

Seyir: 54

## HERKESE EŞİT SAĞLIK

Dr. Necati DEDEOĞLU \*

Sağlıkta gerçekten eşitlik mümkün mü? Herkes eşit düzeyde sağlığa sahip olabilir mi? Bu soruların yanıtları olumsuzdur. 20 yaşında bir insanla 70 yaşında birisinin sağlık düzeyleri farklı olacaktır. Erkekler dünyanın bütün ülkelerinde kadınlardan 3-8 yıl daha kısa yaşarlar. Ancak sağlıkta eşitlik terimi bu biyolojik farklılıkları değil, önlenemez, haksız, kabul edilemeyecek olan farklılıkları anlatmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik işsizlerin, yoksulların, eğitimsizlerin, sakatların ve diğer dezavantajlı grupların toplum genelinden daha mutsuz yaşamaları, daha çok hastalanmaları daha erken ölmeleri ile ortaya çıkar. Temelinde sosyo-ekonomik adaletsizlik yatar. İşte haksız olan, kabul edilemeyecek olan eşitsizlik budur.

Ne yazık ki sağlıkta eşitsizlikler ekonomik sistemi ne olursa olsun dünyanın hemen bütün ülkelerinde bulunmaktadır. Üstelik, sağlık hizmetlerinin en uca kadar dağılmış olması, ücretsiz sağlık hizmeti gibi faktörler sonucu etkilememektedir. Örneğin İngiltere'de 45 yıldır uygulanmakta olan Ulusal Sağlık Sistemine karşın sosyal sınıflar arasındaki sağlık farkları giderilememiş, uçurum daha da derinleşmiştir. En alt sosyal sınıflarda ölüm hızları en üst sosyal sınıflara göre iki misli fazladır. Kanseri, Tüberküloz gibi hastalık ölümleri alt sosyal sınıflarda 4 misli fazla görülmektedir. Aynı şekilde sosyalist Doğu Avrupa ülkelerinde eşitlikçi bir sisteme karşın kırsal kesimde yaşayanlar, yaşlılar, sakatlar ve çingenelerin sağlık göstergeleri toplumun diğer kesimlerine göre oldukça kötüdür. Tüm bu sağlık eşitsizliklerinin arkasında gelir, sosyal güç, iş riski, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi konulardaki eşitsizlikler yatmaktadır.

Günümüzde artık eşitsizliğin olup olmadığı değil, artıp artmadığı önem taşımaktadır. Sağlık eşitsizlikleri ise çoğu ülkede artmaktadır. Kuşkusuz bu artış tesadüflere, önlenemez nedenlere bağlı olmayıp planlı hükümet programları, bilinçli tercihler nedeniyle. Örneğin 1970'lerde yaşanan dünya ekonomik krizinin faturası ülkemizde ve pek çok diğer ülkede işsizlere, yoksullara, kırsal kesime, gecekon-

dulara, çocuklara, kısaca zaten sosyo-ekonomik eşitsizliğin kurbanı olanlara çıkartılmış, bu gruplar daha yoksullaşmışlar, daha az eğitim ve sağlık hizmeti almışlar, yaşadıkları konutlar ve çevre daha da bozulmuştur.

Ülkelerin sağlık eşitsizliklerine yaklaşımı farklı olmaktadır. İsveç, Finlandiya, Japonya hükümetleri sağlıkta eşitsizliği ve kaynaklarını bulmayı amaçlayan araştırmalar başlatmışlar, eşitsizlikleri gidermeye yönelik politikalar benimsemişlerdir. Buna karşılık İngiltere'de Thatcher hükümeti objektif araştırma sonuçlarına karşın sosyo-ekonomik gruplar arasında sağlık göstergelerinde eşitsizlik olduğunu reddetmiş, bu konuda herhangi bir şey yapmaya da yanaşmamıştır. Bazı politikacılar ise sağlık eşitsizliklerini, kişisel davranışlar olarak tanımladıkları sigara ve alkol alışkanlığı, diyet, egzersiz gibi nedenlere bağlamakta böylece suçu bireye yüklemeye çalışmaktadırlar. Oysa, bireysel gibi görünen bu alışkanlıkların gelir düzeyi, reklamlar, hükümet politikaları gibi sosyal - kültürel - ekonomik nedenlere bağlı olduğu, bireyin kendi yaşam tarzını seçmede fazla bir özgürlüğü bulunmadığı çoktandır bilinmektedir.

Ülkelerin içinde yaşanan bu haksızlık ülkeler arasında da sürmektedir. Bütün dünya ülkeleri belli oranda sosyo-ekonomik gelişme göstermektedir. Ancak gelişmenin hızı yoksullarda zenginlere göre çok daha yavaştır. Bu ise zengin ve yoksul ülkeler arasındaki sağlık göstergeleri farkının daha da açılmasına yol açmaktadır.

Tüm bu nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, Eşitsizlik ve Sağlık isimli programı başlatmak gereği duymuştur. Daha önce uygulamaya konulan "Herkesin Sağlığı" programı çok başarılı olmamış, pek çok ülkede beslenme bozukluğu, bulaşıcı hastalıklar ve sağlık hizmetlerinde çöküş artmıştır. Dünya kamuoyu "Herkesin Demokrasi", "Herkesin İnsan Hakları", "Herkesin İş", "Herkesin Konut", "Herkesin Eğitim" olmadan herkese sağlık olmayacağını anlamıştır.

Ülkemizde sağlık alanında eşitsizliklerin durumu nedir? Eşitsizlik büyük müdür? Fark giderek kapanmakta mı, açılmakta mıdır? En çok hangi ke-

\* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

simler sağlıksızdır? Eşitsizliğin altında yatan faktörler nelerdir?

Bu soruların yanıtlarını kesin olarak vermek güçtür. Eşitsizliği belirlemek için en çok kullanılan ölçütler mortalite (ölüm) hızlarıdır. Yaş, cins ve mesleğe özel ölüm oranları, standardize ölüm oranları, yaşam beklentileri, ölüm sebepleri gibi ölçütler çeşitli sosyal gruplar arasındaki farkları belirlemek için kullanılırlar. Ancak ülkemizde, özel araştırmalarla belirlenen bebek ölüm hızı (BÖH) dışında, güvenilir ölüm istatistikleri bulunmadığından, bölgelere, mesleklere, sosyo-ekonomik gruplara göre farklılıkları saptamak güç olmaktadır. Yine de, bebek ölüm hızının sosyal ve ekonomik koşullardan kolayca etkilenmesi nedeniyle bazı karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Örneğin 1985-88 yılları için BÖH Doğu Anadolu'da 103, Batı Anadolu'da 44'dür. Aynı şekilde, 1990 yılında Antalya'da, gecekondu bölgelerinde BÖH 53 iken planlı kentsel bölgede 24'dür.

Karşılaştırmalarda hastalık ve sakatlık verileri de kullanılır. Tüberküloz insidansı, sakatlık ve işgöremezlik prevalansı, kronik hastalık sıklığı, kaza oranları, anemi veya malnutrisyon sıklığı, düşük doğum ağırlığı bunlara örnektir. Ne yazık ki bütün ülke için bu hızların çok azı bulunmaktadır. Yerel araştırmalarla bulunan oranları incelenen parametreler ve yöntem farklılıkları nedeniyle, kullanmak mümkün olamamaktadır. Yapılan tektük büyük araştırmalardan malnutrisyon, tüberküloz, sakatlık gibi morbiditenin Doğuda Batıya göre, kırsal bölgede kentlere göre, gecekondu'da planlı bölgeye göre, eğitimsizlerde eğitimlilere göre daha fazla olduğunu biliyoruz.

Sağlıkta eşitliği göstermek için kullanılacak üçüncü bir veri grubu sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Ülkemizde sağlık kuruluşlarının, hasta yataklarının ve sağlık personelinin dağılımı, hizmetin kalitesi ve kullanılabilirliği ile ilgili veriler bulunabilmektedir. Bu verilere göre eğitim düzeyi düşük olanlar ilk ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmakta, eğitim düzeyi düşük kadınlar daha az doğum öncesi bakım almakta ve doğumlarını daha çok evde, kendi kendilerine yapmaktadırlar. Hizmetten yararlanma yine kırsal bölgelerde, gecekondu'da ve Doğu Anadolu'da diğer bölgelere göre daha kötüdür. Bu bölgelere giden hizmetin kalitesi de (daha az doktor, röntgen ve laboratuvar) düşüktür.

Sağlık düzeyi ölçütleri sadece hastalık ve ölüm gibi olumsuz ölçütler olmayıp iş doyumu, sosyal ya-

şama katılma, fizik aktivite, zeka düzeyi, dengeli beslenme gibi pozitif ölçütler de kullanılmaktadır. Ülkemizde bu ölçütlerle yapılmış karşılaştırmalar çok yetersizdir.

Kesin kanıtların yetersizliğine karşın Türkiye'deki sağlık eşitsizliklerinin diğer ülkelerinkinden daha büyük olup alt ve üst gruplar arasındaki farkın çok fazla olduğunu söyleyebilmek olasıdır. Daha da kötüsü sağlık farkları giderek artmaktadır. 1980-90 arasında milli gelir bir kaç misli iyileşmiş, ihracat, elektrik tüketimi, kişi başına düşen otomobil, televizyon vb. ekonomik göstergeler yükselmişken ülkenin geliri topluma eşit olarak dağıtılmadığından zenginlerle yoksullar arasındaki gelir farkı kapanacağına daha da açılmıştır. Bu ekonomik eşitsizlik aynı şekilde sağlık göstergelerine de yansımış, bütün ülkede belli bir iyileşme olmasına karşın köysel bölge ile kentsel bölge, Doğu Anadolu ve Batı Anadolu arasındaki Bebek Ölüm Hızı farkları artmıştır.

Özetlemek gerekirse, çok detaylı veri bulunmama ile beraber, Türkiye'de yoksulun zengine, işsizlerin işliye, köylünün şehirliye, gecekondu'lunun planlı bölgedekine, Doğulunun Batılıya, sakatın sağlama, kadının erkeğe, eğitimsizin eğitimiye göre daha sağlıksız oldukları anlaşılmaktadır. Bu sağlık eşitsizliği hem daha erken ölüm hem daha çok hastalık, sakatlık, işten kalma hem de yetersiz ve kalitesiz sağlık hizmeti şeklinde kendini göstermektedir.

Eşitsizliği gidermeye gerçekten niyeti olan hükümetlerin bu sağlık göstergelerinin altında yatan asıl nedeni yani, sosyal ve ekonomik adaletsizliği gidermeye yönelik politikalar uygulamaları gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyleri ülkenin ortalama gelirinden çok, bu gelirin dağılımı şekli tarafından belirlenmektedir. Örneğin, Japonya gelişmiş ülkeler arasında da en eşit gelir dağılımına sahip ülkedir. Bu nedenle de sağlık göstergeleri kendisinden zengin ama gelirini eşit dağıtmayan ülkelerinkinden daha iyidir. İngiltere'de birinci ve ikinci dünya savaşları sırasında gelir dağılımı daha adil olmuştur. Bu yüzden savaşa karşın, bu dönemde, sivil halkın sağlık göstergeleri iyileşmiştir.

Sağlıkta eşitsizlikler konusu sağlık kamuoyunca yeterince tartışılmamakta, konuyla ilgili fazla araştırma yapılmamaktadır. Oysa, Türkiye'de değişik ekonomik, sosyal, coğrafi gruplar arasındaki eşitsizliklerin açığa çıkartılmasının büyük önemi vardır. Böylece eşitsizliklerin giderilmesi için ilk adım atılmış, adaletsizlikler reddedilemeyecek şekilde kanıtlanmış olacaktır.