



# Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler

Margaret Whitehead



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

# Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler

**Margaret Whitehead**



**Türk Tabipleri Birliği**  
**2001\***

\* İlk yayın tarihi 1992

Bu tartişma dokümanı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nin Sağlık Politikaları ve Planlama Programı tarafından hazırlanmıştır. Dokümanın amacı Herkese Sağlık Stratejisinin aşağıdaki amacına ulaşabilmektir<sup>a</sup>.

## **HEDEF I**

### **SAğLIKTA EŞİTLİK**

**2000 yılına kadar dezavantajlı ölkeler ve grupların sağlık düzeyleri yükseltilerek ölkeler ve ölkelerdeki çeşitli gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az %25 azaltılmalıdır.**

#### **İndeks Terimler**

SAğLIK DÜZEYİ

SOSYOEKONOMİK FAKTÖRLER

SOSYAL ADALET

SAğLIK HİZMETLERİ SUNUMU

SAğLIK HİZMETLERİNİN ULAŐTIRILABİLİRLİęİ

---

<sup>a</sup> Herkese sağlık için hedefler, Kopenhag Avrupa Bölge Ofisi 1985



Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'ne üye 32 ülkenin tümü 1980 yılında ortak bir sağlık politikasını benimsemiş ve 1984 yılında da 38 bölgesel hedef oybirliği ile belirlenmiştir. Bu hedeflerden ilki eşitlik ile ilgilidir:

2000 yılına kadar, dezavantajlı ülkeler ve ülkelerdeki dezavantajlı gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az %25 azaltılmaktadır (1).

Ayrıca, eşitlik kavramı diğer pek çok hedefin de temel felsefesidir. Bugün, hedefler tekrar gözden geçirilmekte ve özellikle daha önce hedeflerin odak noktası olan ve mortalite ile değerlendirilen fiziksel sağlık düzeyinin yerini mümkün olduğu ölçüde sağlık ve refahın diğer boyutları almaktadır. Fakat yine de, sağlıkta eşitlik kavramı 1990'lı yıllarda da program başladığı dönemdeki önemini korumaktadır (2).

Eşitlik ve sağlık ile kastedilen kavram kimi zaman net olarak anlaşılammıştır ve bu raporun amacı bu konudaki kavramları ve prensipleri açıklığa kavuşturmadır. ***Rapor, teknik bir doküman olmaktan ziyade, sağlık sektörünün içinde ya da dışında sağlık üzerine etkisi olan, politikalar üreten tüm kişiler arasında konuya dikkati çekmek ve tartışma ortamı yaratmak amacını taşımaktadır.***

## Sağlıkta Eşitlik Neden Önemlidir?

Sağlıkta eşitlik için çabalamanın önemini kavrayabilmek için bugün Avrupa Bölgesi ülkelerinde sağlık eşitsizliklerinin ne kadar belirgin olduğunu bilmek gerekir. *Tüm Avrupa bölgesinde politik ve sosyal sistem her ne olursa olsun, aynı ülkede yaşayan farklı sosyal gruplar ve coğrafi bölgeler arasında belirgin sağlık farklılıkları tesbit edilmiştir (3-11).*

*Öncelikle, dezavantajlı grupların yaşama şansının daha düşük olduğu ve daha genç yaşlarda öldüğüne ilişkin* son derece tutarlı bulgular vardır. Örneğin: İngiltere'de profesyonel meslek sahibi ebeveynlerin çocukları, vasıfsız kol emeği meslek sınıfına giren ebeveynlerin çocuklarına göre 5 yıl daha fazla yaşamaktadırlar (12). Fransa'da 35 yaşındaki bir öğretim üyesinin yaşama şansı aynı yaştaki vasıfsız bir işçiye göre 9 yıl daha fazladır (13). Macaristan'da Budapeşte Mortalite Araştırması bulgularına göre şehrin yoksul bölgelerinde yaşayan erkeklerin yaşama şansı ulusal ortalamadan dört yıl ve imtiyazlı semtlerde yaşayan erkeklere göre beş buçuk yıl daha azdır (15).

*Ayrıca aynı ülkelerde kırsal ve kentsel nüfus ve farklı bölgelerde yaşayan kişiler arasında önemli mortalite farklılıkları gözlenmektedir.* Örneğin, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde, 1987 yılı bebek ölüm hızı kentlerde %0.20 iken, kırsal alanda %0.31 olarak tesbit edilmiştir (16).

Mortalite farklılıklarının boyutu çok büyüktür. Örneğin, 1981 yılı verilerine göre, İngiltere'de kol emeği işçileri ve ailelerin kafa emeği grubuna giren kişilerle aynı ölüm hızlarına maruz kaldıkları takdirde: 16-74 yaş grubunda 42.000 daha az ölüm olacağı hesaplanmıştır (17).

***İkinci olarak, hastalanmalarda da belirgin farklılıklar vardır. Dezavantajlı gruplar hem hastalıklarını daha ağır geçirmekte, hem de kronik hastalık ve sakatlıklara daha erken yaşta maruz kalmaktadırlar.***

Örneğin, Finlandiya'da, gelir düzeyi düşük gruplarda kronik hastalıkların görülme sıklığı %42 iken, yüksek gelirli kişilerde bu oran %18'e düşmektedir (18). İngiltere'de çeşitli bölgelerde erken yaşta ölen kişiler arasında yapılan bir çalışmada, yoksul semtlerden olan kişilerin ölmeden önce daha uzun süre kronik hastalık ve sakatlığa maruz kaldıkları ve daha fazla sağlık sorunları olduğu gösterilmiştir (19).

***Sağlığın ve sosyal refahın diğer ölçütleri de yaşam kalitesini aynı doğrultuda etkilemektedir.*** Pek çok ülkede, işsiz kişilerin ruh sağlığı daha bozuktur ve bu kişilerin çocuklarının boylarının daha kısa olduğu belirlenmiştir (20,21). Diş sağlığında da farklılıklar gösterilmiştir. Norveç'te en alt gelir düzeyindeki kişilerin yalnızca %44'ünün kendi dişi varken, bu oran en üst gelir düzeyinde %86'ya ulaşmaktadır (22). 1986'da fonksiyonları (sigara içimi gözönüne alınsa da) gibi fizyolojik ve psikolojik halsizlik şikayeti gibi göstergelerde de benzer farklılıklar olduğu kanıtlanmıştır (23,24).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve ulaşılabilirlik farklılıklarına dair aşağıda verilecek örnekler de genel olarak, koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerine en fazla ihtiyacı olan grupların yüksek standartlı hizmetlerden en az yararlandıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, etkin ve verimli sağlık politikaları belirlenirken bu kadar devamlı ve önemli boyuttaki farklılıklar ciddi olarak gözönünde bulundurulmalı ve azaltılmalarına yönelik önlemler alınmalıdır.

Ekonomik açıdan acaba ülkeler toplumlarının önemli bir kısmının bu kadar mahrum kalmalarına müsamaha gösterecek yeteneğe güce sahipler mi?

Herşeyden önce eğer tüm toplum için belirlenen ulusal sağlık politikaları hastalık yükünün daha önemli bir kısmını taşıyan, toplumun dezavantajlı gruplarına öncelik vermiyorsa bu politikaların insan sağlığını yükseltmeye yönelik oldukları söylenemez. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bu kişilerin maruz kaldığı haksızlık ortaya çıktığında insanların adalet ve eşitlik inançları büyük ölçüde zedelenir.

Eşitlik kavramı şu ana kadar verilen örneklerden çok daha geniş boyutludur ve kullanılan terimlerin anlamı daha net bir biçimde belirlenmelidir.

*Eşitlik ile ilgili tartışmalarda, toplumda farklı grupların sağlık düzeyi ve kalitesi arasındaki eşitsizlikler ile, sağlık hizmetlerinin sunumu ve dağılımındaki eşitsizlikler arasında kesin sınırlar çizilmediğinden kavram kargaşası ortaya çıkmaktadır.* Bundan sonraki iki bölümde, önce sağlık ve daha sonra da sağlık hizmetleri açısından eşitsizlikler ele alınacaktır.



## KAVRAMLAR

### Sağlıkta Eşitliğin Anlamı <sup>(a)</sup>

Farklı ülkeler ve aynı ülkede yaşayan farklı grupların sağlık profilleri arasındaki farklılıklar önceki bölümde gösterilmiştir.

Bu farklılıklar ya da varyasyonlar standart sağlık istatistikleri ile ölçülebilir. Fakat, bu farklılıkların tamamı eşitsizlik olarak tanımlanamaz. *"Eşitsizlik" kavramının ahlaki ve etik bir boyutu vardır. Eşitsizlik gereksiz ve önlenemez ve aynı zamanda, adil olmayan farklılıklar anlamına gelir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki koşullar gözönüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekir.*

---

<sup>a</sup> Pek çok ülkede sağlıkta eşitsizlik (inequality in health) terimi sistematik, önlenemez ve önemli farklılıkları tanımlamak amacı ile kullanılmaktadır. Fakat, bu terimin kullanılmasında bir takım belirsizlikler vardır. Bazıları için eşitsizlik haksızlığı ifade ederken, bazıları terimi yalnızca matematiksel eşitsizlik olarak algılamaktadırlar. Buna ek olarak çeviriler yapılırken, pek çok dilde "inequality" ve "inequity" tek bir sözcük olarak geçmektedir. Anlam kargaşasını önlemek amacı ile DSÖ Avrupa Herkese Sağlık stratejisinde kullanmak üzere "equity" ve "inequity" terimlerini seçmiştir.

## Kaçınılmaz mı Yoksa Kabul Edilemez mi?

*Acaba hangi sağlık farklılıkları kaçınılmaz -önlenebilir- ve hangileri gereksiz ve haksızdır?* Bu sorunun yanıtı ülkeden ülkeye ve zaman içerisinde değişebilir fakat genel anlamda sağlıkta 7 farklı alanda eşitsizlik nedeni belirlenebilir.

- 1 — Doğal, biyolojik varyasyon.
- 2 — Serbestçe, gönüllü olarak, isteyerek seçilen sağlığa zararlı davranışlar (örneğin bazı spor dalları ve eğlenceler).
- 3 — Belirli bir grubun sağlığı iyileştiren bir takım davranışları benimsemesinden dolayı geçici bir süre için bu kişilerin sağlık yönünden avantajlı olması (diğer grubun da en kısa sürede avantajlı grubun sağlık düzeyine ulaşabilme şansı olduğu sürece).
- 4 — Kişinin, yaşam tarzını seçme şansı oldukça sınırlı olduğu durumlarda sağlığa zararlı davranışlar.
- 5 — Sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları.
- 6 — Temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşabilirlikteki yetersizlik.
- 7 — Doğal seleksiyon ya da hasta kişilerin sosyal sınıfının değişmesi ile kendini gösteren sağlığa bağlı sosyal değişmeler.

Kaynakçadaki literatür bilgilerinin ortak sonucu yukarıdaki 1, 2 ve 3. kategorilerdeki faktörlerin sağlıkta eşitsizlik olarak tanımlanamayacağı yönündedir.

4, 5 ve 6. kategorilerden kaynaklanan farklılıklar ise **önlenebilir ve haksız** olarak tanımlanmıştır. 7. kategoride, hastalıklardan dolayı yoksullaşan kişilerin hastalıkları kaçınılmaz olabilir fakat hasta kişilerin düşük gelir düzeyi hem **önlenebilir** hem de **haksızdır**.

Diğer bazı tanımlamalar ve örnekler bu farklılıkları daha netleştirilebilir. Herşeyden önce kişiden kişiye bir miktar doğal varyasyonun olması kaçınılmazdır. İnsanoğlu daha pek çok özelliğinde olduğu gibi sağlık düzeylerinde de farklılık gösterir. Hiçbir zaman bir toplumda, her bireyin aynı sağlık düzeyine sahip olduğu, aynı çeşit ve aynı ciddiyette hastalıklara yakalandığı ve aynı yaşta öldüğü bir ortam düşünülemez. Sonuç olarak, ***doğal biyolojik varyasyondan kaynaklanan sağlık farklılıkları eşitsizlikten ziyade kaçınılmaz olarak tanımlanabilir.***

Farklı yaş grupları arasındaki sağlık farklılıkları bu kategoriye konabilir. Örneğin, 70 yaşındaki erkeklerde, 20 yaşındaki erkeklere göre, koroner kalp hastalığı prevalansının daha yüksek olması haksızlık olarak tanımlanamaz. Çünkü, bu, insanların doğal yaşlanma olayının bir parçasıdır.

Erkekler ve kadınlar arasındaki sağlık farklılıkları da biyolojik varyasyondan kaynaklanır. Örneğin, serviks ve over kanseri gibi cinse özel sağlık sorunları ya da yaşlı erkeklere göre yaşlı kadınlarda insidansı daha yüksek olan osteoporoz haksız sosyal veya çevresel etkenlerden ziyade erkekler ve kadınlar arasındaki biyolojik farklılıktan kaynaklanır.

Fakat, toplumda farklı gruplar arasındaki farklılıkların (erkek ve kadınlar arasındaki farklılıklar da dahil olmak üzere) büyük çoğunluğu biyolojik zeminin dışında bazı faktörlere bağlıdır. ***Sonuç olarak ortaya çıkan sağlık farklılıklarının haksız olup olmadığının değerlendirilmesi kişilerin hastalığa götüren nedenleri kendilerinin seçmesi ya da bunların kendi kontrolleri dışında oluşmasına bağlıdır (25).*** Örneğin, kaynakların yetersizliğinden dolayı yoksul sosyal gruplar sağlıklı ve kalabalık evlerde yaşamak, tehlikeli ve kötü işlerde çalışmak zorunda kalabilir veya sık sık işlerini kaybedebilirler. Bu tür çevresel faktörlerden kaynaklanan yüksek hastalık hızları açıkça ***eşitsizlik*** olarak adlandırılabilir. Bu kişilerde, sorunların birbirlerinin olumsuz etkilerini kuvvetlendirerek bir arada olması ve bazı grupları hastalıklar yönünden savunmasız bırakması haksızlık duygusunu iyice güçlendirir.

Pek çok sakat kişi bu yönden bir haksızlık döngüsü içindedir. Büyük ölçüde istemleri dışında gelişen koşullardan ötürü hastalıkların yükü altında ezilmekte ve ayrıca sakatlıkları iş ve gelir fırsatlarını azaltmaktadır. Böylece, bu kişiler sağlıklarını iyice tehlikeye sokan olumsuz şartlarda yaşamak zorunda kalabilirler.

*Aynı şekilde, kişisel sağlık davranışları sosyal ve ekonomik faktörlerle önemli ölçüde sınırlanabilir.* rnek olarak, düşük gelir düzeyi veya dükkanlarda taze yiyeceklerin satışını engelleyen yetersiz bir gıda dağıtım ağı kişileri daha az besleyici bir diyeti seçmek zorunda bırakabilir. Fiziksel aktivite eksikliği, boş zaman imkanlarının kısıtlı olması ya da bunlardan yararlanmak için gelir düzeyi veya zamanın yetersizliğinden kaynaklanabilir. Sağlığa zararlı ürünlerin reklamı -örneğin geen erkek işçilere yönelik iki ya da geen kadınlara yönelik sigara reklamları- toplumda belirli grupları hedef alabilir. Reklam faaliyetleri bu kişileri sağlığa zararlı ürünlerin tüketimi açısından daha büyük baskı altında bırakabilir.

Öte yandan, bazı durumlarda kişilerin seçimi daha ağırlıklıdır. Örneğin, kayak kazaları bazı gruplarda daha sık görülür ve bu, haksızlık duygusu yaratmaz, çünkü neden, yani -"kayak kayma"- isteğe bağlı olarak ve riskleri kabullenilerek seçilen bir etkinliktir.

Aynı şekilde, toplumun bir kesimi dini inançlar gibi sebepler ile kendi zgr seçimlerine bağlı olarak belirli sağlık hizmetlerini kullanmayabilirler ve bu grupta bu yüzden kaynaklanan hastalıklar *haksız* olarak tanımlanamaz.

Sağlık farklılıklarının listede sıralanan nedenleri birbirlerinden tamamen bağımsız değildir. Hepsi birbirleri ile etkileşim halindedir: fakat, mevcut bilgilerimiz biyolojik faktörlerin ve hastalığa bağlı sosyal olarak bir alt sınıfa düşmenin etkisinin son derece az olduğu ve yaşam tarzı da dahil olmak üzere sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin eşitsizlikte daha önemli rol oynadığı yolundadır.

## Daha İşlevsel Bir Tanıma Doğru

Sonuç olarak Dünya Sağlık Örgütü yayımlarında kullanılan "eşitsizlik" terimi sadece gereksiz ve önlenebilir değil, aynı zamanda haksız sağlık farklılıklarını da ifade eder.

Hangi durumların haksız olarak tanımlanacağı yer ve zamana göre değişir, fakat en sık kullanılan kriter yapılan seçimin derecesidir. Kişilerin yaşam ve iş koşullarında seçme şanslarının kısıtlı olduğu durumlarda ortaya çıkan sağlık farklılıkları, isteğe bağlı seçilen sağlık riskleri sonucu ortaya çıkan sağlık farklılıklarına göre daha fazla haksız olarak tanımlanabilir. Haksızlığın düzeyi dezavantajların birbirlerinin etkilerini artırarak toplandığı gruplarda daha fazladır ve bu kişileri hastalıklar açısından savunmasız kılar. Bu nedenle:

**İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır (26).**

şeklinde işlevsel bir tanımlama yapılabilir.

Bu tanım çerçevesinde eşitlik ve sağlık politikalarının amacı, herkesi aynı seviye ve kalitede sağlık düzeyine ulaştıracak şekilde sağlık farklılıklarını azaltmak değil, **önlenebilir ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak veya ortadan kaldırmaktır.**

**Eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir.**

## Sağlık Hizmetlerinde Eşitlik

Herkese sağlık stratejisinde pek çok hedef sağlık hizmetinde eşitlik ile ilgilidir. 27 ve 28. hedeflerde ise sorun daha net bir şekilde dile getirilmiştir.

*Bu hedeflerin ve pek çok Avrupa ülkesindeki sağlık sistemlerinin altında yatan inanç, mevcut kaynakların tüm toplumun çıkarına olacak şekilde haklı ve eşit dağılımıdır ve bu çerçevede eşitlik çeşitli şekillerde tanımlanabilir.*

Pratik amaçlarla çeşitli eşitlik tanımları yapılmıştır (27), fakat bunların bir kısmı tam anlamıyla adaleti tanımlayamamaktadır. Bu konuda iki örnek vermek gerekirse: sağlık hizmetleri kişi başına eşit harcamaya dayandırılabilir. Bu tanımlamada, eğer sağlık hizmetleri bütçesi farklı coğrafi bölgelere nüfusa orantılı olarak dağıtılsa eşit dağılım sağlanmış olur. Fakat bu sağlansa bile, bölgede yaşayan farklı yaş grupları ve sosyal sınıfların değişen ihtiyaçları gözönüne alınmadığından bu tahsisat da bazıları için eşit dağılım olarak adlandırılmaz.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik ancak eşit sağlık düzeyi sağlandığında gerçekleşir demek daha hırslı bir yaklaşımdır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinde eşitlik hedefi tüm bölgeler ve/veya sosyal grupların sağlık düzeyini aynı seviyeye ulaştırmak ya da en azından sağlık farklarını büyük ölçüde azaltmak olmalıdır. Fakat pratikte bu gerçekçi bir hedef değildir. Çünkü sağlık hizmetleri ülkede sağlık farklılıkları yaratan pek çok faktörden sadece biridir ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi tek başına halkın sağlık seviyesini istenen düzeye ulaştıramaz.

Daha işlevsel bîr tanım için önceki örneklerin hepsi reddedilmiş ve bunların yerine 27 ve 28. hedefler ışığında toplumun tüm kesimleri için ulaşılabilir, kaliteli ve kabul edilebilir sağlık hizmetleri tanımı geliştirilmiştir. ***Bu yaklaşımda sağlık hizmetlerinde eşitlik:***

- **Eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik,**
- **Eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım,**
- **Herkes için eşit kalitede hizmet (28).**

***olarak tanımlanabilir.***

Bu başlıkların hepsine teker teker bakacak olursak: ***eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olmasıdır.*** Sağlık hizmeti ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılım, her bölgede hizmetlere kolay ulaşılabilirlik ve ulaşılabilirliği engelleyen unsurların ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Ulaşılabilirlikteki eşitsizliğin aşırı bir örneği, insanların gelir düzeyi, ırk, cinsiyet, yaş, din ve diğer sağlık hizmet ihtiyaçları ile doğrudan ilgili olmayan bazı faktörlerin etkisi ile sağlık hizmetlerini kullanamadıklarında ortaya çıkar. Bugün pek çok Avrupa ülkesinde artık kaza geçiren kişiler ödeme güçleri olmasa da ölüme terk edilmeden acil sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlarsa da "ulaşılabilirlikte" bazı eşitsizlikler hala devam etmektedir. Örneğin, bazı ülkelerde yabancı işçiler sigortaya dayalı sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Kişilerin karşılaştığı mali, yapısal ve kültürel darboğazlar hizmetleri kullanma isteğini kısıtlamakta ve böylece, teorik olarak bu kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmaya hakları olmasına rağmen pratikte bu engellemektedir. Örneğin, ulaşım giderleri düşük gelirli grupları daha fazla etkilemekte ve mevcut hizmetlere ulaşılabilirliklerini kısıtlamaktadır. Kliniklerin çalışma saatlerinin uygun olmaması nedeniyle ancak belirli gruplar buralarda sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir. Etnik azınlıkların ulaşılabilirliğin engelleyen temel etmenler ise dil ve kültür farklılıkları olmaktadır (29,30).

*Hizmetlere ulaşılabilirlikte eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında ortaya çıkar.* Yoksul topluluklar kötü sağlık şartlarından daha çok etkilendiklerinden dengesiz dağılım hizmete en fazla ihtiyaç duyulan bu bölgelerde sağlık hizmetlerinin en yetersiz olduğu anlamına gelir ve bu da "ters hizmet kuralı yasası" olarak adlandırılır (31).

*Ülkenin mevcut kaynakları büyük oranda nüfusun ufak bir kesimine hitap eden ve yüksek teknoloji gerektiren tıbbi hizmetlere ayrılırken toplumun çoğunluğunun yararına olacak dengeli sağlık hizmetlerine ayrılan payın az olduğu durumlarda da ulaşılabilirlik gereksiz yere sınırlanmış olur.*

Eşit ihtiyaç için eşit kullanım kavramı irdelenirken son derece dikkatli olunması gerekir. *Eğer farklı sosyal gruplar tarafından bazı hizmetlerin kullanım hızlarında farklılıklar söz konusu ise, bu otomatik olarak farklılıkların eşitsiz olduğu anlamına gelmez. Burada kullanım hızlarının farklı olmasının nedenlerinin belirlenmesi gerekir.*

Bazı durumlarda, farklılıkların bir kısmı, dini ya da etnik nedenlerden dolayı bazı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarını kullanamamalarından kaynaklanabilir. Aynı şekilde, bazı hizmetlerde kullanım artışı gereksiz tedaviye neden olabilir. Örneğin, bazı ülkeler gelir düzeyi yüksek gruplardaki yüksek histerektomi veya tonsillektomi hızlarından hoşnut olmayabilir ve bu durumda diğer gelir gruplarında da cerrahi tedavi hızlarını yükseltmek istemeyebilirler.

Fakat, *sosyal veya ekonomik dezavantajlardan dolayı hizmetlerin kullanımında kısıtlama sözkonusu ise eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım hızlarının sağlanması hedeflenmelidir.* Örneğin, bağışıklama ve koruyucu hizmetlerde kullanımın düşük olduğu bölgelerde hizmetlerin kullanımı için insanlara kadar uzanan hizmetlerin sağlanması gibi olumlu ayırım haklı bir yaklaşım olabilir (32).



***Eşit kalitede hizmet sözkonusu olduğunda, pek çok toplumda her bir bireyin sosyal etkenlerden ziyade ihtiyaca göre adil bir yöntem ile hizmete ulaşma şansının olması son derece önemlidir.*** Bu konu özellikle kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda kritik önemdedir. Böyle bir ortamda, eğer belli bir sosyal grup dezavantajlı gruplara göre daha iyi hizmet alıyorsa ya da, ırk veya etnik köken gibi nedenlerle bazı grupların tedavisi devamlı gecikiyorsa haksız bir durum ortaya çıkar.

Bu tarz eşitsizlik Norveç'te ortaya çıkmıştır. Bölgesel komitelerde mevzuatın farklı yorumlanmasından dolayı, ülkenin farklı bölgelerinde yaşayan kadınların kürtaj yaptırma şanslarının farklı olduğu gösterilmiştir. Bu durumun yarattığı adaletsizlik ülkede konu ile ilgili yasanın değiştirilmesine yönelik baskı yaratmış ve sonuç olarak hükümet doğum kontrolü hizmetleriyle birlikte kürtajın da kadının isteği üzerine yapılmasına karar vermiştir (33).

***Pek çok ülkede rehabilitasyon hizmetleri de yetersizdir. Bu hizmetler daha ziyade kişileri işlerine tekrar kazandırmaya yönelik olmakta, işsiz, emekli kişiler ve ev hanımlarının aleyhine işlemektedir. Oysa ki gerçek anlamda rehabilitasyon hizmetlerinin kişilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi son derece büyüktür (34).***

Polonya'da hastane hizmetlerinin yetersiz olduğu bir dönemde yapılan bir çalışmada, hastaların mesleki sınıfı yükseldikçe hastane personelini şahsen tanıma oranının arttığı ve bu sayede bu kişilerin hastaneye yatma şanslarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (35). Aynı şekilde Hollanda'da mali kısıtlamalardan dolayı hastane yataklarının azaltıldığı bir dönemde yüksek sosyal sınıfların daha yüksek oranda hastaneye kabul edildikleri: yatak kapasitesinin yüksek olduğu dönemlerde ise tam tersi bir durumun ortaya çıktığı belirlenmiştir (36). Öyle görülüyor ki, verimlilik önlemleri kısıtlamalara neden olduğundan eşitsizlikte bir artış tehlikesi ortaya çıkmaktadır.

***Herkese eşit kalite sağlık hizmeti*** tüm hizmet sunanların toplumun her kesimine hizmet sunarken aynı özeni göstermeye çabalaması ve böylece ***herkesin aynı yüksek standartta profesyonel hizmetlerden yararlanması anlamına gelir.*** Sağlık çalışanları bazı sosyal sınıflara hizmet sunumuna yeterince zaman ayırmadıkları ve daha az özen gösterdikleri takdirde eşitsizlik ortaya çıkar. Örneğin, İngiltere'de doktorların düşük sosyal sınıflardan olan hastaların muayenelerine daha az zaman ayırdıkları ve onları daha nadir olarak uzmanlara sevk ettiklerine dair kanıtlar vardır (37,38). Ayrıca, dezavantajlı bölgelerde daha düşük kaliteli kurumlar olduğu, hizmetin kalitesinden fedakarlık edildiği ve deneyimli personelin buralarda çalışmak istemediği bir gerçektir.

***Hizmetlerin kalitesinde bir diğer önemli öge kabul edilebilirliktir. Bazı hizmetlerin organizasyonundaki eşitsizlik bu hizmetlerin toplumun belirli kesimleri tarafından kabulünü güçleştirebilir. Bu tür sorunlar ancak hizmetlerin kullanan kişiler tarafından kabul edilebilirliğini izleyerek ortaya çıkarılabilir. Bu hizmetleri kullananı daha çok tatmin edecek hale getirecek önlemler alınabilir.***

## EYLEM KURALLARI

Yukarıda bahsedilen eşitlik prensiplerinden pek çok kural çıkarılabilir. *Bu kurallar, sağlık ve sağlık hizmetlerinde daha fazla eşitliğin geliştirilebilmesi için politikalar şekillendirilirken ya da uygulamaya sokulurken akılda tutulması gereken genel noktalardır. Stratejiler için daha ayrıntılı öneriler başka bir raporun konusudur.*

**1 Eşitlik politikaları yaşama ve çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik olmalıdır.**

*Sağlıkta mevcut eşitsizlikler büyük oranda yaşam ve çalışma şartlarından kaynaklandığından bu eşitsizlikleri azaltmaya yönelik çabalar bu temel nedenlerin çözümünde yoğunlaşmalıdır. Bu,*

eşitsizliklerden kaynaklanan hastalık ve sakatlıkların yama halinde iyileştirilmesi için sadece sağlık hizmet sektörüne güvenmekten çok daha verimli bir yaklaşımdır (5,20,39).

Her ne kadar toplumun tümüne yarar sağlayacak şekilde oluşturulsa da, çoğunlukla kamu politikalarının en belirgin etkisi, fiziksel ve sosyal çevre koşulları şanslı grupların seviyesine yükselmesine yardım edilen ve en kötü koşullarda yaşayan insanlar üzerine olmaktadır. Böylece bu politikalar sağlıkta eşitliği destekler şekildedirler. Örnek olarak, yeterli ve güvenli konut sağlanması, beslenme bilgisi ile birlikte kaliteli gıda sağlanması ve ulaşılabilirliğin artırılması, iş sağlığı ve güvenliğinin arttırılması, çevre kirlenmesinin kontrol edilmesi, temiz su kaynaklarının teminine yönelik politikalar bunlar arasında sayılabilir.

Herkese iş temini, zengin ve fakirler arasındaki uçurumların kapatılarak düşük sosyoekonomik grupların gelir düzeyinin yükseltilmesine yönelik önlemler eşitliği sağlamaya yönelik önemli politikalar (5,17,40).

2

**Eşitlik politikaları kişilerin daha sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerine yönelik olmalıdır.**

*Kişilerin daha sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi kuralı, yaşanan ortam ve şartları sınırlandıran yetersiz gelir düzeyi gibi nedenlerle toplumda bazı grupların yaşam biçimlerinin seçiminde daha fazla sınırlamaya maruz kaldıkları düşüncesine dayanır.* Bu nedenle, yerel ve ulusal kurumlar sağlıklı yaşam biçimlerinin seçimini mümkün olduğunca kolaylaştırmalıdır. Bu:

— Boş zaman ve spor imkanlarının ulaşılabilir ve ücretlerinin makul olması,

— Yerel dükkanlarda ucuz ve besleyici gıdaların teminini sağlayacak şekilde bir gıda dağıtım ağının olması,

— Sağlığa zararlı ürünlerin reklamının kontrol altında ve sınırlı olması,

— Ürünlerin kişilerin seçimlerini yapabilmelerini kolaylaştıracak yeterli bilgileri içerecek şekilde etiketlenilmesi,

gibi kavramların gözönüne alınmasını gerektirir.

*Kişilerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri süreci ayrıca bazı sosyal grupların sağlığa zararlı davranışlar açısından daha fazla baskı altında olduklarını kabul eder (41). Bu konunun çözümü için duyarlı politika üretimine ihtiyaç vardır.* Özellikle, geleneksel sağlık eğitimi programlarının ihtiyacı en fazla olan dezavantajlı gruplara ulaşmada yetersiz kaldığı gözönünde bulundurularak sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesi politikaları tekrar gözden geçirilmelidir. Geleneksel programlar kötü sağlık durumlarından dolayı bazı sosyal grupların kendilerini sorumlu tutarak ve bu kişilerde savunmacı tepkiler yaratarak ters etki bile yaratabilir. "Kurban suçlamak" kişilerin, sunulan öğütleri yadsıması ve geliştirme programlarına katılmayı reddetmesine neden olabilir.

*Yaşam biçimlerinde olumlu değişikliklerin desteklenmesi ve olumsuz sosyal baskılara rağmen kişilerin bu değişiklikleri sürdürebilme yeteneklerini geliştirmelerini destekleyecek eğitim programlarına ihtiyaç vardır (1,42).*

3

**Eşitlik politikaları, gücün ve karar verme sürecinin desantralize edilmesi, politika yapma sürecinin her aşamasına kişilerin katılımının sağlanmasını gerektirir.**

Bu kural, resmi planlarına işlerlik kazandırmak için halkın istekli katılımından başka bir şey düşünemeyen profesyonel planlamacılar tarafından yanlış yorumlanmaktadır. Gerçekte bu kavram, dışarıdan bulunan çözüm yollarından ziyade *kişilerin kendilerinin belirlediği ihtiyaçlar ışığında hazırlanan planların ve faaliyetlerin benimsenmesini gerektirir.*

*Eşitsizlikleri azaltmaya yönelik projeler ve planlar insanlar için değil, onlarla birlikte yapılır. Planlar planlamacıların olduğu kadar, halkın da olmalıdır (13,40,43,44).*

Herkese Sağlık politikasının tamamı için bu kavram geçerlidir: fakat özellikle, en az söz hakkı olan, sağlık ve refahlarını ilgilendiren temel kararların verilmesinde en az katılımı olan dezavantajlı gruplar için çok daha önemlidir. Bağlantıları iyi olan ve daha güçlü temsil edilen toplum üyeleri zayıf konumlardakilere oranla daha etkili olma eğilimindedirler. Bu durum, ayrıca ülkenin ücra bölgelerinde karar verme merkezlerine uzak yaşayan ve görüşleri ve ihtiyaçları dikkate alınmayan vatandaşlar için de geçerli olabilir.

Bu, yöneticilerin ve uzmanların *sıradan insanların katılımını kolaylaştıracak bilgi ve yönetim sistemlerini oluşturmaya yönelik kararlı bir çaba harcamalarını gerektirir.* İnsanların, özellikle destek sağlanmadan mevcut düzenlemeleri kullanacak yetenek ve güvene sahip olmayan dezavantajlı grupların, ihtiyaçlarını ifade edebilecekleri ortam

yaratılmalıdır. Politikaların işlerlik kazanabilmesi için her aşamada eşitlik kavramlarının kabul edilmesi kaçınılmazdır ve bu da her düzeydeki profesyonel ve profesyonel olmayanlar için eğitim girdisi gerektirir.

4

**Sektörler arası faaliyet ile birlikte sağlık etkisinin değerlendirilmesi.**

Eşitsizliklerin nedenlerinin pek çok farklı sektörden kaynaklandığını kabullendikten sonra *tüm sektörlerdeki politikalara bakılması, sağlık ve özellikle toplumun en dezavantajlı gruplarının sağlığı üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi ve politikaların buna göre koordine edilmesinin gerekliliği ortaya çıkar.*

Bu tarz değerlendirmenin amacı planlamalar yapılırken sağlığın gözönüne alınmasıdır. Diğer sektörlerdeki hedefler ile sağlık hedefleri çatışyorsa, en azından sağlık üzerine olumsuz etkisi olmayan çözüm yolları bulunmasına çalışılacak ve olası olumsuz etkiler açıkça ortaya konacaktır. Her şeyden önemlisi, bu sayede sağlığın gelişmede tek başına önemli bir hedef olduğu kabullenilecek ve sağlık ulusal, sosyal ve ekonomik kalkınma planlarının bir parçası olacaktır (44).

*Bu boyutta işbirliği ve koordinasyon tek başına gerçekleşemez.* Pek çok engel söz konusudur. Bazen politika yapıcılar planlarının sağlık boyutunun farkına *varamazlar* ya da sağlığı sadece tıbbi hizmetler olarak algırlar ve kendi sorumlulukları dışında olduğunu düşünürler. Çoğu zaman kaynakların kullanımını açısından bakanlıklar arasında yarışma vardır ve bu da işbirliğini desteklemekten çok sekteye uğratar. Bu yarışma, özellikle de ekonomik gelişmedeki durgunluk dönemlerinde öncelik olmaktan çıkan sağlıktaki eşitlik hedefini ikinci plana iter. Ayrıca, işbirliğini sağlayacak uzmanlık ve ekip eğitiminin eksikliği gibi pratik engeller de söz konusudur.

Bu engellerin ortadan kaldırılabilmesi için önce, **sağlık sektörünün konu hakkında bilgilendirici rol oynaması**, sorunun gerçek boyutunu ortaya koyması ve çeşitli politikaların özellikle dezavantajlı grupların sağlığı üzerine etkilerinin anlaşılmasını sağlaması gerekir. Bu iki yönlü bir süreçtir çünkü: sağlık sektörünün de diğer sektörlerde sağlık üzerine olumlu etkileri olan gelişmeleri takip etmesi gerekir.

Ek olarak, eşitlik politikasının gelişimini kolaylaştırmak için hükümetler **ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde sektörler arası işbirliğini destekleyici yönetsel düzenlemeler yapmalıdırlar.**

## 5 Uluslararası düzeyde ilgi ve kontrol.

***Birinci hedef dezavantajlı ülkelerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ile ilgilidir ve bu kavramdan pek çok eşitlik konusu ortaya çıkar.***

***Birincisi, bir ülkede sağlık düzeyinin yükselmesi ya da eşitsizliklerin azalması diğer bazı ülkelerde kasıt olmadan sağlık düzeyinin bozulması ve eşitsizliklerin artmasına neden olabilir.*** Örneğin, Avrupa ülkeleri, az gelişmiş ülkeleri, o ülkelerin beslenme ihtiyaçlarına uymadığı halde, farklı tarım ürünleri üretimine yönlendirerek beslenme seviyelerini geliştirebilirler. Sağlığa zararlı ürünler veya bunların üretimi sağlık nedenleri ile bir ülkede yasaklanırken başka bir ülkeye hiç sınırlama yapılmadan ihraç edilebilir. Batı Avrupa ülkelerinde sınırlandırılan ve yasaklanan ilaçlar, Doğu Avrupa ülkelerinde denenmiş ve piyasaya sürülmüştür. Tarım ve ithalat/ihracat politikaları bu tarz sonuçları yaratmayacak şekilde oluşturulmalıdır.

***İkincisi, ekonomik darboğazların ve dış borçların arttığı dönemlerde gelişmiş ülkelerin hükümetleri ve uluslararası bankalar kriz yaşayan ülkelere bir takım ekonomik çözümler önerirler. Bu çözümler ülkenin tarım sistemi üzerinde baskı yaratıp çocukların ve toplumun diğer***

dezavantajlı gruplarının beslenmelerini tehdit ederse ***korkunç sonuçlar ortaya çıkarabilir***. Ayrıca, önerilen çözüm yolları genellikle ülkede talebin ve hükümet harcamalarının kısıtlanması ve ihracat sektörüne daha fazla kaynak harcanması şeklindedir. Bu politikaların uygulanması sırasında genellikle, sosyal sektördeki harcamalar ilk kazazededir ve sonuç olarak dezavantajlı gruplar en büyük darbeyi alır.

Bu durum için Dünya Sağlık Örgütü 1986 yılında aşağıdaki öneriyi yapmıştır:

"... uluslararası finansman kuruluşları düzenleme politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında, ülkenin sağlık ve beslenme durumunu önemli bir faktör olarak göz önüne almalı ve dezavantajlı grupların asgari sağlık düzeyinin korunmasına özen göstermelidir. Finans sağlayan kuruluşlar toplumun sağlık düzeyinde olumsuz etkilerden kaçınmak için ekonomilerinde önemli düzenlemeler yapmakta olan ülkeleri desteklemelidir (43)".

Bu prensipten hareketle DSÖ Amerika Bölgesi bölgede Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) ekonomik düzenleme politikalarının sağlık etkilerine dair bir çalışma yapmış ve böylece, bankalarla sağlık konularındaki iş birliğinde kullanılmak üzere önemli bir araç elde edilmiştir. Açıkçası, DSÖ bu tarz uluslararası işbirliği için çok daha fazlasını yapabilir.

Son 30 yıllık dönemde, Avrupa'da ekonomik yönden az gelişmiş ülkelerden daha gelişmiş ülkelere olan ***göç dalgası sonrası da uluslararası işbirliği*** büyük önem kazanmıştır. Avrupa Topluluğu'ndaki gelişmeler, Orta ve Doğu Avrupa'daki değişiklikler ile birlikte nüfus hareketlerinin artacağı tahmin edilmektedir. ***Bu çapta bir göç ev sahibi ülke için sağlık hizmetlerinin kapsamı ve ulaşılabilirliği gibi eşitlik ve sağlık kavramlarını gündeme getirir. Göçmenlerin kendi ülkelerinde geride***



*biraktıkları ailelerinin yetersiz gelir düzeyleri gibi eşitlik konuları söz konusudur (30). Eski bazı kuralların gevşetilmesi ile ortaya çıkan, sağlık personeli göçü de eşitlik için sağlık hizmetleri personelinin dengede tutmaya çalışan ülkeler için pek çok potansiyel sorun yaratır.*

Diğer yönlerden Avrupa Topluluğu'nun uyumlaştırma programı, her ülkede sağlık standartları en iyi düzeye yükseltildiğinde, uluslararası eşitlik politikasının geleceği açısından iyi bir örnektir.

**Kirlilik kontrolü, sağlığı koruma önlemlerinin geliştirilmesi için gelişmiş ülkelerin dezavantajlı ülkelere yardım etmesi, eşitlik ilkelerine dayalı uluslararası bir işbirliği ihtiyacının en iyi örneğidir.** Uzun vadede, bu faaliyetler tüm ülkelerin yararına çünkü, kirlenme ulusal sınır tanımaz. Hatta bu yardım gelişmiş bir ülke için maliyet etkinlik oranı en yüksek seçenektir. Örneğin, sahillerindeki deniz suyunu temizlemek isteyen bir ülkenin aynı denizde sahili olan daha az gelişmiş bir ülkeye de yardım etmesi soruna kökünden çözüm getirmesi açısından çok daha verimlidir.

6

**Sağlıkta eşitlik kaliteli sağlık hizmetlerine herkesin ulaşabilmesi prensibine dayanır.**

*Bu kavram, yasalarda varolduğu biçimde ülke genelinde sunulan hizmetlerin pratikte eşit olduğu varsayımından ziyade sağlık sektöründe hizmetlere ulaşılabilirlik ve kalite kontrolünü artıracak politikaların aktif olarak geliştirilmesi anlamına gelir (45,46). Bu da aşağıdakilerin değerlendirilmesini gerektirir:*

- Sosyal ve sağlık ihtiyaçlarına göre kaynak tahsisatı,
- Hizmetlerin coğrafi bölgelere, bölgelerin ihtiyaç ve ulaşılabilirlik ölçütlerine göre dağılımı,

- Farklı sosyal grupların gerektiğinde çeşitli araştırmalar ile hizmetlere ulaşabilirliklerinin değerlendirilmesi,
- Temel hizmetlerin kullanımındaki düşüklüğün nedenleri.

Rehabilitasyon hizmetleri de, fakirlik veya sakatlıklardan dolayı ortaya çıkan sorunların iyileştirilmesi ve insanlara eşit bilinçlenme şansının sağlanmasında önemli rol oynayacak şekilde yaygınlaştırılabilir.

Sağlık hizmetlerinde eşitliğe ulaşılması, sağlık hizmetlerinin artan maliyetinden dolayı pek çok Avrupa ülkesinde harcamaların kısıtlanmasına yönelik çalışmaların başlatılması ile bugün daha pek çok engel ile karşı karşıyadır. ***Bu ortamda, sağlık personelinin önerilen politikaları değerlendirmesi ve dezavantajlı grupların hizmetlere ulaşabilirliği, kullanımı ve hizmetlerin kalitesi üzerine olan etkileri izlemesi son derece önemlidir (8).***

Verimlilik önlemleri hizmetlerle birlikte uygulandığında hizmetlerin ulaşılabilirliğinde eşitsizlikleri azaltıcı rol oynayabilirler fakat, pratikte genellikle bunun tersi olmaktadır. Bu konuda önceliklerin açıkça ortaya konması ile birlikte net bir yaklaşıma ihtiyaç vardır.

6

**Eşitlik politikaları uygun araştırma, izleme ve değerlendirmeye dayandırılmalıdır.**

***Eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik faaliyetler sorunun gerçek boyutuna dair bilginin toplanması için aktif araştırmaların yapılmasını gerektirir.*** Uygun sağlık ve sosyal istatistiklerin toplanması ve kötü sağlık düzeyini yaratan sosyal olayların analizi ile toplumdaki dezavantajlı grupların sistematik olarak belirlenmesi gerekir. ***Pek çok ülkenin, geleneksel istatistik sistemlerinde bu bilgiler rutin olarak kaydedilmemektedir ve veri toplanmasında düzenlemeler yapılması gerekebilir.***

Uygun bir araştırma politikasının oluşturulabilmesi, ulusal düzeyde farklı alanlarda yapılan faaliyetlerin koordine edilmesi ve ülkeler arası değerlendirmelerin yapılabilmesi için uluslararası düzeyde daha sıkı ilişkilerin kurulmasını da gerektirir (8,47).

***Politikaların mükemmelleştirilebilmesi ve zararlı olmamaları için eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik müdahalelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi de kaçınılmazdır.***

Bu son derece açık gibi gözükse de, çoğu zaman ***politikaları iyi niyetle oluşturdukları için kötü etki yaratmalarının imkansız olduğu düşünülür.*** Fakat, çeşitli alanlarda olumlu olduğu düşünülen bazı politikaların yarattığı beklenmedik olumsuz etkilere dair pek çok örnek vardır. Örneğin, kötü şartlarda yaşayan etnik azınlıkların şartlarının iyileştirilmesine yönelik politikalar toplumun aynı şartlarda yaşayan grupları arasında kırgınlık ve adaletsizlik duygularını körükleyebilir (30). Duyarsızca uygulamaya konan yüksek riskli gruplara yönelik politikalar hedeflenen gruplar tarafından direnç görebilir. Örneğin, fakir aileler, çocuklarının bedava okul yemeği yemeleri için verilen parasız fişleri almayı reddedebilirler, çünkü okulda ailenin fakirliği ortaya çıkacaktır.

Dolayısıyla, eşitlik politikaları prensip olarak etkinlikleri açısından izlenmeli ve değerlendirmelerde beklenmedik yan etkiler gözönüne alınmalıdır.

## SONUÇ

Sağlık ve sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramı farklı kişilere farklı şeyler ifade edebilir. Bu tartışma dokümanında bazı temel noktalara değinilerek amaçlananlar ve amaçlanmayan noktalar ortaya konmuştur. Eşitlik herkesin aynı sağlık seviyesinde olması ya da örneğin ihtiyaca bağlı olmaksızın herkesin aynı miktarda sağlık hizmetlerini kullanması anlamına gelmez. Bazı kişiler eğer eşitliği bu şekilde yorumluyorsa, eşitliğin hedefini doğru algılayamazlar.

Net bir şekilde eşitliğin tanımının yapılabilmesi için yukarıda bahsedilen prensiplerden hareketle pratik bazı politikalar geliştirerek yola çıkılabilir. Birinci hedefin belirlenmesi eğer konuyu gündeme getiriyorsa son derece değerlidir ve ülkelerin eşitsizliklerinin nedenlerini tanımları ve mücadele etmeleri için bir dürtüdür.

Vurgulanması gereken en önemli nokta, eşitsizlik sorunlarının çözümünün tek bir kurum ya da sektör tarafından başarılamayacağı, ancak her seviyede gelecekteki engellerle mücadeleye herkesi katmakla olacağı gerçeğidir.

## Dokümanın Hazırlanması

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (EURO) Sağlıkta Eşitlik Programı 1971'li yılların sonlarında işsizlik, fakirlik ve sağlık konularını incelemek üzere kurulmuştur. *Zamanla* programın boyutu çeşitli dezavantajlı grupları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bölgedeki üye ülkeler arasında konu ile ilgili uzmanlardan oluşan güçlü bir ağ kurulmuştur. Kimi *zaman* hassas bir konu olarak değerlendirilmesine rağmen uzmanlar sorunun karmaşasına bilgi zenginliği getirerek eşitlik kavramını politik gündeme sokmayı başarmışlardır.

1989 yılında Avrupa Bölge Ofisi ikinci adımı atmış, araştırmaları yeterli bulmuş, harekete geçmeye karar vermiştir. Eşitlik programı Sağlık Politikaları ve Planlama programına entegre edilmiş, üniversiteler ve araştırma merkezlerinde üretilen bilgilerin karar vermede kullanımı odak nokta olmuştur.

Sağlıkta Eşitlik programı bünyesinde üretilen dokümanlardaki toplu bilgileri politika yapıcılara ulaştıracak pratik bir araca ihtiyaç duyulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Herkese Sağlık politikası çerçevesinde sağlıkta eşitlik kavramının zengin dokümantasyon yumağından ayıklanarak incelenmesi için Margaret Whitehead'in yardımını istemiştir. Margaret Whitehead'in hazırladığı dokümanın ilk taslağı Mart 1990'da danışma grubu toplantısında sunulmuştur. Bu grup bölge ülkelerinden katılımcıların oluşturduğu çeşitli disiplinlerden oluşan bir gruptur. Toplantıya katılanlar:

- Dr. J.M. Ferrie, Basque Hükümeti Bölge Sağlık Bakanı
- Prof. Maria do Rosario Giraldes, Ulusal Halk Sağlığı Okulu, Lizbon, Portekiz,
- Dr. V.I. Grabauskas, Merkez Araştırma Laboratuvarı Direktörü, Kaunas, SSCB.
- Dr. Louise Gunning, Sosyal Yardım, Sağlık ve Kültür Bakanlığı, Hollanda,
- Dr. Alex Scott-Samuel, Liverpool Sağlık Otoritesi, İngiltere,
- Margaret Whitehead, Danışman, İngiltere,

DSÖ Avrupa Bölge Ofisini temsilen:

- Dr. A. Nossikov, Epidemiyoloji, İstatistik ve Araştırma Teknik Sorumlusu
- Dr. A. Ritsatakis, Sağlık Politikaları ve Planlama Bölge Sorumlusu

İngiltere'den Dr. Midred Blaxter ve İsveç'ten Dr. Per-Gunner Sevansson toplantıya katılamamışlar, fakat yorumlarını yazılı olarak bildirmişlerdir.

Bu doküman yukarıdaki grup ve başka kişilerin önerilerinin bir bütünüdür. Her ne kadar dokümanın şekli ve okunabilirliği Margaret Whitehead'in beceri ve uzmanlığı sonucu olsa da, yıllardır Dünya Sağlık Örgütü'nde zaman ve becerilerini sarf eden pek çok değerli uzmanın katkısı büyüktür.

Bu doküman, karar verme sürecine pratik yönden katkıda bulunmak üzere hazırlanmış üç dokümanın ilkidir. Daha sonraki dokümanlar sağlıkta eşitlik politikaları, stratejileri ve sağlıkta eşitliğin ölçümü ile ilgilidir.

Eşitlik programı ile ilgili detaylı bilgi için;

Health Policies and Planning Unit  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8. DK-2100 Copenhagen, Denmark  
adresi ile ilişki kurabilirsiniz.

## REFERENCES

1. *Targets for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series No. 1).
2. *Review of EURO target 1 by EAHCR reviewers Eino Heikkinen and Judith Shuval*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (unpublished document EUR/ICP/RPD 131).
3. *UN/WHO/CICRED — socio-economic differential mortality in industrialized societies, Volume 3*. Paris, CICRED, 1984.
4. **Kohler, L. & Martin J., ed.** *Inequalities in health and health care*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1985.
5. **Illsley, R. & Svensson, P.-G., ed.** *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
6. The Black report 1982. In: Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead, M., ed. *Inequalities in health*. London, Penguin, 1988.
7. **Whitehead, M.** The health divide. In: Townsend, P., Davidson, N. & Whitehead M., ed. *Inequalities in health*. London, Penguin, 1988.
8. **Gunning-Schepers, L. et al., ed.** *Socio-economic inequalities in health: questions on trends and explanations*. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1989.
9. **Fox, J., ed.** *Health inequalities in European countries*. London, Gower, 1989.
10. **Giraldes, M. et al., ed.** *Socio-economic factors in health and health care: literature review*. Brussels, Commission of the European Communities (in press).
11. **Illsley, R. & Wnuk-Lipinski, E., ed.** *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
12. **Black, D. et al., ed.** *Inequalities in health: report of a research working group*. London, DHSS, London, 1980.
13. *La sante en France*. Rapport au Ministre des Affaires sociales et de la Solidarite nationale et au Secretaire d'Etat charge de la Sante. Paris, La documentation française, 1985.
14. **Jozan, P.** *An ecological approach in revealing socio-economic differentials in mortality: some preliminary results of the Budapest Mortality Study*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office, 1984.
15. *Movimento nacional de la poblacion 1979* [National population trends 1979]. Madrid, INE, 1981.
16. **Mezentsewa, E. & Rimachevskaya, N.** Health of the USSR population in the 70s and 80s: an approach to the comprehensive analysis. In: Illsley, R. & Wnuk-Lipinski, E., ed. *Non-market economies and inequality in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (in press).

17. **Smith, A. & Jacobson, B.** *The nation's health: a strategy for the 1990's*. London, King's Fund, 1988.
18. **Kalimo, E. et al.** *Need, use and expenses of health services in Finland, 1964-76*. Helsinki, Social Insurance Institution, 1983.
19. **Phillimore, P.** *Shortened lives: premature death in North Tyneside. (Bristol Papers in Applied Social Studies No. 12)*. Bristol, University of Bristol, 1989.
20. **Westcott, G. et al., ed.** *Health policy implications of unemployment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.
21. **Rona, R. et al.** Social factors and height of primary school children in England and Scotland. *Journal of epidemiology and community health*, 32: 147-154 (1978).
22. **Maseide, P.** Norway. In: Illsley, R. & Svensson, P.-G., ed. *The health burden of social inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
23. **Cox, B. et al.** *Health and lifestyle survey*. Cambridge, Health Promotion Research Trust, 1987.
24. **Blaxter, M.** *Health and lifestyles*. London, Tavistock, 1990.
25. **Le Grand, J.** *The strategy of equality: redistribution and the social services*. London, George Allen and Unwin, 1982.
26. *Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985)*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR 804/m02).
27. **Mooney, G.** *Equity in health care: confronting the confusion*. Aberdeen, University of Aberdeen (Health Economics Research Unit, Discussion paper No. 11/82), 1982.
28. **Leenan, H.** *Equality and equity in health care*. Paper presented at the WHO/ Nuffield Centre for Health Service Studies meeting, Leeds, 22-26 July 1985.
29. **Richie, J. et al.** *Access to primary health care*. London, HMSO, 1981.
30. **Colledge, M. et al., ed.** *Migration and health: towards an understanding of the health care needs of ethnic minorities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
31. **Tudor Hart, J.** The inverse care law. *Lancet*, 1: 405-412 (1971).
32. **Giraldes, M.** The equity principle in the allocation of health care expenditure on primary health care services in Portugal: the human capital approach. *International journal of health planning and management*, 3: 167-183 (1988).
33. **Barnard, K. et al., ed.** *Equity and intersectoral action for health*. Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health, 1987.



34. **Blaxter, M.** Health services as a defence against the consequences of poverty in industrialized societies. *Social science and medicine*, 17: 1139-1148 (1983).
35. **Ostrowska, A.** *The elements of health culture of the Polish society*. Warsaw, OBOP, 1980.
36. **Rutten, F.H.** An economic approach to equality in health care. *De ongelijke verdeling van Gezondheid, WRR V58*, The Hague, 1987.
37. **Cartwright, A. & O'Brien, M.** Social class variations in health care. Stacey, M., ed. *The sociology of the NHS*. Sociological review monograph, University of Keele, Keele, 1976.
38. **Blaxter, M.** Equity and consultation rates in general practice. *British medical journal*, 288: 1963-1967 (1984).
39. **Blaxter, M.** Fifty years on — inequalities in health. In: Hobcraft, J. & Murphy, M., ed. *Proceedings of the British Society for Population Studies*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
40. **Starrin, B. et al., ed.** *Unemployment, poverty and the quality of working life: some European experiences*. Berlin, WHO/European Centre for Social Welfare, Training and Research, 1989.
41. **Graham, H.** Women and smoking in the UK: the implications for health promotion. *Health promotion*, 3: 371-382 (1989).
42. **Kickbusch, I.** Involvement in health: a social concept of health education. *International journal of health education*, 24 (4 Suppl): 1-15 (1981).
43. *Report of the technical discussions on the role of intersectoral co-operation in national strategies for HFA, Thirty-Ninth World Health Assembly*. WHO, Geneva, 1986 (A39/Technical Discussions/4).
44. *Intersectoral action for health: the role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all*. Geneva, World Health Organization, 1986 (Non serial publication).
45. **Tsouros, A.** Equity and the Healthy Cities project. *Health promotion*, 4: 73-75 (1989).
46. **Draper, R.** Making equity policy. *Health promotion*, 4: 91-95 (1989).
47. *Priority research for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (European Health for All Series No. 3).

## 1. BASKIYA ÖNSÖZ

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; sağlık ve eşitlik konusunun ok önemli olduğunu dşünmektedir. Bu alanda önemli bir derleme olduğuna inandiğımız elimizdeki dokümanı DSÖ ile yaptığımız antlaşma doğrultusunda yayınlamaktan memnuniyet duymaktayız. Çeviriyi yapan üyemiz Dr. Hilal Maradit'e teşekkür eder, kitabın yararlı olmasını dileriz.

TTB Merkez Konseyi  
1990-1992

## 2. KEZ

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, sağlıkta eşitsizliklerin giderek arttığı günümüzde konuyla ilgili her yayının değerli olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle birinci baskısı tükenen, Margaret Whitehead'ın “Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler” kitabının ikinci baskısını yapmaya karar verdik. Yararlı olacağını umarız.

TTB Merkez Konseyi  
2000-2002