



# TEMEL SAğLIK HİZMETLERİ

1978 - 2018



**Prof. Dr. Zafer Öztekin**

## TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ 1978-2018

**HASUDER Yayın No: 2018-3**

**ISBN** : 978-605-66954-4-5

**Basım yeri** :Trakya Üniversitesi Matbaası

**Birinci basım** :750 adet

**Yazar** :Prof.Dr. Zafer Öztekin, Maltepe Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Kapak tasarımı** :Prof.Dr. Zafer Öztekin

**Redaksiyon** :Araş.Gör.Dr. İrem Altunören Evgin  
Araş.Gör.Dr. Bengü Nehir Buğdaycı

**Sayfa Düzeni** :Prof.Dr. C. Tayyar Şaşmaz

**Yasal Uyarı** :Bu kitabın yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneğine (HASUDER) aittir. Yazarı dışındakiler kopyalayamaz ve çoğaltamaz. Kaynak gösterilerek eğitim amacıyla alıntı yapılabilir; diğer amaçlarla kullanılması için HASUDER'den izin alınmalıdır. Kitapta yer alan bilgilerden ve görüşlerden eserin yazarı sorumludur.

© 2018, Turkish Society of Public Health Specialists /

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Eposta : [yayinmuduruhasuder@gmail.com](mailto:yayinmuduruhasuder@gmail.com)

Web :<http://www.hasuder.org.tr>

<b>İçindekiler</b>	<b>Sayfa</b>
İçindekiler	ii
Bölüm-1	1
Temel Sağlık Hizmetleri Birinci Konferansı	1
Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Görüşler	1
Geleneksel ve TSH'nin Farkları	15
Türkiye'nin Hedefleri	19
Bölüm – 2	27
30 Yıl Sonra Temel Sağlık Hizmetleri	27
Alma-Ata'dan 30 Yıl Sonra Temel Sağlık Hizmetleri	27
Bin Yıl Kalkınma Hedefleri	32
Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	35
Bölüm – 3	38
40 Yıl Sonra TSH İkinci Konferansı	38
Kaynaklar	47

# BÖLÜM 1

## TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİNCİ KONFERANSI

### ALMA - ATA / 1978

*"Sağlık hakkı sağlıklı olma hakkı demek değildir; yoksul ülkelerin kaynakları olmadığı halde pahalı sağlık hizmetleri kurmaları demek de değildir. Sağlık hakkı, hükümetlerin ve yöneticilerin mümkün olan en kısa zamanda herkesin ulaşabileceği ve yararlanabileceği bir sağlık sistemini kuracak politikalar ve eylem planları ortaya koymalarını gerektirir. Bunun gerçekleşmesini güvence altına almak, hem insan haklarıyla uğraşanların hem de halk sağlığı çalışanlarının vermeleri gereken en büyük mücadeledir."*

*BM İnsan Hakları Yüksek Komiseri,  
Mary Robinson*

### Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Görüşler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1970'li yılların başlarında yaptığı değerlendirmelerle; dünyada sağlık düzeyinin özlenenin çok altında olduğunu, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında büyük farklılıklar bulunduğunu, hatta bazı ülkelerin kendi bölgeleri arasında dahi eşitsizlikler olduğunu ortaya koymuştur. O dönemde birçok ülkede sağlık hizmetlerindeki gelişmeler gerek nicelik gerek nitelik olarak toplumun gelişmişliğine uymamaktaydı. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan toplumlar, ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden memnun değildi.

Bu sorunları çözmek amacıyla DSÖ bir dizi kararlar almıştır. Bunlardan ilki DSÖ'nün 1977 yılında 30. Genel Kurulu'nda "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefini kabul etmesidir. Bu hedefin temelini, 2000 yılına kadar herkesin, sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği sağlık düzeyine erişmesini sağlamak oluşturmaktadır. Bir yıl sonra, 1978 yılında, Kazakistan'ın o zamanki başkenti Alma-Ata'da (Almaty) hemen bütün ülkelerin ve ilgili uluslararası kuruluşların katılımı ile Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı toplanmıştır. Bu konferans, dünyada sağlık hizmetlerini geliştirme ve sağlık düzeyini iyileştirme ile ilgili politikaların belirlendiği bir toplantı olmuş ve "2000 yılında Herkese Sağlık " hedefine varmak için izlenecek ilkeler belirlenip, toplantı sonunda bir bildiri ile (TSH Bildirisi ya da Alma-Ata Bildirisi olarak bilinir) açıklanmıştır. Çağımızdaki sağlık hizmetleri anlayışı, bu toplantıda tartışılmış ve şekillendirilmiştir. Bu konferanstan sonra DSÖ'nün 32. Genel

Kurulu'nda ise "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi için stratejiler belirlenmiştir.

Konferans, konu ile ilgili bütün tarafların katıldığı ve sonunda yayınlanan bildiri ile alınan kararların açıklandığı en geniş katımlı toplantı demektir. Konferanstan daha büyük bir toplantı yoktur. Temel Sağlık Hizmetleri Konferansına da Birleşmiş Milletlere üye olan bütün ülkeler ve uluslararası sağlık kuruluşlarının tümü katılmıştır. Dolayısıyla TSH Konferansı sonunda yayımlanan bu bildiri, bütün ülkelerin fikir birliği içinde aldıkları kararları ve ilkeleri kapsayan bir tür uluslararası sözleşme niteliğinde kabul edilmelidir. Her ülke, bu bildiriye kabul etmekle, bildiride yer alan ilkeleri benimsediğini ve uygulayacağını beyan edip, diğer ülkeleri de bu kararları uygulamaya davet etmektedir. Türkiye'de bu bildiriye kabul etmekle, TSH ilkelerini benimsediğini ve uygulayacağını açıklamış olmaktadır. Konferansta Türkiye'yi o zamanki Sağlık Bakanı (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı) Dr. Mete Tan temsil etmiştir.

## Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)

Alma-Ata Konferansı sonunda yayınlanan TSH Bildirisinde verilen TSH tanımı şu şekildedir:

*"Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) (Primary Health Care), bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam katılımı ile ülke ve toplumlarca karşılanabilir bir harcama karşılığında götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sisteminin; insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur ."*

Yukarıdaki tanımı daha iyi yorumlayabilmek için TSH'nin dört yönünü bilmek gerekir:

1. TSH, sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür,
2. TSH, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde anahtardır,
3. TSH, sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır,
4. TSH, bir faaliyetler grubudur.

*Not: Türkçeye "Temel Sağlık Hizmetleri" olarak çevrilen terimin İngilizce karşılığı "Primary Health Care"dir. Bu terim, başka yazarlar tarafından Türkçe'ye daha başka biçimlerde çevrilmişti (Temel Sağlık Bakımı, Primer Sağlık Bakımı, Birincil Sağlık Bakımı, Birincil Sağlık Hizmetleri gibi).*

*İngilizcede bir de "Basic Health Services" terimi vardır ki, işte bu terimin Türkçe karşılığının "Temel Sağlık Hizmetleri" olması gerekir. Bu terim, kişilere bazı koruyucu ve iyileştirici hizmetleri götüren resmî sağlık kuruluşları ağını ifade eder. Burada genellikle, halkın katılımı, uygun teknoloji kullanımı, sektörler arası işbirliği gibi ilkelere önem verilmemiştir. Hizmetler merkezde planlanır ve hükümetlerin atadığı personeller tarafından yürütülür.*

## 1-Bir Görüş Olarak TSH

Temel Sağlık Hizmetlerinin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin geneli ile ilgili bir görüş (felsefe) oluşudur. Bu yönü ile TSH, halk sağlığı görüşü ile örtüşmektedir. Bu görüşün temeli şu dört noktadan oluşur:

**a.Sosyal Eşitlik:** Sağlık hizmetleri, doğuştan kazanılmış insan hakkıdır. Bu hizmetler, yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara değil, toplumdaki herkese ve dahi sağlık hizmetlerine en uzak yerleşim yerlerinde oturanlara da, sosyal adalet anlayışı içinde eşitlik ve hakkaniyet ölçülerinde (*equity*) götürülmelidir.

**b.Öz Sorumluluk:** Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bunun için kişiler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Bu eğitimlerin doğal sonucu olarak kişiler, sorumluluk duygusu içinde, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve hizmetlerin sunumunda söz sahibi olmalı; yani toplum, sağlık hizmetlerine katılmalıdır.

**c.Sağlık Hizmetlerinin Boyutu:** Sosyal bir olgu olan sağlık ve sağlık hizmetleri yalnızca sağlık sektörü tarafından yürütülemeyecek kadar geniş boyutludur. Birçok başka sektörü de ilgilendiren sağlık hizmetlerinde, sektörler arasında işbirliği ve eşgüdüm (koordinasyon) gereklidir.

**d.Uluslararası Dayanışma:** Sağlık düzeyi yönünden ülkeler arasındaki eşitsizlik; politik, sosyal ve ekonomik yönleri olan bir durumdur. Sağlık bir dünya ve insanlık sorunudur ve gelişmiş güçlü ülkelerin, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemeleri gereklidir.

### **Sağlık İçin Sektörler Arası İşbirliği**

*Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan da görüldüğü gibi sağlık; çok boyutlu, geniş bir kavramdır.*

*Sağlık hizmetleri de çok yönlü ve yaygın hizmetlerdir. Bu nedenle sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık sektörü olarak adlandırılan sağlık bakanlıkları tarafından verilemez. Bu hizmetlerin başarısındaki faktörlerden biri de, sağlıkla ilgili hizmetleri veren bütün sektörlerin planlı ve uyumlu bir şekilde çalışarak, aynı amaca varmak için çaba göstermeleridir. Bu konuda birkaç örnek vermek yeterli olacaktır. Eğitim, Milli Eğitim Bakanlığı'nın görevidir. Ancak söz konusu "okullarda sağlık eğitimi" olduğunda, Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı (SB) birlikte çalışmak zorundadır. Kentlerin temizliği, esnafın denetimi, gıda kontrolü gibi hizmetler belediyelerin görevleri arasındadır ama bu hizmetleri sunarken belediyelerle SB'nin birlikte çalışmaları şarttır. Tarlaların sulanması için arkların açılması, su işleri ya da tarım örgütünün görevi olabilir; ancak bu arklar ve sulama sistemleri, sivrisineklerin üremesini ve sıtmanın yayılmasını hızlandırıyor ise sözü edilen kuruluşlarla SB'nin el ele vermesi kaçınılmaz olur. Aile planlaması, çevre sağlığı, aşılama hizmetleri gibi bazı konularda halkın direnci ancak dini liderler aracılığı ile kırılabilir. İşte bu noktada Diyanet İşleri Başkanlığı ile SB'nin birlikte çalışması son derece olumlu sonuçlar verir. SB'nin beslenme hizmetlerinde Tarım Bakanlığı, finans konularında Maliye Bakanlığı, haberleşme konularında Ulaştırma Bakanlığı ve halk eğitimi konusunda medya kuruluşları ile birlikte çalışması kaçınılmazdır.*

*Sağlık Bakanlığı dışındaki sektörlerin desteği olmadan, sağlık hizmetlerinde başarı söz konusu olamaz. İlk bakışta akla yatkın ve kolay gibi görünen bu konu, uygulamada çok güçtür. Yalnızca ülkemizde değil pek çok ülkede sektörler, kendi içlerine kapanmış ve yalnızca kendi görevlerini yapan kurumlar haline gelmişlerdir. Böyle bir yapı içinde genel amaç unutulmuş, halka hizmetteki "bütünlük" anlayışı kaybolmuştur. Unutulmamalıdır ki sektörler bir orman içinde yalnızca birer ağaçtır.*

### **Sağlık Hizmetleri ve Kalkınma**

Sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımlar bazı planlama ve ekonomi uzmanlarınca "Nüfus Yatırımları" (Demografik Yatırımlar) olarak kabul edilir. Yani bu yatırımlara yapılan harcamalar, kısa sürede geri dönmez; nüfus fazla olduğu için bu alanda yatırım yapılmaktadır. Eğer nüfus daha az olsaydı bu yatırımlara gerek olmayabilirdi.

Bu nedenlerle, özellikle kaynakları sınırlı olan ülkelerde ekonomik gelişmeyi planlayanlar, sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımlara mümkün olduğu kadar az kaynak ayırmak eğilimindedirler; kaynakların çoğunu üretici olanlara ayırırlar. Bu görüşlerini savunurken "sağlık düzeyinin ekonomik kalkınmışlıkla yakından ilgili olduğunu" söylerler. Onlara göre; bir toplum, ekonomik olarak kalkınırsa, toplumun sağlık düzeyi de buna paralel olarak gelişir. Bu nedenle ülkeler, bütün güçlerini ekonomik kalkınmaya harcamalıdır.

TSH Bildirisinin birinci maddesinde bu görüşün aksine, sağlık hizmetlerinin kalkınma planı içindeki önemi vurgulanmıştır. Bildiride, her ülkenin kendi kalkınma planında temel sağlık hizmetlerinin, ulusal kalkınma planı ile uyumlu bir biçimde ele alınarak geliştirilmesi önerilmiştir. Bildirinin gerekçelerinin açıklandığı bölümde, ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyi arasında çift yönlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Yani kalkınmışlık, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine yol açacağı gibi, sağlıklı bir toplum da kalkınmaya olumlu etki yapar. Disraeli'nin de dediği gibi: **"Bir ülkenin ekonomisinin sağlıklı oluşu, önce halkının sağlıklı oluşuna bağlıdır."**

Yeterli kaynak ayırmayarak insan sağlığına gereken önemi vermeyen ekonomistler, yaşamın temel anlamını ve kalkınmanın gerçek amacını gözden kaçırmaktadırlar. O da şudur; dünyada her şey insan içindir. Üretim de, kalkınma da insanların daha mutlu yaşamalarını sağlamak içindir. Eğer bunlar insanı daha rahat, daha mutlu yaşatmayacak olsa, ne üretime ne de kalkınmaya gerek olurdu.

Mutluluk sağlık demektir. Eğer çevremizde bulunan ve ürettiğimiz her şey insan içinse hiçbir şey insandan ve onun sağlığından daha önemli olamaz. Gerçekten de sağlık olmadan bunların hiçbirinin bir anlamı kalmaz. Bazı şeylerden vazgeçebilirler ama sağlıktan asla geçilemez. O nedenle sağlığa ve sağlık hizmetlerine gereken önemi vermemek, yaşamın temel anlamına terstir.



## **2-Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH**

Bir ülkede TSH kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir. Bu ilkeler kısaca şunlardır:

- a. Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese, onların kabul edebilecekleri biçimde entegre olarak verilmelidir. Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- b. Toplum, sağlık hizmetlerinin planlanmasına ve uygulanmasına katılmalıdır.
- c. Halkın ilk başvuruları için hizmet birimleri kurulmalıdır.
- d. Kademeli hasta sevki sistemi işletilmelidir.
- e. Sağlık yönünden tehlike (risk) altındakileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır.
- f. Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır.
- g. Hizmetler sürekli olmalıdır.
- h. Sağlık hizmetleri “ekip anlayışı” içinde verilmeli; hekim dışı personel çalıştırılmasına önem ve gerekirse öncelik verilmelidir.
- i. Personel zorunlu olarak değil, özendirilerek çalıştırılmalıdır.
- j. Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve diğer koşullarına uygun olmalı, hizmetlerin her kademesinde o ülkeye uygun teknoloji kullanılmalıdır.
- k. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sektörler arası işbirliğini sağlayıcı mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- l. Sağlıkla ilgili alınacak bütün kararlar kanıta dayanmalıdır ve bu nedenle hizmet araştırmalarına önem verilmelidir.
- m. Sağlık hizmetlerinin sürekli olarak ve aksamadan sürdürülebilmesi için gereken tıbbi ve diğer malzemenin sağlanması konusunda işleyen bir lojistik sistem kurulmalıdır.
- n. Gereksiz ve çok sayıda ilaç kullanımını (polifarmasi) önleyici mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- o. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkabilecek aksaklıkların giderilmesi için hizmet içi ve sürekli eğitimleri de içeren bir denetim sistemi kurulmalıdır.

### **Sağlık Hizmetine Toplumun Katılımı**

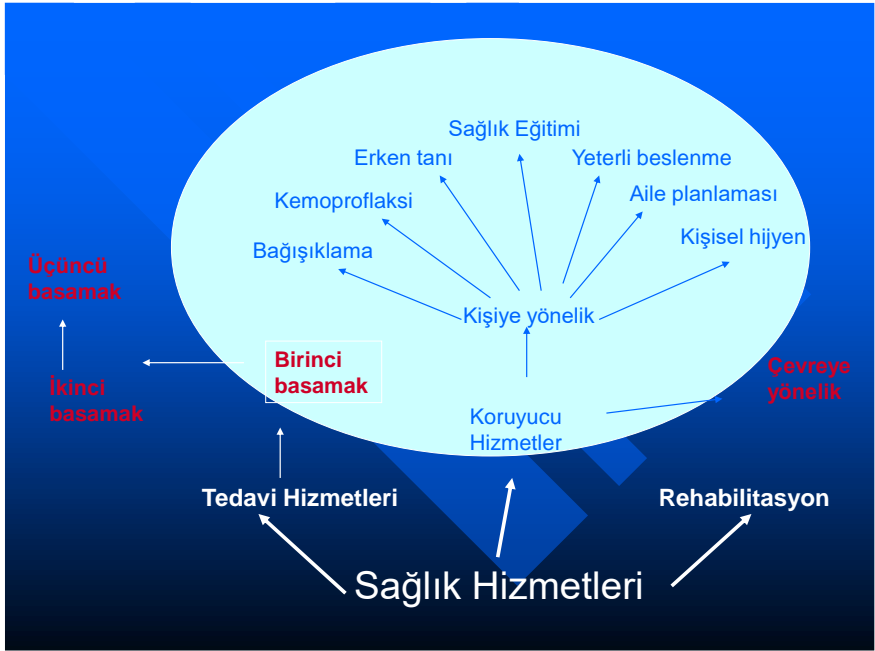
Sağlık hizmetleri, topluma doğrudan götürülen sosyal hizmetlerdir. Sosyal hizmetler söz konusu olduğunda hizmeti alanlar, hizmeti verenler kadar önemlidir. Eğer hizmeti alanlar bu hizmetin ne olduğunu bilmiyorlarsa, hizmetin verilmiş şeklini beğenmiyorlarsa, bu hizmetle ilgili olarak güdülenmemişlerse, hizmeti verenler ne kadar çaba gösterirlerse gösterebilirler; o hizmeti halka (alıcıya) ulaştıramazlar. O halde sosyal hizmetlerin topluma uyması ve toplum tarafından kabul edilip olması gerekmektedir. Bunu sağlamanın en iyi yolu; hem hizmeti planlama hem de uygulama sırasında bu hizmeti alacak kişilere danışmak ya da o kişilerle beraber çalışmaktır. Bu işbirliğine "toplumun sağlık hizmetlerine katılımı" denir. Bu yapıldığı takdirde planlama aşamasında halkın hizmetle ilgili talepleri değerlendirilebilir. Elbette bu taleplerin hepsi karşılanamaz. Ama toplumun gerçek gereksinimini bilebilmek için bu talepler de göz önüne alınmalıdır.

Sosyal hizmetlerde halkın hizmete sahip çıkması başarının temel unsurlarından birisidir. Hizmetin nasıl olması gerektiğine karar verenler, o hizmete herkesten daha fazla sahip çıkarlar, işte toplumun katılımı bunu sağlar. Çünkü hizmetin biçiminde ve uygulanmasında onlar da karara katılmışlardır.

Bir de halkın hizmetlere para ya da işgücü ile katkı vermesi konusu vardır ki, bu durum "katılım" olarak değerlendirilmemelidir. Ancak bu iki konuyu ayırmanın güçlüğü ve her ikisinin de önemli olduğu göz önüne alınarak bir arada ele alınıp "halkın sağlık hizmetlerine katkı ve katılımı" şeklinde adlandırılması yaygın bir anlayıştır.

### 3- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH

TSH'nin en yaygın olarak bilinen yönü ve tanımı budur. Bu tanım koruyucu hizmetlerle evde ve ayaktan (ambulator) tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Buralar, halkın ilk başvuru basamağıdır. Tanı konması ve tedavisi bu basamakta yapılamayan hastalar ikinci basamağa (hastanelere) sevk edilirler. Buna göre, kişiye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği aile sağlığı merkezleri, temel sağlık hizmetlerine örnektir.



Şekil 1: Temel Sağlık Hizmetleri Alanı (Açık renkli bölge)

### 4- Faaliyetler olarak TSH

TSH Bildirgesi'nde "en az bakım" (*minimal care*) kavramından söz edilmektedir. Bu kavrama göre, her ülke aşağıda belirtilen sekiz faaliyeti yapmak zorundadır. Bu faaliyetlerden vazgeçilemez.

1. Halkın sağlık eğitimi
2. Beslenme durumunun geliştirilmesi
3. Temiz su sağlanması ve sanitasyon

4. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması
5. Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama
6. Endemik hastalıkların kontrolü
7. Sık görülen hastalıkların uygun tedavisi
8. Temel ilaçların sağlanması

Bir ülkede sağlık hizmetleri içinde yukarıda sıralanan faaliyetlerin yer almış olması, o ülkede TSH kavramına uyulduğundan söz etmeye yetmez. Önemli olan, bu hizmetlerle birlikte TSH'nin diğer ilkelerine de uymaktır.

#### **Hekim Dışı Personel Kullanımı**

*1970'li yıllardaki sağlık sorunları açıklanırken pek çok ülkede sağlık insan gücünün yetersizliği konusuna değinilmişti. O tarihlerde, gelişmekte olan bazı ülkelerde 100.000 nüfus için 50 sağlık personeli bulunmasına karşın gelişmiş bazı ülkelerde 100.000 nüfusa 750 sağlık personeli düşmekteydi. Yani gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında sağlık personeli sayısı bakımından 15 kat kadar farklılık söz konusu idi.*

*Bu gerçeğe karşın gelişmekte olan birçok ülkede, sağlık hizmetleri hekime dayalı olarak kurulmuştur. Bu ülkelerde, hekim yetiştirilmesi ve kullanımı konusunda çabalar gösterilmektedir. Oysa hekim eğitimi uzun, masraflı ve güç bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde temel tıp eğitiminin maliyeti öğrenci başına 15.000 ile 35.000 Amerikan Doları arasındadır. Bu miktar bazı ülkelerde 75.000 Dolara varmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin, hekim ihtiyaçlarını uzun yıllar kapatamayacakları bir gerçektir.*

*Öte yandan "herkese sağlık" hedefine ulaşabilmek için bazı önlemleri gecikmeden almak zorunlu görülmektedir. Personel açısından bu önlemlerden biri de hekim olmayan yerlerde, hekim dışı ya da kısa sürede eğitilmiş sağlık personelinin yararlanmaktadır. Aslında akılcı olan bu yöntem, birçok ülkede uzun bir süredir uygulanmaktadır. Bu konudaki en klasik örnek Çin'deki "çıplak ayaklı doktorlar"dır (köylü doktorlar). Bunun gibi İran'daki "behyarlar", bazı Afrika ülkelerindeki "hekim yardımcıları", eski Sovyetler Birliği ülkelerindeki "felçerler" örnek olarak sayılabilir.*

*Bu tür uygulamalarda, halk arasından seçilen uygun kişiler kısa bir eğitimle, en sık görülen, en çok öldüren hastalıklar ve durumlar konusunda eğitilmekte ve içinde yaşadıkları topluma sağlık hizmeti götürmeleri sağlanmaktadır. Örneğin; "çıplak ayaklı doktor" (köylü doktor) denilen kişi bir köylüdür. Bu kişi, köydeki öğretmen ya da bir çiftçi olabilir. Seçilen bu kişiler, yaklaşık 6 aylık bir eğitimden geçirilerek bazı hastalıkların tedavileri ve bazı koruyucu hizmetler konusunda yetiştirildikten sonra yine aynı köye gönderilmektedirler. Kendilerine en sık görülen 16 hastalığın teşhis ve tedavisi öğretilmektedir. Bu kişiler asıl meslekleri olan çiftçiliği ya da öğretmenliği uygularken gerek duyulduğu zamanlarda sağlık hizmeti de vermektedirler. Anlamadıkları, bilmedikleri, kendilerine öğretilmeyen durumlarla karşılaştıklarında ise hastayı en yakın sağlık kuruluşuna sevk etmektedirler. Bir başka deyişle çıplak ayaklı doktorlar, uç noktada birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kişiler olmaktadır.*

*Bu sayede pek çok ülkede, sağlık konusunda çok ileri adımlar atılmıştır. Çünkü bilinmelidir ki, gelişmekte olan ülkelerde kişiler teşhisi, tedavisi ve korunulması çok basit olan hastalıklardan ölmektedirler. Böyle hastalıkları teşhis ve tedavi etmek için hekim olmaya gerek yoktur. Bazı basit sağlık kurallarını ve tedavi yöntemlerini bilmek ve uygulayabilmek bu kişileri ölümden kurtarmak için yeterli olur. Hekimin olmadığı yerlerde, bu tür yöntemleri kullanacak kişileri eğitmek en akılcı yoldur.*

*Bu uygulama, yalnızca gelişmekte olan ülkelerde olmamaktadır. Örneğin; ABD'de de vardır. Söz gelimi ABD'de hemşireler bir eğitimden geçirildikten sonra hastalıkların teşhisinde fayda sağlamaktadırlar. Eğitimden geçmiş bu hemşireler, (pratisyen hemşire, nurse practitioner) hekimlerin muayenehanelerinde görev alırlar ve başvuran hastaların anamnezi bu hemşireler tarafından alınır ve ilk tetkikleri yaptırılır. Böylece hekim, basit ve rutin işlemlerde zamandan tasarruf sağlar ve daha fazla hasta görebilme şansını elde eder.*

*ABD'deki bir diğer örnek de; Alaska'da çalışan "toplum sağlığı ajanları" (community health aides - community health representatives) ile Kızılderililer arasından seçilip eğitildikten sonra kendi köylerine hizmet eden sağlık elemanlarıdır.*

*Böyle kişilerin kullanılmasında diğer bir yarar da, bu kişilerin kültür olarak topluma yakın olmalarıdır. Çünkü bu kişiler halk arasından seçilmişlerdir. Bilinmektedir ki "kişi en iyi komşusundan öğrenir". Yani kişi kendi kültürüne yakın olanlarla daha iyi anlaşır, daha iyi iletişim kurabilir. Kültürleri birbirine yakın olan kişiler, birbirlerini daha iyi etkileyebilirler. Bu bakımdan, kısa sürede eğitilmiş hekim dışı personel bazı konularda hekimlerden daha başarılı olabilir.*

*Ne yazık ki, birçok ülkedeki hekimler bu tür uygulamaların karşısındadırlar. Onlara göre sağlık, son derece özel bir hizmettir ve en bilgili kişiler tarafından, yani hekimler tarafından verilmelidir. Onlar dışındaki kişilere, hekimlerin bazı sorumluluklarını aktarmak söz konusu olamaz. İşte, TSH Bildirisi'nin 9 uncu ve 10 uncu önerileri bu konuya yer vermekte ve ülkeleri hekim olmayan personeli kullanmaya teşvik etmektedir. Aynı maddelerde ayrıca, hekimler için olduğu kadar hekim dışı personelin de sürekli eğitimi ve denetiminin önemi vurgulanmaktadır.*

*Ülkemizde, hekim olmayan personelden yararlanma konusu yeni değildir. Geçmişte bazı deneyimler olmuştur. Bunlardan biri; köy enstitüleri uygulamasıdır. Bilindiği gibi bu enstitülerin amacı, köylerde eğitim ve bunun yanı sıra sağlık dahil birçok toplum hizmetini verebilecek kişiler yetiştirmektir. Bu enstitülerde, sağlıkla ilgili uygulamalı eğitimler de verilmekte idi.*

*Ülkemizdeki bir diğer örnek "trahom ilaçlayıcıları"dır. Bu ilaçlayıcılar kısa bir eğitimden geçirilen ilkokul mezunu kişilerdi; köy köy dolaşarak trahomlu kişilerin gözlerine ilaç uygularlardı.*

*TSH Bildirisi'nin 10'uncu maddesine göre öğretmenlerden de yararlanılması düşünülebilir. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarda, eğitildikleri taktirde imamların ve kadın öğretmenlerin, kendi bölgelerinde aile planlaması uygulayan kişilerin oranında artış sağladıkları gözlenmiştir.*

**Temel ilaçlar:** Temel ilaçlar (*essential drugs*) listesi DSÖ tarafından ortaya atılmış bir kavramdır. Bu listede, öncelikli sağlık sorunlarında kullanılmak üzere seçilmiş etkili, güvenli ve maliyet-yarar açısından yüksek değerdeki ilaçlar çocuklar ve erişkinler için ayrı ayrı yer almaktadır. DSÖ

çekirdek liste olarak adlandırdığı bir ilaç listesini her iki yılda bir açıklar. Ülkeler, kendi koşullarını dikkate alarak bu listeyi ülkelerine uyarlarlar. 130 ülke bu tür çalışmalar yaparak kendileri için “temel ilaçlar” listesi hazırlamıştır. Bu listelerde 334 ile 580 arasında ilaç bulunmaktadır.

**Tablo 1:** 2013 Yılında Açıklanan Çekirdek Temel İlaçlar Listesinde Yer Alan İlaçlar

1. Anestetikler
2. Ağrı kesiciler ve palyatif tedavi amaçlı ilaçlar
3. Anaflekside kullanılan antialerjikler
4. Zehir antidotları
5. Anti epileptikler / Antikonvulsifler
6. Anti enfeksiyon ilaçları
7. Migren ilaçları
8. Kanseri ve immüno-supresif ilaçları
9. Antiparkinson ilaçları
10. Kanı etkileyen ilaçlar
11. Kan ürünleri ve insan kaynaklı plazma ürünleri
12. Kardiyovasküler sistem ilaçları
13. Dermatolojikler
14. Tanı amaçlı ajanlar
15. Dezenfektanlar ve antiseptikler
16. Diüretikler
17. Gastrointestinal sistem ilaçları
18. Hormonlar, diğer endokrin ilaçları ve kontraseptifler
19. Bağışıklık sağlayıcılar
20. Kas gevşeticileri ve kolinesteraz inhibitörleri
21. Oftalmik preparatlar
22. Oksitoksik ve antioksidantlar
23. Perinatal diyaliz solüsyonu
24. Mental ve davranış bozukluğu ilaçları
25. Solunum sistemine etki eden ilaçlar
26. Sıvı- elektrolit ve asit-baz dengesini düzeltici maddeler
27. Vitaminler ve mineraller
28. Çocuklarda kullanılan kulak, burun, boğaz ilaçları
29. Yenidoğan bakımı için kullanılan özel ilaçlar
30. Eklem hastalıkları için kullanılan ilaçlar

### **İlaç ve Araç- Gereç Desteği**

Sağlık hizmetlerinin dört temel alt yapısı; insan gücü, araç-gereç, ilaç ve binadır. "Altyapı" terimi hizmet binalarını anımsatır. Oysa sağlık hizmetlerinde bina, her zaman en önemli altyapı ögesi değildir. Pek çok hizmet ailelerin evlerinde, başka amaçlarla da kullanılabilen binalarda, hatta çadırlarda verilebilir. Ama insan gücü olmadan hiçbir hizmet verilemez. Eğitilmiş insan gücü vazgeçilmez bir altyapı ögesidir.

Çağdaş sağlık hizmetleri açısından vazgeçilemeyen diğer ögeler araç gereçler ve ilaçlardır. Özellikle tedavi hizmetlerinde bunlar olmadan olamaz. Ancak bozulan araç-gereç onarılmaz, tüketilen ilacın yerine yenileri sağlanmazsa hizmet durur. "Lojistik destek" adı verilen bu işlemin bir disiplin içinde ve sürekli olması, sağlık hizmetlerinde başarının temel ögelerindendir. TSH Bildirisi'nin 13. önerisi bu konuya yer vermekte ve bu amaçla yönetim, bakım ve dağıtım örgütlerinin kurulması istenilmektedir.

Fazla miktarda ve çok çeşitli ilaç kullanımı yıllardır tartışıla gelen bir konudur. Polifarmasi denen bu durumun önlenmesi ve ulusal ilaç sanayisinin kurulması da TSH Bildirisi'nin önerileri arasındadır.

Polifarmasinin çözüm yolları çok çeşitlidir. Bunlar arasında hekimlerin eğitimi, tanı ve tedavi olanaklarının geliştirilmesi, reçetesiz ilaç satışlarının denetimi, müstahzar sayısının azaltılması, halkın eğitimi gibi önlemler sayılabilir. "Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi" bunların en önemlilerindendir. Çünkü bilinmektedir ki, polifarmasinin nedenlerinden biri de, ikinci basamak tedavi hizmetlerinde, yani hastanelerdeki hasta yığılmalarıdır. Günde 100 hastadan fazlasına bakan bir hekimin, hastasıyla yeteri kadar ilgilendiği, gerekli laboratuvar testlerini yaparak tanı koyduğu söylenemez. Bu durumdaki hekimin, olası tanılar üzerinden yola çıkarak hastada olabilecek iki ya da üç hastalığın her biri için çeşitli ilaçlar vermesi doğaldır. Hekimin beklentisi, bu ilaçlardan birinin, o hastanın derdine çare olacağıdır. Bu durumun çözümü, hastanelerdeki yığılmaların önlenmesidir. Bunun yolu birinci basamak tedavi hizmetlerinin verildiği kuruluşları geliştirmek ve hastanelerin önünde bir süzgeç görevi yapan birinci basamak tanı tedavi hizmetlerini desteklemektir.

TSH Bildirisi'nde ulusal ilaç endüstrisinin kurulması önerilmektedir. Kuşkusuz bu önerinin altında yatan düşünce, ülkelerin ilaç gibi stratejik ve



yaşamsal değeri olan maddelerde, dışa bağımlılıktan kurtulmaları ve kendi kendilerine yeter duruma gelmelerini sağlamaktır.

Gelişmekte olan ülkelerden birçoğu bu noktadan uzaktır. Türkiye, bu yönden şanslı ülkeler arasındadır. Çünkü ülkemizde Cumhuriyet öncesi dönemde eczanelerde başlayan müstahzar ilaç yapımı zamanımızda oldukça gelişmiş bir endüstriye dönüşmüştür. Ancak bu gelişme ile birlikte birçok sorunun da ortaya çıktığı bir gerçektir. Bunlar arasında başta geleni, ülkemizde ilaç ham maddesi üretecek kimya sanayisinin yeterince gelişmemiş olması ve ilaç üretiminin dışa bağımlılığının devam etmesidir.

Müstahzarların (ilaçların) birçoğu değişik firmalarca üretilmesine karşın benzer etkilere sahiptirler; içlerindeki etkili maddeler aynıdır. Bu durum, hekimlerin ilaç piyasasını izlemelerinde güçlükler doğurmaktadır. Daha da önemlisi, bu kadar fazla sayıdaki ilacın piyasa ve kalite kontrollerinde güçlükler görülmesidir. Bu durum, zaten sınırlı olanaklarla sürdürülen ilaç kontrol hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

İlaç, 1800-1900'lu yıllarda yalnızca hastayı, hekimi ve eczacıyı ilgilendirmekteyken; günümüzde ekonomik, politik, akademik yönleriyle kamuyu yakından ilgilendiren çok boyutlu bir konu durumuna gelmiştir. Bu alandaki sorunların çözümü, temel sağlık hizmetlerinin gelişmesine önemli katkılar sağlayacaktır.



Şekil 2: Temel Sağlık Hizmetleri Konferansının logosu

## Geleneksel ve Temel Sağlık Hizmetlerinin Farkları

Temel sağlık hizmetleri kavramı, ister gelişmekte olan ister gelişmiş olsun bütün ülkeler için geçerlidir. Oysa bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunulmasında “geleneksel tıbbi bakım” anlayışı hâkimdir. Bu durumun değiştirilerek sağlık hizmetlerinin TSH görüşüne göre yeniden örgütlenmesi gerekir. Geleneksel tıbbi anlayış ile TSH görüşü arasındaki fark Tablo 2’de belirtilmiştir.

**Tablo 2.** Geleneksel Tıbbi Bakım Anlayışı İle TSH Anlayışı arasındaki başlıca farklar

Geleneksel Tıbbi Anlayış	Temel Sağlık Hizmetleri Anlayışı
Hastalık tedavisi	Sağlığın korunup geliştirilmesi
Hastaya hizmet	Herkese sürekli hizmet
Belirli sorunlara ağırlık	Geniş boyutlu hizmet
Hekim ağırlıklı hizmet	Ekip anlayışı
Uzman kullanımına ağırlık	Genel pratisyenlere ağırlık
Pasif toplum	Toplumun katılımı
Yalnızca sağlık sektörü	Sektörler arası işbirliği

### Herkese Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) kuruluş yasasında örgütün hedefinin “*bütün insanları mümkün olan en üst düzeyde sağlığa ulaştırmak*” olduğu yazılıdır. İşte DSÖ Genel Kurulu’nun Mayıs 1977 tarihindeki 30. toplantısında belirlediği “2000 Yılında Herkese Sağlık” (*Health for All by the Year 2000 - HFA 2000*) hedefinin gerekçesi, kuruluş yasasındaki bu amacın gerçekleştirilmesidir. Genel Kurul’da bu hedef daha belirgin bir biçimde şöyle tanımlanmıştır:

*“Dünyadaki herkes 2000 yılına kadar, içinde bulunduğu toplumun sosyal yaşantısına etkili bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır”. (Söz konusu kararda 2000 yılı hedef gösterilmiş olmakla birlikte, bu tarih daha sonra 2020 olarak yeniden ifade edilmiştir. Burada önemli olan tarihler değil, “herkese sağlık” kavramının kendisidir.)*

Bu hedefteki 'mümkün olan' kavramını vurgulamak gerekir. Bu çok belirgin olmayan bir kavramdır. O nedenle her ülke, neyin mümkün olduğunu kendisi belirleyecektir. Bir başka deyişle, her ülke bu anlamı kendi sosyal ve ekonomik özellikleri, sağlık düzeyi, kendi toplumundaki hastalık örüntüsü ve sağlık hizmetlerini geliştirebilmedeki olanaklarına göre yorumlayacaktır. DSÖ Genel Kurulunun 1979 yılında kabul ettiği 2000 Yılında Herkese Sağlık Stratejisinde ülkelere bazı noktalarda ışık tutulmaktadır.

DSÖ tarafından yayınlanan raporda ayrıntılı biçimde ele alınan bu hususlar dört başlık altında toplanabilir:

1. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak götürülmediği gerçeği bütün ülkeler için geçerlidir. Gerek ülke içinde gerekse ülkeler arasında, sağlık kaynaklarının eşit olarak dağılımı herkesin temel sağlık hizmetlerine kavuşmasına yol açacaktır. O nedenle, her ülke her vatandaşına eşit sağlık hizmeti götürebilmek için gereken planı yapacak ve örgütü kuracaktır. Bu planda özellikle insan gücü başta olmak üzere altyapının tamamlanmasına ağırlık verilecektir. Ayrıca TSH için gerekli malzemelerin ülke içinde üretimi, besin üretimi ve beslenme kaynaklarının geliştirilmesi gibi konular planlanacaktır.

2. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve uygulanışında TSH Bildirisi'ndeki ilkeler temel alınacaktır.

3. Sağlık konusunda hiçbir ülke kendine yeter değildir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde uluslararası dayanışma zorunludur.

4. Her ülke ve DSÖ'nün her bölgesi, varabilecekleri özel hedefleri belirleyecek ve bu hedeflere varılıp varılmadığını değerlendirebilmek amacıyla sağlık düzeyi ölçütleri saptayacaktır.

## **Herkese Sağlık- Avrupa Bölgesi Hedefleri**

Yukarıda açıklanan ilke doğrultusunda, Türkiye'nin de üyesi olduğu DSÖ Avrupa Bölgesi, 1998 yılında bölgedeki ülkelere yön vermek amacıyla herkese "21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganıyla sağlık politikası hedeflerini belirledi ve bütün üye ülkelerin bu hedeflere paralel olarak kendi hedeflerini belirlemelerini istedi. DSÖ Avrupa Bölgesinin açıkladığı 21 hedef şunlardır:

### **Hedef 1: Avrupa Bölgesinde Sağlık İçin Dayanışma**

2020 yılına kadar, üye ülkeler arasında sağlık durumu farkları en az 1/3 oranında azaltılmalıdır.

### **Hedef 2: Sağlıkta Hakçalık (Eşitlik)**

2020 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farkı, özellikle dezavantajlı grupların sağlık düzeylerinin geliştirilmesi yoluyla en az 1/4 oranında azaltılmalıdır.

### **Hedef 3: Yaşama Sağlıklı Başlama**

2020 yılına kadar, bölgedeki bütün yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi çocukların daha sağlıklı olmaları ve yaşama sağlıklı başlamaları sağlanmalıdır.

### **Hedef 4: Genç İnsanların Sağlığı**

2020 yılına kadar, bölgedeki genç insanlar daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini-görevlerini yerine getirebilmelidirler.

### **Hedef 5: Sağlıklı Yaşlanma**

2020 yılına kadar, 65 yaş üstü insanlar her türlü olanak ve kapasitelerini kullanarak daha sağlıklı alabilme ve aktif sosyal yaşama katılabilme olanağına kavuşabilmelidirler.

### **Hedef 6: Ruh Sağlığının İyileştirilmesi**

2020 yılına kadar, ruhsal hastalıkları olanların psikososyal durumları iyileştirilmeli ve hizmetler daha geniş, ulaşılabilir ve erişilebilir olmalıdır.

### **Hedef 7: Bulaşıcı Hastalıkların Azaltılması**

2020 yılına kadar, eradikasyon, eliminasyon ya da kontrol programların sistematik olarak uygulanması yoluyla halk sağlığı açısından önemi olan bulaşıcı hastalıkların olumsuz etkileri yok edilmelidir.

### **Hedef 8: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Azaltılması**

2020 yılına kadar, bütün bölgede başlıca kronik hastalıklara bağlı hastalanma, sakat kalma ve erken ölümler mümkün olan en düşük düzeye indirilmelidir.

**Hedef 9: Kaza ve Şiddet Nedenli Yaralanmaların Azaltılması**

2020 yılına kadar, bölgede kazalara ve şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümlerde belirgin ve sürekli bir azalma sağlanmalıdır.

**Hedef 10: Sağlıklı ve Güvenli Fizik Çevre**

2015 yılına kadar, bölgede insan sağlığına zarar veren, çevre kirliliğine maruziyet düzeyleri uluslararası standartları aşmamalı ve insanlar daha güvenli bir fiziksel çevrede yaşamalıdır.

**Hedef 11: Daha Sağlıklı Yaşamak**

2015 yılına kadar, toplumdaki insanlar daha sağlıklı yaşam şekillerine kavuşmalıdırlar.

**Hedef 12: Alkol, Madde ve Tütünün Zararlarını Azaltmak**

2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaç tüketiminin olumsuz sağlık etkileri bütün üye ülkelerde azaltılmalıdır.

**Hedef 13: Sağlıklı Çevreler**

2015 yılına kadar, bölgedeki insanların, evde, okulda, iş yerinde ve yaşadıkları ortamlarda sağlıklı fiziksel ve sosyal çevrelerde yaşama fırsatına sahip olmalıdırlar.

**Hedef 14: Sağlık İçin Çok Sektörlü Sorumluluk**

2020 yılına kadar, bütün sektörler sağlık için sorumluluklarını fark etmiş ve kabullenmiş olmalıdırlar.

**Hedef 15: Entegre Edilmiş Bir Sağlık Sektörü**

2010 yılına kadar, bölge insanları aile ve toplum odaklı, esnek ve uyumlu hastane desteği olan çok daha iyi temel sağlık hizmetlerine erişebilmelidir.

**Hedef 16: Kalite Yönetimi**

2010 yılına kadar, üye ülkeler her düzeydeki sağlık hizmetlerini topluma ve çıktılara odaklanmış biçimde düzenlemelidir.

**Hedef 17: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kaynak Sağlama**

2010 yılına kadar, üye ülkeler sağlık sistemleri için eşit erişim, maliyet etkililik, çok yönlülük ve asgari kaliteye dayanan, sürdürülebilir finansman ve kaynak tahsis mekanizmalarına sahip olmalıdırlar.

**Hedef 18: Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi**

2010 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sağlık çalışanlarının tümü ve diğer sektörlerde çalışanlar, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgi, tutum ve becerileri edinmelidirler.

**Hedef 19: Sağlık İçin Araştırma ve Bilgi**

2015 yılına kadar, bütün üye ülkeler hizmetlerin halkın yararına ve etkili biçimde yürütülebilmesini destekleyecek bilgileri elde etmeye yönelik araştırma ve iletişim sistemlerini oluşturmalıdır.

**Hedef 20: Sağlık İçin Tarafların Harekete Geçirilmesi**

2010 yılına kadar, herkese sağlık politikalarının uygulamasında kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları arasında ortaklıklar gerçekleştirilmelidir.

**Hedef 21: "Herkese Sağlık" Politika ve Stratejileri**

2010 yılına kadar, bütün üye ülkelerin yerel ve bölgesel düzeylerde kurumsal, yönetsel ve yeniliğe açık liderlik ile desteklenmiş "herkese sağlık" politikalarına sahip olması ve bu politikaları yürütmesi gerekmektedir.

## Türkiye'nin Hedefleri

DSÖ Avrupa Bölgesinin belirlediği hedefler doğrultusunda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2001 yılında ülke hedeflerini belirleyerek yayınladı. Bu hedeflerin güncelliğini yitirdiği bir gerçektir, ama ülkemizdeki öncelikli sağlık sorunları ile hedefler hakkında bilgi vermeleri açısından önemlidir. Toplam 10 adet olan hedef ve bunların alt hedefleri aşağıda listelenmiştir:

**Hedef 1:** 2020 yılına kadar uygulanacak kademeli programlar sonucunda toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı hastalıkların kontrolünü, eliminasyonunu ya da eradikasyonunu sağlamak.

- 2005 yılına kadar, kızamık, difteri, boğmaca ve neonatal tetanos vaka sayılarını %50 azaltmak, 2010 yılına kadar bu hastalıkları elimine etmek
- 2003 yılına kadar, polionun eradikasyonunu sağlayarak, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi üye ülkeleri ile birlikte poliordan arındırılmış bölge sertifikasını almak
- 2010 yılına kadar, Hepatit B virüsü taşıyıcı insidans hızını en az %80 azaltmak
- 2010 yılına kadar, tüberküloz insidans hızını en az %50 azaltmak; tedavisi gerekli tüberküloz vakalarının (aktif tüberküloz) % 70'ini tespit etmek ve bunların %85'inin tam tedavisini sağlamak
- 2005 yılına kadar, Strata I ve III' deki yerleşim yerlerinde sıtma epidemisi görülmesini engellemek, 2010 yılına kadar sıtmanın endemik olduğu illerde kontrolünü sağlamak, 2015 yılına

kadar, ülkede sıtma insidansını 100.000 nüfusta 2'nin altına düşürmek

- 2010 yılına kadar, sokak köpeği kaynaklı kuduz vakasının görülmesini engellemek
- 2005 yılına kadar, 5 yaş altı çocuklarda ishal ölümlerini en az %50, ishal vakalarını en az %25 azaltmak
- 2010 yılına kadar, 5 yaş altı çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümleri 1/3 oranında azaltmak
- 2005 yılına kadar, toplumun %80'nin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV enfeksiyonu konusunda yeterli bilgi sahibi olmasını sağlamak

**Hedef 2:** 2020 yılına kadar, toplum sağlığı açısından önemli bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı erken ölüm, sakatlık ve iş göremezliği azaltarak yaşam kalitesini yükseltmek.

- 2020 yılına kadar, toplumda total kardiyovasküler riski azaltma çabalarının bir parçası olarak hipertansiyonun kontrolünü sağlamak; düzenli hipertansiyon tedavisi alanların oranını en az iki katına çıkartarak ve primer korunma yaklaşımları ile hipertansiyon prevalansını % 10, hipertansiyona bağlı ölümleri %20, komplikasyonları %30 azaltmak; hipertansiyonu olanlarda durumunun farkında olmama düzeyini %10'a indirmek
- 2020 yılına kadar, 65 yaş altında iskemik kalp hastalıklarından ölümleri % 15 azaltmak
- 2020 yılına kadar, 65 yaş altı nüfusta bütün vücut kanserlerini %10, 2030 yılına kadar akciğer kanserini %25, bütün vücut kanserlerini % 15 azaltmak
- 2020 yılına kadar, düzenli diyabet tedavisi alanların oranını en az iki katına çıkartarak, diyabete bağlı ölümleri %20; diyabetik kangrene bağlı amputasyonları %50; diğer komplikasyonları %30 azaltmak ve diyabetlilerde hastalığın farkında olmama düzeyini % 10'a indirmek
- 2020 yılına kadar, primer korunma yaklaşımı ile 40 yaş üzeri nüfusta obezite prevalansını %10 azaltmak
- 2010 yılına kadar, 0-6 yaş grubunda çürüksüz dişi olan çocuk yüzdesini 30'a, 2020 yılına kadar 40'a yükseltmek; 2020 yılına

kadar, 12 yaşında çürük, dolgulu ve çekilmiş diş sayısını (DMF) ortalama 1.7'ye indirmek

**Hedef 3:** 2020 yılına kadar, kaza, şiddet ve afetlere bağlı yaralanmaları, sakatlıkları ve ölümleri önemli ölçüde azaltmak ve bunun sürekliliğini sağlamak.

- 2020 yılına kadar, yüz milyon taşıt/kilometreye düşen kaza sayısını %30 azaltmak, trafik kazaları sonrası acil sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği %35 artırmak
- 2020 yılına kadar, ev kazaları nedeniyle ölümleri %50, bebek ve çocuklarda ev kazaları sıklığını %40 azaltmak.
- 2020 yılına kadar, iş kazaları nedeniyle ölümleri %50, yaralanma ve sakatlıkları %30 azaltmak
- 2020 yılına kadar, aile içi, cinsiyetle ilgili ve organize şiddete bağlı yaralanma, sakatlık ve ölümleri en az %25 azaltmak
- 2003 yılına kadar, ulusal ve bölgesel afet planlarını tamamlamak

**Hedef 4:** 2020 yılına kadar, bütün yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların yaşama sağlıklı başlamalarını ve sürdürmelerini sağlamak

- 2020 yılına kadar, bebek ölüm hızını binde 20'nin; beş yaş altı ölüm hızını binde 30'un altına indirmek; neonatal ölüm hızını %30 azaltmak
- 2010 yılına kadar, bütün doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasını, 2020 yılına kadar bütün gebelerin düzenli doğum öncesi bakım almalarını sağlamak
- 2020 yılına kadar, düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerin oranını en az %20 azaltmak
- 2015 yılına kadar, ilk altı ay tek başına anne sütü alan çocuk oranını %80'e çıkarmak
- 2020 yılına kadar, beş yaş altı çocuklarda beslenme bozukluklarını %35, iyot yetersizliği hastalıklarını %90 azaltmak

**Hedef 5:** 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50 azaltmak



- 2020 yılına kadar, anne ölüm hızını en az % 50 azaltmak
- 2020 yılına kadar, 15-49 yaş grubu kadınlarda etkili aile planlaması yöntemi kullanımını %70'e çıkarmak

**Hedef 6:** 2020 yılına kadar, tütün, alkol, uçucu maddeler ve psikoaktif ilaçlar gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımını, yetersiz fizik aktivite ve kötü beslenme gibi sağlıklı olumsuz etkileyen faktörleri mümkün olan en alt düzeye indirmek.

- 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmak; 15 yaş altında %100'e yakın olmasını sağlamak
- 2010 yılına kadar, 15 yaş üzerinde yılda 6 litreden fazla alkol tüketen kişi sayısını % 75; 15 yaş altında ise % 100 oranında azaltmak
- 2010 yılına kadar, uçucu madde kullanan çocuk ve genç sayısını %80 azaltmak
- 2010 yılına kadar, uyuşturucu madde kullanımını %80 azaltmak
- 2010 yılına kadar, kronik malnütrisyon, raşitizm, beslenme yetersizliğine bağlı anemiler ile obezite oranını %35; 2020 yılına kadar, %50 oranında azaltmak; iyot yetersizliğine bağlı hastalıkları okul çağı çocuklarda tümüyle; erişkinlerde ise 1/3 oranında azaltmak
- Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların görülme sıklığını en az %10 oranında azaltmak

**Hedef 7:** 2020 yılına kadar ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarını sağlamak.

- 2020 yılına kadar, ergenlerin karşılaştığı şiddet ve kazalara bağlı ölümleri en az % 50 azaltmak
- 2020 yılına kadar, 18 yaş altı gebelikleri % 30 azaltmak
- 2020 yılına kadar, gençler arasında psikoaktif ilaç, alkol ve tütün gibi zararlı maddeleri kullananların oranını % 30 azaltmak
- 2020 yılına kadar, kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 ve üzeri yaşlardaki bireylerin oranını en az % 50 arttırmak

- 2020 yılına kadar, özürllüer arasında kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilenlerin oranını en az % 50 arttırmak

**Hedef 8:** 2020 yılına kadar, halkın psiko-sosyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak.

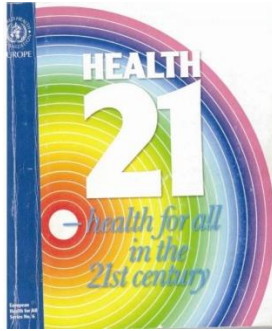
- 2008 yılına kadar, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetlerine entegrasyonunu tamamlamak
- 2020 yılına kadar, ruhsal sorunları olanların sağlık kuruluşları ve danışma merkezlerine başvurularını iki katına çıkarmak
- 2020 yılına kadar, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, uyku düzensizliği, somatizasyon gibi ruhsal bozuklukları %20 azaltmak
- İntihar girişimlerinin artmasına engel olmak

**Hedef 9:** 2020 yılına kadar toplumdaki bireyleri evde, okulda, işyerinde ve yaşanılan her yerde daha sağlıklı bir ortamda yaşama olanağına kavuşturmak.

- 2020 yılına kadar, sağlık koşullarına uygun olmayan konutları %20 azaltmak
- 2010 yılına kadar, toplumun tümünün sağlıklı suya ulaşımını sağlamak
- 2010 yılına kadar, endüstriyel ve evsel atık suların arıtılmadan su kaynaklarına deşarjını önlemek
- 2020 yılına kadar, yerleşim birimlerindeki bütün küçük sanayi işletmelerinin organize sanayi bölgelerine taşınmalarını sağlamak
- 2010 yılına kadar, sanayi sektöründe emisyonları en aza indirecek baca gazı arıtma sistemlerini tamamlamak
- 2020 yılına kadar, çalışma ortamından kaynaklanan sağlık sorunlarını %30 azaltmak
- 2015 yılına kadar, belediyelerin %50'sini "Ulusal Sağlıklı Őehirler Ağı'na" dahil etmek
- 2010 yılına kadar, yasaya uygun olmayan gıda üretim, depolama ve satış yerlerini %50 azaltmak

**Hedef 10:** Toplumun bütün kesimlerine "Ulaşılabilir, kabul edilebilir ve kullanılabilir" kaliteli sağlık hizmeti sunmak. Hizmet ağını bölgesel ve sosyal farklılıkları giderecek şekilde yayarak sürekliliği sağlamak.

- Ulusal sağlık harcamalarının maliyet analiz yöntemleri ile sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik düzenlemeleri yapmak
- Sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması ve koordinasyonu için mevcut sistemin işlerliğini arttırmak
- Ülke sınırları içinde yaşayan herkesi kapsayan sağlık güvencesi mevzuatının düzenlemesi, sağlık hizmeti sunumu için yeterli finansman ayırmak
- 2010 yılına kadar, kişi başına yılda hekime ortalama başvuru sayısını iki katına çıkarmak
- 2010 yılına kadar, kamu kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payı %50 artırmak
- 2005 yılına kadar, nüfusun tamamını sağlık güvencesi altına almak



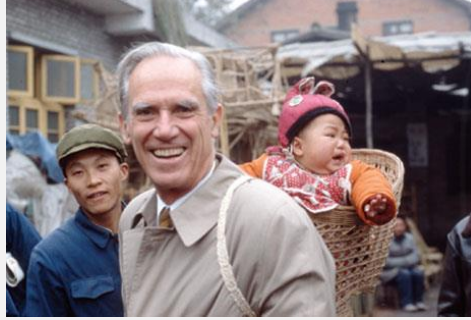
**Şekil 3:** DSÖ Avrupa Bölgesinin ve TC Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hedefleri

**Dr. Halfdan T. Mahler**



1973-1988 yılları arasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü olarak görev yaptı. Bu süre içinde “herkese sağlık” (*health for all*) ve “temel sağlık hizmetleri” (*primary health care*) konularını DSÖ’nün temel politikası haline getirdi ve 1978 yılında Kazakistan’ın o zamanki başkenti Alma-Ata’da (Almaty) toplanan “Temel Sağlık Hizmetleri Konferansına” ve bu konferansın sonunda yayımlanan bildirgeye öncülük etti.

**Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisini kaleme alan kişi:  
Prof. Dr. Carl Ernest Taylor MD, DrPH  
(1916 – 2010)**



Dr. Carl Taylor, sağlıkla ilgilenmeye tıp eğitiminden önce başladı. Gençliğinde Hindistan’da bir mobil klinik çalıştırdı. Himalayalar’da, Ganj Nehri bölgesinde sosyal projelerde yer aldı. ABD’ye dönünce Harvard Tıp Fakültesi’nden tıp diplomasını aldı. Mezuniyetten sonra Panama’ya gitti. 1947 yılında Hindistan’a döndü ve yerel bir hastanede çalıştı. Harvard’a dönerek halk sağlığı alanında doktora eğitimini (DrPH) tamamladı. Tez konusu o zamanlar için özgün bir çalışma idi: Beslenme ile Enfeksiyon İlişkisi.

Dr. Taylor, 1978 ‘deki Alma-Ata Konferansı konusunda DSÖ danışmanı olarak görevlendirildi ve Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi taslağını hazırladı. 1957 – 1983 yılları arasında DSÖ projelerinde çalıştı. 1972 yılında “Uluslar Arası Sağlık Konseyi” ni (*şimdiki adı Global Health Council*) kurdu ve ilk başkanı oldu. Yaşamını yitirdiği 2010 yılında John Hopkins Üniversitesi’nde çalışmaktaydı.

Dr. Carl Taylor, uluslararası sağlık disiplinin kurucularından kabul edilmektedir.

## BÖLÜM 2

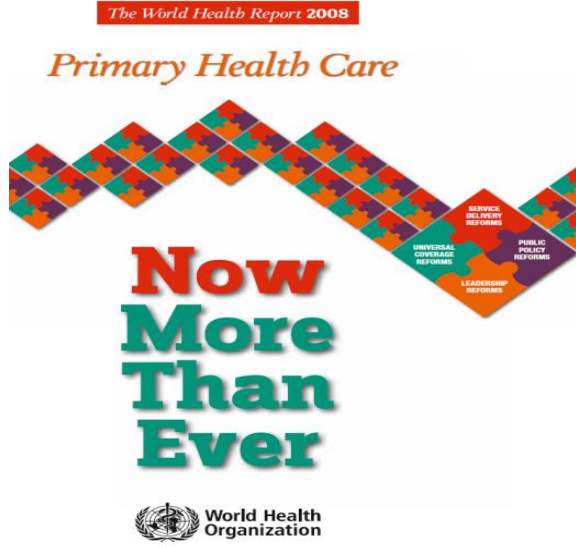
### 30 YIL SONRA TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ - 2008

#### Alma-Ata'dan 30 Yıl Sonra Temel Sağlık Hizmetleri

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi'nde yer alan ilkeler uygulanabildi mi? TSH ile amaçlanan hedeflere erişilebildi mi? TSH anlayışı geleneksel sağlık hizmetlerinin önüne geçebildi mi?

Ne yazık ki bu soruların hepsine gönül rahatlığı ile evet yanıtı verilemez. Bu soruların yanıtları Alma-Ata Bildirgesinden 30 yıl sonra, 2008 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda yer almaktadır.

Bu rapora göre “herkese sağlık” anlayışı, ülkelerin sağlık sistemlerini beklendiği kadar yönlendiremedi. Bunun nedenlerinden birisi 1978 yılının koşullarını dikkate alarak hazırlanan TSH yaklaşımının, gelişen ve değişen beklentileri karşılayamamasıdır. Ayrıca bildiride önemle vurgulanan “toplumun sağlık hizmetlerine katılımı” ve “sektörler arası koordinasyon” konuları da uygulanması ve gerçekleştirilmesi güç konulardır. Bu nedenle bazı ülkelerde, TSH Bildirisinden önceki geleneksel sağlık hizmetleri devam etmiştir.



Şekil 4: Dünya Sağlık Örgütü 2008 Raporu ve Dönemin DSÖ Genel Direktörü Dr. Margaret Chan

2008 Dünya Sağlık Raporuna göre, 2008 yılı itibariyle ülkelerdeki sağlık hizmetlerinde beş temel ortak sorun vardır:

**1-Tersine Hizmet** (*inverse care*): Sağlık hizmetlerine en az ihtiyacı olanlar, tam tersine hizmetlerden en çok yararlanan kesimdir. Hizmetlere en fazla ihtiyacı olanlar ise hizmetlerden en az yararlanmaktadır.

**2-Fakirleştirilen Hizmet** (*impoverishing care*): Sosyal güvenceleri sınırlı olan ve sağlık hizmetlerini büyük oranda cepten ödemek durumunda kalan bireyler aşırı maliyetler karşısında fakirleşmişlerdir.

**3-Parçalı Hizmet** (*fragmented and fragmenting care*): Tıpta aşırı derecede branşlaşma ve parçalanma olmuştur; tek bir hastalığın kontrolüne yönelik dar bakışlı programlar yürütülmektedir. Böylece bireylere ve ailelere bütüncül (holistik) yaklaşma ve sağlık hizmetlerinin sürekli olması ilkeleri göz ardı edilmiştir.

**4-Güvensiz Hizmet** (*unsafe care*): Sağlık sistemlerindeki yanlış uygulamalar sonucunda artan hastane enfeksiyonları ve tıbbi uygulama hataları nedeni ile çok sayıda önlenebilir yan etkiler, hastalıklar ve ölümler ortaya çıkmaktadır.

**5-Yanlış Yönlendirilmiş Hizmet** (*misdirected care*): Tedavi edici hizmetlere aşırı kaynak tahsisi nedeniyle koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler ihmal edilmektedir. Bunun yanı sıra, sektörler arası işbirliğinde sağlık sektörü yetersiz kalmaktadır.

TSH Konferansından sonraki 30 yıl içinde meydana gelen siyasal, sosyal, ekonomik, teknolojik ve bilimsel değişiklikler; birçok sağlık sorununun öneminin azalmasına, buna karşılık yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. İnsanlar artık 30 yıl öncekinden daha uzun yaşamakta, bebekler daha az ölmektedirler. Sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artmaktadır. Toplumun sağlık anlayışında büyük değişimler olmuştur. Kişiler sağlık konularındaki bilgilere artık daha kolay erişebilmektedir. Buna karşılık sağlık hizmetleri değişen beklentileri karşılama ve yeni sorunlarla baş edebilme konusunda yetersiz kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü raporunda toplum sağlığını



tehdit eden ve hükümetler tarafından göz ardı edilmemesi gereken durumlar şu şekilde sıralanmaktadır:

1-Son 30 yılda sağlıkta eşitsizlikler daha da artmıştır; dünyanın önemli bir kısmında sağlık hizmetleri çok iyi düzeyde verilirken, birçok ülkede sağlık hizmetlerinde gerileme söz konusudur.

2- Sağlık sorunları zaman içinde değişmiştir. Nüfusun yaşlanması, sağlıksız kentleşme ve küreselleşme nedenleriyle kronik hastalıkların yükü artmış; bazı bulaşıcı hastalıkların dünya geneline yayılımı gündeme gelmiştir. Nüfus artışı, çalışma koşullarının değişmesi, gelir artışı, iklim değişikliği, gıda güvenliğindeki değişimler ve sosyal gerginlikler toplumun sağlığını tehdit eden faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

3- Sağlık hizmetlerindeki hızlı değişmeye karşın ekonomik ve politik krizler sonucu sağlık hizmetlerinde finansman, insan gücü ve diğer alt yapı sorunları artmıştır.

Özetle TSH Konferansından bu yana ülkelerin hemen hepsinde sağlık düzeyinde önemli gelişmeler sağlanmıştır; birçok hastalık kontrol altına alınmış, yaşam süresi uzamış, yaşam kalitesi yükselmiştir. Ama gelişmiş ülkelerde bile sağlık hizmetlerinde arzu edilen düzeye erişildiği ve insanların durumdan memnun olduğu söylenememektedir. Sağlıkla ilgili yeni tehditler ortaya çıkmıştır. Bütün bunlar, sağlık alanında değişen koşullara uygun yeni yaklaşımlara ve reformlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. 2008 Dünya Sağlık Raporuna göre sağlık hizmetlerinde yapılması gereken reformlar yeni sağlık tehditlerine karşı etkili ve hakça olmalı, toplumların artan beklentilerini karşılayabilmelidir. Raporda, söz konusu reformlar dört başlıkta özetlemektedir.

- 1- Herkesi kapsayan, hakça ve sosyal adaleti gözetken sağlık güvencesi (*universal coverage reforms*)
- 2- Yeni ihtiyaçları ve beklentileri karşılayan hizmet sunum reformları (*service delivery reforms*)
- 3- Bütün sektörlerin sağlıkla ilgili sorumluluklarını dikkate alan ve sektörler arası işbirliğini sağlayıcı kamu düzeni reformları (*public policy reforms*)

- 4- Katı merkezîyetçi yönetim yerine katılımı, tartışmaya dayalı liderlik reformları (*leadership reforms*)

**Tablo 3:** 2008 Dünya Sağlık Raporuna göre 1978 yılının yaklaşımları ve hedefleri ile, 30 yıl sonra saptanan aksaklıklara ve halkın beklentilerine göre değiştirilen yaklaşımlar ve hedefler

<b>Erken dönem TSH yaklaşımı (Alma – Ata Bildirisine göre anlayış)</b>	<b>Yeni TSH hedefleri (Alma –Ata’dan 30 yıl sonraki beklentiler)</b>
Belirli hastalıklara, özellikle bulaşıcı hastalıklara öncelik	Toplumun ihtiyacı olan hastalıklara topyekün eğilme
Ana ve çocuklara öncelik	Toplumdaki herkese sağlık hizmeti
Hastanelerin bir antitezi olarak TSH	Bütüncül sağlık hizmetleri içinde koordinatör olarak TSH
TSH ucuzdur, yalnızca biraz yatırım gerekir	TSH ucuz değildir, belli bir yatırım gerekir, ama diğer seçeneklere kıyasla daha verimlidir
Tanımlanmış bir hizmet paketine yoğunlaşma (minimal bakım)	Mevcut sağlık sistemini iyileştirerek geniş kapsamlı hizmet
Hijyene, sağlıklı su sağlanmasına, sanitasyona ve kırsal bölgede sağlık eğitimine önem verme	Çevrenin kötü etkilerinin azaltılması ve sağlıklı yaşam tarzının güçlendirilmesi
İkili destek ve teknik yardımlar	Çok taraflı küresel dayanışma
Basit teknoloji kullanımı, gönüllü ve profesyonel olmayan personel çalıştırma	Uygun teknoloji ve ilaç kullanabilen sağlık ekibi
Sağlık merkezi düzeyinde komiteler yolu ile halkın katılımı	Toplumun politika belirlenmesine örgütlü biçimde katılımı
Kamu tarafından finanse edilen, yukarıdan aşağıya doğru örgütlenmiş hizmet	Küresel anlayışla çoğulcu yaklaşım
Kıtlık ve küçülme ortamının yönetimi	Evrensel kapsayıcılık için kaynakların büyütülmesi

## Bin Yıl Kalkınma Hedefleri (Milenyum Hedefleri)

*Karanlığa söveceğine, kalk bir mum yak.  
Konfüçyüs*

Eylül 2000 tarihinde, 189 üye ülkenin katılımı ile toplanan Birleşmiş Milletler Genel Kurulu küresel düzeyde insan onurunu, eşitliği ve sağlıklı yaşam ilkelerini güçlendirmek amacıyla “binyıl kalkınma hedefleri” adı altında 2015 yılına kadar gerçekleştirilmek üzere 8 hedef kabul etti. Bu hedeflerin genel yaklaşımı yoksullukla mücadele ve kalkınmanın sağlanması olmakla birlikte 4 tanesi doğrudan, diğer 4 tanesi ise dolaylı olarak sağlık hizmetleri ile ilişkilidir.

### Hedef 1: Mutlak Yoksulluk ve Açlığı Ortadan Kaldırmak:

- Günde bir dolardan az bir parayla geçinmek zorunda olan nüfusun yarı yarıya azaltılması
- Açlık çeken nüfusun yarı yarıya azaltılması

### Hedef 2: Herkesin Temel Eğitim Almasını Sağlamak

- Bütün kız ve erkek çocuklarının ilköğretimlerini eksiksiz tamamlamaları

### Hedef 3: Kadınların Konumunu Güçlendirmek ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğini Geliştirmek

- İlk ve orta öğretimde kız-erkek öğrenci dengesizliğinin tercihen 2005 yılına kadar ve her düzeyde giderilmesi

### Hedef 4: Çocuk Ölümlerini Azaltmak

- Beş yaşından küçük çocuklar arasındaki ölüm oranının üçte iki azaltılması

### Hedef 5: Anne Sağlığını İyileştirmek

- Anne ölüm oranının dörtte üç azaltılması

### Hedef 6: HIV/AIDS, Sıtma ve Diğer Salgın Hastalıklarla Mücadele Etmek

- HIV/AIDS'in yayılmasının durdurulması ve geri döndürülmeye başlanması
- Sıtma ve öteki önemli hastalıkların görülme sıklığının durdurulması ve geri döndürülmeye başlanması

### **Hedef 7: Çevresel Sürdürülebilirliğin Sağlanması**

- Sürdürülebilir kalkınma ilkelerinin ulusal politika ve programlarla bütünleştirilmesi; çevresel kaynakların kaybının kazanıma dönüştürülmesi
- Sağlıklı işme suyuna sürekli olarak ulaşamayan nüfusun yarı yarıya azaltılması
- 2020 yılına kadar en az 100 milyon gecekondu sakininin yaşamının önemli ölçüde iyileştirilmesi

### **Hedef 8: Kalkınma İçin Küresel Ortaklıklar Geliştirmek**

- Kurallara bağlı, öngörülebilir ve ayrımcılıktan arınmış açık bir ticari ve mali sistem geliştirilmesi (Ulusal ve uluslararası düzeyde iyi yönetim, kalkınma ve yoksullukla mücadele taahhüdü de buna dahildir)
- En az gelişmiş ülkelerin özel ihtiyaçlarının ele alınması; bu ülkelerin ihracatına gümrük vergisi ve kota bağışıklığı sağlanması; ağır borç yükü altındaki yoksul ülkelere ödeme kolaylığı sağlanması; resmi iki taraflı borçların iptal edilmesi ve yoksullukla mücadele eden ülkelere daha eli açık resmi kalkınma yardımı yapılması
- Denize çıkışı olmayan gelişmekte olan ülkelerle gelişmekte olan ada devletçiklerinin özel ihtiyaçlarının ele alınması
- Borcun uzun vadede sürdürülebilir kılınmasına yönelik ulusal ve uluslararası önlemler aracılığıyla gelişmekte olan ülkelerin borç sorununun kapsamlı biçimde ele alınması
- Gelişmekte olan ülkelerle işbirliği içinde, gençlik için düzgün ve üretken iş olanakları sağlanması
- İlaç şirketleri ile işbirliği içinde, gelişmekte olan ülkelere zorunlu ilaçlara makul fiyatlarla ulaşılabilmesinin sağlanması
- Özel sektör ile işbirliği içinde, yeni teknolojilerin, özellikle enformasyon ve iletişim teknolojilerinden yararlanımın yaygınlaştırılması



**Şekil 5:** Binyıl Kalkınma Hedefleri (2000 – 2015)

Binyıl Kalkınma Hedefleri 2015 raporuna göre, bazı eksiklikler olmakla birlikte 8 hedef büyük ölçüde gerçekleştirilmişti. Rapora göre, 1990’da 1,9 milyar olan yoksulluk içinde yaşayan insan sayısı 2015’te 836 milyona düştü; okula kaydolan öğrenciler arasındaki cinsiyet eşitliğinde önemli ilerlemeler kaydedildi. 174 ülkenin yaklaşık yüzde 90’ındaki parlamentolarda kadın sayısında artış oldu. Beş yaş altı çocuk ölüm oranı 1990’da binde 90 iken 2015 yılında binde 43’e düştü. Anne ölümlerinde yüzde 45 oranında düşüş görüldü. 2000-2015 yılları arasında 6,2 milyonun üzerinde sıtma ölümüne engel olundu, yaklaşık 37 milyon kişinin tüberkülozdan ölmesi engellendi.

Raporlarda belirtildiğine göre, Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşıldı; yoksulluk oranı 1990 ve 2010 yılları arasında yarı yarıya azaldı. Fakat dünyada hala 1,2 milyar insan aşırı yoksulluk içinde yaşamaktadır; ilerleme kaydedilmesine karşın toplumsal cinsiyet eşitsizliği devam etmektedir; çocuk ölüm oranının azaltılmasında hedeflerin gerisinde kalındı; hala çok sayıda HIV enfeksiyonu vakası görülmektedir; milyonlarca hektar ağaç her yıl yok olmaktadır; küresel sera gazı salımı artmaya devam etmektedir; su kıtlığı insanların yüzde 40’ını etkilemektedir.

Özetle, birçok gelişmekte olan ülkede 2015 yılı itibarıyla Binyıl Kalkınma Hedeflerinin gerisinde kalındığı ya da gelişmelerin yavaşladığı görülmektedir. Özellikle, temel eğitim ve sağlık hedeflerinin kısa vadede geliştirilmesinin mümkün olmadığı görülmektedir.

## Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2016-2030)

Yukarıda belirtilen durumları göz önüne alan Birleşmiş Milletler 25 Eylül 2015 tarihinde Bin Yıllık Kalkınma Hedeflerinin devamı niteliğinde 2030 yılına kadar yoksullukla, eşitsizlikle, adaletsizlikle mücadele etmeyi ve ekonomik büyümeyi kapsayan 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefini kabul etti.



Şekil 6: Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Bu hedeflerden 3 tanesi doğrudan, diğerleri dolaylı olarak sağlıkla ilişkilidir.

**Hedef 1:** Her tür yoksulluğu sona erdirmek; günde 1,25 dolardan daha az gelire sahip insan sayısı ile tanımlanan aşırı yoksulluğu 2030'a kadar ortadan kaldırmak.

**Hedef 2:** Açlığı yok etmek, gıda güvenliğini sağlamak, beslenme olanaklarını geliştirmek ve sürdürülebilir tarımı desteklemek; 2030'a kadar açlığın sona erdirilmesi başta yoksullar ve çocuklar olmak üzere herkesin güvenli, besleyici ve yeterli miktarda besine erişimini güvence altına almak.

**Hedef 3:** İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve herkesin her yaşta refahını sağlamak.

- Anne ölüm hızının 100.000 doğumda 70'in altına indirilmesi
- Yenidoğan ölüm hızını en az binde 12'ye indirmek
- 5 yaş altı çocuk ölüm hızını en az binde 25'e düşürmek
- 2030'a kadar AIDS, tüberküloz, sıtma ve tropikal salgın hastalıkların sona erdirilmesi
- Hepatitle ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi
- Prematüre bebek ölümlerinin üçte bir oranında azaltılması
- Bulaşıcı olmayan hastalıklarının önlem ve tedavi yoluyla üçte bir oranında azaltılması
- Uyuşturucu madde kullanımı ve alkol bağımlılığının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi
- 2020'ye kadar trafik kazalarından kaynaklanan ölümlerin ve yaralanmaların yarıya indirilmesi
- Cinsel sağlık ve aile planlaması hakkında bilgi ve eğitime evrensel erişimin sağlanması
- Kaliteli temel sağlık hizmetlerine, kaliteli ve uygun fiyatlı temel ilaçlara ve aşılarla erişimin güvence altına alınması
- Zararlı kimyasallardan, hava, su ve toprak kirliliğinden kaynaklanan hastalıkların ve ölümlerin 2030'a kadar büyük ölçüde azaltılması

**Hedef 4:** Herkesi kapsayan, eşit derecede nitelikli eğitim sağlamak ve herkese yaşam boyu eğitim olanağı tanımak; 2030'a kadar bütün kız ve erkek çocuklarının ücretsiz ve kaliteli bir ilk ve ortaöğretimi tamamlamalarını sağlamak.

**Hedef 5:** Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak; kadınların ve kız çocuklarının toplumsal konumlarını güçlendirmek.

**Hedef 6:** Herkes için sağlıklı su ve çevre koşullarının erişilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak.

- Güvenilir ve erişilebilir içme suyuna herkesin eşit biçimde erişebilmesi
- Yeterli temizlik ve sıhhi koşullara herkesin eşit biçimde erişiminin sağlanması ve açık alanlarda dışkılamanın sona erdirilmesi
- 2030'a kadar kirliliği azaltarak, çöp boşaltmayı ortadan kaldırarak, zararlı kimyasalların ve maddelerin salınımını en aza indirerek,

artılmamış atık su oranını yarıya indirerek, geri dönüşümü ve tekrar kullanımı artırarak su kalitesini yükseltmek

- Su kıtlığı sorununu çözmek için su kaynaklarının sağlanması ve su kıtlığından etkilenen insan sayısının azaltılması
- 2020'ye kadar dağları, ormanları, sulak alanları, nehirleri ve gölleri kapsayan su ekosistemlerinin korunması ve eski hallerine döndürülmesi

**Hedef 7:** Herkes için erişilebilir, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerji sağlanması.

**Hedef 8:** Sürdürülebilir ekonomik kalkınmayı sağlamak, insan onuruna yakışır iş olanakları sağlamak; gayri safi yurt içi hasılda yıllık en az yüzde 7 oranında büyüme sağlanması.

**Hedef 9:** Dayanıklı altyapı inşa etmek, sürdürülebilir ve kapsayıcı sanayileşmeyi ve yeni buluşları teşvik etmek.

**Hedef 10:** Ülkelerin kendi içindeki ve aralarındaki eşitsizlikleri azaltmak; nüfusun tabandaki yüzde 40'lık dilimdeki gelirin ulusal ortalamadan daha yüksek bir oranda artmasını ve sürdürülmesini sağlamak.

**Hedef 11:** Kentleri ve insanların yaşadığı yerleri güvenli, güçlü ve sürdürülebilir kılmak.

**Hedef 12:** Sürdürülebilir bir üretim ve tüketim sağlamak; doğal kaynakların sürdürülebilir yönetiminin ve etkili kullanımının sağlanması.

**Hedef 13:** İklim değişikliği ve olumsuz etkilerini kontrol amacıyla acil adımlar atmak; iklim değişikliğiyle ilgili önlemlerin ulusal politikalara, stratejilere ve planlara entegre edilmesi.

**Hedef 14:** Okyanusları, denizleri ve deniz kaynaklarını kalkınma için korumak ve sürdürülebilir şekilde kullanmak.

**Hedef 15:** Ekosistemleri korumak, restore etmek ve sürdürülebilir kullanımını sağlamak; ormanların sürdürülebilir kullanımını sağlamak, çölleşme ile mücadele etmek, toprakların verimlilik kaybını durdurmak ve geriye çevirmek ve biyoçeşitlilik kaybını durdurmak.

**Hedef 16:** Herkesin adalete erişimini sağlamak; her seviyede etkili, hesap verebilir, kucaklayıcı ve barışçıl kurumlar inşa etmek; her türlü şiddetin ve şiddet sonucu ölümlerin oranının büyük ölçüde azaltılması; çocuklara yönelik şiddet ve işkencenin ve çocuk istismarının, sömürsünün, ticaretinin sona erdirilmesi.

**Hedef 17:** Sürdürülebilir kalkınma için küresel düzeydeki ortaklık mekanizmalarını güçlendirmek.



### BÖLÜM 3

## 40 YIL SONRA, TEMEL SAĞLIK HİZMELERİ İKİNCİ KONFERANSI ASTANA – 2018

TSH Bildirisinin yayınlanmasından sonra hayli zaman geçmiş olmasına karşın, TSH halen güncelliğini koruyan bir kavramdır. Ancak günümüzde insanlar daha uzun yaşamakta, bebekler daha az ölmektedirler; sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artmakta, sağlık bilgisi ve sağlık anlayışında büyük değişimler olmaktadır. Dolayısıyla TSH anlayışının özü aynı kalmakla birlikte, zamana uygun olarak yorumlanması, değişen dünyanın tehditlerine karşı koyabilme ve artmış beklentileri karşılayabilecek şekilde ele alınması gerekir. Söz konusu beklentiler ve koşullar her ülkede farklı olduğu için, yapılacak düzenlemelerin de farklı olacağı açıktır. Zaten TSH anlayışı böyle bir esnek yaklaşıma uygun olarak hazırlanmıştır.

Bu görüşlerden yola çıkarak Alma-Ata Bildirisi'nden 40 yıl sonra, 2018 yılında, Dünya Sağlık Örgütü üye ülkeleri, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kalkınma ile ilişkili bazı kurumlar ortak bir çabaya giriştiler ve 25-26 Ekim 2018 tarihlerinde yine Kazakistan'da fakat bu kez ülkenin yeni başkenti Astana'da İkinci Uluslar Arası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansını toplamaya karar verdiler. Konferansın ana teması "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" şeklinde belirlendi. (*Second International Conference on Primary Health Care: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*).

Konferans sonunda kabul edilmesi beklenen Bildiri Taslağı görüş ve eleştirilerin toplanması amacıyla DSÖ tarafından açıklandı. Gelen yorumlar çerçevesinde taslağa 26-27 Nisan 2018 tarihinde toplanan Sağlık Kapsayıcılığı İçin Temel Sağlık Hizmetleri Uluslar Arası Danışma Grubu (*International Advisory Group on Primary Health Care for Universal Health Coverage*) taslağa son biçimini verdi.

#### **Konferansın sloganı şudur:**

*Birlikte, herkese sağlık hedefine ulaşabiliriz  
(Together, we can achieve Health for All).*

**Taslak Bildiri**  
**İKİNCİ ULUSLARARASI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ**  
**KONFERANSI:**  
**Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ve Sürdürülebilir Kalkınma**  
**Hedeflerine Doğru**  
**Astana, Kazakistan, 25-26 Ekim 2018**  
*(Çeviren: Prof. Dr. Zafer Öztekin)*

Kırk yıl önce, zamanın liderleri Alma Ata Bildirisi aracılığı ile herkese sağlık hedeflerini gerçekleştirmeyi taahhüt ettiklerini açıkladılar. O zamandan günümüze kadar, birçok zirvede, bölgesel, ulusal ve küresel düzeydeki konferanslarda söz konusu taahhüt defalarca teyit edildi; ancak temel sağlık hizmetleri uygulaması yetersiz oldu ve gerek ülkeler arasında gerekse ülkelerin içinde dengesizlikler gözlemlendi. Sonuç olarak, dünyada henüz herkese sağlık hedeflerine ulaşamadı.

Günümüzde, insan merkezli temel sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç, geçmişte duyulandan daha fazladır. Zamanımızda, (1) yaşlanan toplumlar, kentleşme, küreselleşme ve artan eşitsizliklere bağlı olarak ortaya çıkan demografik ve sosyal değişiklikler; (2) bir yandan ana ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve antibiyotik direnci sorunları ile mücadele devam ederken, diğer yandan kronik hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, ruh sağlığı ve çok çeşitli hastalıkların öne çıkması; (3) salgınlar, savaş, şiddet, iklim değişikliği gibi karmaşık acil durumların yol açtığı ve tarihin hiç bir döneminde görülmemiş düzeydeki göç; (4) sağlık sistemlerinin giderek karmaşık hale gelmesi ve maliyetlerin artması; (5) sosyal katılım taleplerinin ve beklentilerin artması; (6) büyüyen özel sektör, bilimsel gelişmeler, sağlık hizmetlerinde bilgi çağı ve teknolojik devrim ile karşı karşıyayız. Hiçbir ülke temel sağlık hizmetleri konusunda güçlü bir kararlılık göstermeden sözü edilen hususları karşılayamaz ve sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı evrensel düzeyde sağlanamaz.

Biz, İkinci Uluslar Arası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'na katılanlar, "herkese sağlık" amacının gerçekleşmesini sağlayacak kuşak olmaya niyetli olduğumuzu beyan ederiz. Alma-Ata Bildirisinde yer alan taahhütlere, özellikle sağlığın bir insan hakkı olduğuna, sosyal adalete, dayanışmaya,

sektörler arası ortak harekete, kalkınmanın, güvenliğin ve barışın vazgeçilemez motorunun sağlık olduğuna olan inancımızı yineleriz. 21.yy'daki sağlık sorunlarına ilişkin cesur ve kesin adımlar atmayı taahhüt ederiz. Bu vesile ile temel sağlık hizmetlerinin çekirdeği oluşturduğunun bilincinde olarak, evrensel düzeydeki sağlık kapsayıcılığın ve Sürdürülebilir Hedeflerin takipçisi olmak üzere küresel bir hareket başlatıyoruz.

Bu bildiriden hemen sonra, söz konusu hareketi ileriye götürmek için, hükümetlerin ve bütün ilgili sektörlerin liderlerini, BM örgütlerini, ikili ve çok taraflı finans ve bağış kurumlarını, akademiye, sivil toplum kuruluşlarını ve özel sektörü de dahil ederek; Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile eşgüdüm içinde eyleme geçeceğiz. Önümüzdeki 2019 yılında New York'ta yapılacak olan Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı Üst Düzey Toplantısı'nın, bu hareketin ivmesine uygun şekilde düzenlenmesini sağlayacağız. Hep birlikte, kimseyi dışlamadan, herkese sağlık hedefine ulaşacağız.

- I. **Temel sağlık hizmetleri sağlığı geliştirmenin özüdür:** Herkese sağlık hedefine ulaşmak, toplumun bir bütün olarak kalkınma sürecinde yer almasına, sağlıkla ilgili her türlü karar alma mekanizmasına katılmasına, bütün sektörleri içine alan sektörler arası yaklaşıma ve insan merkezli bir sağlık sistemine bağlıdır. Onlarca yıldır elde edilen kanıtlar, temel sağlık hizmetlerini esas alan sağlık sistemlerinin toplumun ve bireylerin sağlığına daha iyi hizmet ettiğini göstermiştir. Temel sağlık hizmetlerini başarıyla uygulayan ülkelerin sağlıkta elde ettikleri yarar kendi gelişmişlik düzeylerine göre beklenenin üzerinde olmuştur.
- II. **Temel sağlık hizmetleri sağlık sisteminin başarısı ve sürdürülebilirliği için esastır:** Nitelikli temel sağlık hizmetleri sunmaya odaklanmış olan sağlık sistemleri sağlıkta eşitliği sağlar; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, maliyet yarar ve maliyet etkinliğini artırır ve kişilerin sağlık hizmetlerini aşırı uzmanlaşmayı esas alan hizmetlere göre daha fazla kullanmasına yol açar. Temel sağlık hizmetleri, sağlık güvencesinin ve acil durum hizmetlerinin kritik unsurudur. Sağlığın evrensel kapsayıcılığının etkili ve sürdürülebilir olabilmesi için sağlık sistemleri, temel sağlık

hizmetlerinin toplumun büyük çoğunluğuna nitelikli biçimde götürülmesi anlayışıyla ve entegre biçimde organize edilmeli; böylece sağlık kaynaklarının uygun kullanımı ve hizmetlerin giderek kapsayıcılığının artması sağlanmalıdır. Gelişme kaydedebilmek için sağlık sistemlerinin, tedavi hizmetlerine gereğinden fazla önem verilmeden, hastalıklara özgü programlardan kaçınarak, ileri derecede uzmanlaşmış hizmetlerden ve ticarileşmeden uzak biçimde yeniden şekillendirilmesi gerekir. Özel sektörün kontrol edilemeyen büyüüşü, hizmetlerin dağılıp parçalanması, en fazla ihtiyacı olanların hizmetlere daha az erişebilmesi, maliyetlerin artması ve aşırı ilaç kullanımı tersine döndürülmelidir.

- III. **Temel sağlık hizmetleri evrensel sağlık kapsayıcılığı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine erişebilmek için esastır:** Bütün ülkelerde 2030 yılında Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşabilmek, temel sağlık hizmetlerini güçlendirme konusundaki politik kararlılığa bağlıdır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin çok yönlü doğasının işaret ettiği gibi, sağlık ve refahın ikisi de sürdürülebilir kalkınmanın hem temel ögesidir hem de sonucudur. Temel sağlık hizmetlerine dayanan evrensel sağlık kapsayıcılığı, yoksulluğun azaltılması, beslenmenin iyileştirilmesi, eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliğinin güçlendirilmesi, sağlıklı kent ve yerleşim yerlerinin, çalışma yaşamında üretkenlik ile ekonomik gelişmenin temel öğelerindedir. Temel sağlık hizmetlerinin sektörler arası ortak davranışı teşvik edici rolü, söz konusu bağımsız hedeflere erişebilmek için zorunludur. Temel sağlık hizmetleri anlayışı, aynı zamanda hiç kimseyi dışlamadan sağlıkta eşitliği sağlamanın da temelidir.

Hareket olarak, topluma ve olanaklara dayalı hizmetler dahil, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinin bütün ülkeler için geçerli olduğunu beyan ederiz. Yapılacak işler koşullara özgü olmakla birlikte, dünyanın her yerinde yüksek nitelikte bir temel sağlık hizmeti kavramından anlaşılan şey 21. yüzyıla uygunluktur: (1) kişinin sağlık sorunlarını aile koşulları içinde, sosyal ve kültürel ortamlarında ve yerel toplumdaki yaşamlarına uygun olarak ele almaktır; (2) sağlık sistemi içinde kişilerin en fazla ihtiyaç duydukları konularda

coğrafik ve finansal olarak kabul edilebilen ilk başvuru noktaları oluşturmaktır; (3) insanların yaşam boyu karşılaştıkları sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının çoğunu karşılayan, duruma uygun ileri bakım sağlamaktır; (4) uzmanlaşmış hizmetler, akut hastane bakımı, uzun süreli bakım tesislerindeki hizmetler, geleneksel ve tamamlayıcı tıp, halk sağlığı ve sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin diğer kademeleri ve diğer sektörlerle eşgüdüm içinde entegre sağlık hizmetlerini sunmaktır; (5) kesintisiz hizmettir; hizmeti verenlerle halk arasındaki ilişkiyi güçlendirerek kalıcı olmasını sağlamak ve kendi kendine bakımı geliştirmektir; (6) ve insan merkezlidir; kişinin ve toplumun tercihlerine, ihtiyaçlarına, amaç ve değerlerine saygılı ve bu tercihleri karşılamaya dönük, kişiyi biyolojik, psikolojik ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak ele almaktır.

**I. Hükümetler olarak, ulusal öncelik ve koşulları dikkate alarak, sunuları taahhüt ederiz:**

a. Temel sağlık hizmetlerine uygun biçimde öncelik veren ve kaynak ayıran bir yönetim benimseme; sektörler arası işbirliği içinde sağlık ve iyilik halini koruma; bütün kişilerin ve toplulukların kendi sağlıkları için, sağlık hizmetlerinin yönetiminde yer almalarını, planlamasına, geliştirilmesine ve sağlık hizmetlerin yürütülmesine katılmalarını teşvik etme ve temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için uygun biçimde finanse edilmiş ulusal ve ulus içindeki alt gruplarla ilgili sağlık politikalarını, stratejilerini ve planlarını merkezine alan iş programları yapma

b. Var olan yerel finans kaynaklarını harekete geçirip iyi kullanarak yeterli parasal kaynağın sağlığa, özellikle temel sağlık hizmetlerine ilişkin yatırımlara harcanmasını garanti altına alma; evrensel sağlık kapsayıcılığına doğru ilerlerken, koşullara uygun geniş kapsamlı bir hizmet paketini ve parasal desteği garanti etme; özel sektörü temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devreye sokma, yönlendirme; temel sağlık hizmetlerinde ilaç ve teknolojiye hem erişimi hem de akılcı kullanımını sağlama

c. Kurum içinde ve alanda disiplinler arası bir ekip içinde temel sağlık hizmetleri için çalışacak uygun becerilerle donatılmış ehil sağlık insan gücünü eğitme, istihdam etme ve sürekliliğini sağlama

d. Temel sağlık hizmetleri içinde, hizmetlerin sürekli olmasını ve eşgüdümünü sağlama, kaliteyi geliştirip güvence altına alma, denetleme ve değerlendirme, eşitliği ve hesap verilebilirliği sağlama amacıyla hasta dosyalarını ve kayıtlarını kapsayan sağlık bilgi sistemi kurma

e. Temel sağlık hizmetlerini değerlendirmek ve etkili stratejiler geliştirmek üzere araştırma ve bilgi yönetimi konusunda uygun kaynaklar geliştirme

**II. Sivil toplum kuruluşları dahil olmak üzere, halk şunları taahhüt eder:**

a. Kendi kendine bakım verenleri, ruhsatsız bakıcıları ve yardımcı kişileri yetkilendirmek ve hizmetlerle bağlarını kurabilmek adına ele geçen fırsatlara, bilgiye, beceriye ve kaynaklara sermaye ayırmak

b. Topluma hesap verme konusundaki, ulusal ve ulus içindeki alt gruplarla ilgili politikaların oluşturulması ve planlanmasındaki rolleri dahil, sağlık hizmetlerin yönetimine katılımları ile ilgili sorumluluklarını yüksek sesle dile getirme

c. Yeniden düzenlenmiş sağlık sistemi içinde yüksek nitelikli temel sağlık hizmetlerini talep etme, kullanma ve bu hizmetlerin savunuculuğunu yapma

**III. Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, diğer BM örgütleri, ikili ve çok yönlü finans ve bağış kuruluşları dahil uluslararası toplum bu bildirin uygulanmasını kendi üstünlüklerini kullanarak ve şunları gerçekleştirerek desteklemeyi taahhüt ederler:**

a. Bu bildiri ve uluslararası düzeyde benimsenmiş Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine uyumlu olan, evrensel sağlık kapsayıcılığına yönelik, temel sağlık hizmetlerini temel alan, insan merkezli sağlık sistemlerini geliştirmek ve yeterli kaynak bulmaları için ülkelerin çabalarına, ulusal politikalarına, stratejilerine ve planlarına, kendi önceliklerini de dikkate alarak teknik ve parasal destek verme

b. Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı 2030 (UHC2030) çerçevesinde yapılacak düzenlemeleri ve sorumlulukları denetleme mekanizması oluşturma

c. Uluslararası aktörleri bir araya getirerek küresel malların geliştirilmesine ortak olma ve bu bildirideki taahhütlere uygun davranan ülkelerde temel sağlık hizmetleri çerçevesinde bir dizi proje ve programın geliştirilmesine eşlik etme, onlara teknik destek sağlama

d. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin bir bileşeni olan ulusal ve ulus içindeki alt gruplar düzeyinde uygulanan temel sağlık hizmetleri stratejilerinin ve hizmet sunumlarının denetlenip değerlendirilmesini ve bu bildirinin uygulanışını sistematik olarak izleyip gözden geçirebilmek amacıyla bir eşgüdüm mekanizması oluşturma

Dünyanın her yerinde, insanlar kendileri ve çocukları için barış, refah ve sosyal adaletin olduğu daha iyi bir gelecek düşlerler. Parasal refahın sağlanmasının yanı sıra, bütün insanların bu beklentilerinin gerçekleşebilmesi için gerekli sağlık düzeyine erişebilmelerinin anahtarı temel sağlık hizmetleridir.

Bu belge (kitapçık) yazılırken, henüz ikinci TSH Konferansı toplanmamış ve taslak bildiri son şeklini almamıştı. Ancak toplantıda önemli değişiklikler olmayacağı varsayımından hareketle, bu bildirinin 1978 TSH Bildirisine göre farklarını ve benzerliklerini gözden geçirmekte yarar vardır.

2018 Bildirisi 1978 Bildirisini dışlamamakta, hatta o bildiriye genel olarak benimseyip günümüz koşullarına uyarlamaya çalışmaktadır. Her iki bildirinin genel yaklaşımı aynıdır. 1978 Bildirisinde önemle vurgulanan sosyal gruplar arasındaki eşitsizliğin giderilmesi, hizmetlerin herkesi kapsaması ve insan merkezli olması gerektiği, insanın çevresi ile bir bütün olarak ele alınmasının zorunlu olduğu, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin önemi, hizmetlerinin sürekli olması, toplumun sağlık hizmetlerine katılımı, sektörler arası işbirliği, sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların toplumun genel kalkınmasına da katkı sağlayacağı ve üretkenliği arttıracacağı, yoksulluğun azaltılmasının sağlığa olumlu yansıtacağı, beslenme sorunlarının giderilmesinin önemi, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin önüne geçilmesi

gerektiği, sağlık hizmetlerinde ekip anlayışı, hizmetlerde bütüncül (holistik) yaklaşım, hekim dışı personelin önemi, hükümetlerin kararlı tutum almaları gereği, uluslararası dayanışma ihtiyacı gibi ilkeler aynen ve daha güçlü biçimde ifade edilmiştir.

2018 Bildirisinde, Alma-Ata Bildirisindeki ilkelerin iyi biçimde uygulandığı ülkelerde sağlık düzeyinin, o ülkelerin ekonomik durumlarına kıyasla beklenilmeyecek düzeyde iyileştiği ifade etmektedir. Yani, bu bildiriye göre TSH yaklaşımı doğrudur ancak uygulanmasında bazı sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunların giderilmesi ayrıca yeni ortaya çıkan durumlar dikkate alınarak güncellenmesi ve TSH uygulamalarının 21.yüzyıla uygun hale gelmesi gerekir. Bu görüşten hareketle 2018 Bildirisi'nde özellikle vurgulanan bazı yeni yaklaşımlar söz konusudur. Bildiride, yaşam sürelerinin uzamasına, tıptaki gelişmelere, küreselleşme olgusuna, artan göç hareketlerine, özel sektörün güçlenmesine, maliyetlerin artmasına, tıptaki hızlı gelişmelere, tıbbi uygulamaların giderek daha karmaşık hale gelmesine, sosyal ve ekonomik gelişmelere paralel olarak, toplumlardaki sağlık sorunlarının farklılaştığı, ana ve çocuk sağlığı sorunlarının devam etmekle birlikte azaldığı, bulaşıcı hastalıkların büyük ölçüde kontrol altına alındığı, buna karşılık ruh sağlığı sorunlarının, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlı bakımının ön plana çıktığı vurgulanıp; yeni stratejilerin ve planların gereği belirtilmektedir. Başka bir deyişle yeni bildiri, 1978 Alma-Ata Bildirisinde yer alan ilkelerin rehber alınarak günümüzdeki sağlık sorunlarının çözülmesini amaçlayan yaklaşımlar önermektedir. Bunu yaparken, "Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı – 2030" hedefini işaret ederek, seçilecek stratejilerin ve yapılacak planların bu doğrultuda olmasını bütün üye ülkelere önermektedir.

2018 Bildirisi'nin belki de en dikkate değer noktası, bildirinin kabulünden hemen sonra bir "hareket" başlatılmasına ilişkin husustur. Bildiriye imzalayan ülkelerin, başta DSÖ ve UNICEF olmak üzere BM şemsiyesi altındaki kuruluşların, sivil toplum kuruluşlarının ve toplumların bir seferberlik anlayışı içinde çaba göstererek "herkese sağlık" ve "evrensel sağlık kapsayıcılığı" hedefine ulaşılacağı vurgulanmaktadır.

Bildiri (taslak bildiri) ile ilgili eleştiriye açık bazı hususların olduğu da söylenebilir (*yazarın görüşleridir*): **(1)** Taslakta "geleneksel ve tamamlayıcı tıp"



uygulamalarını resmileştiren ve bütün ülkelere öneren bir yaklaşım sezilmektedir. Bu konudaki tartışmalar devam ederken, bu kavramın uluslararası bir bildiride yer alması ve DSÖ tarafından onaylandığı izlenimi verilmesi eleştiriye açıktır. **(2)** Taslakta “akılcı ilaç kullanımı” vurgulanmaktadır. Bu terim, aşı ve serumla korunmayı dışlayan bir sınırlama gibi algılanmamalıdır. Bildiride aşı uygulamalarına ve tıbbi araç gerecin akılcı kullanımına da yer verilmesi iyi olurdu. **(3)** Taslakta, ruhsatsız kişilerin (informal carers; co-producers) yetkilendirilmesi istenmektedir. Bu konu da tartışmaya açıktır. **(4)** 1978 Alma-Ata Bildirisinde uygulamaya dönük daha net ifade ve öneriler varken, 2018 Bildirisi daha esnek olup ülkelerin kararlarını kendi koşullarına göre vermeleri gerektiği şeklinde bir yaklaşım sergilenmektedir. Örneğin; Alma-Ata Bildirisinde “minimal bakım” adı altında listelenen 8 konunun bütün ülkelerde vazgeçilemeyecek işler olduğu bağlayıcı biçimde yer almışken, 2018 Bildirisinde bu hususlara yeterince değinilmemiş, bu listeye her ülkenin kendisinin karar vermesi öngörülmüştür.

## KAYNAKLAR

1. Halk Sağlığı / Toplum Hekimliği Uzmanının – İş Tanımı, Bilgi ve Becerileri, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Ankara, 2002.
2. Wallace R B (Ed.) Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, McGraw Hill, New York, 2007.
3. Hanlon JJ, Pickett GE, Public Health – Administration and Practice, CV Mosby Co., St. Louis, 1979.
4. Clark, D.W., Mc Mahon, B., Preventive Medicine. Little Brown and Co. Boston, 1967.
5. Fişek, N.H., Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma, Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No.2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
6. Hanlon, J.J., Public Health. 6 th ed. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1974.
7. Hobson, W., The Theory and Practice of Public Health. Oxford University Press, New York, 1965.
8. Katz, A. H., Felton, J.S., Health and the Community. The Free Press, New York, 1965.
6. Mustard, H.S., Stebbins, E.L., An Introduction To Public Health. The Mc. Millan Company, New York, 1960.
7. Rosen, G., A History of Public Health. M.D. Publication, Inc, New York, 1958.
8. Susser, M.W., Watson, W., Sociology in Medecine 2 nd. ed. Oxford Medical Publications, New York Toronto, 1971.
9. Bilir, N., Öztekin, Z., Güler, Ç., Halk Sağlığı (Temel ve Klinik Bilimler Kitabı içinde). Güneş Kitabevi, Ankara, 1989, s. 1349-1351.
10. Primary Health Care – Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, World Health Organization, Geneva, 1978.
11. New Challenges for Public Health – Report of an International Meeting, Geneva, 27-30 November 1995, World Health Organization, Geneva, 1996.
12. Öztekin, Z. Public Health Specialists: Occupational Description in Turkey, Cah. Socio: Demo. Med. 50(4): 433-444 (September – December 2010).
13. Yardım N (Ed) Et Al, 21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2007
14. Öztekin, Z. (Ed.) et al, Herkese Sağlık Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001.
15. Özbakır SN, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma hedefleri, İzmir Ticaret Odası, 2016.
16. Binyıl Kalkınma Hedefleri Türkiye Raporu Ulaşım yeri:  
[http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/07/UNDP-TR-TR-2010-MDG-Report\\_TR.pdf](http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2016/07/UNDP-TR-TR-2010-MDG-Report_TR.pdf)

## **HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞI**

**Korkut Reis Mah. İlkiz Sok. 17/2 ankaya / Ankara**

**Tif :0 555 992 03 32**

**Web :[www.hasuder.org.tr](http://www.hasuder.org.tr)**