikleri azaltmak, standardize etmek olanaklı olabilir. Ancak standardizasyon hep kapitalizmin artı değer sömürüsü çerçevesinde kurulan ince ayar dengelerine tabi, bu nedenle de hep konjonktürel olacaktır. Bir başka deyişle sınıflar ortada duruyorken, sınıfsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması olanaklı olamayacaktır.

Bu, eşitsizliklerle ilgilenenleri ve eşitlikçi savaşımı iyiden iyiye sola çeker ve doğrudan sosyalizmi dayatır. Ya da şöyle de ifade edebiliriz: Eşitsizliklerin daraltılmasını isteyenler en fazlasından sosyal yönleri öne çıkmış liberaller olabilirler. Eşitsizlikleri ortadan kaldırmak içinse tereddütsüz sosyalist olmak gerekir.

Sınıflar ortadan kaldırıldığında ise iki olanak elde edilebilir. Bir kere toplumun bütün bireyleri için eşit gelir, eğitim, sağlık, barınma, beslenme, dinlenme, entelektüel kapasite geliştirme olanağı sunulabilir. İşte gerçek anlamdaki koşul eşitliği de bu olacaktır. Kısacası, koşullarda gerçek anlamda eşitliği sağlamak sınıfları ortadan kaldırmayı hedefleyip, vaadeden sosyalist siyasallığın işlevidir. Ancak tahmin edilebileceği gibi, gelişme bu noktada sınırlı kalmayacaktır. Artık, koşullardaki eşitliğin, sonuçlarda eşitlik getireceğini düşünmemiz için önümüzde hiç bir engel kalmamıştır. Örneğin, ancak sınıfların ortadan kaldırılmasıyla toplumun genelinin ortalama yaşam süresini, yaşam umudunu, vb. eşitleyebiliriz. Şüphesiz, bu noktada kimi bireysel biyolojik/yapısal farklılıkların, bireylerin sağlık sonuçları arasında eşitsizlikler yaratabileceğini varsayabiliriz. Ancak toplumu genel olarak ele aldığımızda, bu türden eşitsizlikler in istisnai ve insani nitelikte olacaklarını da kabul etmeliyiz.

O halde, eşitsizliklerin yok edilmesi için, sınıfların ortadan kaldırılacağı bir politik değişim gerekiyor. Burada önemli bir ayrım ortaya çıkıyor ve Engels bu ayrımı şöyle ifade ediyor: Burjuvazinin eşitliği (sınıf ayrıcalıklarının ortadan kaldırılması), proletaryanın eşitliğinden (sınıfların kendilerinin kaldırılması) çok farklıdır. (1977: 518) Sınıf ayrıcalıklarının ortadan kaldırılması talebi ilk bakışta son derece akla yakın görünse de hem pratik hem de teorik düzlemde geçersizdir. Öncelikle sınıf ayrıcalıklarının ortadan kaldırılması, eğer sınıflara dokunulmayacaksa, eşitsizliğin kaynağını ortada bırakıyor demektir. Öte yandan sınıfların yok edilmediği bir ortamda, sınıfsal ayrıcalıkların ortadan kaldırılması (yukarıda da belirlenmiş olduğu gibi) belki bir noktaya kadar olanaklı olabilir ve eşitsizlikleri de ancak bir ölçüde zayıflatabilir, tamamen yok edemez. Bunlar sorunun teorik yönüne ilişkin olanlar. Pratik düzlemdeki mesele ise, eşitlikçi bir savaşımın hangi sloganla daha başarılı olacağı sorunuyla ilişkilidir. Yine aynı nedenlerle, savaşımın sınıfların ortadan kaldırılması ekseninde yürütülmesi daha bilimsel ve gerçekçisi olacaktır. Yani sürekli olarak, eşitsizliklerin temel nedeninin kapitalist sınıfsal çelişkiler olduğunun vurgulanması ve sınıfsız toplum tezlerinin geliştirilmesi. Bu vurgunun öncelikle, top-

lumsal bir örgütlenme ve politik bir hareket tarzı olarak sosyalizme vurgu yapması ve eşitsizçi savaşımı doğrudan sosyalist politik perspektifle bütünleştirmesi gerekecektir. Nasıl ki, sınıf ayrıcalıklarının ortadan kaldırılmasının talep edilmesi eşitsizlikleri yok edemezse; sosyalizme bağlanmamış bir sınıfsızlaşma ve eşitlik talebi de gerçekleşebilir olmaz. Çünkü ancak sosyalist perspektifli bir politik vurgu ile eşitlikçi taleplerin arkasına güç yığabiliriz.

Öte yandan, sosyalist bir dönüşüm bile, büyük bir olasılıkla, uzun erimde, tek başına eşitlikçi altyapının oluşturulması konusunda yeterli olamayacaktır. Bunun iki nedeninin bulunduğunu ileri sürebiliriz: Bütün bu politik değişimin sonrasında, sosyalist bireyi eşitlikçi koşulların sürekliliğinin sağlanması, toplumcu ideallerin benimsenip, süreklileştirilmesi konusunda ayakta tutacak ciddi bir toplumsal düzeyli ideolojik ortam gerekir. Dolayısıyla sosyalist politik değişimin sonrasında kapitalizmin bireyini insanlaştıracak ideolojik savaşım gerekecektir. Öte yandan, sosyalizm bile, bugünkü toplumsal işbölümünü kökünden değiştirecek bir yol bulmadıkça eşitsizliklerin çözümünde tutarlı olamaz. Örneğin, eğer çöpçülük, tuvalet temizleyiciliği, daktilografiık, devlet dairelerindeki getir-götürcülük gibi meslekler varlıklarını sürdürecekse, toplumdaki bireylerin bir kısmı günlerinin tümünü profesyonel anlamda bu tür işlerle geçirmek zorunda kalacaksa, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması olanaksız olacaktır. Dikkat edilirse burada vurgu yapılmak istenen nokta ücret eşitliği gibi maddi unsurlar değildir. Sözü edilen mesleklerin, birer iş olarak yapısının, insani nitelikte olmayışıdır önemli olan. Bu nedenle toplumun bütün üretim sürecini gözden geçirerek, bazı meslekleri ortadan kaldıracak teknolojik, sosyal düzenlemeler yapması, buna bir de yeni tarzda bir toplumsal işbölümü eklemesi gerekir. Yani eğer, insani olmadığını düşündüğümüz meslekleri en azından bir süre ortadan kaldıramayacaksak, bu tür işlerdeki profesyonelleşmeyi ortadan kaldırmak, en azından bu yönde adımlar atmak zorunda olacağız. Çünkü sosyalizmi savunduğunu söyleyenlerin, sınıfsız toplum kurucularının, içlerinden bazılarını tüm gün tuvalet temizleyiciliğine mahkum etmeye hakları olmadığı gibi, böyle bir şeyi yaptıklarında inandırıcılıkları da kalmayacaktır.

Sınıfların ortadan kaldırılmasından sonra, işte ancak o zaman, devreye bireylerin yetenekleri ve gereksinimleri girer. Yetenekler ve gereksinimler bağlamında eşitlik sağlayıcı bir ortam yaratılmış olsa da, böyle bir ortamda bile pekala birbirlerinden farklı bireyler olabilir. Yani toplum olarak herkese yeteneklerini istedikleri kadar ve istedikleri yönde geliştirme olanağını sağlamış olsak da, farklı yönlerdeki yetenekler, farklı nicelikte gereksinimler yaratabilirler. İşte bu nedenle, böyle bir toplumsal gelişme aşamasında eşitlik talebi tamamen saçma bile olabilir.

O halde eşitlik talebi, ama sınıfların ortadan kaldırılması şeklinde dillendirilen eşitlik talebi, kapitalist sömürü mekanizmasının aşılması ve bugünkü eşitsizliklerin ortadan kaldırılması bakımından kapsamlı bir sosyal ve politik talep olarak işlev görür. Bugünkü sömürgen mekanizmanın pozitif yönden istismarı anlamını taşır ve bu istismar çok önemlidir.

Toplumun sınıfsızlaştırıldığı süreçte ise, eşitlik talebi giderek anlamını yitirecek ve insani gereksinimler öne çıkacaktır. Yani bireylerin aralarındaki doğal farklılıkları, farklı nitelikteki yetenek ve gereksinimleri olarak kabul eden yeni bir harmoni. Marx ve Engels in (1989: 31) dedikleri gibi: Komünist toplumun daha yüksek bir aşamasında, bireylerin işbölümüne ve onunla birlikte kafa emeği ile kol emeği arasındaki çelişkiye kölece boyun eğişleri sona erdiği zaman; emek yalnızca bir geçim aracı değil, ama kendisi birincil yaşamsal gereksinim haline geldiği zaman, bireylerin çeşitli biçimde gelişmeleriyle, üretici güçler de arttığı ve bütün kolektif zenginlik kaynakları gürül gürül fışkırdığı zaman, ancak o zaman, burjuva hukukunun dar ufukları aşılmış olacak ve toplum, bayraklarının üstüne şunu yazabilecektir: Herkesten yeteneğine göre, herkese gereksinimine göre!



KAYNAKLAR

Abelin T. (1986), Positive Indicators in Health Promotion and Protection, World Health Statistical Quarterly., 39: 353-364.

Abelin T. (1987), Approaches to Health Promotion and Disease Prevention, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL.,, WHO, Copenhagen içinde): 29-45.

Adalı C. (1997), Günümüz Kapitalizmi ve Devleti Üzerine, Sarmal Yayınevi, İstanbul.

Adler NE. ve ark. (1993), Socioeconomic Inequalities in Health: No Easy Solution, JAMA, 259(24): 3140-45.

Aglietta M. (1979), A Theory of Capitalist Regulation, The US Experience, NLB, London.

Albarracin J., Montes P. (1998), Geç Kapitalizm: Mandel in Çağdaş Kapitalizm Yorumu, (Ernest Mandel in Marksizmi, Çev: Tanatar B., Yazın Yayıncılık, İstanbul içinde): 58-102.

Arber S. (1996), Integrating Nonemployement into Research on Health Inequalities, International Journal of Health Services, 26(3): 445-481.

Albert M. (1992), Kapitalizme Karşı Kapitalizm, (Çev: Oktay C.), AFA Yayınları, İstanbul.

Arnetz BB. (1996), Causes of Change in the Health of Populations: A Biopsychosocial Viewpoint, Social Science and Medicine, 43(5): 605-608.

Bach M., Rioux MH. (1996), Social Well-Being: A Framework for Quality of Life Research, (Renwick R., Brown I., Nagler M. ed. By, Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Sage Pub., USA içinde): 63-74.

Badura B., Kickbusch I. (Ed. By) (1991), Health Promotion Research, WHO, England.

Bain GS., Price R. (1972), Who is White Collar Employee, British Journal of Industrial Relations, 10(3): 325-338.

Baker DW. ve ark. (1997), The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services, American Journal of Health Services, 87(6): 1027-1030.

Bartley M. ve ark. (1996), Measuring Inequalities in Health: An Analysis of Mortality Patterns Using Two Social Classifications, Sociology of Health and Illness, 18(4): 455-475.

Bartley M., Owen C. (1996), Relation Between Socioeconomic Status, Employement, and Health During Economic Change, 1973-93, British Medical Journal, 313: 445-9.

Başkaya F. (1994), Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Çöküşü, İmge Kitabevi, Ankara.

Belek İ. (1994), Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği, Sorun Yayınları, İstanbul.

Belek İ. (1997), Post Kapitalist Paradigmalar, Sorun Yayınları, İstanbul.

Bland Y. (1994), The Economics of Imperialism and Health: Malta s Experience, International Journal of Health Services., 24(3): 549-566.

Blane D., Smith GD., Bartley M. (1990), Social Class Differences in Years of Potential Life Lost: Size, Trends, and Principal Causes, British Medical Journal, 301: 429-432.

Boratav K (1995), İstanbul ve Anadolu dan Sınıf Profilleri, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul.

Borrell C. ve ark. (1997), Widening Social Inequalities in Mortality: The Case of Barcelona, a Southern European City, Journal of Epidemiology and Community Health, 51: 659-667.

Brand H. (1994), The World Bank, The Monetary Fund, and Powerty, International Journal of Health Servieces, 24(3): 567-578.

Braverman H. (1974), Labor and Monopoly Capital, The Degredation of Work in the Twentieth Century, Monthly Review Press, Fifth Printing, New York.

Brodsky MM. (1992), Labor Market Flexibility: A Changing International Perspective, Monthly Labor Review, 117(11): 53-60.

Brown I., Renwick R., Nagler M. The Centrality of Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, (Quality of Life in Health Promo-

tion and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde): 3-13.

Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. (1996), Health Interview Surveys-Towards International Harmonization of Methods and Instruments, WHO, Finland.

Bucher HC., Ragland DR. (1995), Socioeconomic Indicators and Mortality from Coronary Heart Disease and Cancer: A 22 Year Follow-Up of Middle-Aged Men, American Journal of Public Health, 85(9): 1231-1236.

Callinicos A. (1994), Giriş, (Değişen İşçi Sınıfı, Ed. Callinicos A., Harman C., Çev: Akınhay O., Z Yayınları, İstanbul içinde): 7-19.

Calvert P. (1982), The Concept of Class, St Martin s Press, New York.

Campbell M. (1994), Technology, Organization and Employement, (Patterns of Social and Technological Change in Europe, Ed. By Katsikides S. ve diğ., England içinde), 19-33.

Carchedi G. (1975), Reproduction of Social Classes at the Level of Production Relations, Economy and Society, 4: 361-417.

Carchedi G. (1975a), On the Economic Identification of the New Middle Class, Economy and Society, 4: 1-86.

Carrin G., Politi C. (1996), Exploring the Health Impact of Economic Growth, Poverty Reduction and Public Health Expenditure, WHO, Geneva.

Carter B. (1985), Capitalism, Class Conflict and the New Middle Class, Routledge and Kegan Paul Inc., England.

Cereseto, S., Waitzkin,H. (1986), Capitalism, Socialism, and Physical Quality of Life, International Journal of Health Services, 16(4): 643-658.

Cockerham WC. (1997), The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lyfestyle Explanation, Journal of Health and Social Behavior, 38: 117-130.

Collins Dictionary, 1979, Glasgow.

Dahlgren G., Whitehead M. (1992), Policies and Strategies to Promote Equity in Health, WHO, Copenhagen.

Draper P., Dennis J. (1987), Valuing Health: Social and Political Implications, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 66-73.

Duncan GJ. (1996), Income Dynamics and Health, International Journal of Health Services, 26(3): 419-444.

Ehrenreich B., Ehrenreich J. (1977), The Professional Managerial Class, Radical America, 11(2): 12-17.

Engels F. (1977), Anti-Dühring, (Çev: Somer K.), Sol Yayınları, Ankara.

Ercan F. (1996), Gelişme Yazını Açısından Modernizm, Kapitalizm ve Azgelişmişlik, Sarmal Yayınevi, İstanbul.

ERGHO (1995), European Research Conferences, Functional Status Evaluation, Groningen.

Felce D., Perry J. Exploring Current Conceptions of Quality of Life, (Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde): 51-62.

Ferreira PL. (1995), Conceptual Framework Concerning Evaluation of Functional Status, (European Research Conference on Functional Status Evaluation September 1995 içinde): 8-18.

Fields D. (1992), Post Fordism: Historical Break or Utopian Fantasy ? The Journal of Industrial Relations, 34(4): 562-579.

Fiscella K., Franks P. (1997), Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study, British Medical Journal, 314: 1724-1727.

Frank JN., Mustard JF. (1995), The Determinants of Health, Journal of the American Academy of Arts and Sciences, 123(4). (Bu makale internetten elde edilmiştir.)

Garfield R., Santana S. (1997), The Impact of Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba, American Journal of Public Health, 87 (1): 15-20.

Goldberg M., Dal W. (1987), Complex Indexes for Measuring a Complex Phenomenon, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 174-194.

Gough I., Thomas T. (1994), Why Do Levels of Human Welfare Vary Among Nations?, International Journal of Health Services, 24(4): 715-748.

Gouverneur J. (1997), Kapitalist Ekonominin Temelleri; Çağdaş Kapitalizmin Marksist Ekonomik Tahliline Giriş, (Çev: Başkaya F.), İmge Kitabevi, Ankara.

Gregorio DI. ve ark. (1997), The Effects of Occupation-Based Social Position on Mortality in a Large American Cohort, American Journal of Public Health. 87(9): 1472-1475.

Hansluwka HE. (1985), Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations, Soc. Sci. Med., 20(12): 1207-1224.

Haq M. (1992), Human Development in a Changing World, www.undp.org/

undp/hdro/oc1.htm.

Harman C. (1994), Resesyondan Sonra İşçi Sınıfı, (Değişen İşçi Sınıfı, Ed. Callinicos A., Harman C., Çev: Akınhay O., Z Yayınları, İstanbul içinde): 65-95.

Haro AS. (1971), Interview Surveys on Morbidity and the Utilization of Health Services, WHO, The European Conference on Health Statistics.

Hexel PC., Wintersberger H. (1986), Inequalities in Health: Strategies, Social Science and Medicine, 22(2): 151-160.

Hilferding R. (1995), Finans Kapital, (Çev: Öner Y.), Belge Yayınları, İstanbul.

Hill CR. (1990), The Measurement of Inequities in Health: Lessons From the British Experience, Social Science and Medicine, 31(3): 393-404.

Hirsch J. (1991), Fordism and PostFordism: The Present Social Crisis and Its Consequences, (PostFordism and Social Form, A Marxist Debate on the Post Fordist State. Ed. By Bonefeld J., MacMillan Press Ltd., London içinde): 8-34.

Hout M., Brooks C., Manza J. (1993), The Persistence of Classes in Post Industrial Societies, International Sociology, 259-277.

Hsiao CL., Liu Y. (1996), Economic Reform and Health: Lessons from China, The New England Journal of Medicine, 335(6): 330-2.

Idler EL., Angel RJ. (1990), Self-Rated Health and Mortality in the NHANES-1 Epidemiologic Follow-Up Study, American Journal of Public Health, 80(4): 446-452.

Illsley R., Baker D. (1991), Contextual Variations in the Meaning of Health Inequality, Social Science and Medicine, 32(4): 359-365.

Jessop B. (1991), The Welfare State in Transition from Fordism to Post-Fordism, (The Politics of Flexibility, Restructuring State and Industry in Britain, Germany and Scandinavia, Ed. By Jessop B. et all., Billing and Sns Ltd. GB içinde): 82-105.

John K., Gammon GD., Weissman MM. (1987), Assessment of Psychological Status, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 133-150.

Jonel IG. (1984), Social Class Analysis-An Embarrassment to Epidemiology, Community Medicine, 6(1): 37-46.

Kanji N. ve ark. (1991), From Development to Sustained Crisis: Structural Adjustment, Equity and Health, Social Science and Medicine, 33(9): 985-993.

Kaplan,G.A. (1996), People and Places: Contrasting Perspectives on the Association Between Social Class and Health, International Journal of Health Services, 26 (3): 507-519.

Kaplan GA. ve ark. (1996a), Inequality in Income and Mortality in the US: Analysis of Mortality and Potential Pathways, British Medical Journal, 312: 999-1003.

Karasek RA ve ark. (1981): Job Demands, Job Decision Latitude and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men, American Journal of Public Health, 71: 694-705.

Kawachi I. ve ark. (1997), Social Capital, Income Inequality, and Mortality, American Journal of Public Health, 87(9): 1491-1498.

Kennedy BP. ve ark. (1996), Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the US, British Medical Journal, 312: 1004-1008.

Krieger N., Fee E. (1993), What s Class Got to Do With It ? The State of Health Data in the United States Today, Socialist Review, 1: 59-82.

Kumar K (1991), Prophecy and Progress, The Sociology of Industrial and Post Industrial Society, Penguin Books, England.

Kunst AE., Mackenbach JP (1994), The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries, American Journal of Public Health, 84(6): 932-937.

Kunst AE. ve ark. (1995), International Variation in Socioeconomic Inequalities in Self-Reported Health, Journal of Epidemiology and Community Health, 49: 117-123.

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

Lafaille R. (1995), Measuring Health in Family Medicine, (European Research Conference on Functional Status Evaluation September 1995 içinde): 33-54.

Lahelma E., Valkonen T. (1990), Health and Social Inequities in Finland and Elsewhere, Social Science and Medicine, 31(3): 257-265.

Lahelma E. ve ark. (1994), Comparisons of Inequalities in Health: Evi-

dence From National Surveys in Finland, Norway and Sweden, Social Science and Medicine, 38(4): 517-524.

Laurell AC., Arellano OL. (1996), Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposol for Health, International Journal of Health Services, 26(1): 1-18.

Le Grand J., Propper C., Robinson R. (1992), The Economics of Social Problems, The Macmillan Press Ltd., Third Edition, London.

Lemkow L. (1986), Socio-Economic Status Differences in Health, Social Science and Medicine, 22(11): 1257-1262.

Lena,H.F., London,B. (1993), The Political and Economic Determinants of Health Outcomes: A Cross-National Analysis, Internatinal Journal of Health Services, 23(3): 585-602.

Lenin Vİ. (1979), Emperyalizm; Kapitalizmin En Yüksek Aşaması, (Çev: Süreya C.), Sol Yayınları, 7. Baskı, Ankara.

Liberatos P. ve diğ. (1988), The Measurement of Social Class in Epidemiology, Epidemiologic Reviews, 10: 87-121.

Light DW. (1992), Equity and Efficiency in Health Care, Social Science and Medicine, 35(4): 465-469.

Logan RFL. (1965), Trends in the Study of Morbidity and Mortality, WHO, Geneva.

Lundberg O. (1986), Class and Health: Comparing Britain and Sweden, Social Science and Medicine, 23(5): 511-517.

Mackenbach JP. (1994), Socioeconomic Inequalities in Health in the Netherlands: Impact of a Five Year Research Programme, British Medical Journal, 309: 1487-91.

Mackenbach JP., Looman CWN (1994), Living Standards and Mortality in the European Community, Journal of Epidemiology and Community Health, 48: 140-145.

Mackenbach ve ark. (1994), A Prospective Cohort Study Investigating the Explanation of Socio-Economic Inequality in Health in the Netherlands, Social Science and Medicine, 38(2), 299-308.

Majeed FA. ve ark. (1994), Monitoring and Promoting Equity in Primary and Secondary Care, British Medical Journal, 308: 1426-1429.

Mandel E. (1975), Late Capitalism, NLB, London.

Mandel E. (1986), Kapitalist Gelişmenin Uzun Dalgaları, Yazın Yayıncılık, İstanbul.

Mapelli V. (1993), Health Needs, Demand for Health Services and Ex-

penditure Across Social Groups in Italy: An Empirical Investigation, Social Science and Medicine, 36(8): 999-1009.

Marmot MG. ve ark. (1991), Socioeconomic Status and Disease, (Health Promotion Research, Ed. By Badura B., Kickbusch I. Içinde): 113-146.

Marshall CK. (1988), National Health Interview Surveys for Health Care Policy, Social Science and Medicine, 26(2): 223-233.

Marx K. (1978), Kapital Cilt 1, 3, Sol Yayınları, Ankara.

Marx K., Engels F. (1989), Gotha ve Erfurt Programlarının Eleştirisi, (Çev: Kabagil M.), Sol Yayınları, Ankara.

McCallum J. ve ark. (1994), Self-Rated Health and Survival: A 7-Year Follow-Up Study of Australian Elderly, American Journal of Public Health, 84(7): 1100-1105.

Mennerat F. (1995), Severity, Prognosis and Outcome, (European Research Conference on Functional Status Evaluation September 1995 içinde): 30-32.

Minev D. ve ark. (1996), The Bulgarian Country Profile: The Dynamics of Some Inequalities in Health, Social Science and Medicine, 31(8): 837-846.

Moon BE., Dixon WJ. (1985), Politics, the State, and Basic Human Needs: A Cross-National Study, American Journal of Political Science, 29: 661-694.

Murray CJL. (1994), Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for DALY, Bulletin of World Health Organization, 72 (3): 429-445.

Murray CJL., Lopez AD. (1994), Quantifying Disability: Data, Methods and Results,

Bulletin of World Health Organization, 72 (3): 481-494.

Musgrove P. (1986), Measurement of Equity in Health, World Health Statistical Quarterly, 39: 325-334.

Myles J. (1994), Comparative Studies in Class Structure, Annual Review of Sociology, 20: 103-124.

Najman JM. (1993), Health and Poverty: Past, Present and Prospects for the Future, Social Science and Medicine, 36(2): 157-166.

Navarro V. (1989), Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States Has Neither ?, International Journal of Health Services, 19(3): 383-404.

Navarro V. (1993), Has Socialism Failed ? An Analysis of Health Indicators Under Capitalism and Socialism, Science and Society, 57 (1): 6-30.

Nayeri K. (1995), Economic Boundries of Health Care: Factors Influencing Reform Proposals, Review of Radical Political Economics, 55-82.

Noack H. (1986), Concepts of Health and Health Promotion (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 5-28.

Noack H., Abelin T. (1987), Conceptual and Methodological Aspects of Measurement in Health and Health Promotion (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL.,, WHO, Copenhagen içinde): 89-102.

Normand C. (1991), Economics, Health, and the Economics of Health, British Medical Journal, 303: 1572-1577.

OECD (1995), The Future of Health Care Systems, Paris.

Parmenter TR. (1996), The Use of Quality of Life as a Construct for Social and Health Policy Development, (Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde):89-103.

Pereira J. (1990), The Economics of Inequality in Health: A Bibliography, Social Science and Medicine, 31 (3): 413-420.

Poulantzas N. (1975), Classes in Contemporary Capitalism, NLB, London.

Power C. (1994), Health and Social Inequality in Europe, British Medical Journal, 308: 1153-1156.

Preker AS. (1994), Meeting the Challenge: Policymaking and Management During Economic Transition, The Journal of Health Administration Education, 12(4): 433-447.

Raeburn JM., Rootman I. (1996), Quality of Life and Health Promotion, (Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde): 14-25.

Ram R. (1985), The Role of Real Income Level and Income Distribution in Fulfillment of Basic Needs, World Development, 13(5): 589-594.

Renwick R., Brown I. (1996), The Center for Health Promotion s Conceptual Approach to Quality of Life, (Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde): 75-86

Rifkin J. (1995), The End of Work: The Decline of the Labor Force and the Dawn of the Post Market Era, Published by Putnam s Sons, New York.

Rioux MH. (1996), Overcoming the Social Construction of Inequality as a Prerequisite to Quality of Life, (Quality of Life in Health Promotion

and Rehabilitation, Ed. by Brown I., Renwick R., Nagler M., 1996, Sage Pub.,USA içinde): 119-131.

Roberts EM. (1997), Neighborhood Social Environments and the Distribution of Low Birthweight in Chicago, American Journal of Public Health, 87(4): 597-603.

Robine JM., Michel JP., Branch LG. (1992), Measurement and Utilization of Healthy Life Expectancy: Conceptual Issues, Bulletin of World Health Organization, 70 (6): 791-800.

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

Rutstein DD. (1987), Monitoring Progress and Failure: Sentinal Health Events, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 195-212.

Sarre P. (1989), Recomposition of Class Structure, (Restructuring Britain, The Changing Social Structure, Ed. By Hammett C. ve ark., Sage Pub., London içinde): 78-123.

Savran S. (1988), Bunalım, Sermayenin Yeniden Yapılanması, Yeni-Liberalizm, (Dünya Kapitalizminin Bunalımı, Der. Satlıgan N., Savran S. Alan Yayıncılık, İstanbul içinde): 19-65.

Schach E. (1987), Alternative Ways of Presenting Statistics on Sickness, Disability and Death, (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 213-231.

Sells CW., Blum RW. (1996), Morbidity and Mortality among US Adolescents, American Journal of Public Health, 86(4): 513-519.

Sen B. (1997), Health and Poverty in the Context of Country Development Strategy: A Case Study on Bangladesh, WHO, Geneva.

Shadbolt B. (1997); Some Correlates of Self-Rated Health for Australian Women, American Journal of Public Health, 87(6): 951-956.

Siminoff L. (1986), Competition and Primary Care in the US: Separating Fact from Fallacy, International Journal of Health Services, 16 (1): 57-69.

Singh GK., Yu SM. (1995), Infant Mortality in the United States: Trends, Differentials, and Projections, 1950 through 2010, American Journal of Public Health, 85(7): 957-964.

Singh GK., Yu SM. (1996), US Childhood Mortality, 1950 through 1993: Trends and Socioeconomic Differentials, American Journal of Public Health, 86(4): 505-512.

Smith GD. ve ark (1996), Socioeconomic Differentials in Mortality Risk Among Men Screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White Men, American Journal of Public Health, 86(4): 486-496.

Smith GD ve ark (1996a), Socioeconomic Differentials in Mortality Risk Among Men Screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: II. Black Men, American Journal of Public Health, 86(4): 497-504.

Smith GD. ve ark. (1997), Lifetime Socioeconomic Position and Mortality: Prospective Observational Study, British Medical Journal, 314: 547-552.

Smith GD ve ark (1997a), Education and Occupational Social Class: Which is the More Important Indicator of Mortality Risk ?, Journal of Epidemiology and Community Health, 32: 153-160.

Stockwell EG., Goza FW. (1996), Racial Differences in the Relationship Between Infant Mortality and Socioeconomic Status, Journal of Biosocial Sciences, 28: 73-84.

Tarimo E., Webster EG. (1994), Alma Ata Declaration (Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World, WHO, Geneva içinde).

Talyor CE. (1992), Surveillance for Equity in Primary Health Care: Policy Implications from International Experience, International Journal of Epidemiology, 21(6): 1043-1049.

Torrance GW. (1986), Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal, Journal of Health Economics, 5: 1-30.

Townsend P. (1990), Widening Inequalities of Health in Britain: A Rejoinder to Rudolph Klein, International Journal of Health Services, 20(3): 363-372.

Townsend P., Davidson N. (1982), Inequalities in Health, The Black Report, Penguin Books, Harmondsworth.

Tuchinsky TH. ve diğ. (1996), Addressing the Epidemiologic Transition in the Former Soviet Union: Strategies for Health System and Public Health Reform in Russia, Amerikan Journal of Public Health, 86(3): 313-320.

Turner B. (1997), Eşitlik, (Çev: B. Şener), Dost Kitabevi, Ankara.

UNDP, Human Development Report 1996, www. undp. org/undp/news/hdr96p1.htm.

UNDP, Human Development Report 1997, www.undp.org/undp/hdro/

UNICEF, The Progress of Nations 1997, www.unicef.org/pon97/

UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 1998, Ankara.

Vagero D. (1991), Inequality in Health-Some Theoretical and Empirical Problems, Social Science and Medicine, 32(4):367-371.

Valkonen T. (1993), Problems in the Measurement and International Comparisons of Socio-Economic Differences in Mortality, Social Science and Medicine, 36(4): 409-418.

Wagstaff A., Paci P., Doorslaer EV. (1991), On the Measurement of Inequalities in Health, Social Science and Medicine, 33(5): 545-557.

Walton J. (1987), Theory and Research on Industrialization, Annual Review of Sociology, 13: 89-108.

Weber M. (1993), Sosyoloji Yazıları, İletişim Yayınları, (Çev: Parla T.), İstanbul.

Weiss LD. (1993-1), Exellent Benefits: Clinton Embraces the Private Health Insurance Industry, Socialist Review: 49-57.

White KL. (1985), Health Surveys: Who, Why and What ?, World Health Statistical Quarterly, 38: 2-14.

Whitehead M. (1992), The Concepts and Principles of Equity and Health, International Journal of Health Services, 22(3): 429-445.

WHO (1985), Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All, Denmark.

WHO (1986), Social Justice and Equity in Health, Report on WHO Meeting, Leeds.

WHO (1993), Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Geneva.

WHO (1994), Health in Europe: The 1993-94 Health for All Monitoring Report, Denmark.

WHO Advisory Committee on Health Research (1994a), Research for Health: Principles, Perspectives and Strategies, Bulletin of World Health Organization, 72 (4): 533-538.

WHO (1995a), World Health Report 1995, Geneva.

WHO (1995b), Health Economics, Geneva.

WHO (1995c), The State of World Health, World Health Forum, 16: 377-385.

WHO, World Health Report 1996, www,who.ch/whr/1996/

WHO, World Health Report 1997, www.who.ch/whr/1997/

WHO (1997a), Final Report of Meeting on Policy-Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care, Geneva.

Wilkinson RG. (1992), Income Distribution and Life Expectancy, British Medical Journal, 304: 165-168.

Wilkinson RG. (1997), Income Inequality Summarizes the Health Burden of Individual Relative Deprivation, British Medical Journal, 314: 1727-1728.

Wilkinson RG. (1997a), Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standarts?, British Medical Journal, 314: 591-594.

Wolfe BL. (1993), Why Changing the US Health Care System is so Difficult?, Social Science and Medicine, 36 (3): iii-vi.

World Bank, World Development Report 1993, Oxford.

World Bank, World Development Report 1995, www.worldbank.org/html/extpb/wdr95.

Wright EO. (1995), The Class Analysis of Poverty, International Journal of. Health Services, 25(1): 85-100.

Sorun Yayınları

Bilimsel İnceleme - Araştırma Dizisi (Tercüme):

- KARL MARX - BİYOGRAFİ **2. Baskı**	
Bilimler Akademisi	
608 s. B.Boy - Kuşe Resimli - Bez Ciltli (Şömiz)	5.000.000
- FRİEDRİCH ENGELS - BİYOGRAFİ	
Bilimler Akademisi	
472 s. B.Boy - Kuşe Resimli - Bez Ciltli (Şömiz)	4.000.000
- V.İ. LENİN - BİYOGRAFİ	
Bilimler Akademisi (Baskıda)	–
- MARKSİST-LENİNİST PARTİNİN	
TEMEL EĞİTİM DERSLERİ -*Engels Enstitüsü*	
B.Boy Renkli Grafik-Resimli 488 s. **2. Baskı**	3.000.000
- SENDİKALAR ÜZERİNE	
V. İ. Lenin 640 s. (Baskıda)	3.500.000
- BİRİNCİ ENTERNASYONAL	
Jacques Duclos 264 s. **2.Baskı**	1.400.000
- MARX'IN SOSYOLOJİSİ	
Henri Lefebvre 176 s. **3. Baskı**	950.000
- KADIN VE MARKSİZM	
K. Marx-F. Engels-V.İ. Lenin 224 s. **7. Baskı**	1.200.000
- ERİCH FROMM'UN VE YENİ	
FREUDÇULUĞUN ELEŞTİRİSİ	
V.İ.Dobrenkov 134 s. **2. Baskı**	750.000
- EMPERYALİZMİN FELSEFESİ	
PRAGMATİZM / *Harry K. Wells* 256 s.	1.400.000
- Ailede ve Okulda ÇOCUK EĞİTİMİ	
Anton S. Makarenko 128 s. **3. Baskı**	700.000
- ANA-BABALARIN KİTABI	
Anton S. Makarenko 320 s. **3. Baskı**	1.700.000
- MAKARENKO-Eğitbilimsel Görüşleri-	
Yaşam Öyküsü- Anı ve Notları 144 s.	800.000
- EĞİTİM ÜZERİNE	
V.Suhomlinski 208 s. **2. Baskı**	1.100.000
- LENİN VE EĞİTİM / *Fyodor Korolyov*	
408 s. (Beraat Etti)	2.200.000
- DEVRİMCİ EĞİTİM DEVRİMCİ AHLAK	
M.İ. Kalinin 232 s. **3. Baskı**	1.250.000
- KALİNİN	
Devrimci İşçi- Parti'nin Oğlu - İşçi Başkan	
A. Dementyenev - A. Pyanov 152 s. **2.Baskı**	800.000

Dergi ve Ciltleri:

- SORUN BSD CİLTLERİ I-II-III (Her Cildi)	4.000.000
- SORUN BSD (Eski Sayıları)	700.000