

KÜRESEL SAĞLIK SİSTEMİ VE ADALETSİZLİK

Sueda Nur Çokadar



İNSAMER

IHH İNSANİ VE SOSYAL ARAŞTIRMALAR MERKEZİ
IHH HUMANITARIAN AND SOCIAL RESEARCH CENTER
مركز البحوث الإنسانية و الاجتماعية

Referans için: Çokadar, Sueda Nur. "Küresel Sağlık Sistemi ve Adaletsizlik". İNSAMER, 05.10.2020.

Analiz

Yaşadığımız çelişkiler çağında, ülkeler arasındaki dengesizliğin en açık şekilde gözlenebileceği alanlardan biri sağlık sektörüdür. Küreselleşme ile birlikte bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin yaygınlaşmasıyla insanoğlunun hayatını kolaylaştıran imkânlar çoğalırken, onu yoksun bırakan imkânsızlıklar da çoğalmış; kimi ülkeler her türlü sağlık altyapısına kavuşurken, kimisi asgari standartlara dahi ulaşamamıştır. Toplam sağlık harcamaları, yaşam beklentisi, anne-bebek ölüm oranları, kişi başına düşen hasta yatak sayısı, kişi başına düşen doktor ve sağlık personeli sayısı ve önlenebilir hastalıklardan ölüm oranları gibi verilerin karşılaştırmalı analizi, sağlık alanındaki karamsar küresel tabloyu açıkça ortaya koymaktadır.

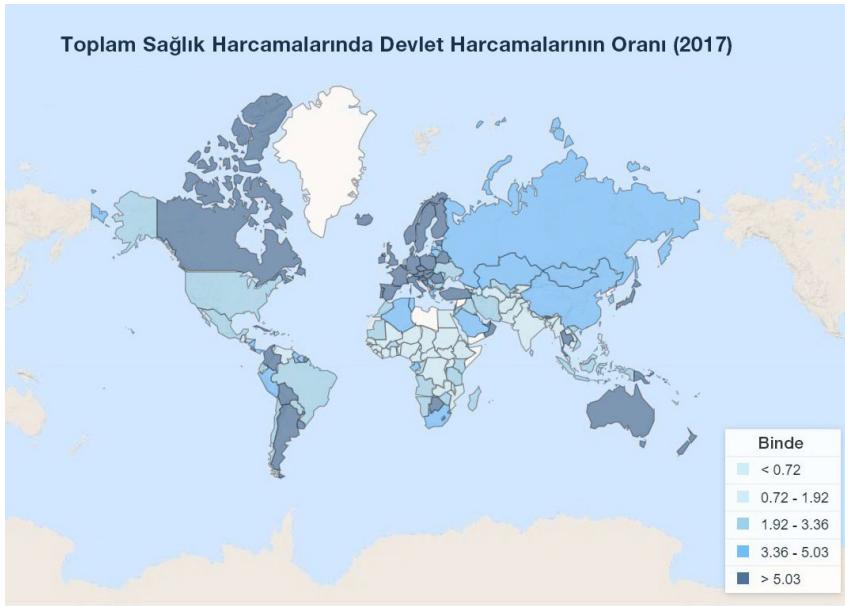
Dünya genelinde sağlık harcamaları 7,7 trilyon doların üzerinde olsa da bu harcamalarının

%77'si gelişmiş ülkelere aittir. Dünyada kişi başı sağlık harcaması ortalaması yıllık 1.061 dolar olarak kaydedilirken, bölgeler arası bir karşılaştırma bu harcamanın hiç de adil dağılmadığını göstermektedir. Kişi başı sağlık harcaması çoktan aza doğru sırayla; Kuzey Amerika'da 9.691 dolar, Avrupa'da 3.261 dolar, Latin Amerika'da 685 dolar, Doğu Asya ve Pasifik'te 671 dolar, Sahra-altı Afrika'da 84 dolar, Güney Asya'da 64 dolar şeklindedir.

Kişi başına düşen doktor ve sağlık personeli sayısında da benzer bir dengesizlik bulunmaktadır. Eldeki verilere göre; Afrika'da her 3.324 kişiye 1 doktor düşerken, Asya kıtasında 1.239 kişiye 1 doktor, Ortadoğu'da 989 kişiye 1 doktor, Pasifik bölgesinde 533 kişiye 1 doktor, Amerika kıtasında 417 kişiye 1 doktor, Avrupa'da ise 293 kişiye 1 doktor düşmektedir.



İNSAMER
IHH İNSANİ VE SOSYAL ARAŞTIRMALAR MERKEZİ
IHH HUMANITARIAN AND SOCIAL RESEARCH CENTER
مركز البحوث الإنسانية و الاجتماعية



Kaynak: Dünya Bankası

Toplam devlet harcamaları içerisinde sağlık harcamalarına yüksek fon ayıran ülkelerin vatandaşlarına sunduğu hizmetler haricinde birçok ülkede sağlık hizmetleri özel sağlık sektörü aracılığıyla verilmektedir. Serbest piyasa koşullarının işlediği kapitalist ülkeler dışında, genel itibarıyla az ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık hizmetleri özel sağlık kurumları ve yardım kuruluşları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Sağlık harcamalarının yetersizliğini görünür kılan konulardan biri de ülkelerin hastalıklarla mücadele edebilme kapasitesidir. Gerekli tıbbi tedaviye rahat bir şekilde ulaşılabilmesi, ilaç ve aşı temin edilebilmesi, önlenabilir hastalıklar için temel koşullardır. Hepatit A, hepatit B, su çiçeği, verem, kızamıkçık, çocuk felci, difteri, kabakulak, kolera gibi aşı ile önlenbilir hastalıkların önüne geçebilmek için toplum

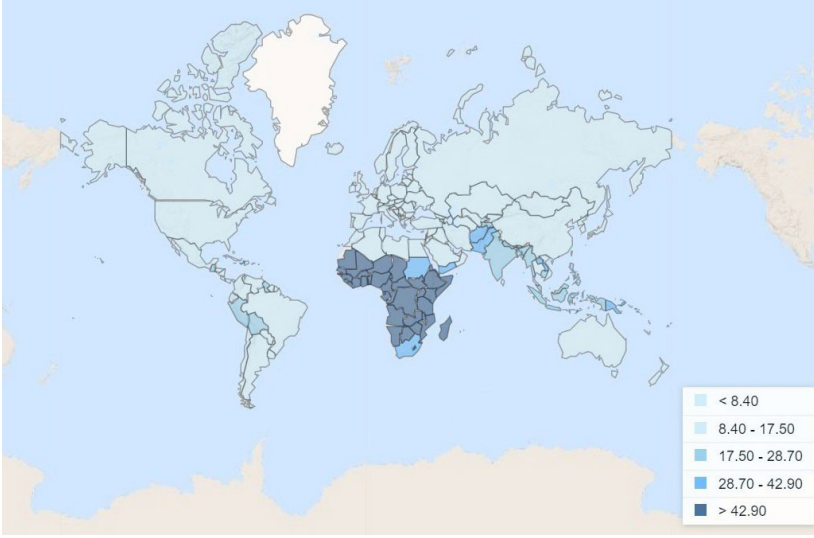
sağlığı merkezleri ve sağlık politikaları aracılığıyla bireysel takip sisteminin düzenli bir şekilde işletilmesi gerekmektedir. Örneğin çocuk felci gibi 1988'den bu yana dünyanın birçok ülkesinde tamamen yok edilebilmiş bir hastalık, günümüzde Afganistan, Pakistan ve Yemen'de sık, Sahra-altı Afrika'da ise orta seviyede riskli biçimde hâlâ görülmektedir.

Salgın hastalıklarla mücadelede her coğrafyanın şartları ve ihtiyaçları farklıdır.

Fakat coğrafi koşullar

haricinde günümüzde bu tür hastalıklarla mücadelede toplumları savunmasız bırakan en temel faktörler, ekonomik yetersizlik ve etkili sağlık politikalarına sahip olunmamasıdır. Bilhassa yoğunluklu olarak Sahra-altı Afrika'da yaşanan kolera, ebola, sarı humma gibi salgın hastalıklarla mücadelede yardım fonlarına olan bağımlılık dikkat çekici boyutta artmıştır. Ayrıca bu tür hastalıklarla mücadelede, sağlık alanında yaşanan tecrübelerin paylaşılması da etkili tedavi yöntemleri geliştirilmesi için önemlidir. Salgın hastalıklardan kaynaklı ölümler, belli coğrafyaların kaderi hâline getirilmektedir. Oysa ki bu ölümler, söz konusu hastalıkların şiddetli ve tedavisi mümkün olmayan nadir hastalıklar olmasından değil, salgınla mücadele kapasitesinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Salgın Hastalıktan Dolayı Ölüm Oranları, 2017



Kaynak: Dünya Bankası

Son 40 yılda dünyada sağlık alanında gözle görülür iyileşmeler yaşanmış ve insanların yaşam kalitesi küresel boyutta artış göstermiştir. 2000 yılından 2016 yılına kadar geçen sürede toplam yaşam beklentisi 5,5 yıl artarak 72,6 yıla ulaşmıştır. Bu artış son 60 yılın en yüksek oranıdır.

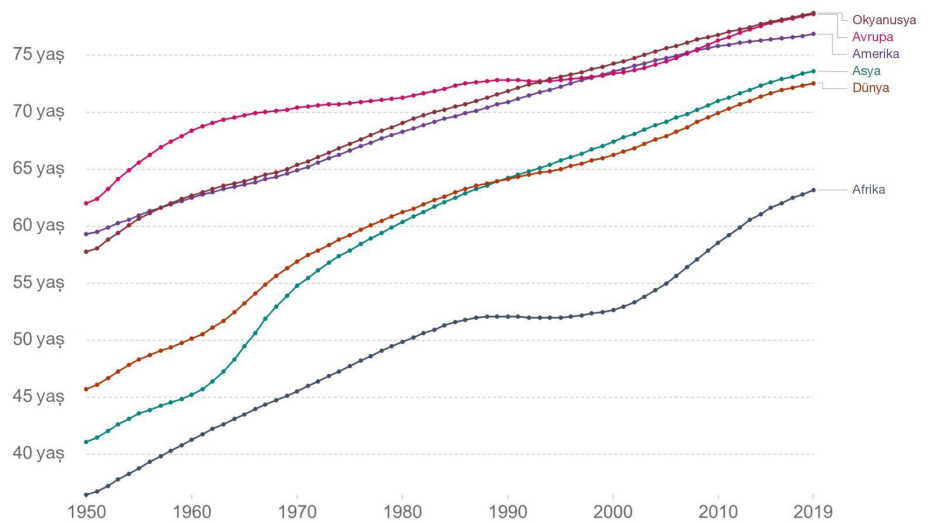
Fakat bu olumlu tablo her zaman istikrarlı bir biçimde gerçekleşmemektedir. 1990'lı yıllarda AIDS/HIV vakalarındaki hızlı artış sebebiyle Afrika'daki ortalama yaşam beklentisi oldukça düşmüş, ancak başlatılan yoğun mücadele akabinde kıtadaki yaşam beklentisi 10 yıl kadar yükselmiştir. Bu sonuçta çocuk ölümleri için alınan önlemlerin ve HIV tedavisinde kullanılan

ilaçlara erişimde sağlanan kolaylıkların önemli katkısı olmuştur.

Bölgesel olarak yaşam beklentilerine bakıldığında ortaya çıkan tablodaki istikrarsızlık daha iyi anlaşılmaktadır. Kadınların ve erkeklerin yaşam beklentisi ortalaması alındığında toplam yaşam beklentisi Avrupa'da 78, Amerika'da 77 yıl iken Doğu ve Güney Asya, Ortadoğu ve Afrika'daki yaşam beklentisi 70 yıl ve altına düşmektedir. Özellikle Afrika kıtası dünya ortalamasının çok altında kalmaktadır. Yoksul ülkelerde

insan ömrünün daha kısa olmasının ardında, iç çatışma ve savaş gibi unsurlar dışında, önlenebilir hastalıklara karşı etkili bir tedavi sisteminin geliştirilememiş olması, salgın hastalıkların yaygın oluşu, buna karşın sağlık kuruluşlarının yaygın olmaması gibi faktörler bulunmaktadır.

Yaşam Beklentisi, 1950-2019



Source: Riley (2005), Clio Infra (2015), and UN Population Division (2019)

Note: Shown is period life expectancy at birth, the average number of years a newborn would live if the pattern of mortality in the given year were to stay the same throughout its life.

OurWorldInData.org/life-expectancy • CC BY

Toplam yaşam beklentisi dışında, anne-bebek sağlığı, sağlıkta eşitliğin en önemli parametrelerinden biridir. Alınan tedbirlerle ve çocuklara özel geliştirilen sağlık çalışmaları ile çocuk ölüm oranları neredeyse yarı yarıya azalmış olsa da dünyada bu sorunla mücadele eden ülkelerin sayısı hâlâ oldukça yüksektir. 2017 verilerine göre dünyada ortalama 100.000 doğumdan 41'i ölümle sonuçlanırken, bu rakam Afrika'da 525, Ortadoğu'da 164, Asya'da 152 gibi çok yüksek oranlarda seyretmektedir. Anne ölüm rakamlarında dünya ortalaması yıllık yaklaşık 211.000 iken, bu rakam Sahra-altı Afrika'da 534.000'e kadar çıkmaktadır.

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin yarısı Hindistan, Nijerya, Pakistan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Etiyopya'da görülmektedir. Beş yaş altı çocuk ölüm riskinin en yüksek olduğu ülkedeki oran, en düşük ölüm riski olan ülkedeki orandan 72 kat daha fazladır. Afrika'da her 10 çocuktan 9'u sıtma ve AIDS'ten dolayı ölmektedir. Dünya üzerindeki çocuk ölümlerinin yarısı ishal ve zatürreden kaynaklanmaktadır. Oysa tüm bu hastalıklar tedavisi zor olmayan, ilaç tedavisi yanında düzenli bakımla iyileşebilecek hastalıklardır.

Hâlihazırda bazı bölgelerde kısıtlı imkânlarla hizmet veren sağlık kuruluşları, çoğu kez politik sebeplerden ve savaş şartlarından dolayı saldırıya uğramaktadır. Bu konuda net veriler bulunmamakla birlikte, eldeki bilgiler çatışma bölgelerindeki sağlık kuruluşlarının düzenli olarak tehdit edildiğini göstermektedir. Yalnızca iç savaşın şiddetinin hâlen sürdüğü Suriye'de 857 sağlık çalışanının öldürüldüğü bildirilmektedir. Geçtiğimiz yıl sağlık merkezlerine gerçekleştirilen saldırılardan kayıt altına alınanların sayısı 1.009'dur.

Sağlık alanında istenen seviyede bir iyileşme sağlanamamasının temel nedenleri şu şekilde sıralanabilir: devletlerin işleyen bir sağlık politikalarının olmaması, yoksulluk, kötü beslenmeye bağlı obezite veya zayıflık, sağlıksız/temiz olmayan su tüketimi, barınma koşulları, çalışma şartlarının insan sağlığına uygun olmaması, hava kirliliği, aşırı sıcaklık, tütün ve bağımlılık yapıcı ürünlerin yaygın tüketimi, hastane, sağlık ocağı gibi sağlık hizmetleri sunan kompleks yapıların sınırlı sayıda olması, sağlık personeli eksikliği, özgür ve eşitlikçi bir ortam olmaması vb.



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

Sağlık alanındaki veriler, sağlık hizmetlerinden en fazla mahrum olan kesimin az ve orta gelirli ülke halkları olduğunu gösterirken, bu ülkelerin içinde bulunduğu politik istikrarsızlık ve güçsüz devlet yapısı, gerekli sağlık hizmetlerinin verilmesindeki aksamaların temel sebepleri olmaktadır.

Sağlık taramalarının gerçekleştirilebilmesi için ihtiyaç duyulan

maddi kaynağın sağlanması yanı sıra, tedavi olanakları ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşası için de güçlü bir devlet mekanizması gerektirmektedir. Devlet eliyle sağlanamayan sağlık hizmetleri özel sektör ve yardım kurumları tarafından sağlanmaya çalışılmaktadır; ancak özel sektör hizmetlerine erişim, hem yoksul hem de sağlık sigortası sistemi gelişmemiş ülkelerde toplumun faydasına bir görünüm ortaya çıkarmamaktadır. Yardım örgütleri ve vakıflar eliyle gerçekleştirilen girişimler ise akut sağlık krizi yaşanan ülkelerde belirli bir rol oynasa da ulaşabildikleri insan sayısı, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insan sayısına kıyasla oldukça sınırlı kalmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde de daha ümitvar bir tablonun çizilebilmesi için devletlerin yoksullukla mücadele, alım gücünü ve yatırım olanaklarını artıran dengeli bir ekonomik büyüme ve iyileştirilmiş çalışma şartları yanı sıra vatandaşların sosyal ve psikolojik açıdan desteklendiği bir hayat standardı sunması önemlidir. Sağlık imkânlarına kolay bir erişimin olması, devlet veya özel sektörün kuracağı kapsamlı hastane hizmetleri kadar sağlık sigortaları, hizmetlerden adaletli ve eşitlikçi bir şekilde ayrımcılığa maruz kalmadan faydalanma, ilaç tedavisine ulaşımın kolay olması gibi unsurlara bağlıdır. Bu noktada bireye düşen sorumluluk da yönetime taleplerini iletebilme olgunluğunu kazanabilmesiyle başlamaktadır.

Sonuç olarak sağlık denilince önemli olanın yalnızca bireyin sağlıklı olma durumu değil, sağlıklı yaşamasına olanak sağlayan sosyal belirleyicilerin varlığı olduğu

da anlaşılmaktadır. Bir bütün olarak beslenme, çalışma, barınma, salgınla mücadele, temiz suya ve sağlık hizmetlerine erişim gibi temel insani ihtiyaçların sağlıklı bir toplum inşası için zorunlu olduğunun kabul edilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için de devlet ya da özel sektör ayrımı olmaksızın tüm taraflar üzerlerine düşen vazifeyi en iyi şekilde yapmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişim eşitliğini sağlayabilmek için farklı sosyoekonomik gruplarda bulunan ve farklı seviyelerde avantaj ve dezavantajlara sahip kişilerin bu alanda sistematik bir eşitsizliğe maruz kalmadığı bir düzen inşa edilmesi ise, temel insani hedeflerden biri olmalıdır.

SAĞLIK HAKKI

1966 yılında imzalanan Medeni Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12. maddesinde "Sağlık Standardı Hakkı" başlığı altında şu maddeler sıralanmıştır:

1. Temiz suya, güvenilir gıdaya, beslenme ve barınma imkânlarına, sağlıklı çalışma ve çevre şartlarına, sağlık üzerine eğitim ve bilgilendirmeye ve cinsiyet eşitliğine erişim hakkı
2. Tedavi için ihtiyaç duyulan ekipman, ilaç ve hizmete ayrımcılığa uğramaksızın erişim hakkı
3. Hastalıkların kontrol altında tutulması, eşitlikçi ve doğru zamanda tedaviye ulaşma, anne-bebek ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşma hakkı
4. Sağlıkla ilgili alınan ulusal ya da uluslararası kararlarda katılımcı olabilme hakkı
5. Tüm hizmet, ürün ve olanakların hazır, ulaşılabilir, kabul edilebilir ve iyi kalitede olması hakkı.

Gelişmiş ülkelerle fakir ülkeler arasındaki temel sorunlardan biri sağlık alanındaki eşitsizlik olduğundan, 6-12 Eylül 1978 tarihli Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda "herkes için sağlık" anlayışıyla Almaata Deklarasyonu kabul edilmiştir.

Bu sözleşmeler üzerinden uzun bir süre geçmiş olsa da küresel sağlık hizmetlerinin dağılımında herhangi bir dengelenmenin olduğunu söylemek mümkün görünmemektedir.

Kaynakça

Braveman, P., Gruskin, S. "Poverty, equity, human rights and health". World Health Organization 2003;81:539-545.

Doynos, P., Gray-Akpa, K., Mitchell, F. "New Directions For Foundations In Health Equity". *Health Affairs*, August 2016, 35:8.

Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019, Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

Polio Now, <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/> (12.09.2020).

Ritzer, George. *Küresel Dünya, Küreselleşme II, Sağlık ve Tıp, İstanbul: Ayrıntı Yayınları*, 2011, s. 66.

Ruger, J P., Kim, H-J. "Global health inequalities: an international comparison". *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60:928-936.

Simon, Kevin M. "A Legal Solution To Health Inequality",

Health Affairs, Vol. 35, No. 8: Disparities, Hospital Financing, August 2016.

Weil, Alan R. "Tackling Social Determinants Of Health Around The Globe". *Health Affairs*, July 2020, 39:7.

World Health Organization, "World Health Statistics 2020, A visual summary", <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary> (14.07.2020).

_____. *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, 2009.

_____. *Health Promotion Glossary*, 1998, Geneva.

_____. *Health Promotion Glossary*, 1998.

Yach, Derek. "Douglas Bettchet, The Globalization of Public Health I: Threats and Opportunities", *American Journal of Public Health*, May 1998, Vol. 88, No. 5.

Yıldız, H., Turan, M. "Küreselleşme ve Sağlık", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36 (1) 39-41, 2010.