

**DERLEME****SAĞLIK HAKKI VE EŞİTSİZLİKLER**

Tacettin İNANDI\*

**Sağlık Hakkı ve Yasal Durum**

Erişilebilir en üst düzeyde sağlık hizmeti insan olmanın getirdiği temel haklardan biridir ve bu nedenle hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit biçimde sunulmalıdır. Sağlıklı ve insanca bir yaşam, barış ve güvenliğe erişme ve sürdürmenin önkoşullarından biridir. Tüm insanların sağlıklı olması kalkınma ve gelişme açısından da zorunludur. Sağlığın önemini vurgulayan bu görüşler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in bir çok yayınında dile getirilmektedir (WHO; 1998), (Grant J.; 1990). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi: "Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır..." diyerek, sağlık hakkını insan haklarından biri olarak kabul etmiştir.

Aynı bildirgenin 2. maddesi insan hak ve özgürlükleri yönünden hiçbir ayırım gözetilemeyeceği ile ilişkilidir (ATO; 1998: 2-17). Gerek DSÖ gerekse ülkemiz anayasası sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanmada eşitlik ilkesini benimsemiştir. DSÖ'nün "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" adlı dökümanında eşitlikle ilgili şu tümceler yer almaktadır: "Eşitsizliklerin önlenmesi sağlık politikası geliştirme ve uygulama için başlangıç noktasıdır.... 2000 yılına kadar eşitsizlikler en az % 25 azaltılmalıdır..." Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasasının 56. maddesi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir...." diyerek sağlık hakkını anayasal olarak benimsemiştir.

Bu yasal duruma karşın sağlık ve eşitsizlikler uzunca zamandan bu yana tartışılan, derin eşitsizlikler ve uçurumların yaşandığı günümüz dünyasında da giderek önem kazanan bir konudur (Kunst AE., 1998), (Whitehead M.;1990).

**Yaklaşımlar**

Görüldüğü gibi sağlık hakkı ve bu haktan ayırım gözetmeksizin eşit olarak yararlanmak yasal açıdan üst düzey belgelerle onaylanmıştır. Ancak bu konuda sıkça kullanılan, sağlık hakkı, eşitlik, hakkaniyet ve eşitsizlik gibi terimlerin hem açık bir tanımı hem de bunların nasıl, kim tarafından sağlanacağı, sağlanamadığı durumlarda ne olacağı gibi konular belirsizdir.

Sağlık hakkı ve eşitlik konusunda ülkelerin benimzedikleri görüşler, sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılmasından, tamamen devlet tarafından yürütülmesine kadar geniş bir yelpazede dağılmıştır. Bununla birlikte dünyada hiçbir ülke sağlık hakkını tamamen serbest piyasa koşullarına bırakmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bile yoksullara devlet tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Her şeyin serbest piyasa koşullarında oluşmasını savunanlar, "Kişiler kendi çıkarlarını korurken toplum içinde en iyi olanını yapacaktır" varsayımından yola çıkmaktadır. Tüketime bu kadar özendirildiği bir dünyada, varlıklarda tüketmek alışkanlığı bir gereksinimi karşılamaktan öteye geçebilmektedir. Bir akşam yemeği için özel uçağı ile binlerce kilometre yol giden bir insanın buna ekonomik olanakları uygun olabilir. En az bizim kadar gelecek nesillerin de olan bu dünyadaki kaynakları sınırsızca, sorumsuzca tüketmek ve kirletmek toplum yararına olmadığı gibi, hak ya da özgürlüğe de dayandırılmaz. Benzer biçimde toplum için yararı tartışmasız olan bir arıtma sistemi kurmak bir şirket için karlı olmayabilir.

**Tanımlar**

Tanımlanması zor bir sözcük olan eşitlik sözcüğünün çoğu zaman diğer kavramlarla karıştırıldığı, ve herkesçe benzer anlamı olmadığı görülür. Sağlıkta eşitliğin bir tanımı "İdeal olarak herkese tam sağlık gizil gücüne (potansiyeline) ulaşma fırsatı verilmesi, başka bir deyişle kaçınılabir bir nedenle hiç kimsenin bu gizil güce ulaşmada dezavantajlı olmamasıdır" şeklinde yapılmıştır. Bu tanımdan hareketle sağlıkta eşitliğin amacı sağlık düzeyinde farklılıkları ortadan kaldırmak değil, sağlık düzeyinde farklılıklara yol açan kaçınılabir ve adaletli olmayan faktörleri azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır (Whitehead M.;1990).

DSÖ benzer biçimde eşitsizliği, "Yalnızca gereksiz ve kaçınılabir değil aynı zamanda haksız ve adaletli olmayan farklılıklar" olarak tanımlıyor. Tartışmalarda karıştırılan konulardan biri farklılıkla eşitsizliğin eşdeğer kabul edilmesidir. Tanımda da görüldüğü gibi her farklılık bir eşitsizlik değildir. Başka bir anlatımla eşitsizlik; haksızlık ve adaletsizlik yönü olan, kaçınılabir farklılıklar olup farklılıkların bir alt grubudur. Farklılıkları eşitsizlikle eşdeğer ka-

\* Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

bul etmenin tipik bir örneği "Beş parmağın beşi bir mi ki, insanlar eşit olsun" tümcesidir. Beş parmağın beşinin bir olmadığı doğru, ancak burada durumun eşitlikle ilgisi yanlıştır (Ökem ZG.:1996), (Whitehead M;1990:5).

Doğaya, biyolojik sürece ve gönüllü seçime dayalı kararlardan kaynaklanan farklılıklar eşitsizlik sayılmamalıdır. Şenel'e göre de eşitsizlik varlığın akıllı doğa (noosfer) düzeyinde gerçekleşir ve eşitsizlik yaratılıştaki farklılık değildir (Şenel A; 1997:83-90). Öngen ise toplumsal eşitsizliklerin belirleyicisinin olarak ekonomik eşitsizlikler olduğunu, ve eşitsizliklerin sınıflı toplumlarla başladığını ileri sürmektedir (Öngen T.;1998:91-92). Belek'e göre sağlıkta eşitsizlik eşitsizlik doğal değil toplumsal nedenlerden kaynaklanan, önlenemez, bu nedenle de kabul edilmez sağlıkla ilgili farklılıklardır (Belek İ.:1998:96-104).

Yaşlılarda yüksek tansiyon riski gençlere göre daha yüksektir. Ancak bu sosyal ve ekonomik nedenlerden çok biyolojik süreçle ilgili olup önlenmesi güçtür. Öğretmenlerle şoförler de trafik kazası geçirme ve varis riski birbirinden farklıdır. Bu farklılıklar kişilerin gönüllü seçimi ile ilgili eşitsizlik sayılmayacak durumlardandır. Ancak seçimle ilgili kararlar kimi zaman eşitsizliklere neden olabiliyor. Bu durum özellikle seçme şansının sosyal ve ekonomik nedenlerle önemli ölçüde kısıtlandığı durumlarda söz konusu olmaktadır. Örneğin ekonomik nedenlerle altyapı hizmetlerinin iyi olmadığı bir yerde sağlıklı bir konutta yaşamı seçenlerin karşılaştıkları riskler eşitsizliktir.

Sağlık ve eşitliğin değerlendirilmesinde sıklıkla; sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin dağılımı, kullanımı ve kişisel sağlık davranışları incelenir (Erengin HK., Dedeoğlu N.; 1998:105-109). Sağlık düzeyinde eşitliği sağlamak nereden ise olanaksız ve gerçekçi olmayan bir amaç gibi gözükmüyor. Kişilerin gönüllü olarak seçtikleri davranışlardan doğal değişikliklere kadar sağlığı etkileyen ancak eşitsizlik sayılmayacak etkenler, zorunlu olarak seçtikleri davranışlardan, sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel etkenlere kadar eşitsizlik yaratabilecek nedenler vardır. Burada önemli olan konu sağlıkta farklılıkların eşitsizlikle ilgili olup olmadığıdır. Kadınlarda göğüs kanseri riskinin erkeklerden fazla olması doğal nedenlerle ilişkili olup kaçınılmaz iken, kız çocuklarının eğitim durumlarının düşük olması kültürel nedenlerle ilgili olup kaçınılabılır ve kabul edilemez bir eşitsizliktir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlık düzeyinde eşitliği önemli ölçüde etkileyen belirleyicilerden biridir. Sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanmasında önerilerden biri bölgelerin nüfusuna dayalı olarak kaynakların eşit dağılımıdır. Kaynakların bölgelere göre dağıtımında nüfusla birlikte bölgelerin sağlık gereksinimleri ve koşulları da göz önüne alınmalıdır. Örneğin nüfusun dağınık, ulaşımın güç olduğu bölgede çalışan bir personel ile kentte çalışan bir personelin aynı sayıda kişiye eşit çaba ile hizmet vermesi zordur.

Sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlayıcı adil bir yaklaşım hizmetin gereksinime göre düzenlenmesidir; eşit gereksinimler için eşit ulaşım, eşit kullanım, herkese eşit kalitede

sağlık hizmeti bu yaklaşımın bileşenleridir. Eşit ulaşım ilkesi, sağlık altyapısının her bir coğrafyada ulaşımı eşit ölçüde kolaylaştıracak bir dağılımı gerektirir. Kaynakların zengin ve kentsel bölgelerde yoğunlaştığı durumlarda, küçük bir azınlık için kaynakların aşırı oranda yüksek teknolojiye harcandığı durumlarda eşit ulaşım ilkesi bozulur. Kaynakların eşit kullanımı sağlık hizmetlerinin yanı sıra, kültürel, ekonomik ve sosyal nedenlerden de etkilenir. Herkese eşit kalitede hizmet, toplumda kişilerin sosyal statüsünden çok gereksinimlerine dayanan adil bir işlem ve ilgide eşit fırsatı kabul eder (Whitehead M; 1990)

Sağlık düzeyinde, hizmetlere ulaşma ve kullanma ve kalitede mutlak bir eşitlik, doğal, biyolojik, ve bireysel gönüllü seçimler nedeni ile olanaksız gibi gözükmektedir. Buna karşın eşitsizliklere yol açan sosyal, ekonomik ve kültürel nedenler azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabılır.

#### Sosyal ve Ekonomik Eşitsizlikler

Sağlık hizmetleri sağlık düzeyini önemli ölçüde etkileyen belirleyicilerden yalnızca biridir. Sağlığın önemli bir diğer belirleyicisi ise sosyal ve ekonomik koşullardır. Ekonomik düzeyi düşük bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması düşüktür. Sağlık düzeyleri de ekonomik düzeyi iyi olanlara göre daha kötüdür. Yoksulluk, yetersiz beslenme ve sağlığın bozulmasında önemli bir etkidir. Yoksullar kalitesiz besin tüketimi, zararlı alışkanlıklar ve sağlığı tehdit eden risklere daha çok sunuk kalırlar ve daha da yoksullaşırlar. Tüm bu zorluklar sağlıklı, uzun ve üretken bir yaşamı engeller. Bu kısır döngü sağlıklı ve üretken olmayan yaşamlar, erken yaşta sakatlıklar ve erken ölümler üretir.

Dünyanın her yerinde yoksullar, varsıllara göre daha kısa yaşıyor ve hayatının daha fazla bir kısmını sakat olarak geçiriyorlar. Hastalık yükü yoksulların üzerinde ağırlaşırken, sağlık hizmetlerine ulaşmada, kullanmada ve kalitede varsıllara göre daha kötü konumda oluyorlar.

#### Dünyadan Eşitsizlik Örnekleri

Bilinen veriler ışığında, denebilir ki tarihin hiçbir döneminde ülkeler arası ve ülkeler içi eşitsizlikler bu kadar derinleşmemiştir. Kimi açlığın getirdiği malnutrisyon, düşük doğum ağırlığı gibi, kimi de aşırı beslenmenin getirdiği şişmanlık gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Şekil 1). Gelişmiş ülkelerde doğumda yaşam beklentisi 70 yaşın üzerinde iken az gelişmiş ülkelerde 50 yaşın altındadır. UNICEF'in 1996 yılı verileri ülkelere göre incelendiğinde; beş yaş altı ölüm oranının 1000 canlı doğumda 320 ile 4 arasında, anne ölümlerinin yüz bin canlı doğumda 0 ile 1800 arasında, ilkökula kayıt yüzdesinin 24 ile 100 arasında değiştiği görülmektedir (UNICEF; 1998: 36).

Gelir dağılımında da ülkeler arasında önemli farklılıklar yaşanmaktadır. Kişi başına gayri safi milli hasıla 43 ülkede 500 dolar ve altında iken, 14 ülkede 20000 doların üzerindedir. Mozambik'te kişi başına gayri safi milli hasıla 80 dolar iken Lüksemburg'ta 45360 dolardır (UNICEF; 1998: 34-37).

Eşitsizlikler dünyanın her yerinde değişik boyutlarla yaşandığı görülüyor (Whitehead M.;1990). Bunun bir göstergesi de dünyanın en varlıklı ülkelerinde bile yaygın olarak görülen evsizlik sorunudur. UNICEF'in hazırladığı "Ulusların Gelişmesi" adlı raporda; "İnsanlar, bir yanda aşırı zenginliğin, diğer yanda evsiz barksızlığın var olması ve bu uçurumun daha da büyümesi konusunda duyarsız kaldıkça, toplum sözleşmesi, toplum dayanışması, geleceği düşünme, kamu ahlakı gibi kavramlar da bir kenara itilmektedir" görüşüne yer vermektedir. (Ulusların Gelişmesi; 1998: 34-37).

### Türkiye'de Eşitsizlik Örnekleri

Türkiye'de birçok alanda olduğu gibi bu alanda da veri ve bilgi eksikliği vardır. Bununla birlikte eldeki sağlık düzeyi ölçütleri bölgelere, kırsal kente, cinsiyete, eğitim düzeyine, sosyal ekonomik düzeye göre farklılıklar gösterir. Doğu batıya göre eğitim, sağlık, beslenme düzeyi vb. gibi bir çok alanda geri kalmıştır.

Türkiye dünyada ortalama gelir düzeyine sahip ülkeler arasındadır. Kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla 1998 yılında 3 156 dolardır. İllere göre 1997 yılında kişi başına gayri safi yurtiçi hasılası hesaplandığında Kocaeli 7882 dolarla birinci, Ağrı ise 744 dolarla sonuncu il olmuştur. Bölgelere göre gayri safi yurtiçi hasıla 1997 yılı sonuçlarına göre, Marmara Bölgesi %37.9 ile en yüksek, Doğu Anadolu Bölgesi % 4.0 ile en düşüktür (DİE: 1999).

Kişisel gelir dağılımındaki bozukluğu gösteren bir ölçüt gini katsayısıdır. Gelir dağılımının eşit olarak paylaşıldığı durumda gini katsayısı 0'a, toplam geliri 1 kişinin aldığı durumlarda gini katsayısı 1'e eşit olur (DİE; 1997). Gini

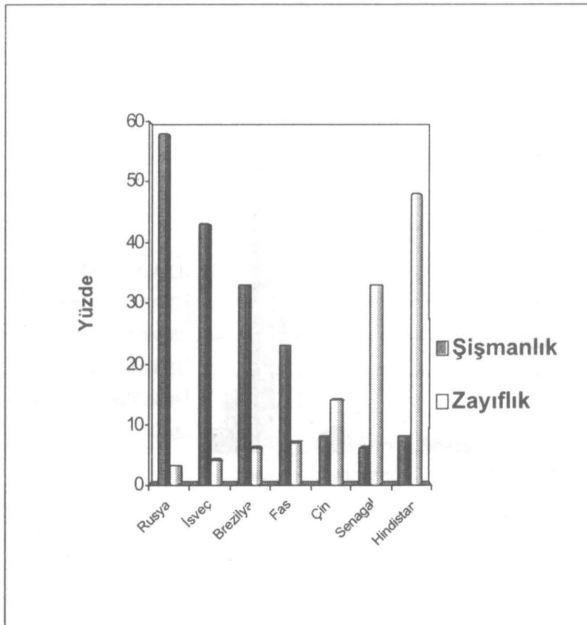
katsayısı gelir dağılımının en bozuk olduğu Marmara Bölgesinde 0.56, en iyi olduğu Doğu Anadolu bölgesinde 0.37'dir. Marmara bölgesinde % 20'lik dilimlere göre gelir dağılımını Şekil 2'de gösterilmiştir. Gelir dağılımında bozukluk sağlık, eğitim, beslenme ve konut gibi bir çok hakkın yerine getirilmesinde engel oluşturmaktadır.

Ülkemizin doğusu ile batısı arasında hemen her alanda önemli eşitsizlikler vardır. Hizmete erişme ve kullanma açısından doğu ve batı arasındaki farkı bir örnekle gösterecek olursak; Yeterli doğum öncesi bakım alma yüzdesi batıda % 44.6 iken doğuda % 8.9'dur. Benzer şekilde bu oran kentsel bölgelerde % 34.3 iken kırsal bölgelerde % 11.0'dır (Akın A.; 1996: 133-138).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kadın olmanın getirdiği sosyal ve ekonomik koşullar, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizliklerin önemli bir nedenidir (Standing H.; 1997: 1-14). Cinsiyet ve eşitsizlikler arasındaki ilişki doğrudan bir ilişki değildir. Eşitsizliğin buradaki nedeni toplumların cinsiyete yüklediği roller ve değerlerdir. Türkiye'nin, orta öğretime kayıtlı erkek çocuklarının yüzdesi kızlardan 22 puan daha yüksektir ve dünya sıralamasında sondan dördüncüdür (UNICEF; 1998: 34-37). Bu nedenle DSÖ'nün, eşitlikçi ve etkin bir sağlık politikası belirlenmesinde cinsiyet bakış açısının göz önünde bulundurulması önerisine herkesten çok gereksinmemiz var gibi gözüküyor (WHO; 1998: 23).

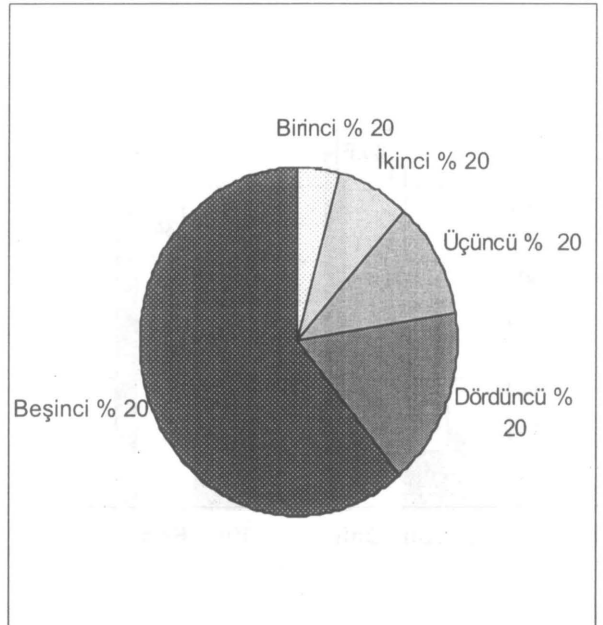
Sağlık altyapısında dağılım dengeli değildir, özellikle doğu illerinde gerek sağlık insan gücü gerekse bina araç ve gereç yönünden gereksinimleri karşılayacak düzeyde değildir. Hekimlerin % 47'si, hastane yataklarının % 39'u Türkiye nüfusunun % 25'ini oluşturan üç büyük ilde top-

Şekil 1: Seçilmiş Ülkelerde Aşırı Kilolu ve Beş Yaş Altı Düşük Ağırlıklı Yüzdesi (1993)



Kaynak: DSÖ, 1998

Şekil 2: Marmara Bölgesinde Gelir Dağılımının %20'lik Gruplara Göre Dağılımı (1994)



Kaynak: DİE, 1997

lanmaktadır (Sağlık Bakanlığı; 1996), (DİE;97). Hastane yönetmeliklerinde hastane başına bir diyetisyen olması gerektiği belirtilmesine karşın Ankara'da bazı hastanelerde ondan fazla diyetisyen bulunduğu, diğer bir çok il hastanesinde ise diyetisyen bulunmadığı bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı; 1996).

Sağlık personelinin 1992 yılında illere göre dağılımı incelendiğinde; bir hekime düşen nüfusun 349 ile 3801, bir diş hekimine düşen nüfusun 2304 ile 262006, diğer sağlık personeli başına düşen nüfusun ise 273 ile 1447 arasında değiştiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı; 1992). Dağılımındaki dengesizliğin derecesi personel durumuna göre değerlendirildiğinde 113 kat ile diş hekimleri ilk sırada, 11 kat ile hekimler ikinci ve 5 kat ile diğer sağlık personeli gelmektedir. Ankara, İstanbul ve Kars'ta 1994 yılında sağlık personeli başına düşen nüfus Şekil 4'te gösterilmiştir. Kars'ta çalışan bir sağlık personeli Ankara ya da İstanbul'da çalışan bir meslektaşına göre kat kat daha fazla kişiye, üstelik daha zor koşullarda bakmakla karşı karşıyadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında çıkardığı bir kitapçıkta, özelleştirmenin sağlık personeli dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı yönde etkisi olacağı ileri sürülmektedir. Oysa aynı kitapçıkta verilen iki grafik bunun tersini göstermektedir. Sağlık personelinin çalıştığı kurumlara göre dağılımını inceleyen grafiğe bakıldığında, çoğunlukla özel sektörde çalışan eczacı(% 85), diş hekimi(% 71) ve uzman hekim(% 33) dağılımının, aynı zamanda bölgesel dağılım dengesizliğinin en derin meslek grupları olduğu da aynı kitapçıkta gözükmektedir (Sağlık Bakanlığı; 1992;1-22, 2-5). Türkiye'deki özel hastanelerin % 41'inin İstanbul'da olması da, özelleştirmenin sağlık hizmetlerine ulaşma ve

kullanmada eşitsizlikleri artıracasının güçlü bir göstergesidir (Soyer A.;1995).

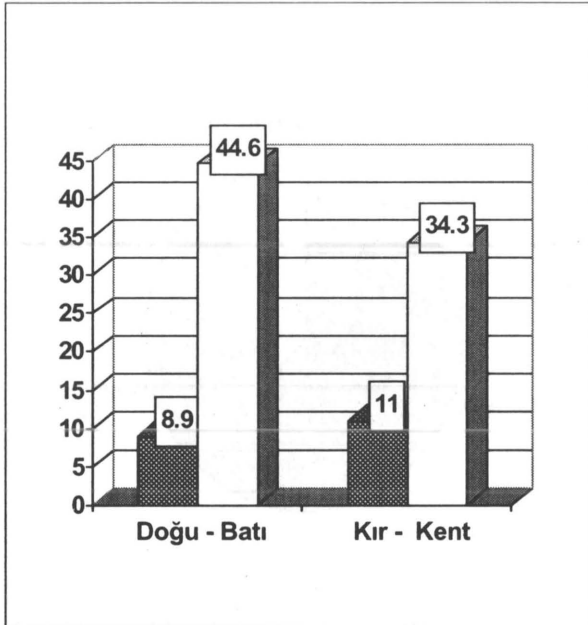
### Özelleştirme ve Eşitsizlikler

Sağlık alanında eşitsizlikleri azaltacak yöndeki ilk girişim 1871 tarihinde Osmanlı döneminde olmuştur. "İdare-i Umumiye-i Tıbbiye" adıyla çıkartılan bir tüzük ile yoksul hastaların muayene ve tedavisi yapılmaya çalışılmıştır (Fişek N.; 1963:107). Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında "halkçılık" ilkesi ile filizlenen ve 60'lı yıllarda netleşen çağdaş bir sağlık politikası gelişmiştir. Aynı ilkeden hareketle 224 sayılı yasada sağlık hakkı, "Sağlık hizmetlerinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır" şeklinde yasalaşmıştır. "Herkes eşit hizmet, gereksinimi olana daha fazla hizmet" anlayışı ile bu dönemde ilk sağlık ocağı Muş'ta kurulmuştur. Son dönemde ise sağlık politikamızı belirleyen ilkesel kararlarda değişiklik çabaları gündeme gelmiştir. Bu çabaların bir sonucu olarak sağlıkta özelleştirme hem yasal hem de eylemsel düzeyde gerçekleşmiştir (TTB; 97).

Özel sektör ağırlıklı uygulamalar sağlıkta eşitsizliği artırıcı yönde etki göstermektedir. DSÖ' ne göre orta düzey geliri olan ülkelerde özel sağlık sektörünün hızla büyümesi sağlık alanında karmaşık bir etki yaratmıştır: Ücret artışı, hizmetin etkin olmaması ve sağlık hizmetlerine ulaşımda eşitsizlik bu etkilerdendir (WHO; 1998:7), (TTB; 97).

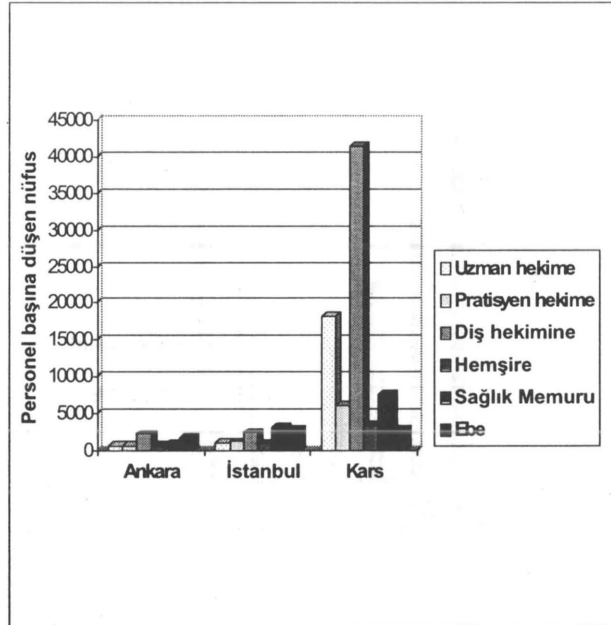
Durum böyle iken Türkiye'de eşitsizliklerin giderilmesinde çözüm olarak özelleştirme gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı; 1992). Sağlık kuruluşu ve insan gücünün büyük bir kısmının üç büyük ilde toplandığı bir ortamda özelleştirme ile dağılımdaki bu bozukluk daha da derinleşebilir. Özelleştirmenin, bir yanda varıl bir azınlık ve bunların

Şekil 3: Türkiye'de Yeterli Doğum Öncesi Bakım Alımı (%)



Kaynak: Akın, 1996

Şekil 4: Bazı İllerde Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus (1994)



Kaynak: DİE, 1997

her türlü sağlık hizmetini bulabildiği, en ileri teknoloji ile donatılmış hastaneler ve bunların varıl doktorları, öbür yanda aşılanamadığı ve beslenemediği için ölen ya da sakat kalan binlerce çocukla, bunların işsiz veya yoksul doktorlarından oluşan bir ülkenin yaratılmasında katkısı olabilir (Fişek N.; 97: 160-167), (Yıldırım HH.; 1998:138-139).

### Sonuç ve Öneriler

Sağlıkta eşitsizlik doğal nedenlerle değil toplumsal nedenlerle ortaya çıkan, önlenemez, haksızlık ve adaletsizlik boyutu olan bu nedenle de kabul edilemez farklılıklardır.

Sağlık hakkı yasal olarak tanınmasına karşın, dünyanın hemen her yerinde çok sayıda insan sağlık hakkından yararlanamamakta, temel insan hakları kağıt üzerinde kalmaktadır. Bunun sonucu olarak milyonlarca çocuk, milyonlarca insan erken ölmekte ya da sakat kalmaktadır.

Ülkemizde sağlık altyapısı dağılımında, bölgeler arası ve kadın erkek arasında sağlık ölçütlerinde kabullenilmesi güç eşitsizlikler vardır. Başta gelir dağılımında olmak üzere eşitsizlikler, sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicileri bakımından da geçerlidir. Kişi başına gayri safi milli hasılası 1000 doların altında olan 11 ülke beş yaş altı ölüm oranını 50'nin altına indirmeyi başarmış iken, kişi başına 3000 dolar kazanan ülkemizde beş yaş altı ölüm oranınının 64 olmasını yoksulluğa bağlamak inandırıcı değildir (UNICEF;1998:34).

Sağlık personeli dağılımındaki dengesizliği gidermenin yolu personelin az olduğu yörelerde özendirici önlemler almaktır. Bu önlemler arasında ücret artışı, lojmanların iyileştirilmesi, çalışanlar ve ailelerinin, sosyal ve kültürel yönden gereksinimlerini karşılayacak altyapıların sağlanması vardır. Bunların yanı sıra sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde çalışma ortamı için gerekli motivasyon sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin başarılı olabilmesi için kuşkusuz birçok alanda sektörler arası işbirliğine gereksinim vardır. Özel sektörde dahil olmak üzere, diğer hükümet dışı kurum ve kuruluşların da dayanışmacı ve eşitlikçi bir yaklaşım içerisinde sorumlulukları olmalıdır. Ancak sağlık, eğitim, beslenme, konut gibi temel insan hakları serbest piyasa koşullarına bırakılmamalı, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde halkçılık ilkesinden ayrılmamalıdır.

Eşitsizlikler kanıksanmamalı ve doğal bir sonuç gibi algılanmamalıdır. Eşitsizliğin sosyal ekonomik ve kültürel nedenlerini azaltıcı politikalar benimsenmelidir. Kaynakların bölgelere dağıtımında nüfus ile birlikte gereksinimler de göz önüne alınmalıdır.

Eşitsizliklerin izlenmesi ve gözetimi amacına yönelik yeterli veri toplanmamaktadır. Sağlık bilgi sistemine eşitsizlikleri gözetleme, izlem ve değerlendirebilecek nitelikler kazandırılmalı, benzer amaçla bakanlığın çıkardığı istatistik yıllığı eşitsizlikler hakkında bilgi verecek şekilde düzenlenmelidir.

Sağlık politikalarının eşitsizlikleri azaltıcı yönde geliş-

tirilmesi bir çok açıdan zorunluluktur: Toplumsal dayanışma, işbirliği, ahlak, barış ve güvenliğin geliştirilmesi, ekonomik ve sosyal gelişmenin sağlanması için bir zorunluluktur. Uluslar arası sözleşmelerin, anayasamızın ve çağdaş bir ülke olmanın zorunluluğudur.

### KAYNAKLAR

Akın A., (Editör), (1996), Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçları, 133-138.

Ankara Tabip Odası, (1998), İnsan Hakları ve Etik Bildirge.

Belek İ., (1998), Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenemez ve Kabul Edilemez Bir Ekonomi Politik Sorunu, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2):96-104.

Devlet İstatistik Enstitüsü, (1997), Hanehalkı Gelir Dağı.

Devlet İstatistik Enstitüsü, (1997), 1997 Nüfus Sayım Son.

Devlet İstatistik Enstitüsü, (1999), (<http://www.die.gov.tr>)

Erengin HK, Dedeoğlu N., (1998), Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2):105-109.

Fişek N, Dirican R., (Der.), (1997), Sağlık Yön.TTB: 12-13.

Grant J., (1990), Dünya Çocuklarının Durumu. Ankara.

Ökem ZG., (1996), Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Analizi, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 11(72):67-72.

Öngen T., (1998), Eşitsizliğin Sınıfsal Temelleri, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2):91-2

Kunst AE, Machenback JP., (1998), Measuring Socioeconomic Inequalities In Health, World Health Organization Regional Office For Europe, COPENHAGEN.

Philip A., (1998), Varlık İçinde Darlık, Ulusların Gelişmesi, UNICEF: 29-32.

Soyer A., (1995), Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(67):92-102.

Standing H., (1997), Gender, vulnerability and equity in health sector reform programmes: a review. Health Policy and Planning 12, (1): 1-18.

Şenel A., (1998), Eşitlik Eşitsizlik Üstüne, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(2):83-90.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1992), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje. Ankara.

TC SB. Sağlık İstatistikleri, (1996), Yayın no: 595.

TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1996), Sağlık İnsan Gücünde Mevcut Durum Raporu.

TC. Hükümeti ve UNICEF, (1998), Türkiye'de Çocukların ve Kadınların Durumu. ISBN 92-806-3246-9.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, (1998), İnternet Sayfası, (<http://www.saglik.gov.tr>)

TTB, (1997), Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği, TTB.

UNICEF, (1998), Ulusların Gelişimi: 34-38.

WHO, (1998), Health For All In The Twenty-First Century. World Health Organization.

Whitehead M., (1990), The concepts and principles of equity and health. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, (discussion paper EUR/ICP/RPD 414).

Yıldırım HH., (1998), Az Gelişmişlik ve Sağlık İnsan Gücü Kaynaklarının Kötü Dağılımı, TTB Yayını, 13(2):138-9.