

SAĞLIK ALANINDA ARTAN SORUNLAR VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ'NÜN (DSÖ) AZALAN ETKİNLİĞİ

Dr. Semih ŞEMİN*, Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**

GİRİŞ

Bilindiği gibi son yıllar her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleriyle de ilgili olarak ulusal ve uluslararası düzeyde bir çok önemli değişimin gündeme geldiği bir dönem olmuştur. Bu dönemdeki değişimlerle ilgili ayrıntılı değerlendirilmesi gereken bir çok yön olmakla birlikte, serbest piyasa ekonomisinin kurallarını geçerli kılmaya yönelik girişimlerin belirleyici faktör olduğu söylenebilir. Aynı zamanda sağlık alanında yaşanan sorunların ve çözümlerin de artan bazı olumsuzluklar ve eşitsizliklerle birlikte, bir çok ülkede daha büyük bozulmalara ulaştığını belirtmek gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF, Dünya Bankası gibi sağlıkta uluslararası kuruluşların da yaşanan bu değişimlerden önemli oranda etkilenmesi sözkonusu olmaktadır. Bu kuruluşların olan ve olması gereken işlevleri ile ilgili eleştirel bir değerlendirme süreci önem kazanmaktadır. Bu tür bir eleştirel değerlendirme sağlık alanında en önemli uluslararası kuruluşlardan biri olan DSÖ açısından da son zamanlarda artan oranda gündeme gelmektedir.

Bununla birlikte DSÖ ile ilgili yoğunlaşan eleştirel bir değerlendirme süreci ülkemizde yeterli düzeyde yankı bulmamakta, bu konuya ilişkin çalışmalar yok denecek kadar az düzeyde bulunmaktadır. Bu nedenle uluslararası alanda sağlıkla ilgili en önemli organizasyonlardan olan DSÖ'nde artan sorunlar ve eleştirilere ilişkin genel bir değerlendirme yapmak açısından bu çalışma gündeme getirilmiştir.

TARİHSEL GELİŞİMİ İÇERSİNDE DSÖ: BAZI TEMEL DÖNÜM NOKTALARI

Bilindiği gibi DSÖ 1948 yılında kuruluşundan günümüze değil değişen koşullar ve sorunlar nedeniyle örgütsel yapısı, program ve perspektiflerine yönelik önemli değişimler geçirmiştir. Çok genel hatlarıyla belirtmek gerekirse DSÖ'nün 50 yıla yaklaşan geçmişinde üç temel dönemin olduğu söylenebilir (1). Bu dönemlerin bazı önemli özellikleri ve nitelikleri aşağıda verilmiştir:

A - 1948-1973 Dönemi : Sağlık Sorunlarına Teknik Yaklaşım

DSÖ'nün 1948 yılındaki kuruluşundan 1970'li yılların başına kadar geçen ilk 25 yıllık dönemine damgasını vuran temel strateji, apolitik bir yaklaşım içerisinde önemli bazı hastalıklara yönelik tıbbi ve teknik bir çalışma anlayışını gündeme getirmek olarak değerlendirilebilir(1). DSÖ bu dönemde politik, kültürel her türlü çelişki ve çatışmalardan uzak kalmayı temel bir ideoloji olarak benimsemiştir.

Örneğin 1952'de DSÖ aile planlaması programlarını dinsel ve politik nedenlerle düzenlememeye karar vermişti(2). DSÖ ancak 15 yıl sonra bu konuda sadece isteyen ülkelere aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmetleri verilmesini benimseyerek bu kararını hafifletti. Yine bu dönemde DSÖ içerisinde "sağlık sigortası" modelini eleştiren çalışmalar bile özellikle ABD tarafından fazla politik bulunarak engellenmeye çalışılmıştı(1).

Her türlü "politik" çatışmadan uzak bir çalışma anlayışı içerisinde DSÖ'nün en önemli başarısı çiçek hastalığının eradikasyonunun sağlanması oldu. Aynı zamanda tıbbi teknolojide özellikle ilaçlar ve DDT gibi pestisidler konusunda yapılan ilerlemeler sıtma, tüberküloz vb. hastalıklarında benzer şekilde eradikasyonunun sağlanabileceği konusunda artan bir iyimserliğe neden oldu(1).

* Halk Sağlığı Doktoru

** Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi, Prof.

Bununla birlikte bu dönemin sonlarına doğru özellikle az gelişmiş ülkelerde sıtmanın eradikasyonu çalışmalarında karşılaşılan güçlükler ve başarısızlıklar "hastalık merkezli" vertikal programların da yetersizliğinin bir göstergesi oldu. Sıtmanın eradikasyonunda yaşanan başarısızlıkta her ne kadar DDT'ye direnç kazanılması önemli bir etken olarak belirlenmişse de az gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerin çok büyük boyutları da göz ardı edilemeyecek bir diğer neden olarak ortaya çıkmıştı.

B - 1973-1988 Dönemi : Sağlık Sorunlarına Global Yaklaşım:

1960'ların başından itibaren bağımsızlıklarını yeni kazanan bir çok yeni devletin DSÖ'ye katılması ile birlikte, bu örgüte üye devletlerin sayısı kurulduğu yıllardaki sayının yaklaşık iki katına çıktı (2). Bu durum her devletin yaptığı mali katkı düzeyine bakılmaksızın bir oy hakkına sahip olduğu DSÖ'nün parlamentosu niteliğinde olan Dünya Sağlık Asamblesi'nde kararlar için gerekli olan üçte iki çoğunluğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin birlikte hareket etmeleri halinde sağlayabilmesi anlamına da gelmekteydi.

Bu dönemde sağlık hizmetlerinde ülkeler ve bireyler düzeyinde var olan eşitsizliklerin artan boyutlarının ve o dönemde dünya genelinde var olan politik atmosferin, hakim olan statükocu yaklaşımların değişmesi gereksinimini arttırdığı belirtilmelidir. 1970'lerde dünyada 800 milyon kişinin mutlak yoksulluk içinde yaşadığını, ölümlerin 1/3'ünün 5 yaş altında olduğunu, az gelişmiş ülkelerde nüfusun %80'inin sağlık hizmetlerine ulaşamadığını belirtmek gerekmektedir(3). Yine bu dönemde Çin, Küba gibi sosyalist ülkelerde sağlık hizmetlerinde uygulanan alternatif modeller ve bunların getirdiği bazı olumlu sonuçlar hem gelişmekte olan ülkelere hem de DSÖ'nde önemli etkiler yaratmıştı.

Yaşanan bu değişimler ve sıtma eradikasyonundaki başarısızlıkla birlikte, 1970'li yıllarda tıkanan 1950-1970 döneminin tıbbi-teknik ağırlıklı yaklaşımı yerine DSÖ'nde yeni program ve perspektif arayışları özellikle Dr. Halfden Mahler'in 1973'te Genel Direktör olmasıyla artan bir hız kazandı(1). 1970'lerde sağlıkla ilgili sorunların, çelişkilerin ve eşitsizliklerin artan boyutları, politikasının temellerini "uzlaşma" zeminine dayandırmakla ve kapitalizmin egemen ideolojisinin sınırlarının dışına çıkmamakla birlikte, eşitlik, insan hakları, sosyal adalet gibi kavramlardan etkilenen bir DSÖ'nün ortaya çıkmasına neden oldu. Bu durum teknik özellikleri ağır basan bir DSÖ yerine, sağlığını sosyal ve ekonomik yönlerini de göz önüne alan bir DSÖ yönünde değişimin yaşanmasını gündeme getirdi.

Bu değişimin en önemli ve en somut ifadesi de 1978 yılında DSÖ ve UNICEF tarafından düzenlenen bir konferansta kabul edilen "Alma-Ata bildirgesi" ve onun "temel sağlık hizmetleri" politikası çerçevesinde "2000 yılında herkese sağlık" hedefi olmuştur. Teorik olarak bir çok olumlu yönlerine rağmen kapitalizmin egemen ideolojik anlayışından bir kopuş niteliği taşımayan, yaşamın "gerçeklerinden" uzak bir "iyiniyet" ifadesi niteliği ağır basan Alma-Ata Bildirgesi, pratikte uygulanmasında özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere büyük sorunlarla karşı karşıya kaldı(3).

Bununla birlikte bu girişimlerin getirdiği değişim eski çizginin devam etmesini savunan ABD gibi ülkelerin önemli tepkisiyle karşılaştı. Örneğin bu dönemde gelişmiş ülkelerle ve özellikle ABD ile bebek mamaları ve temel ilaçlarla ilgili DSÖ'nün belirlediği politikalar önemli çelişkiler içermekteydi(1). Bu konular bir yönüyle de en göze batan, kapitalizmin vahşi yüzünün sağlık alanında en fazla gözüktüğü konulardı ve bu alanlarda bazı düzenlemelerin yapılmasına dahi gelişmiş ülkelerin ekonomik çıkarlar nedeniyle önemli bir direnç göstermesi söz konusuydu.

Özellikle ABD, DSÖ'nün bu tür konularla uğraşmasını politik bir tavır olarak değerlendiriyor ve anne sütünün desteklenmesine ve bebek mamalarının kullanım kurallarının belirlenmesine ilişkin Dünya Sağlık Asemble'sinde yapılan oylamada 119 devlet arasında tek aleyhte oy kullanan devlet durumunda kalıyordu(2). Aynı şekilde 1977 yılında belirlenen DSÖ'nün temel ilaçlar programı da gelişmekte olan ülkelerin ilaçlarla ilgili temel gereksinimlerini saptanmasına yönelik bir politika içersinde bu ülkelerin ucuz ve güvenilir ilaçları kullanmasının teşvik edilmesine, kendi ilaç sanayilerinin geliştirilmesine yönelikti. İlaç tekellerinin özellikle ilk dönemlerde büyük tepkisini çeken bu program pratikte bazı temel ilaçlarda patentli ve pahalı ticari isimli ilaçlar yerine ucuz eşdeğerlerine ağırlık verilmesini (jenerik ilaç) öngörüyordu(4).

En büyük 18 ilaç tekelinin 11'inde ortaklığı yada sahipliği bulunan bir ülke konumunda olan ABD bu politikalara ilişkin DSÖ'ye mali yardımlarını kısıtlama düzeyine kadar varan sert bir tepki göstermiştir(2). Daha sonraki dönemlerde ise bu programın sınırlı niteliği "anlaşılmıca", DSÖ ile ilaç tekellerinin bu alanda ortak eğitim programlarına başlaması, hatta jenerik ilaca karşı çıkan bazı ilaç tekellerinin daha sonra az gelişmiş ülkelere yönelik jenerik ilaç temelinde üretim dahi yapması gündeme gelmiştir(4).

1980'lerden sonra artan ekonomik kriz ve uygulanan Dünya Bankası-Uluslararası Para Fonu

(IMF) kaynaklı "istikrar" programları az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinde ve göstergelerinde büyük olumsuzluklara neden oldu. "Yapısal Düzeltme", "Yapısal Uyum", vb. adlarla anılan ve artan ekonomik krizin yükünü az gelişmiş ülkelere büyüyen borç cenderesinin de yardımıyla yıkmayı hedefleyen bu önlemler paketinin, sosyal ve kamu harcamalarının kesilmesi, özelleştirme, dış ticaretin liberalleştirilmesi, sürekli devaluasyon gibi "iyi bilinen" özellikleri bulunmaktaydı(5). Bu uygulamalarla 1982-1987 döneminde güneyin az gelişmiş ülkelerinden kuzeyin gelişmiş ülkelere aktarılan kaynağın yaklaşık 287 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır(6). Bu durumun doğal sonucu olarak ta bu ülkelerde yoksulluğun ve eşitsizliklerin önemli oranlarda artışı gündeme geldi. Öyleki 2000 yılında yoksulların sayısının 1980'li yıllardan daha da fazla olacağı bu programları hazırlayanlar tarafından bile dile getirilmektedir(7).

Bu programların etkisiyle 1985 yılında sağlık eğitim gibi alanlarda harcamalar 1980 yılına göre Afrika ülkelerinde %26, Güney Amerika Ülkelerinde %18 azalmış durumdaydı(7). Yine Afrika ülkelerinin bir çoğunda bu programın en hızlı uygulandığı 1980-1985 döneminde bebek ölüm hızları %4 ile %54 arasında artışlar gösterdi(5). Yalnızca 1988 yılında yaklaşık 500 bin çocuğun "istikrar programlarının" doğrudan ya da dolaylı etkileri yüzünden öldüğü tahmin edilmektedir(5).

DSÖ'nün 1973-1988 dönemi Genel Direktör Dr. Halfden Mahler'in karizmatik kişiliğinde, sağlık hizmetlerinin "temel sağlık hizmetleri" yaklaşımı çerçevesinde, tümelci bir perspektifle ele alındığı ve savunulduğu bir dönem olarak nitelenebilir. Bu yaklaşımın uygulanması, gelişmiş ülkelerin ekonomik çıkarlarına aykırı düştüğü yerlerde onlar tarafından engellenmesi ve az gelişmiş ülkelerde de varolan sosyo-ekonomik koşullardaki "istikrar programları" gibi olumsuz etmenler nedeniyle istenilen düzeylere ve hedeflere ulaşmadı. Bu "iyiniyetli" program az gelişmiş ülkelerle gelişmiş ülkelerin çıkarlarını kapitalizmin sınırları çerçevesinde uzlaştırma temelinde olduğundan, artan ekonomik krizle birlikte ağırlaşan sağlık sorunlarının ve çelişkilerinin nedenlerini, çözüm yollarını nesnel olarak tespit etmekten uzak kaldı(3).

Yine bu programın uygulanmasında çalışmalarını ağırlıklı olarak vertikal programlara dayalı olarak yapan UNICEF ile DSÖ arasında bir çok uyumsuzluk ve çelişki de gündeme geldi(1). Ortaya çıkan bu ve benzeri çelişkiler pratikte bu programın uygulanması ile ilgili sorunları arttıran etkenlerden biri oldu.

Bunlarla birlikte az gelişmiş ülkelerin DSÖ'de

artan sayısal üstünlüğüne rağmen politikaların belirlenmesinde ve uygulanmasında gelişmiş ülkelerin hakimiyeti de devam etti. DSÖ ancak "bebek mamaları" olayında olduğu gibi artan kamuoyu baskısını ve desteğini büyük oranda hissettiği bazı konularda bu ülkelerle çelişkiye düştü. Bu kadar açık bir desteğin olmadığı sigara ve alkol gibi diğer bazı sağlığı olumsuz etkileyen faktörleri önlemeye yönelik girişimlere, bu alandaki tekellerle, dolayısıyla gelişmiş ülkelerle olası çatışmalardan kaçınma yaklaşımının da etkisiyle gereken ağırlık verilmedi. Bu konuda belirtilmesinde yarar olan önemli bir nokta, 1990 yılında 190 milyar dolara varan dünya alkol tüketiminin boyutlarının aynı 170 milyar dolar civarında olan tüm az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarının toplamından daha büyük olmasıdır(1,8).

C - 1988 ve Sonrası : Değişen Dünya ve Değişen DSÖ

Özellikle 1980'ler sonrası artan ekonomik kriz ve serbest piyasa ekonomisi temelinde "yükselen değerlerle" birlikte, 1988 yılında DSÖ'nün Genel Direktörlüğüne Dr. Hiroshi Nakajima'nın seçilmesi sonrasında gelişen süreç bu örgütte bir çok önemli değişimleri gündeme getirdi. Bu süreçte bir önceki Genel Direktör Dr. Halfden Mahler'in karizmatik kişiliğinde sağlanan "konsensusun" da ortadan kalkmasıyla birlikte, DSÖ içinde yaşanan sorunların ve çelişkilerin büyüyen boyutları, bu örgüte yönelik eleştirilerin de önemli oranda artmasına neden oldu. Bu dönemde DSÖ'de ortaya çıkan değişimler ve sorunlar temel olarak DSÖ'nün mali yapısında, yönetsel işleyişinde, program ve perspektiflerinde ortaya çıktı:

1 - Mali Sorunlar :

Son yıllarda artan ekonomik kriz tüm Birleşmiş Milletler örgütlerini olduğu gibi DSÖ'nüde önemli oranda etkilemiştir. DSÖ bütçesinin son 13 yıldır önemli bir artış göstermediği hatta enflasyon karşısında gerilediği belirtilmektedir(9). Bununla birlikte DSÖ'nün bütçesinin çok büyük bir kesimini sağlayan gelişmiş ülkeler de bu örgütün harcamaları üzerinde kontrollerini arttırmak istemektedirler. Örneklenirse 1990'lı yıllarda ABD tek başına DSÖ bütçesinin yaklaşık %25'ini sağlarken 50'ye yakın ülkenin bu örgüte mali katkısı olmamıştır(1). Gelişmiş ülkeler aynı zamanda, harcamaların da daha fazla kendilerine yönelik yapılmasını istemektedirler. Örneğin Avrupa bölgesinin DSÖ bütçesinin %50'sini sağladığı, fakat bu bütçeden %6 oranında yararlandığı ve bu oranın artırılması gerektiği belirtilmektedir(10).

Bu durumda gelişmiş ülkeler düzenli bütçe kaynaklarının arttırılması yerine, düzenlenmesi ve de-

netimi kendi kontrollerinde, olan AIDS, sıtma vb. hastalıklara yönelik vertikal programlara DSÖ bütçesi dışından mali kaynak ayrılmasını gündeme getirmektedir. Örneğin 1970-1971 mali döneminde DSÖ düzenli bütçesi 75 milyon dolarken bütçe dışı kaynaklar 25 milyon dolardı. 1990-1991 döneminde ise düzenli bütçe kaynakları 654 milyon dolar iken bütçe dışı kaynaklar 770 milyon dolar olmuştur(1). Görüldüğü gibi bütçe dışı mali kaynaklar DSÖ'de düzenli bütçe gelirlerinden daha fazla konuma gelmiştir. Bütçe dışı kaynaklar Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ve gelişmiş ülkelerin katkılarından oluşmaktaydı. Bu tür vertikal programların belirlenmesinde ve yürütülmesinde DSÖ'nün kontrolü yeterli düzeyde olmamakta, aynı zamanda temel sağlık hizmetlerinin tümelci yapısının gelişimi de böyle programlarla daha zorlaşmaktadır.

DSÖ'nün mali kaynaklarının kısıtlılığı ile birlikte, bu mali kaynaklarının kullanımında belirlediği öncelikler önemli bir eleştiri konusudur. DSÖ düzenli bütçesinin doğru bir stratejik yaklaşım eksikliğiyle ve gelişmiş ülkelerin tercihlerini yansıtan nedenlerle, daha çok "grup çalışmaları", "çalışma gezileri", "burslar" vb. alanlara ayrılması bu örgütün temel sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde katkılarını azaltan unsurlar olmaktadır(9).

DSÖ'nün mevcut kaynakları yeterli düzeyde değerlendirmesinde ve öncelikleri özellikle sağlık problemlerinin en yoğun olduğu az gelişmiş ülkelerin gereksinimleri doğrultusunda belirlemesinde önemli eksiklikler ve yanlış tercihler söz konusudur. Örneğin 1991 yılında DSÖ'nce özellikle Afrika'da olmak üzere bazı az gelişmiş bölgelerde en önemli sağlık problemi olarak değerlendirilen sıtma hastalığı ile mücadelede, aynı yıl Dünya Sağlık Asemblası toplantısı için ayrılan mali kaynağın ancak beşte biri kadar bir kaynak ayrılmıştır(11). DSÖ harcamalarında bebek ölümlerinin en önemli nedenlerinden olan akut solunum yolu enfeksiyonlarına, diyareli hastalıklara ayrılan kaynaklar ağız sağlığına ya da nörolojik hastalıklara ayrılandan daha az olabilmektedir(12). Kaynakların kullanımında az gelişmiş ülkeler arasında da dengesizlikler söz konusu olmaktadır. Örneğin dünyanın en fakir ülkelerinden biri olan Etyopya'ya ayrılan DSÖ'nün kişi başına kaynağının 46 misli, milli geliri ondan 10 kat daha fazla olan Fiji'ye yapılabilmektedir(12).

DSÖ'nün 1991 yılında Afrika ve Latin Amerika bütçeleri önemli oranda kısıtlanırken Avrupa bölgesi bütçesi %20 arttırılmıştır(12). Geneva'daki DSÖ merkezi bu örgütün harcamalarında %35'lik bir paya sahiptir ve bu oran son yıllarda artış göstermektedir(13). DSÖ mali kaynaklarının %75'lere kadar varan

bir oranını da personel harcamaları için kullanmaktadır(11).

DSÖ'nün merkezi için ayırdığı kaynak sürekli artarken, ülkeler için ayırdığı kaynak sürekli azalmaktadır. Daha önceki dönemlerde ise DSÖ'nün bütçesinin yarısından fazlası az gelişmiş ülkelere ayrılmaktaydı(1). DSÖ ülke temsilciliklerinin mali kaynakları bir çok ülkede UNICEF'in kaynaklarına göre de daha yetersiz konumdadır. Örneğin Hindistan'da UNICEF'in yıllık bütçesi 100 milyon dolarken, DSÖ'nün 7,5 milyon dolardır(12).

DSÖ'nün refah toplumlarının sağlık sorunlarının çözümüne öncelik veren bir politikayla, kaynaklarını ağırlıklı olarak bu doğrultuda kullanması bu örgüte yönelik artan eleştirilerde önemli bir nokta olmaktadır. Bunlarla birlikte DSÖ'nde mali kaynaklarının kullanımına ilişkin usulsüzlük iddiaları ve soruşturmalar da bu dönemde artan bir yoğunluk kazanmıştır(9). DSÖ ile ilgili olarak son yıllarda mali kaynakların usulsüz kullanımı iddialarıyla ilgili olarak yapılan soruşturmalar bu örgütün içinde bulunduğu durumu ve sorunları göstermesi bakımından dikkat çekici olmuştur.

2 - Yönetim ve Personel Sorunları :

Son yıllarda DSÖ'nün artan önemli sorunlarından birini de personel ve yönetim sorunları oluşturmaktadır. DSÖ'nde personel sayısı son yıllarda önemli artışlar göstererek 1988'de 3800 iken 1994'te 4500 olmuştur(9). Bununla birlikte merkez, bölge ve ülke düzeyinde personelin sayısal dağılımında önemli dengesizlikler söz konusu olmaktadır. DSÖ'nün personelinin yaklaşık üçte biri örgütün merkezi Geneva'da, üçte biri bölge örgütlerinde, diğer üçte biri ise ülke temsilciliklerinde çalışmaktadır. UNICEF'in ise personelinin dörtte üçü biri bölge örgütlerinde, diğer üçte biri ülke temsilciliklerinde çalışmaktadır. UNICEF'in ise personelinin dörtte üçü ülkeler bazında görev yapmaktadır(12).

Aynı zamanda DSÖ'nün son yıllarda artan hiyerarşik ve bürokratik işleyiş tarzı ile birlikte, "sol elin yaptığını sağ elin bilmemesi" gibi bir durum ortaya çıkmakta, artan personel sorunları içersinde kişisel çekişmeler önemli yer tutmaktadır(9). Böyle bir tablo içersinde DSÖ'nün yönetsel yapısının somut gereksinimlerden daha çok yöneticilerin kişisel durum ve düzeyine göre belirlenmesi gündeme gelmektedir. Yönetim ve görevliler arasındaki uyumsuzluk, merkez ve bölge teşkilatları arasındaki kopukluk, bu örgütü güçsüz kılan önemli etkenler olarak gösterilmektedir.

Bu durum aynı zamanda DSÖ'nde personel ta-

ynlerinde ve görevlendirmelerinde artan keyfi kararlarla birlikte, DSÖ personelinin büyüyen huzursuzluğuna ve moral eksikliğine de neden olmaktadır(9). Örneğin Genel Direktörle onun "ev yardımı parası" düzeyini tartışan bir görevli hemen görevinden alınmakta ve sonra mahkemece tekrar yerine dönmektedir(9). Bu tür "adli" olaylar örgüt içinde artan oranlarda gündeme gelmektedir. Bu nedenlerle deneyimli ve yetenekli bir çok personel bir arı kovanına benzetilen DSÖ'den ayrılarak diğer kurumlarda çalışmayı tercih etmektedir.

DSÖ'nde personel ile ilgili sorunlar genel olarak kabul edilmekle birlikte, gerekli değişimlerin sağlanması konusunda artan bir dirençte söz konusu olmaktadır. Konumunu ve gücünü kaybetmek istememekten kaynaklanan "statükocu" bir yaklaşım örgüte hakim konumdadır. Bu durumda özellikle gelişmekte olan ülkelerden gelen personel için DSÖ'de ücretlerin kendi ülkelerindeki maaş seviyelerinden 10 kata varan oranlarda daha fazla olması önemli etkenlerden biri olarak gösterilmektedir(12).

DSÖ'nün bölgesel örgütleri desantralize yapılmaz yapılanma içerisinde her ne kadar merkezi olarak yaşanan çelişkilerden ve olumsuzluklardan uzak olsalar da, bu örgütlerde de bölgesel politik çelişkilerin ağırlığı hissedilmektedir. Aynı zamanda DSÖ bölge örgütlerinde de keyfi yönetim anlayışının etkileri görülmektedir. Örneğin DSÖ tarafından verilen burslarda adayların seçiminde objektif olunmadığı belirtilmektedir(13). Güney-Doğu Asya bölgesinden bir kişiye 7 yıl içerisinde 5 defa burs sağlanırken, yine bu bölgede burs verilecek 50 adayın 12'sinin yaşının 50'nin, 3'ünün yaşının da 55'in üzerinde olması "dikkat" çekici olgular olarak değerlendirilmektedir(13).

DSÖ'nün çalışma tarzı ülkeler düzeyinde sağlık sistemlerine müdahale etmek ve çiçek hastalığı gibi bazı istisnalar dışında kendi programlarını bizzat uygulamak yerine, sağlık bakanlıkları ile koordineli olarak çalışmaktır. Bu tür bir çalışma tarzı DSÖ'nün ülkelerdeki temsilcilerinin işlevlerini ve çalışmalarını önemli kılmaktadır. DSÖ'nün ülkelerle sürekli bağlantı sağlayabileceği yardım ve danışmanlık işlevini yerine getirebileceği en önemli bağlantı noktasını bu ülke temsilcileri oluşturmaktadır(12).

DSÖ ülke temsilcileri ise çoğu kez sağlık bakanlıkları içerisinde yerleşmiş ve çok sınırlı bir etkiye sahip görünüm içersindedirler. Motivasyon eksikliği, mali sıkıntılar buldukları ülkelerde sağlık hizmetlerine verilen önemin azlığı bu temsilcilerin en önemli sorunları olmaktadır. Bu durum bir çok ülkede DSÖ temsilcilerinin "çok konuşan", "çok rapor yazan" ama "somut adım atmayan-atamayan" konuma gelmesinde önemli bir etken olmaktadır. Ülke temsilcilerinin çalışmalarındaki yetersizlikler ve

olumsuzluklar son yıllarda bu örgüte karşı artan eleştirilerde önemli bir paya sahip konumdadır. Ülke temsilcilerinin etkinlik düzeyleri arasında önemli farklılıklar olmakla birlikte, ülke temsilcilerinin pasif bir çalışma anlayışına sahip olması, başka ek işlerle uğraşması, vakitlerinin çoğunu ülkelerin başkentinde çoğu kez aynı konuların defalarca konuşulduğu konferanslara katılarak geçirmeleri bu alandaki eleştirilerin bazılarıdır(12).

Sorun bir yönüyle de ülke temsilcilerinin seçiliş tarzıyla da bağlantılı olmaktadır. Ülkelerin sağlık bakanlıkları DSÖ'de çalışacak personellerini önermekte ve bu önermelerde, DSÖ'de çalışmanın özellikle az gelişmiş ülkelerde sağlık personeli açısından taşıdığı maddi ve diğer bazı avantajlar nedeniyle, nesnel kısıtlar yerine politik nedenler gibi diğer bazı etkenler söz konusu olmaktadır(12). Bu arada teknik kapasiteleri ve eğitimleri yetersiz bir çok personel de DSÖ'de çalışabilmektedir. Bu açıdan bazı yayınlar UNICEF temsilcilerinin daha fazla bir otonomiye sahip olarak DSÖ ülke temsilcilerine göre daha atılan, genç ve bilgili olduklarını öne sürmektedir(12).

Bu dönemde DSÖ'ne yapılan yönetim sorunlarıyla ilgili eleştirilerde Genel Direktör Dr. Hiroshi Nakajima'ya yönelik olanların önemli bir payı bulunmaktadır (9,14). Dr. Nakajima'nın kişiliğinde somutlanan bu eleştirilerde Genel Direktör'ün 1993 yılında tekrar seçilmesinde etkin bir payı bulunan "politik kampanya" ile ilgili olanlar önemli bir yer tutmaktadır (14). Bilindiği gibi Genel Direktör Dr. Nakajima, ABD, Avrupa Topluluğu ülkeleri ve Kanada'nın karşı çıkmasına rağmen DSÖ'nde pek rastlanmayan bir kampanya sonucunda 1993'de tekrar seçildi (14,15). Bu seçimde Japonya'nın az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerinde olan nüfuzunu zaman zaman tehditlere varan oranda kullandığı belirtilmektedir(9).

Yine bu seçim döneminde Genel Direktör'ün ülke ziyaretlerinin gereksiz ve fazla olmasına yönelik olarak ta eleştiriler gündeme gelmiştir. Bu konuda çıkan bir yazı Genel Direktör'ün 1992 yılında 11 ay içerisinde 35 ülkeyi ziyaret ettiğini ve bu ziyaretlerin DSÖ açısından gerekliliğinin önemli bir soru işareti taşıdığını belirtmektedir(15). Seçim çalışmalarının bir parçası niteliği taşıyan bu ziyaretlerde Genel Direktör'ün sağlıkla ilgili kuruluşlara kendisinin antika koleksiyonuna verdiği önemin yanında oldukça yetersiz kalan bir ilgi gösterdiği de belirtilmektedir(15).

Bunların yanı sıra Genel Direktör'ün "dinamik" olmaması, yabancı dil (ingilizce ve fransızca) düzeyinde yetersizlik te eleştiriler arasında bulunmaktadır(9). Öyle ki DSÖ'nde japon delegelerin bile Genel Direktör'ü anlamakta zorlandığı belirtilmektedir(9).

3 - Politika ve Program Sorunları

DSÖ'nün olan ve olması gereken işlevi ve niteliği konusunda genel bir görüş birliği olmamakla birlikte yoğunlaşan bir tartışma süreci de yaşanmaktadır. Sağlık alanında bir çok kişi DSÖ'nün çiçek hastalığının eradikasyonunda önder rolünü bilmekle birlikte, bu örgütün günümüzde ne yaptığı konusunda açık bir yaklaşıma sahip değildir. DSÖ bir çeşit "Dünya Tıp Birliği" olarak, ya da standard tıbbi teknik raporların kaynağı olarak değerlendirilmektedir(9). DSÖ'yü yalnızca gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere yönelik çalışmalar yapan bir kuruluş olarak görenler de az değildir.

DSÖ'nün genel hareket stratejisi, devletler düzeyinde hareketle, hükümetlere sağlık alanında gerekli teknik tavsiyelerde bulunma, sağlık hizmetleriyle ilgili bilimsel standartları ve kuralları tespit etme ve sağlık politikalarıyla ilgili kararlara etki edilmeye çalışma olarak değerlendirilebilir(2). DSÖ'nün parlamentosu niteliğinde olan Dünya Sağlık Asemblası anlaşmalarında 2/3 çoğunlukla karar alırken teknik düzenlemelerde ve önerilerde salt çoğunluk yeterli olmaktadır. Her devletin karar alınmasından sonra 18 ay içerisinde kabul edip etmeme hakkı vardır(1).

DSÖ doğrudan sağlık hizmetlerinin sağlanmasının sorumluluğunu taşıyan bir kuruluş konumunda değildir. Bununla birlikte DSÖ'nün sağlık alanında çok geniş bir yelpazeyi kapsayan sorunlar ve hastalıklarla ilgili çalışması söz konusu olmakta, bu durum da politikaların ve önceliklerin doğru saptanmasına olan gereksinimi çok artırmaktadır.

Sağlık alanında doğru politikaların belirlenmesi ve yürütülmesi DSÖ'de önemli bir eksiklik olarak son dönemlerde daha fazla kendisini hissettirmektedir. DSÖ'nün azalan örgüt prestiji ve etkinliği ile birlikte, ağırlıklı olarak teknik danışmanlık yapan ve ögütler veren arasına da mali katkı sağlayan marjinal güçsüz bir örgüt konumuna gelmekte olduğu belirtilmektedir(12,16). Üstelik DSÖ önerilerinin önemli bir bölümü de güncel ve somut ihtiyaçlara cevap vermekten uzak eskimiş ve yetersiz olarak değerlendirilmektedir(12). Bu alanda kullanılan bir benzetme de şu şekildedir: "DSÖ her şeyi bilir ama hiçbir şey yapmaz. UNICEF hiçbir şey bilmez ama her şeyi yapar. UNDP hiçbir şey bilmez ve hiçbir şey yapmaz(12)."

Bunlarla birlikte günümüzde DSÖ, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve örgütlenmesinde devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleriyle sınırlayan, tedavi edici hizmetlerde ise özel sektörün gelişiminin desteklenmesini savunan ve uzun bir süredir Dünya Bankası tarafından önerilen sağlıkta "serbest piyasa

ekonomisi" yaklaşımını daha fazla benimseyen bir çizgiye sahip olmaktadır (17,18). 1987 yılında UNICEF'in öncülük ettiği ve DSÖ tarafından da desteklenen, az gelişmiş ülkelerde temel ilaçların toplumda maddi katkı sağlayabilecek olanların katkısıyla satın alınmasını temel alan "Bamako Girişimi"(2), sağlık hizmetlerinin finansmanında "özel" kaynaklara daha fazla ağırlık veren çizginin DSÖ içerisinde önemli adımlarından biri olmuştur. DSÖ'nde varolan bu ideolojik çerçevenin sağlığı tümelci bir yaklaşımla değerlendiren temel sağlık hizmetleri politikası ile ne derece uyumlu olacağı da ayrı bir tartışma konusu olmaktadır.

1988 yılında DSÖ liderliğinde meydana gelen değişimin bu örgütün politika ve strateji saptanması ile ilgili artan olumsuzluklarında önemli payı söz konusudur(2,9). DSÖ'nün 1988'den sonra sağlık ve sağlık hizmetlerine teknik yaklaşımı yeniden benimseyen bir çizgi içerisinde, her türlü çatışmadan uzak "uzlaşmacı" ve "pragmatist" hareket tarzını temel alan bir anlayışa sahip olduğu söylenebilir.

Örneğin geçmiş dönemde önemli "çatışma" konularından biri olan "Temel İlaçlar" programı DSÖ içerisinde doğrudan Genel Direktör'e bağlıyken, 1988'den sonra bu program, daha önceden verilen önem dahi gösterilmeyerek ilaçlarla ilgili bir bölüme bağlanmıştır(2). Az gelişmiş bazı ülkelerde "Bamako girişimi" çerçevesinde gündeme getirilen ve Dr. Mahler döneminde fazla ilaç yazılımını arttıracığı gerekçesiyle şiddetle karşı çıkılan "satılan ilaç miktarıyla sağlık personelinin maaş düzeyinin doğru orantılı olması" yaklaşımı da Dr. Nakajima döneminde herhangi bir itirazla karşılaşmamıştır(2).

Yine kabul edileceği gibi sigaranın zararlarını tütün tekelleriyle çatışmadan anlatmak ve bu konuda etkin bir kamuoyu yaratmak çok zordur ama DSÖ bunu yapmak istemektedir ve başarılı olamamaktadır(2). DSÖ ve Genel Direktör her konuda olduğu gibi bu konularda da çatışmadan kaçınan bir politikaya daha ağırlık veren hatta bunu temel bir çizgi olarak benimseyen bir yaklaşım içersindedir.

Bilindiği gibi sağlık ve sağlık hizmetleri multisektörel bir yapı içerisinde eğitim, sosyoloji, antropoloji vb. disiplinlerin katkısına gereksinim duyan ve yoksulluk ve çevre sorunları gibi sağlığın belirleyici faktörlerinin artan oranda göz önüne alındığı bir gelişim göstermektedir. DSÖ'nün yapısal ve ideolojik çerçevesinin bu gelişimlere cevap vermede yetersiz kalması da söz konusu olmaktadır(9).

DSÖ hernekadar multisektörel bir yaklaşım içerisinde "herkes için sağlık" anlayışını teorik olarak savunsa da bu örgütün kendisi pratikte sağlığı geniş sosyal boyutlarıyla ele alan bir konum içerisinde de-

ğildir(16). Örneğin sağlığın temel belirleyicileri olan yoksulluk, eğitim, çevresel sorunlar DSÖ'nün pratikte yeterince gözönüne almadığı "kompleks" alanlar olarak kalmaktadır.

DSÖ'nün varolan bu durumu sağlıkla ilgili konularda UNICEF, UNDP, Dünya Bankası gibi diğer uluslararası kuruluşların ön plana geçmesinin önemli bir nedeni olmaktadır(2,19). Örneğin DSÖ'ye artan güvensizlik bu kuruluşun daha önce tek başına yürüttüğü ve DSÖ'nün mali açıdan en büyük programı olan AIDS programının sorumluluğu DSÖ ile birlikte UNDP ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'na verilmiştir(2). DSÖ'nün yapması beklenen bazı reform girişimlerinin sonuçsuz kalması da İsveç gibi bazı ülkelerin bu örgüte yaptıkları gönüllü mali yardımları azaltmasına neden olmaktadır(20).

Uygulanan "istikrar programları" ile artan eşitsizlikler ve sorunlarla, "2000 yılında herkese sağlık" hedeflerine özellikle son yıllarda artan ekonomik bunalımın yükünü en fazla taşıyan az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde ulaşmak mümkün görünmemektedir(9,21). Bu durumda DSÖ'nün politikalarını ve hareket tarzını doğru saptamasına özellikle sağlık sistemleri çok büyük eksiklikler ve yetersizlikler içeren, az gelişmiş ülkelerin gereksinimini daha da arttırmaktadır. Ulusal sağlık sistemleri ve kaynakları yeterli düzeyde olan gelişmiş ülkelerde DSÖ ancak AIDS gibi güncel olaylar ya da ilaç şirketleri ile ilgili yaşanan çelişkilerle gündeme gelirken az gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve örgütlenmesinde DSÖ'nün farklı bir işlevi söz konusu olmaktadır ya da en azından bu yönde bir beklenti vardır(1).

Yaşanan eksikliklerin ve olumsuzlukların farkında olan DSÖ önceliklerin doğru tespit edilmesi, Birleşmiş Milletler içersinde DSÖ'nün rolünün netleştirilmesi, mali olanakların artırılması ve doğru kullanılması, ülke temsilcilerinin işlevlerinin ve aktivasyonlarının artırılması programların sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi, düzenli bütçe ve bütçe dışı kaynakların programlar doğrultusunda kullanılmasında koordinasyonun sağlanması vb. konularda düzenlemeler için önüne hedefler koymaktadır(22). Bunlarla birlikte varolan yapı ve yaklaşımların devamı süresince bunların istenilen düzeyde yaşama geçmesi zor görünmektedir.

SAĞLIK ALANINDA YÜKSELEN DEĞERLERİN YENİ YILDIZI : DÜNYA BANKASI

Gelişen bu süreç içersinde sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde Dünya Bankası gibi kuruluşların belirleyiciliği DSÖ'den daha fazla konuma gelmektedir. Günümüzde Dünya Bankası kaynakla-

rının yalnızca %5'ini sağlık alanına ayırmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü yatırımlarında en büyük dış finansör konumundadır(23).

Dünya Bankası'nın uluslararası sağlık alanında etkinliğinin artması hatta belirleyici konuma gelmesi beraberinde bu bankanın diğer uluslararası sağlık kuruluşlarıyla ve gelişmekte olan ülkelerin devletleri ile ilişkisi, sağlık politikalarının geleceği ve benzeri alanlarda artan soruları ve çelişkileri de gündeme getirmektedir. Bilindiği gibi Dünya Bankası da Birleşmiş Milletler "ailesinin" bir üyesi olmakla birlikte yönetimde etkinlik ve oy hakkı, DSÖ gibi diğer benzer kuruluşlardan farklı olarak devletlerin yaptıkları mali katkı ile orantılı olduğundan, ABD ve diğer bazı gelişmiş ülkelerin bu bankada mutlak hakimiyeti söz konusu olmaktadır(23).

Dünya Bankası'nın sağlık alanında ilk desteklediği proje 1970 yılında Jamaika'da nüfus ve beslenme ile ilgilidir. 1980'lere kadar da bu banka tarafından mali olarak desteklenen projeler de daha çok beslenme ve nüfus artışı, temiz su, sanitasyon ile ilgili projeler olmuştur. 1970-1980 döneminde Dünya Bankası'nın sağlık alanındaki faaliyetleri artan oranlarda gündeme gelmekle birlikte, DSÖ'nün bu alandaki mali etkinliği Dünya Bankası'na göre daha fazla olmuştur. Örneğin 1980-1981 döneminde DSÖ bütçesi toplam 427,2 milyon dolarken, Dünya Bankası'nın sağlık alanındaki verdiği krediler 143 milyon dolar, UNICEF'in alanındaki harcamaları da 127,7 milyon dolardır(23).

1980 yılından itibaren Dünya Bankası doğrudan sağlık hizmetleriyle ilgili kredi vermeye başlamıştır. Sağlık alanında verilen kredilerin niteliğindeki bu değişim banka tarafından "DSÖ'nün faaliyetlerini tamamlayıcı ve Alma-Ata deklarasyonuna uygun projelerin desteklenmesi" biçiminde gündeme getirilmiştir. Aynı yıllar Dünya Bankası'nın Uluslararası Para Fonu ile birlikte "yapısal düzeltme" programlarının da başladığı bir dönem olmuştur.

1987 yılı Dünya Bankasının sağlık alanına yaklaşımında yeni bir dönüm noktası olarak değerlendirilebilir. Banka bu yıldan itibaren sağlık alanındaki mali desteğini sağlık sistemlerinin gelişiminin desteklenmesinden, öncelikli olarak yapısal düzeltme programlarının sağlık alanında yol açtığı olumsuzlukların "hafifletilmesi" doğrultusunda değiştirmiştir(23).

Bununla birlikte Dünya Bankası sağlık politikalarının belirlenmesinde liderlik işlevine sahip olan bir uluslararası kuruluş olmaya yönelik girişimlerine de bu dönemden sonra ağırlık vermiştir. 1987 yılında yayınlanan 'Financing health services in developing countries' adlı döküman bankanın sağlık

hizmetlerinde devletin rolünü azaltan ve özel sektöre ağırlık veren politikaların önderliğini yapma isteminin ilk ve önemli bir ifadesi olarak ta değerlendirilebilir(23).

Dünya Bankası kendisini her zaman "apolitik", "teknik" ve "başarılı" bir kuruluş olarak değerlendirmekle birlikte, 1980'den sonra sağlık alanında mali olarak destekleyeceği projelerde politik sayılabilecek bir çok ön koşul araması da gündeme gelmiştir(23). Bu arada belirtilmesi gereken diğer önemli bir nokta Dünya Bankası'nın sağlık alanındaki mali fonksiyonunun DSÖ gibi bağış olarak değil kredi verilmesi şeklinde olmasıdır. Yine Dünya Bankası'nın sağlık alanındaki fonksiyonunun DSÖ'nden farklı olduğu diğer önemli bir nokta, Dünya Bankası kamu sağlık projelerine doğrudan kredi verirken, DSÖ programları teknik yardım ve yönetim harcamalarını da kapsamaktadır.

Bu genel yaklaşım temelinde sağlık hizmetlerinde öncelikleri maliyet-etkinlik analizleri çerçevesinde ele alan ve Dünya Bankası'nca 1993 yılında yayınlanan "World Development Report" adlı doküman bankanın sağlık politikalarının belirlenmesinde, uluslararası arenada liderlik rolünü hedeflediğini gösteren önemli bir belge olmuştur (19,23). Bu rapor DSÖ'ye yaptıkları teknik katkıdan ve katılımlarından dolayı büyük teşekkürlerle başlamakla birlikte, eğer bu raporda savunulanlar DSÖ'nün de katıldığı görüşlerse bunların niye bizzat DSÖ tarafından dile getirilmediği sorusu gündeme gelmektedir(2,8). DSÖ'nün bu raporu, bırakın eleştirmeyi yeterince tartışmadığı dahi önemle vurgulanmaktadır(2). DSÖ'nün her geçen gün daha fazla benimsediği "teknik danışmanlık rolü" bu tür tartışmaların ve eleştirel değerlendirmelerin yapılmasını dahi engelleyen bir kılıf olabilmektedir.

Böyle bir tablo içerisinde de 1990-1991 döneminde DSÖ'nün bütçesi 686 milyon dolarken, 1991 yılında Dünya Bankası'nın sağlık alanındaki kredilerinin toplamı 1567,6 milyon dolara ulaşmıştır(23). Dünya Bankası'nın sağlık alanında hem mali hem de

politik belirleyiciliği daha bir kaç yıl öncesine kadar çok uzak bir ihtimal olarak gözükürken, günümüzde göz ardı edilemeyecek bir gerçeklik olarak ortaya çıkmaktadır(Şekil 1).

SONUÇ

Günümüzde DSÖ'nde var olan durum artan ekonomik, programatik sorunlar ve bunlara eklenen önderlik ve yönetim yetersizliği, sonuçta azalan örgüt prestiji ve etkinliği olarak değerlendirilebilir. Bunların yanısıra 1980'lerden sonra artan ekonomik kriz, yıkılan sosyalist sistem vb. etkenlerle birlikte serbest piyasa ekonomisinin "yükselen değerleri", DSÖ'nün son yıllarda yaşadığı çelişkilerin ve sorunların temel belirleyicileri olarak ele alınabilir. Bu durum öncelikli olarak az gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyen bir faktör olmaktadır. Eğer sağlığı ve sağlık hizmetlerini ilerletmede DSÖ'nün ülkeler düzeyinde somut bir etkisi yoksa yapılan tüm tartışmalar, deklarasyonlar, konferanslar, broşürler çok fazla bir anlam ifade etmemektedir.

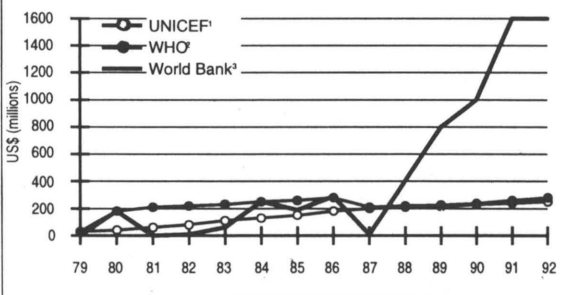
DSÖ'nün var olan bu sorunlar içerisinde önümüzdeki dönemde oldukça hareketli bir süreç ve değişim yaşama ihtimalinin az olmadığını da belirtmek gerekmektedir. Bu değişimin nereye doğru olacağını da DSÖ'de varolan farklı güçlerin etkin olma düzeyinin belirlemesi gündeme gelecektir.

Eğer DSÖ gelişmiş kapitalist ülkelerin çıkarları temelinde serbest piyasa ekonomisinin, "yapısal düzeltme-istikrar" programlarının açık savunucusu ve destekleyicisi konumunu benimseyip, bu politikaların uluslararası sağlık alanında takipçisi olacaksa, bu durumun DSÖ'nü Dünya Bankası ile ideolojik anlamda ikiz kardeş haline getireceğini söylemek yanlış olmasa gerekir. Aynı zamanda bahsedilen bu politikaların yıllardır sözcülüğünü yapan Dünya Bankası yanında DSÖ'nün çok cılız kalarak, Dünya Bankası'nın artan bir şekilde himayesine girmesi ve daha silik ve sönük bir örgüt haline dönüşmesi gündeme gelebilecektir.

DSÖ "utangaç" bir şekilde serbest piyasa ekonomisi ilkelerinin savunucusu oldukça, sağlığı sadece kar aracı olarak ya da ekonomik yatırım olarak değerlendiren ideolojinin hakimiyeti pekiştikçe, bunu ondan daha iyi ve açık yapanlar ondan daha önde olacaklardır. DSÖ'nün aynı kulvarda Dünya Bankası ve benzeri örgütlerle yarışması ve bu yarışın kazanması olanaklı değildir. Aynı zamanda bu durumun alternatif DSÖ arayışlarına da uygun bir zemin teşkil etmesi söz konusu olmaktadır.

Diğer bir yol DSÖ'nün, tercihlerini üyelerinin çoğunluğunu oluşturan az gelişmiş ve gelişmekte

Şekil 1: Sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşların yıllara göre harcamalarının gelişimi (Milyon dolar-Yıl)



olan ülkelerin çıkarlarını ön plana alan, sağlığı sosyoekonomik etmenlerin bütünselliği içinde ve vazgeçilmez bir insan hakkı değerlendirerek, bu alandaki eşitsizliklerin giderilmesine yönelik politikaların salt teorik değil pratik olarak takipçisi olan bir çizgiyi benimsemesidir. Bunun sağlanabilmesi içinde önceliklerin saptanmasında ve kaynakların kullanımında az gelişmiş ülkelerin sağlık sorunlarına ağırlık veren politikaların uygulanması, personel politikasının gözden geçirilerek bu konuda gereksiz harcamalardan kaçınılması ve benzeri alanlarda açık bir analiz ve değerlendirme temelinde bazı temel reformlara gereksinim bulunmaktadır. Zor ama doğru olan bu yolun DSÖ'nün örgütsel yapısında, politikalarının saptanmasında bir çok önemli değişimle birlikte takip edilmesi şüphesiz önemli bir gereksinimdir.

DSÖ'nün 50 yıla yaklaşan geçmişi bu yolun takip edilmesi için nelerin yapılması gerekip nelerin gerekmediğini, hangi güçlerin ve etkenlerin DSÖ'de böyle bir gelişime karşı çıkacağını oldukça net gösteren bir tarihsel birikime sahiptir. Sorunun çözümü biraz da bu konuda artan ulusal ve uluslararası duyarlılıklarla birlikte, DSÖ'nde böyle bir değişimi isteyenlerin güçlerini birleştirip bu "uzun" yolda yürümeyi göz önüne almalarına kalmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Walt G. WHO under stress: implications for health policy. *Health Policy*. 1993; 24:125-144.
2. Godlee F. WHO in retreat: Is it losing its influence? *British Medical Journal*. 1994; 309:1491-1495.
3. Soyer A. Alma-Ata bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü Üçüncü Dünya'ya alternatif öner(ebil)iyor mu? *Toplum ve Hekim*. 1991; 48:55-62.
4. Şemin S. Toplum sağlığı yönünden ilacın öteki yüzü. *Toplum ve Hekim* 1993; 56:42-62.
5. Loewenson R. Structural adjustment and health policy in Africa. *International Journal of Health Services*. 1993; 23 (4):717-730.
6. Permanent Peoples' Tribunal. Tribunal on the policies of the International Monetary Fund and the World Bank, West Berlin, September 26-29, 1988: Verdict international *Journal of Health Services*. 1990; 20(2):329-347.
7. Brand H. The World Bank, The Monetary Fund, and poverty. *International Journal of Health Services*. 1994; 24(3): 567-578.
8. World Bank. World development report 1993. Investing in health. 1993 Oxford University Press. Oxford.
9. Godlee F. WHO in Crisis. *British Medical Journal*. 1994; 309:1424-1428.
10. Csillag Claudio. Europe: Aid for WHO's new members. *The Lancet*. 1992; 340 (Sept 26):781.
11. Dietrich P. World Health Organization: Time to get back to the basics. *International Health&Development*. 1991; 2(1): 4-6.
12. Godlee F. WHO at country level - a little impact, no strategy. *British Medical Journal*. 1994; 309:1636-1639.
13. McGregor A. WHO again under fire from external auditor. *The Lancet*. 1994; 343 (May 21): 1278--1279.
14. McGregor A. WHO: Executive brouhaha. *The Lancet*. 1992; 340 (August 29): 540.
15. McGregor A. WHO: Director-General's travels. *The Lancet*. 1992; 340 (Dec 5): 1399.
16. The Lancet (Editorial). Fortress WHO: breaching the ramparts for health's sake. *The Lancet*. 1995; 345 (January 28): 203-204.
17. WHO. Evaluation of recent changes in the financing of health services. 1993. WHO technical report series. No: 829. Geneva.
18. WHO. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Second evaluation: volume 1. 1993.
19. The Lancet (Editorial). World Bank's cure for donor fatigue. *The Lancet*. 1993; 342 (July 10): 63-64.
20. McGregor A. Sweden to cut WHO funding. *The Lancet*. 1992; 340 (Dec 5): 1399.
21. McGregor A. WHO targets health-care inequalities. *The Lancet*. 1994; 343 (May 7): 1153.
22. WHO. Ninth general programme of work. 1993. Geneva.
23. Buse K. The World Bank. *Health Policy and Planning*. 1994; 9(1): 95-99.