

## ÇEVİRİ

EŞİTLİK VE SAĞLIK  
ANAHTAR KONULAR VE  
WHO'NUN ROLÜ\*

Clair MILLS

1. Giriş: Yeni Olan Ne? Niçin, Şimdi Eşitlik  
Konusunda WHO İçin Yeni Bir Bakış Gerekiyor?

Hakkaniyet ve sosyal adalet değerleri üzerine oturan sağlıkta eşitlik yeni bir konu değildir ve halk sağlığı geleceği, WHO Anayasası ve temel sağlık hizmetleri anlayışı esas olarak onun üzerinde şekillenmiştir. Terminolojinin bir kısmı değişmiş ve yeni güçlükler ortaya çıkmış olsa da değerler geçerliliğini korumaktadır. Eşitlik konusundaki argümanlar hem etik, hem de pragmatik zeminlerde şekillenmektedir.

Çoğu toplumda, bireyler ve gruplar arasındaki büyük ve kaçınılmaz sağlık farklılıklarının moral olarak kabul edilemez olduğu konusunda giderek artan bir görüş birliği vardır. Çok az kişi sağlık durumundaki farklılıkların azaltılmasına karşı bir tutum takınabilecektir.

Temiz su, yeterli konut ve çevresel standartların sağlanması gibi toplum sağlığı stratejileri, bu gibi hizmetlerin toplumsal yararının ("kamu malı; public goods") bulunduğu, bu hizmetlerin sosyal gruplar arasında ayırım gözetmeksizin herkes için hak olduğu önermelerine dayanmaktadır. Bu hizmetlerin etkinliği doğrudan doğruya bu hizmetlere ulaşma ve bu hizmetler tarafından kapsanma eşitliğiyle orantılıdır. Benzer şekilde, infeksiyon hastalık-

larının yönetimindeki eşitsizlik herkesin sağlığını tehdit eder. Bunun da ötesinde, sağlık bakımındaki ısrarcı eşitsizlikler sosyal bakımdan destabilize edici olabilir ve uzun erimde ekonomik üretkenlik üzerinde negatif sonuçlar gösterir.

20. yüzyılın sonu yaklaşırken bu konuda yenilenmiş bir bakış açısının ortaya çıkmasının nedeni nedir? Öncelikle şu konularda artan kanıtların bulunduğunu belirtmek gerekir:

- Sağlık sonuçları bakımından ülkelerin içinde ve ülkeler arasında var olan eşitsizlikler artmaktadır.
- Artan sayıda insan yoksulluk içinde yaşamaktadır.
- Çoğu ülkede sağlık indikatörlerinde gelişme olsa bile, sosyal gruplar arasında büyük ve giderek de artan farklılıklar bulunmaktadır.
- İstedığımız taktirde eşitlik konusunda gelişme sağlama yetecek kaynak ve araca sahip olduğumuz konusunda bir bilinç global olarak gelişmektedir.

Sağlıkta eşitlik yönündeki gelişme bütün sosyal ve ekonomik farklılıkların azaltılması yönündeki kesin adım anlamına gelecektir. Sağlık sistemleri yeniden dağıtıcı (redistributive) mekanizmalar olarak önemlidirler. Sağlık sistemleri bozuk sağlık/yoksulluk döngüsünün kırılmasında ve sağlığın diğer temel belirleyicilerinin (sigara içme, beslenme bozukluğu, bulaşıcı hastalıklar gibi) dengesiz dağılımından kaynaklanan eşitsizliklerin giderilmesinde bir araç olabilirler. Sağlık sistemleri bu etkiyi hem progressif finansman mekanizmaları, hem de daha geniş bir

\* Bu metin "Equity and Health: Key Issues and WHO's Role" (1998) adlı WHO dökümanının "WHO'nun Rolü" başlığını taşıyan son dört sayfalık bölümüne kadar olan kısmının çevirisidir.

Çeviren: Dr. İlker Belek

Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Öğr. Üyesi

sosyal politikanın parçası olarak sağlığın geliştirilmesi yoluyla ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlayabilirler. Özellikle düşük gelirli ülkelerde, temel sağlık hizmetlerine ulaşım, hastalık durumunun insanları yoksulluğa itmesini engelleyen etkin bir mekanizma olabilir. Sağlık hizmeti (koruyucu ve tedavi edici), hem endüstrilemiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki kanıtların gösterdiği gibi, kendi başına sağlığın bir belirleyicisidir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunumu sağlıktaki eşitliği sağlamanın önemli bir bileşeni olarak kalsa bile, esas çaba sağlığın temel bileşenlerini vurgulayan stratejiler yönünde olmalıdır.

## 2. Sağlıkta Eşitlik Tanımlanabilir mi?

Sağlıkta eşitlik çeşitli biçimlerde tanımlanmakta ve kullanılmaktadır. Buradaki tartışma bu konudaki iki yaklaşım üzerinde sınırlanacaktır. Son zamanlardaki WHO dökümanları, sağlıktaki eşitliğin; "çeşitli gruplar arasındaki haksız ve kaçınılmaz sağlık sonuçları farklılıklarının azaltılması ve kaliteli sağlık hizmetine gereksinim kadar ulaşım garantisini" olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sağlıkta eşitlik dağılımsal bir anlamda da gösterilebilir: istenen bir sonuçtan, örneğin bir yoksulluk sınırından ya da bir sağlık düzeyi ölçütünden, kabul edilebilir bir miktar sapma olarak. WHO'nun, fiziksel, sosyal ve mental iyilik hali vurgusu bulunan sağlık tanımı bir ideal olarak kabul edilmektedir. Ancak (yaşam umudu, bebek ölüm hızı, bodurluk ve ana ölüm hızı gibi) ölçülebilir terimlerle ele alındığında sağlık için bir eksen olarak kullanılmaya devam edecektir. Bunlar sağlığı negatif yönden yansıtır, ancak, sağlık sonuçlarındaki ve bu sonuçlara ilişkin eğilimlerdeki eşitliğin var olan veri kaynakları kullanılarak en iyi şekilde ölçülebileceği indikatörler durumundadırlar. Eşitliğin (ya da tersten ve daha sık rastlanan bir yaklaşımla eşitsizliğin) ölçümü her operasyonel düzeyde tanımlanmalıdır ve bu tanım ulusal ve yerel bağlamlara ve kültüre bağlıdır.

Sağlık sistemlerindeki eşitliği inceleyen çoğu araştırma eşitlikçi (gereksinimlere göre, örneğin bireyin kendi bildirimine dayalı hastalık durumuna göre değerlendirilen sağ-

lık hizmeti kullanımı olarak işlevselleştirilen) ilkeyi kullanmaktadır. Hastalık ve yeti yitliliği durumları eşitsizliğe neden olabilirler ve bu eşitsizlik yalnızca sağlık hizmetine ulaşım için değil, özellikle yoksullukla birlikte olduklarında, aynı zamanda istihdam, eğitim ve sağlığın diğer belirleyicileri için de söz konusudur.

## 3. O Halde Ne Yapılabilir? Sağlıkta Eşitlik Nasıl Geliştirilebilir?

### Deneyimlerden Elde Edilen Örneklerle Bir Çerçeve

Sağlıkta eşitsizlik konusunun ele alınması, en yukarıdaki en genel sosyoekonomik ve kültürel etkenlerden başlayıp, sağlık sistem politikalarına kadar uzanan bir hiyerarşik yaklaşımı gerekli kılar (Bkz. Tablo 1) Sağlığın belirleyicileri ve bunların toplumdaki eşitsiz dağılımına ilişkin var olan bilgilerimiz, bu belirleyicilerin daha eşit dağılımının sağlıktaki eşitsizlikleri de azaltacağını göstermektedir. Başarıyı ölçecek sonuca ilişkin ölçütlerin spesifik düzeyde tanımlanması, genel düzeydeki politik ölçütlere göre her zaman daha kolay olacaktır. Bununla birlikte, zamansal eğilimlerin ve tarihsel kanıtların gözlenmesi, büyük ölçekli yeni politikalarla sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliklerin azalması (ya da artması) arasındaki nedensel ilişkiyi etkin biçimde ortaya çıkarmaya yarayabilecektir.

Eşitsizliği hedefleyen stratejiler değişik düzeylerde belirlenmelidir. NAFTA ve Çok Taraflı Yatırım Anlaşması (MAI) gibi global ölçekli ekonomik ve ticari politikalar yalnızca ulusal ve bölgesel düzeydeki değil, istihdam ve yatırımlar üzerindeki etkileri aracılığıyla ülkeler arasındaki eşitsizlikleri de artırma potansiyeline sahiptirler.

Eşit biçimde, eşitliği geliştirmek için benimsenen stratejiler, yalnızca spesifik alanlara yönelen stratejilere göre daha geniş etkiye sahip olabilirler. Basitleştirmek açısından bu stratejiler üç gruba ayrılabilir: sağlığın belirleyicileri ve eşitlik üzerinde etkide bulunan makroekonomik politikalar (özellikle de yeniden dağıtımcı politikalar); sosyal yatırım (örneğin eğitime); doğrudan sağlık sistemleriyle ilgili olanlar.

Tablo 1: Eşitsizliğin Azaltılması: Farklı Politik Düzeyler İçin Açıklayıcı Mekanizmalar

| Politika düzeyi   | Açıklayıcı mekanizmalar  |
|---|--|
| Makroekonomik ve yeniden dağıtımcı politikalar          | Progresif vergi sistemi; emek politikaları; yeniden dağıtım ile birlikte ekonomik büyüme.  |
| Sosyal/insani gelişim yatırımlarına yönelik politikalar | Evrensel içerikli ve parasız ilköğretim, kadın okur-yazarlığı, konut ve ulaşım altyapıları için yatırım.   |
| Toplum sağlığı ve sağlık sistemleri                     | Sağlıklı su ve sanıtasyona evrensel ulaşımın sağlanması; korunma ve gelişmeye vurgu; çevre ve iş ortamına ilişkin standartlar için yasal çerçeve; progressif finansman sistemi; zenginlere yönelik sübvansiyonların ortadan kaldırılması; kaliteli temel hizmetlere evrensel ulaşım. |

### 3.1 Makroekonomik, Yeniden Dağıtımçı Politikalar Ve Eşitlik

Makroekonomik politikalar ile eşitliğin artış ya da azalışı arasındaki ilişkinin nedenselliğinin tanımlanması, bu değişkenler arasındaki bağlantıların karmaşıklığı ve dolaylı etkiler nedeniyle sorunlu olabilmektedir. Kısa erimlilerin değil de uzun erimli sonuçların saptanması ise ayrıca zordur. Mutlak ve görece yoksulluk, gelir eşitsizlikleri ve sağlık arasındaki ilişkiler halen çalışma gerektirmektedir. Ek olarak, sağlık üzerindeki etkileri inceleyen araştırmaların çoğu biriktirilmiş verileri kullanmaktadır. Oysa bu tür veriler, ekonomi ve toplumun farklı kesimleri üzerinde çok farklı etkiler gösteren politikaların incelenmesi açısından yetersizdir.

Örneğin, Yapısal Düzenleme Programlarını inceleyen çalışmalar, bu programlar aracılığıyla bazı ülkelerde ekonomik performansın gelişmesine ve mutlak yoksulluk düzeyinin azalmasına karşın, aynı programların toplumun en yoksul sektörü üzerindeki etkilerinin sıklıkla olumsuz yönde olduğunu ortaya koymaktadır. Bunu sağlık indikatörleri göstermektedir. Düzenlemeleriyle "ortanın üzerinde başarı" sergiledikleri düşünülen Etyopya, Gana, Nijer ve Tanzanya gibi ülkelerin tümü süreç içinde genişleyen bir gelir dağılımı eşitsizliği göstermişlerdir. Eldeki kanıtlar, Afrika'da, özellikle kırsal yoksulların geride kaldığını, yoksul olmayanların ise gelirlerini artırdığını, böylece de gelir eşitsizliğinin arttığını göstermektedir. Kentsel yoksullar ise, özellikle yiyecek maddelerindeki sübvansiyonların azaltılması sonucunda olumsuz biçimde etkilenmişlerdir. Bununla paralel olarak Uganda, Zambia, Etyopya ve Mozambik'te 1980'lerde bebek ölüm hızı ve Uganda ile Zambiya'da 5 yaş altı çocuk ölüm hızı artmıştır. UNICEF ve diğer örgütler tarafından 1980'ler boyunca yapılan sosyal yardımlar ise bu etkileri azaltmada yetersiz kalmış ve sorunun köküne inmekten çok, ancak palyatif düzeyde etki gösterebilmiştir.

Şili ve Meksika'da, 1980'li yıllarda ekonomik büyüme gerçekleşmiş olsa da gelir eşitsizliği artmıştır. 1970'lerde gelir eşitsizliğinin belirgin biçimde artmış olduğu ABD'de siyahlar ve beyazlar arasındaki ölüm hızı farklılıkları genişlemiştir ve MRFIT araştırmasının gösterdiğine göre bunun en önemli nedeni sosyoekonomik konumdur. ABD'deki bir diğer çalışma, Robin Hood İndeksindeki (a) her %1'lik artışın ölüm hızında yüzbinde 21.7'lik bir artışla birlikte gerçekleştiğini göstermektedir.

Orta ve Doğu Avrupa'daki 19 ülkeden 16'sında, liberalizasyon süreci içinde gelir dağılımı daha da bozulmuş ve yoksulluk artmıştır. Rusya Federasyonu'nda yapılan son araştırmalar 1990-1994 arasında, sosyal ve ekonomik geçişten en fazla etkilenen bölgelerde yaşam umudunun

(a) Eşitliği sağlamak için zenginlerden yoksullara yeniden dağıtılması gereken toplam gelirin oranı.

daha fazla oranda düştüğünü göstermektedir. Bu bölgelerde ortalama gelir en yüksek derecede artmış olmasına karşın, en yüksek derecede gelir eşitsizliğine ve suç artışına sahip olan bölgeler de bunlardır. Çin'de ekonomi liberalleştirilirken, gelir eşitsizlikleri Endonezya ve Kore'yi geride bırakacak şekilde artmıştır. Son verilerin analizi, bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarındaki düşmenin durduğunu ve bu hızlar bakımından bölgeler arasında büyük farklar bulunduğunu ortaya koymaktadır.

### 3.2 İnsani Gelişim Yatırımları

Zaman içinde sağlıkta eşitliğin geliştirildiği ülkeler, bunu başaramamış olanlardan nasıl ayrılmaktadır?

#### Politik Niyet...

Ek 1, 1995 yılında 177 ülke için ulusal gelir (GNP) ile 5 yaş altı çocuk ölüm hızı arasındaki korelasyonu gösteren global bir grafikdir. Görüldüğü gibi, bazı ülkeler kendi kişi başı gelir düzeylerine göre beklenenden daha iyi sağlık düzeyine sahiptir ve bazıları da yoksul ve negatif ekonomik büyümeye sahip olmalarına karşın sağlık göstergeleri gelişmeye devam etmektedir. Bu başarı, daha üst düzeydeki sağlık eşitliği ile birlikte midir? İyi ya da kötü performansı yaratan ortam nedir?

Sri Lanka, Küba, Kosta Rika ve Hindistan'ın Kerala eyaleti gibi tarihsel olarak sosyal eşitliğe tam bir önem vermiş olan devletler sağlıkta hızlı gelişme sağlamışlardır. Bu başarılar 1980 ve 1990'lardaki büyük sosyal ve ekonomik çöküntülere ve sağlık sistemlerindeki parçalanmalara rağmen önemli oranda sürmüştür. Örneğin, Kerala, kişi başı ulusal geliri Hindistan ortalamasına benzer olmasına karşın, sağlık alanında diğer eyaletler karşısındaki lider konumunu sürdürmektedir. Kerala'da kişi başı gelir yıllık 300 dolar iken, erkekler için yaşam umudu 70 yıldır (kişi başı yıllık geliri Kerala'nın 70 katı olan ABD'de ise erkeklerin yaşam umudu 72 yıldır). 1985-89 arasında ekonomideki liberalizasyona rağmen durgun bir ekonomik büyüme periyodu yaşamış olan Sri Lanka'da, gelir eşitsizliği artarken (b), yeniden dağıtım mekanizmalarıyla yoksullukta düşme sağlanmıştır. Ek olarak, aynı dönemde en yoksul bölgelerdeki (güney ve merkez-güney) yoksulluk azalması daha az yoksul bölgelerdeki azalmadan daha büyüktür.

Doğu Asya ülkelerinin daha önceden gerçekleştirmiş oldukları başarılar yalnızca ekonomik gelişmeye değil, aynı zamanda son 30 yıl boyunca sağlık, eğitim ve yeniden dağıtımçı sosyal politikalara yaptıkları yatırımlara da bağlıdır. Sağlık ve eğitim yatırımları, kesin bir biçimde

(b) Gelirdeki Gini katsayısı 1970 ve 1990 için 0.35 ve 0.51'dir. Burada 0 değeri gelir dağılımındaki tam eşitliği, 1 değeri ise tam eşitsizliği yansıtmaktadır. Gelir dağılımındaki artan bu eşitsizlik karşısında harcamaların paylaşımı daha eşitlikçidir.

hızlı ekonomik büyümeyi önclemiştir. UNDP'nin çalışması, yoksulluktaki azalmanın büyümeyi sağladığı gerçeğinin yanı sıra tersini de göstermektedir: Büyüme yoksulluktaki azalmanın yalnızca yarısından sorumludur ve kalan yarısı da sosyal politika önlemlerine bağlı olarak gerçekleşmektedir. Ek olarak, yüksek bir gelir dağılımı eşitsizliği yoksulluğun azaltılmasını güçleştirmekte; gelirdeki eşitsizliğin azaltılması ise aynı ortalama büyüme oranından yararlananların sayısını artırmaktadır.

### En Çok Gereklini Olan Grupların Hedeflenmesi...

Malezya'da 1960'ların sonlarındaki büyük etnik farklılıklar ve sosyal gerilimler, hükümetleri, kırsal yoksulları ve Malay'ları gözetken ve yoksulluğun azaltılmasını hedefleyen politikalar geliştirmeye yönlendirmiştir. Gençler arasındaki yüksek işsizliği azaltmak için emek yoğun kamu işleri, konut geliştirme ve özel kırsal kalkınma stratejileri, bunlara ek olarak ihracat ve endüstriyel üretimdeki artış, bütün bunlar yoksulluk sıklığının 1970'deki %49 oranından, 1993'teki %14 oranına düşürülmesini sağlamıştır. Yoksullarla zenginler arasındaki farkın azalmasına ek olarak, toplumun en yoksul %40'lık nüfus diliminin geliri 1973 ile 1993 arasında yıllık %9 artmıştır. Gini katsayısı 1971'den 1990'a kadar 0.513'ten 0.445'e düşmüştür.

### Eğitim ve Sosyal Refah Sistemlerine Ulaşımın Geliştirilmesi...

Hem Kerala, hem de Sri Lanka'nın başarılarının gerisindeki temel özellik, her ikisinde de kadın okur yazarlığına, progresif vergi sistemlerine, parasız sağlık ve eğitim hizmetlerine ve Sri Lanka için 1979'a kadar evrensel bir beslenme programına verilen önemdir.

1986-1994 döneminde gerçekleştirilen Finlandiya araştırması, ekonomik gerileme ve işsizlikteki hızlı yükselmeye karşın (1994'deki oranı %18), bölgelerin sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkta bir düşme ve bütün sosyal grupların sağlık düzeylerinde (var olan fark düzeyinde herhangi bir büyüme olmaksızın) hafif bir gelişme ya da sabit bir durumun varlığını göstermektedir. Ekonomik gerilemenin sağlık düzeyi üzerindeki bu beklenmedik etkisinin nedenleri; aynı dönem boyunca genel yaşam koşullarının ve eğitim düzeyinin geliştirilmesine yönelik politikaların sürdürülmesi ve çalışma ortamında fiziksel iş

yükünü ve sağlık risklerine teması azaltacak yapısal değişikliklerin gerçekleştirilmiş olmasıdır. Bunun tersine, Yeni Zelanda'daki güney tipi "sosyal refah modeli", 1980'lerin ortalarına kadar gelir eşitsizliğinde dramatik bir artışa neden olmuş ve (yerli toplum olan) Maoriler ile toplumun diğer kesimleri arasındaki sağlık düzeyi farkı, farkı azaltmanın başarıldığı on yıllar sonrasında yeniden genişlemiştir (c).

Bu örnekler, sosyal "tampon" mekanizmalarının gücü ve değişik toplumlarda sağlığı belirleyen gelir eşitsizliğinin, kültürel, sosyal destek faktörlerinin görece önemleri hakkında sorular yaratmaktadır. Anand ve Chen'in sağlık "stoğu" modeli de (örneğin toplumun var olan sağlık düzeyi, zaman içinde yaratılmış olan sağlık hizmetleri kullanımı, bireysel sağlık davranışları ve çevresel koşullar) belirgin çelişkilerin bir kısmını açıklayabilir. Sağlık "stoğu", ekonomik politikaların yeniden dağıtımcı etkilerinin ötesinde, toplumdaki bireylerin bireysel sağlık "stokları"nın dağılımından da (örneğin yoksulluğun yaygınlığı, hizmetlere ulaşım, vb.) zaman içinde birikimli bir tarzda etkilenebilir. Ek olarak, endüstrileşmiş, gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar bulunabilir.

### 3.3 Sağlık Sistemleri ve Eşitlik

#### WHO ve Ülke Deneyimleri

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde geniş olarak ulaşılabilir koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sağlık durumunun geliştirilmesinde önemli olduğu gösterilmiştir. Eşitlikçi sağlık sistemleri, sağlığın diğer belirleyicilerinin eşitsiz dağılımından kaynaklanan sağlık eşitsizliklerinin etkisini azaltma potansiyeline sahiptir ve bu nedenle de anahtar konumdaki politik amaçtır. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelere ısrarla varlığını sürdüren sağlık eşitsizlikleri, tek başına sağlık bakım sistemlerinin eşitlikçi yapısının, gelir ve eğitim gibi sağlığın diğer belirleyicilerindeki eşitsizliklerin etkisini azaltmak açısından yeterli olmadığını göstermiştir. WHO, bir dizi teknik programa ek olarak sağlık sistemleri ve sağlık sektöründeki reformlar üzerine yaptığı çalışmalar aracılığıyla, ülkelerin deneyimlerini paylaşmakta ve finansman ve sağlık sistemlerinin organizasyonu ve bunların eşitlik üzerindeki etkileri ile ilgili ampirik verileri toplamaktadır.

Sağlık sistemlerindeki eşitlik değerlendirmeleriyle ilgili üç önemli element şunlardır:

- Sağlık sistemi içinde progressif finansman (d) ve kaynak tahsisati.

- Evrensel hak ve evrensel ulaşım.

(d) Bir progressif vergi mekanizması, yüksek gelire, yüksek oranda vergi uygulamak demektir. Regressif vergi mekanizmasında ise, progressifte refah ve yararlanım için söz konusu olan bu yeniden dağıtımcı mekanizma yoktur.

(c) 1985/87'ye kadar Maori erkeklerinin yaşam umudu, ortalama erkek popülasyonunun yaşam umudundan 4 yıl daha az iken, 1996'da fark 7 yıla yükselmiştir. Bu süre içinde Maori erkeklerinin yaşam umudu süresi hafif düşmüştür. Kadın verileri de benzer bir eğilim göstermektedir. 1980-84 ve 1987-91 dönemleri arasında Maoriler'de yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızlarındaki azalma, Maori olmayanlardakine benzerdir. Oysa 1970-84 döneminde Maoriler'deki ölüm hızı azalması diğerlerinin iki katıydı.



- Sağlık hizmetlerinin kalitesi.

Avrupa sağlık sistemleriyle ilgili olarak yapılan son değerlendirmeler yaygın olarak kullanılmakta olan bir anekdotu doğrulamaktadır: Vergi temelli fon mekanizmaları sosyal eşitlik ile pozitif biçimde ilişkili iken; sosyal sigorta mekanizmaları orta derecede negatif biçimde ve cepten ödemeler yüksek derecede negatif biçimde ilişkilidir. Ülke deneyimleri, devletin kamu tarafından finanse edilen fon sistemleri aracılığıyla evrensel ulaşım amacını belirlemiş olduğu durumlarda bile, hizmet kapsamı yetersiz ise ya da kamu hizmet kalitesi düşük ise, sonucun daha az oranda eşitlikçi olabildiğini göstermektedir. Ekonomik bakımdan iyi durumdakiler yoksullara göre daha çok hizmet kullanmaktadır. Bu eğilim gelişmekte olan ülkelerde, endüstrileşmiş olanlara göre daha belirgindir. Ek olarak, post-komünist ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu zayıf bir vergi tabanına sahiptir ve bu da ya ekonomi içinde enformal sektörün genişliğine ve devlet gelirlerinin düşüklüğüne ya da merkezi vergi sistemine karşı var olan politik dirence bağlıdır.

#### Kaynak Tahsisatı ve Ulaşım Konuları

Sağlık sektöründeki kaynakların tahsisatı sıklıkla yüksek derecede eşitsizlikçi olmaktadır. Global olarak, sağlık sistemlerinin önemli bir kısmı kaynaklarının %60-80'ini hastanecilik hizmetlerine ve çok daha az bir oranını temel hizmetlere tahsis etmektedir. Katastrofik nitelikli kapsam (örneğin ciddi ve pahalı nitelikli sağlık bakımına ulaşım) yüksek derecede önemli olmakla birlikte, kaynak tahsisatındaki bu taraflılık kent ve tedavi merkezli hizmetlerin sunumuyla sonuçlanmaktadır. Kaynak tahsisatındaki tarihsel eğilimlerin değiştirilmesi güçtür, ancak pek çok ülke bugün bunun için adımlar atmaktadır. İngiltere'deki RAWP formülü ve Avustralya ile Yeni Zelanda'daki toplum temelli yaklaşımlar bunun bir örneğidir. Pozitif eğilimler Zambia ve Zimbabve'de görülmektedir.

#### Sağlık Sistemlerinin Kalitesi ve Ulaşım Konuları

Finansal engeller ulaşımı engelleyen tek etken değildir; dil, cins, etnik yapı ve kalite algısı da önemlidir. Bu konularda yapılacak müdahaleler ulaşım eşitsizliklerini azalt-

mada, tek başına gelir engelinin azaltılmasına göre daha etkili olacaktır.

Yukarıdaki engellerle ilgili olarak ulaşım eşitliğinin geliştirilmesini amaçlayan pek çok müdahale söz konusu olabilir. Örneğin WHO'nun son tropikal hastalık araştırması, kadınların hizmete ulaşımının sınırlı olmasının nedeninin kısmen sağlık personelinin olumsuz tutumu olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu sonucunda sağlık personelinin tutumunu (daha pozitif ve hasta odaklı yönde) değiştirmeye yönelik bir yaklaşım geliştirilmiş ve bu çaba, sonraki değerlendirmelerin gösterdiği gibi başarıyla kazanmıştır. Mental Sağlık Programı, hizmet düzeyine ek olarak politik ve program düzeyinde de hizmetten yeterince yararlanamayan gruplardaki mental hastaların gereksinimlerini karşılamayı hedeflemektedir. Özel hedefler, stratejiler ve aktiviteler hizmetten yararlanamayan grupları (örneğin kadınlar, kalacak yeri olmayanlar ve yerliler) gözetecek biçimde düzenlenmektedir.

Sağlık hizmetinin kültürel açıdan uygun mekanlarda ve hastalarla aynı kültürden gelmiş sağlık personeli aracılığıyla verilmesi, hizmete ulaşımı geliştirmede (Yeni Zelanda'daki kabile temelli hizmetlerin göstermiş olduğu gibi) başarılı olabilecek bir diğer stratejidir.

Kırsal bölgelerde sağlık hizmetine ulaşımın geliştirilmesi sıklıkla çok uçlu bir stratejiyi gerekli kılar. Sevk mekanizmalarını geliştirmek amacını taşıyan hastane sektörü reformlarına ve yoksulların temel hizmetlere ulaşımını geliştirmeyi hedefleyen reformlara ek olarak, insan kaynaklarında, yönetimde, ulaşım politikalarında da değişime gereksinim vardır.

Temel İlaçlarla İlgili Aktivite Programı (DAP) temel ve yüksek kaliteli ilaçlara eşit ulaşım anlayışı üzerine oturmuştur. Bu anlayışla hazırlanmış bir ilaç sepetinin, bütün coğrafi bölgelere ve özellikle de en çok izole edilmiş olanlarına ulaştırılmasının izlenmesi bu programın başarısını gösteren önemli bir ölçüttür. Çocukluk Hastalıklarının İntegre Yönetimi Programı, daha çok yoksul çocukları etkileyen (kızamık, sıtma, diyare ve akut solunum yolu enfeksiyonları gibi) hastalıklar için hizmeti geliştirmeyi hedeflemektedir.