

# ALMA ATA'DA BELİRLenen HEDEFLERE NE KADAR ULAŞILDI?

Kevser DURGUN\*, Sera ŞİMŞEK\*\*

**Öz:** Bu makalede Alma Ata'da belirlenen hedefler eşitsizlikler, toplum katılımı, uygun teknolojinin kullanımı ve finansman başlıkları altında tartışılmış ve 1978'den günümüze doğru değişimleri incelenmiştir. Bu çerçevede literatür taranarak veriler üzerinden yıllara göre karşılaştırmalar yapılmış ve ilkeler açısından dünyadaki değişimler tanımlanmıştır. Alma Ata Bildirgesinin 40. yılında eşitsizliğin daha da derinleştiği görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** toplum katılımı, eşitsizlik, finansman, teknoloji

## *How far have the goals set in Alma Ata been reached?*

**Abstract:** In this article, the goals set in Alma Ata were discussed under the topics of inequalities, community participation, the use of appropriate technology, financing, and their changes from 1978 to the present were analyzed. The literature was scanned, comparisons were made over the data by years and changes in the world in terms of principles are defined. In conclusion 40 years after the Alma Ata Declaration inequality has been deepened.

**Key words:** community participation, inequality, financing, technology

## Giriş

1978'de gerçekleşen Alma Ata konferansında dünya nüfusunun yarısından fazlasının yeterli sağlık hizmetine erişiminin olmadığı, dünyada sağlık eşitsizliklerinin kabul edilemez düzeyde olduğu belirlenmiştir. 1946'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasası ile tanınan sağlık hakkı vurgulanarak hükümetlerin bu konuda sorumlu olduğu belirtilmiş ve etkili bir sağlık hizmeti için merkezinde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) olan ulusal sağlık sistemlerinin kurulmasının, toplum katılımının, sektörler arası işbirliğinin önemi belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde finansman ve teknoloji kullanımı konularında çeşitli öneriler getirilmiştir. Konferansta sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için tüm ülkelerde kapsamlı, evrensel, hakkaniyetli ve maliyeti karşılanabilir temel sağlık hizmetlerinin sağlanması için varılan fikir birliği sonucunda bir bildirme yayınlanmıştır (**DSÖ, 1978**). Hedeflerin ulaşılması güç olduğu yönünde eleştiriler alan bildirme, eşitsizliğin ifade edilmesinde, toplum katılımının öncelenmesinde uluslararası boyutta bir ilk olması açısından önemlidir (**Venediktov, 1998**). Bu yazıda Alma Ata'dan bu yana geçen 40 yıl sonrasında sağlık eşitsizliklerindeki değişim incelenerek, toplum katılımı için Alma Ata'nın getirdiği öneriler ve dünyadaki uygulamalar tartışılacak, teknoloji dağılımındaki ve sağlık hizmetlerinin finansmanındaki güncel durum değerlendirilecektir.

## Eşitsizlikler

Alma Ata toplantısında sağlıkta eşitsizlik sorunu, sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilgili kaynakların ülkeler arasında ve her ülke içinde eşit olmayan bir dağılım göstermesi olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin eşitlikçi (hakkaniyetli) bir şekilde sunulması bildirgenin önerileri arasında yer almıştır. Bunun için tüm toplumu kapsayan temel sağlık hizmetleri yanı sıra risk gruplarına özel yaklaşım önerilmiştir (**DSÖ, 1978**). Diğer DSÖ dokümanları gibi bu bildirme de sağlık eşitsizliklerini, toplumsal boyutu göz ardı eden hakkaniyet yaklaşımı ile ele almakta, eşitsizliklerin nedenleri üstünde durmaktadır. Oysa sağlık eşitsizliklerinin nedenleri çoğunlukla toplumsal nedenlerdir; kişinin kendi yaşam şansını seçme, belirleme olanağının oldukça sınırlı olduğu durumlar, sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmadaki yetersizlik, güçlükler, hasta kişilerin, hastalıklarına bağlı nedenlerle sosyal ve sınıfsal konularının dezavantajlı bir konuma gelmesi gibi (**Whitehead, 1992**).

Burada Alma Ata'dan günümüze sağlıkta eşitsizliklerin nasıl bir değişim gösterdiği toplumsal belirleyicileri de kapsayan sonuçlarda eşitlik yaklaşımı ile değerlendirilecektir. Değerlendirme için ölüm ve hastalık verileri kullanılacaktır.

\*Arş. Gör.; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-1513-6635)

\*\*Arş. Gör.; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0001-7760-4564)

Geliş Tarihi / Received : 04.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 13.06.2020

**Tablo 1. 1980-2017 yılları arası ülkelere göre beş yaş altı ölüm hızları (1000 doğumda)**

	1980	1990	2000	2010	2017	Fark (1980-2017 arası)
Finlandiya	9	7	4	3	2	-7
İsveç	8	7	4	3	3	-5
Fransa	12	9	5	4	4	-8
ABD	15	11	8	7	7	-8
Hindistan	166	126	92	61	39	-127
Yemen	206	125	97	64	55	-151
Nijerya	215	213	188	132	100	-115
Afganistan	250	176	134	104	68	-182
Somali	-	177	171	156	127	
Hız Oranı	31,25	30,4	47	52	63,5	
TAR (%)	96,8	96,7	97,8	98	98,4	

**Kaynak:** UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation

Sağlık eşitsizliklerinin değerlendirilmesinde beş yaş altı ölüm hızları önemli bir göstergedir. Tablo 1'de 1980-2017 yılları arası ülkelere göre beş yaş altı ölüm hızları (1000 doğumda), hız oranları ve topluma atfedilen risk yüzdeleri verilmiştir (**BM, 2019**). Alma Ata sonrası beş yaş altı ölüm hızlarında dünya genelinde iyileşme olduğu açıktır (Tablo 1). Ancak hız oranlarında<sup>1</sup> ve topluma atfedilen risk yüzdelerindeki<sup>2</sup> artış eşitsizliklerin arttığını göstermektedir. Hız oranlarına bakıldığında 2017'de Finlandiya'da gerçekleşen her beş yaş altı ölüme karşılık Somali'de 63,5 ölüm gerçekleşmiştir. 2017 yılında en iyi durumdaki ülkelerin koşulları sağlanabilseydi Somali'deki beş yaş altı ölümlerin %98,4'ü önlenebilirdi. Ne yazık ki, bu oranın 1980 yılından bu yana arttığı görülmektedir.

Tablo 2'de 1980-2015 yılları arasında ülkelere göre anne ölüm oranları (yüz bin canlı doğumda) karşılaştırılmıştır (**DSÖ, 2015**). Benzer bir karşılaştırma anne ölüm oranları ile yapılarak hız oranları ve topluma atfedilen risk yüzdelerine bakıldığında anne ölüm oranlarındaki eşitsizliklerin aynı düzeyde

kaldığı görülmektedir. 1980 yılında en iyi durumdaki ülkelerin şartları sağlanabilseydi Sierra Leone'de yaşanan anne ölümlerin %99,43'ü önlenebilirdi. 2015 yılında bu oranın (%99,7) farklılık göstermediği görülmektedir.

Dünya genelinde 1980'li yıllardan bu yana ölüm hızlarındaki azalmaya bağlı olarak Dünya Bankası gelir gruplarının tümünde beklenen yaşam süresinde artış vardır. Yüksek gelirli ülkelerde, 1975-1980 yılları için 72,3 olan beklenen yaşam süresi 2015-2020 tahminlerine göre 80,8 yıla ulaşırken düşük gelirli ülkelerde ancak 46,6'den 63,4'e yükselbilmiştir. Yüksek gelir grubu ile düşük gelir grubu ülkeler arasındaki 26 yıl olan fark, 40 yıl içinde yalnızca 17 yıla düşmüştür (**BM, 2019**).

Sağlık sonuçlarını eşitsizlik açısından etkileyen en önemli ölçütlerden biri sağlıklı suya erişimdir. Bu açıdan bakıldığında gelişmiş bir su kaynağına<sup>3</sup> sahip olma önemli bir göstergedir. Tablo 3'te ülkelere göre gelişmiş bir su kaynağına sahip nüfus yüzdeleri açısından 1995'ten 2015'e kadar olan

**Tablo 2. 1990-2015 yılları arasında ülkelere göre anne ölüm oranları (yüz bin canlı doğumda)**

	1980*	1990	2000	2010	2015	Fark
Yunanistan	18	5	4	3	3	-15
İspanya	18	6	5	5	5	-10
Kanada	7	7	9	8	7	0
ABD	12	12	12	14	14	2
Hindistan	677	556	374	215	174	-503
Kenya	494	687	759	605	510	16
Somali	1061	1210	1080	820	732	-329
Nijer	1083	873	794	657	553	-530
Sierra Leone	1240	2630	2650	1630	1360	120
Hız Oranı	177	526	662,5	543,3	453,3	
TAR (%)	99,43	99,80	99,84	99,81	99,77	

**Kaynak:** World Health Organization (2015), \*M. C. Hogan'ın (2010) çalışmasından alınmıştır.

**Tablo 3. 1990-2015 yılları arasında ülkelere göre gelişmiş su kaynağına sahip nüfus (%)**

	1990	2000	2010	2015	Fark
Norveç	100	100	100	100	0
Almanya	100	100	100	100	0
ABD	98,4	98,8	99,1	99,1	0,7
Irak	78,3	80,4	85,1	86,6	8,3
Peru	74,3	79,8	84,6	86,7	12,4
Kongo (CD)	43,9	47,1	50,7	52,4	8,5
Afganistan	21,2	30,3	48,0	55,3	34,1
Etiyopya	13,2	28,9	47,8	57,3	44,1
Mali	27,1	46,6	66,9	77	49,9
Nijer	33,7	43,7	54	58,2	24,5

**Kaynak:** World Bank Open Data

değişim gösterilmiştir (**DB, 2019**). Hemen hemen tüm ülkelerde gelişmiş bir su kaynağına sahip nüfus yüzdesinde artış izlenmektedir. Ancak bu artış, kırsal/kentsel bölgelerde farklılık göstermeye devam etmektedir. Örneğin 1990 yılında Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde gelişmiş su kaynağına sahip olan nüfus yüzdesi kırsal bölgede %24,7 iken kentsel bölgede %86,5'tur. 2016 yılına gelindiğinde ise kırsalda %31,2, kentsel bölgede %81,1'dir. Kentsel bölgede oran artmamış, aksine azalmıştır. Bazı ülkelerde ise eşitsizlik daha da artmıştır. Örneğin Angola'da 1990 yılında kırsal bölgede %43,5 olan bu yüzde 2016'da %28,2'e gerilemiştir. Kentsel bölgede ise %52'den %75,4'e yükselmiştir (**DB, 2019**). Gelişmiş bir su kaynağına sahip olma ile önlenabilir hastalıkların başında ishalleri hastalıklar gelmektedir. 1980-2016 yılları arasında ishalleri hastalıklara bağlı beş yaş altı ölüm hızları Tablo 4'te gösterilmiştir. Görüldüğü gibi toplumun temiz suya erişiminin olmadığı ülkelerde tamamı önlenabilir ölümler olan beş yaş altı ishalleri hastalıklara bağlı ölümler görülmeye devam etmektedir.

Bulaşıcı hastalıklara, maternal, prenatal nedenlere ve beslenme hastalıklarına bağlı ölüm nedenlerinin tüm ölüm nedenleri içindeki oranına bakıldığında 2000-2016 yılları arasında hemen hemen tüm ülkelerde azalma görülmüş, İzlanda'da 5,9'dan 4,4'e, Zambiya'da ise 78,2'den 60,6'ya düşmüştür (**DB, 2019**). Yüzdedeki azalmaya rağmen bu önlenbilir ölümlerin hâlen tüm ölümler içinde yüksek bir paya sahip olduğu söylenebilir. 2000-2016 yılları arasında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin toplam ölümler içindeki yüzdesi incelendiğinde ise yüksek gelirli ülkelerde bu payda artış görülmezken düşük gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin tüm ölümler içindeki payının giderek arttığı gözlenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin tüm ölümler içindeki payı Hindistan'da %46,1'den %62,7'ye, Kenya'da %15,8'den %27,1'e yükselmiştir (**DB, 2019**).

Bu veriler değerlendirildiğinde, Alma Ata'dan günümüze sağlık eşitsizliklerinde azaltmak için girişimlerde bulunulduğunu fakat zamanla amaçlananın

**Tablo 4. 2000-2016 yılları arasında ishalleri hastalıklara bağlı beş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)**

	1980*	2000	2010	2016
Norveç	-	0	0	0
Almanya	-	0	0	0
ABD	-	0	0	0
Irak	7	4	2	2
Peru	23	3	1	1
Kongo (CD)	45	16	10	10
Afganistan	58	16	9	6
Etiyopya	48	22	8	5
Mali	72	36	16	9
Nijer	77	43	15	8

**Kaynak:** UNICEF Data web sayfası (2018), \* R. Black'ın (2019) çalışmasından alınmıştır.

tersine eşitsizliklerin arttığını söylemek olasıdır. Dünyada neredeyse tüm ülkelerde ölüm hızlarının azalmasına rağmen, ülkeler arasında topluma atfedilen riskin artışı eşitsizliklerin arttığının kanıtıdır. Bu kanıtlar, konferansın eşitsizliklerin esas nedenlerini irdelemek konusunda yeterli olmadığı ve önerilerin çözüme yönelik olmadığına göstergesidir.

### Toplum Katılımı (Community Participation)

Toplum katılımı temel sağlık hizmetlerinin örgütlenme ilkelerinden biridir. Toplum katılımı ilkesi tüm insanlığın yaşamlarını etkileyen kararlara katılım hakkını savunur. Kavramın geçmişi 19. yy'da Avrupa'yı etkisi altına alan "Halk Sağlığı Hareketi"ne dayanır. Bu kavram ikinci Paylaşım Savaşı sonrası "Toplum Kalkınması" yaklaşımının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. 1978'de Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetleri ilkelerinden biri olarak deklar edilmiş, kendi kendine yeterlilik (self reliance) ve kendi kaderini belirleme (self determination) terimleri ile anılmıştır. Türkiye'de ise 1961'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile ilk defa yerel katılımın sağlanması için adımlar atılmıştır. Sağlığın sosyalleştirilmesi konusunda, yerel halkın katılımı ve özellikleri dikkate alınmadan yaşama geçirilemeyecek olan ilkelerdenmiş, toplum katılımı sağlamak amacıyla sağlık kurulları oluşturulması emredilmiş, yönetmelik çıkarılmış ancak kurullar uygulamada başarılı olmamıştır. Aşağıda Alma Ata'yı takip eden yıllarda sağlıkta toplum katılımının kavramının tanımı ve yüklenen anlamları tartışılacaktır.

Yaşama dair olan her problemin kendi muhatapları tarafından çözülmesinin, çözümün sahiplenilmesi ve güçlenmesi açısından değeri büyüktür (Akalin, 1993). Bu yönden Alma Ata da yeri çokça geçen toplum katılımı ilkesinin eşitlik politikalarını güçlendireceği öngörülmüştür (Whitehead, 1992). Toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu ihtiyaçların uygun bir şekilde karşılanması, toplumun harekete geçirilip demokratik bir zeminin var olabilmesi için toplum katılımı zorunlu bir öğedir. Sağlık hizmetlerinde de özellikle erişimi artırmak, sanitasyonu geliştirmek, toplumu harekete geçirmek için hayata geçirilmiştir. Bu yönden toplum katılımı özellikle yoksullar, kırsal alanda yaşayanlar, savunmasız ve dışlanmış gruplar için sağlığa erişim açısından önemli bir yerdedir (Mooney, 2014).

Toplum katılımı birçok farklı şekilde tanımlanmış olup standart bir tanımı yoktur. Sağlıkta toplum katılımı, sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi için planlama, değerlendirme, denetleme ve

izlenmesi süreçlerinin tümünde merkezi yönetim ile yerel topluluklar arasında ortaklığın bir süreci olarak tanımlamıştır (Oakley, 1991). Alma Ata'da bu basamakların her birine katkı sağlanması, örgütlenmesi, yönetimin ve katılımcıların güçlendirilmesi için aracı olma rolü toplum katılımı ile sağlanabileceği belirtilmiştir. Bayraktar (2016), katılım mekanizmalarını bilgilendirme, danışma, etme, birlikte hareket etme ve muktedir kılma olarak beş bölümde incelemiş ve bilgilendirme ve danışma basamaklarının daha çok işlediği, tam katılımdan bahsedebilmek için tümüne dâhil olmak gerektiğini savunmaktadır. Toplumun bilgilendirilmesi dışında herhangi bir katılım mekanizmasından bahsedilmediği gibi yetki gerektiren alanlarda da katılım sağlık alanında mevcut değildir. Son yıllarda DSÖ sağlığın geliştirilmesi (*health promotion*) üzerinden sağlık okuryazarlığı gibi konulara eğilmiş, sağlıkta toplum katılımı bilgilendirme basamağına hapsedilmiştir.

Toplum kavramı, Alma Ata'da sosyal örgütlenme ve uyum içinde yaşayan insanlar grubu olarak tanımlanmıştır. Katılımın gücü bu sosyal örgütlenme içinde olan herkesin tüm üretim süreçlerindeki kararlarda söz sahibi olması ile yakından ilişkilidir. Maksimum katılımın demokratik kuralların işleyişini artıracığı açıktır. Katılımın etkinliği ise toplumun demokratikleşme düzeyi ve demokrasinin algılanma şekli ile yakından ilişkilidir. Burada politik bağlam kritik rol oynar. Alma Ata Bildirgesi ile birlikte yerel halkın sağlık hizmetine katılımı kavramsal olarak güçlenmiş, özerk yapıda olan yönetim sistemlerinde başarıya ulaşmıştır. Özellikle de sağlık hizmetine erişimi düşük olan gruplarda (yoksullar, işsizler, kadınlarda, öncelikli gruplar) katılım sağlıkta gelişmelere yol açmıştır. Guetamala'da 1984 yılında kısıtlı ekonomik olanakları olan ailelerden oluşan 10.000 kişilik bir grup ile yapılan entegre sağlık programı ile bağışıklama düzeyleri artmış, ishaller hastalıklarının prevalansı ve çocuk mortalitesi azalmıştır (Pol, 1995). Kerala'da demokratik yerelleşme kampanyası ile kadınların okuma yazma bilme oranları, üreme sağlığı ve toplum içindeki sosyal konumları iyileşmiştir. Meksika'da Dang Humması koruma ve kontrol çalışması ile ilgili the patio limpio (temiz arka bahçe) stratejisi oluşturulmuştur. Bu yerel stratejiyle halkın gözetim altındaki hanelerde vektör üreme alanlarını sistematik olarak tanımlamaları, ortadan kaldırmaları, izlemeleri ve değerlendirmeleri için eğitilmelerinden bir yıl sonra yerel halkın farkındalığı artmış, %30 oranında sivrisinekten arındırılmış temiz alanlar elde edilmiştir (Tapia-Conyer, Méndez-Galván, and Burciaga-Zúñiga 2012).

Sağlıkta toplum katılımı genellikle sadece sağlık hizmetine katılım olarak yer bulmaktadır. Sağlık hizmetine katılım ise daha çok finansal açıdan değerlendirilmiştir. Fendall katılımı; ücretsiz işgücü kaynağı, finansmanı ulusal düzeyden yerel düzeye devretme aracı olarak kullanılabilmesi tehlikesinin olduğunu belirtmiştir (**Fendall, 1985**). Alma Ata Bildirgesinde bunun sinyalleri "toplum hizmetlerini finanse etmede toplum katılımı gerekli" idi, katkı "bireylerin ödemeleriyle" sağlanacaktı, çünkü "tarım ağırlıklı toplumlarda maliyeti vergilendirmeyle karşılamak olası değildi" cümleleriyle kendini göstermiştir (**Aksakoğlu, 2002**). Sadece sağlık hizmetinden faydalanma, maddi ve iş gücü yönünden kaynak katkısı ve hizmet üzerinden toplumun kontrol altına alınması ile katılımın asıl amacından saptığı görülmüştür. Kaynak katkısı düşük gelirli grupların yükünü artırabilmek ile birlikte daha çok kapitalist ülkelerde katılıma dair daha yüksek bir eğilim vardır (**Tatar, 2004**). Düşük gelirli ülkelerde toplum katılımı üzerine yazılmış makaleler sağlık alanındaki tüm makalelerin %17'si iken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran %58 civarında olup bu makalelerin birçoğu toplum katılımını hastalıkların tedavisine finansman ve işgücü katılımı olarak ele almıştır (**George et al., 2015**). Kısacası kavramın karşılığı daha çok finansman ve işgücü olarak değerlendirilmiş, bilgilendirme ve danışma dışındaki temaslar pratikte uygulanmamıştır. Kenya ve Tanzanya'da yapılan çalışmalarda market çalışanlarına ve ilköğretim öğretmenlerine eğitim ve ilaç verme yetkisi verilmiş, sıtma ile mücadelede önemli adımlar atılmıştır (**Mutemi, 1999; Magnussen, 2001**). Buradaki katılım ilaç satma ve bilgilendirmeden öteye geçememiştir.

Toplum katılımı yöntemleri genellikle küçük gruplarda uygulanmış, uygulamada topluluk yapısındaki değişkenler ve geleneksel öğeler belirleyici olmuştur. Her ne kadar küçük gruplarda başarılı olsa da daha büyük topluluklarda politik irade ve maksimum katılım ile güçlü bir katılımcı demokrasinin oluşturulması mümkündür. Rifkin'e göre toplum katılımının yönteminin bir standardı yoktur ve politik bağlam kritik rol oynar. Güçlü bir ideolojik yapı kurulmadan katılımın sadece belli noktalarda kurgulanması yeterli değildir. Bundan hareketle katılımın sadece sağlık hizmetlerine katılım ile var olabilmesi düşünülemez. Toplulukları yalnızca sağlık sorunları etrafında harekete geçiren programlar kısa edimlidir (**Rifkin, 2009**).

Toplum katılımı sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde kararlarda ve uygulamada toplumu içine alan,

toplumla birlikte, sağlığa dair belirlemeler yapan, gerek koruyucu gerekse tedavi edici düzenlemeleri yerelin ihtiyaçları doğrultusunda karşılayan bir yapıda olmalıdır. Bu yapı içerisinde sağlık emekçisi ile toplumun işbirliği esastır. Günümüzde bu işbirliğinden bahsetmek şöyle dursun, sağlık emekçileri ile toplum arasında büyük bir mesafeden bahsetmek mümkündür. Sağlık hizmet sunumunda katılımın bileşenleri; toplum ve sağlık çalışanları, sağlık komiteleri, meclisler, kooperatifler, dernekler, meslek odaları vb. dir. Bu bileşenlerin de toplumla buluştuğu nokta yetersizdir.

Toplum katılımı kavramının Alma Ata'da ortaya atılması, sağlık örgütlemesinde çözüm ortaklarından olan toplum ve sağlık emekçisi işbirliği vurgusu sağlığın demokratikleştirilmesi adına büyük bir hamledir. Fakat bu süreç kendi kendini yöneten bir sağlık örgütlenmesinden evrilip, katılımın sağlık hizmetlerine daraldığı ve toplumun para kaynağı olarak görüldüğü bir forma bürünmüştür.

### Teknoloji

Alma Ata Bildirgesinin diğer bir ilkesi de uygun teknoloji transferidir. 1970'lerde ortaya çıkan petrol ve diğer hammadde krizinden sonra az gelişmiş ülkeler yeterli kaynağa sahip olmalarına rağmen bu kaynakları teknoloji yetersizliği yüzünden kullanamamış ve krizi daha derin yaşamıştır. Dünya Bankası, petrol krizinden sonra yoksulluk ve açlıkla mücadele eden ülkelerde neden olarak nüfus artışını ve kaynak yetersizliğini göstermiş ve çözümün nüfus politikalarının düzenlenmesi ve kaynakların tahsisi üzerinde yoğunlaşmıştır (**DB, 1980**). Kaynakların kullanımında iki çözüm önerisi, kaynak aktarımı ve teknoloji transferi olmuştur. Alma Ata Bildirgesinde temel sağlık hizmetleri için teknoloji transferi daha çok "uygun teknoloji" olarak önerilmiştir. Bütün teknoloji değil sadece "uygun" olan teknolojinin transferi önerilmiş ancak bu uygunluğun içeriği tam olarak açıklanmamıştır (**Soyer, 1991**). Uygun teknoloji; ülkenin kültürel, sosyal, ekonomik ve epidemiyolojik koşullarına göre sağlık hizmet sunumunda teknolojinin aktarımı ve kullanımı olarak açıklansa da durum bundan farklıdır. Kavramın çıkarılmasındaki amaç ilk başta hem kaynakların kullanımına yardım etmek hem de kalkınmayı sağlamaktır. Dünya konjoktürüne uygun şekilde yıllar geçtikçe uygun teknoloji yerini ileri teknolojiye bırakmıştır. Burada teknolojinin bileşenleri olan ilaç, aşı ve biyoteknoloji- de gerçekleşen değişimlere değinilecektir.

Alma Ata Bildirgesinde üzerinde durulan önemli konulardan biri de sağlık harcamalarında önemli

bir yer tutan ilaç masraflarının en aza indirgenmesi için politikalar oluşturulmasıdır. Halbuki günümüzde sağlık bir sektör hâline gelmiş, bunun da en büyük aracı ilaç piyasası olmuştur. Fakat günümüzde bu teknoloji (ilaç, aşı, makine vb.) gelişmiş ülkelerde daha çok üretilmekte ve kullanılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin kullanabileceği teknoloji ancak ithal olabilmekte ve bu da kapitalizm için bir alan yaratmaktadır. Bunun da en büyük ortağı kapitalist ülkeler olmuştur. Örneğin Amerika Birleşik Devletlerinin sahip olduğu ilaç pazarının büyüklüğü 2018 yılında diğer dünya ülkelerine göre açık ara öndedir. Kuzey Amerika ilaç pazarının yarısını elinde tutmaktadır ve toplam tıbbi cihaz pazarındaki yeri %41 ile birinci sıradadır (**KPMG, 2018**). İlaç ve biyoteknolojiye araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) yatırımı %17 olup, otomatik sektörden sonra ikinci sıradadır (**Petroliş, 2010**). Küresel ölçekte tek başlarına dünya pazarının %60'ına sahip olan en büyük on firmanın 2011 yılında Ar-Ge'ye ayırdıkları bütçelerin toplamı 19.808 milyar ABD dolarıdır. Tıbbi cihazlara ayrılan ödenekler diğer sağlık dışı bütçelerle kıyaslandığında açık ara önde ve neredeyse pazarın yarısına sahiptir. ABD'de 2010 yılında tıbbi cihaz pazarı 100.8 milyon dolar iken Türkiye'de 1.9 milyon dolardır (**Kiper, 2013**). Görüldüğü gibi bildirgenin amaçlardan biri olan ulusal üretimden uzaklaşmış, ilacın meta değeri artmıştır. Bu durum teknolojiye sahip olmayan ülkelerin dışarıya bağımlılığı getirmiştir.

DSÖ, 1977'de bütün dünya ülkeleri için yeterli olabilecek temel ilaç listesini yayınlamıştır. Bu liste ilk yayınlandığında gereksinimleri karşılamaya yönelik markasız preparatlardı. Buradaki amaç akılcı ilaç kullanımını ve ulusal ilaç üretimini sağlamaktır. Daha sonraları büyük ilaç firmalarının ve kapitalist sağlık sisteminin etkisiyle her iki senede bir revize edilen listeye 'temel' olmayan ilaçlar da eklenmiştir. 2017 yılında aralarında Hepatit C tedavisinin de bulunduğu 55 yeni ilaç eklenmiştir. 2019 yılında kanser, inme, romatoid artrit ve inflamatuvar bağırsak hastalıkları tedavi ilaçlarının da içinde olduğu 28 yeni ilaç eklenmiştir. Çağımızın önemli sorunlarından olan AIDS tedavi ilaçları ise hâlâ bu listede yer bulamamıştır (**DSÖ, 2019**).

Aşı meselesine gelindiğinde Alma Ata Bildirgesi yayınlandıktan sonra genişletilmiş aşı programındaki aşular ülke farkı göstermeksizin benzer yapıdaydı. Yıllar içerisinde bu aşı araştırmalarının gündemi gelişmiş ülkelerin gereksinimine göre düzenlendiği için bu ülkelerde geliştirilen yeni aşular, gelişmekte olan ülkelerde kullanılmaya uygun değildir

(**TTB, 2003**). ABD'de beş yaş altı için pnömokok aşısı geliştirilmiş fakat en sık pnömokok nedeniyle ölümlerin yaşandığı gelişmekte olan ülkelerde kullanılamamıştır. Çünkü üretilen aşı Afrika ülkelerinde çok sık görülen iki serotipe karşı koruma sağlamamaktadır. İngiltere'de menenjit aşısından sonra 20'den az olgu saptanmış iken Etiyopya, Senegal ve Gambiya'yı içine alan Afrika menenjit kuşağında aynı senelerde 200 bin menenjiti olgusu ve 20 bin ölüm saptanmıştır (**DSÖ, UNICEF, The World Bank, 2002**). Uygun teknolojinin ileri teknolojiye dönüşüm aşamalarının ardından bu ileri teknoloji üretenler tarafından koruma altına alınmış ve teknolojinin bilgisi yalnızca üretene ait olmuştur. Kurulan bilgi iktidarı bilgiyi metalaştırmış, bunun yöntemi de uluslararası anlaşmalar ile sağlamıştır. Geliştirilen aşı gelişmekte olan ülkelere uygun olsa bile aşının ilk 20 yıllık patent hakkı Dünya Ticaret Örgütü'nün getirdiği Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması (TRIPS) anlaşması ile korunmaktadır. Ancak patent süresi bittikten sonra başka üreticiler/ülkeler ücret ödemediği o aşuyu üretebilirler. Geçen 20 yıllık bu süre içerisinde de gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca çocuk yaşamını yitirmektedir (**TTB, 2003**).

Alma Atanın ilkelerinden biri daha zamanla kaybolmakta, uygun teknolojinin yerini ileri teknoloji almaktadır. İleri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazlar sınırlı sayıda firmalar tarafından üretilmektedir. Bu firmalar ABD, Çin, Fransa gibi kapitalist ülkelerin elindedir. Üretilen tıbbi cihazlar dünya pazarına açılarak diğer ülkelere teknoloji transferini gerçekleştirmektedir. Transfer edilen teknoloji ihtiyaç duyulan değil sunulan olmaktan ileriye gidememektedir. Öte taraftan teknolojiyi satın alan ülkeler çoğu zaman gereksiz ve pahalı olan bu teknolojiyi daha yaygınlaştırma ve kaliteli hizmet verme yönünde politikalara malzeme etmektedir. Yaşam standartlarının giderek yükselmesi ile birlikte ileri teknolojik cihazların kullanımı sağlıkta hizmet talebini artırmakta, bir yandan aşırı ve yanlış kullanıma yol açmakta, rekabet duygusunu artırarak bir yandan da eşitsizliği derinleştiren bir sorun hâlini almaktadır.

Alma Ata Bildirgesinde bütün topluma ücretsiz, eşit, uygun teknolojiye dayalı, toplum denetimli bir temel sağlık hizmeti hedeflenmiştir. Bildirge, insanları teknolojilerin pasif alıcısı olarak görmek yerine sağlık hizmetlerini şekillendirmek için en büyük yol göstericisi kabul ederek ilişkiyi tersine çevirmeyi ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma kapasitelerini güçlendirmeyi amaçlamıştır (**Banerji, 2003**). Bu açıdan kaynakların kullanımına yönelik yapılan hamle

başarılıdır. Ancak başta temel sağlık hizmetlerinde örgütlenmeden eğitime, tıbbi araç gereçlere kadar teknolojinin kullanımını yaygınlaştırmayı hedefleyen ilke ileri teknoloji kullanımı ile birlikte bugün kâr aracı hâline gelmiş ve sağlık algısını değiştirmiştir. Kaynağın dağılımı eşitlikçi olmaktan uzaklaşmıştır.

### Finansman

Alma Ata Bildirgesinde sağlık hizmetlerinin finansmanı için öneriler hükümetlerin sağlığa ayırdığı fonları düzenli olarak artırmaları, yeni finansman kaynakları bulmaları, toplumun etkin katkısını sağlayacak önlemler almaları olarak sıralanmıştır (DSÖ, 1978). Bildirgede dikkat çeken diğer bir öneri ise silahlanma ve askeri çatışmalar için kullanılan kaynakların sosyal ve ekonomik gelişmeye aktarılması, TSH için bu kaynaklardan pay ayrılmasıdır.

Dünya genelinde sağlık harcamaları yılda ortalama %4 oranında artış göstererek 2016 itibarıyla küresel gayri safi yurtiçi hasılanın %10'unu oluşturmuştur (DSÖ, 2018). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde artış daha fazladır. Bu artışa rağmen küresel sağlık harcamalarının %80'ni dünya nüfusunun %20'sinin yaşadığı yüksek gelirli ülkelerin yaptığı gözden kaçmamalıdır (DSÖ, 2018). En fazla harcama yapan 10 ülke kişi başına 5.000 dolar ve üzeri harcama yaparken en az harcama yapan 10 ülke kişi başına 30 dolardan daha az para harcamıştır; bu durum eşitsizliklerin sürdüğü şeklinde yorumlanabilir (DSÖ, 2018).

Alma Ata'dan günümüze çoğu ülkede hükümetlerin sağlığa ayırdığı payda artış görüldüğü söylenebilir (DB, 2019). Diğer yandan düşük gelirli ülkelerde hükümetlerin sağlığa ayırdıkları mali kaynaklarda Alma Ata'da önerildiği şekilde düzenli artış gözlenmemiştir. Bu ülkelerde görülen ekonomik büyüme ve kamu harcamalarındaki artışa rağmen gayri safi yurtiçi hasıladan kişi başına sağlığa ayrılan bütçe yüzde olarak Etiyopya, Mısır, Kenya, Namibya ve diğer pek çok ülkede artış göstermemiş, hatta bazı ülkelerde düşmüştür (DB, 2019). Gelir gruplarına göre bakıldığında 2000-2016 yılları arasında kamu harcamaları içinde sağlığa ayrılan pay düşük gelir grubundaki ülkelere %7,9'dan %6,8'e gerilemiş, yüksek gelirli ülkelere %11,6'dan %14,9'a yükselmiştir. Kişi başı yapılan kamu sağlık harcaması düşük gelirli ülkeler için toplamda iki dolar artış göstererek dokuz dolar olmuş, yüksek gelir grubu için neredeyse iki katına ulaşmış 2257 dolar olmuştur (DSÖ, 2018). Daha önceki durum bilinmemekle birlikte günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerin

kamu sağlık harcamalarının %40'tan azı temel sağlık hizmetleri için harcanmaktadır (DSÖ, 2018). Bu oran ülkeden ülkeye %4 ile %77 arasında değişmektedir. Temel sağlık hizmetleri harcamaları gelir gruplarına göre de farklılık göstermektedir. Yüksek gelirli ülkeler TSH için ortalama 185 dolar harcarken düşük gelirli ülkeler 26 dolar harcamaktadır. Bu konuda daha eski bir veri olmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Hükümetlerin sağlığa ayırdığı payın artırılmasına yönelik önerilerin özellikle düşük gelirli ülkelerde hayata geçirilemediği, dahası kamu sağlık harcamalarının temel sağlık hizmetleri için kullanılmadığı görülmektedir. Bunlara ek olarak sağlık harcamaları içinde dış yardımların payı azalsa da; bu pay yoksul ülkelere artış göstermiştir. Düşük gelirli ülkelere başı sağlama hizmetleri hâlen dış kaynaklara bağımlıdır (DSÖ, 2018).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten ödemelerin eşitsizlikleri artırdığı bilinmektedir (Belek, 2016). DSÖ'nün 2018 raporunda tüm sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin oranının 2000-2016 yılları arasında azaldığı vurgulanmaktadır. Ancak bu azalma düşük gelirli ülkelere gözlenmemiştir. Paydaki düşüşün en fazla yine yüksek gelirli ülkelere görülmesi de dikkat çeken diğer bir noktadır. Ek olarak sağlık harcamalarının her yıl ortalama %4 arttığı gözden kaçırılmaması gerekir. Cepten ödemelerdeki düşmenin nedeni diğer kaynaklardan yapılan harcamalardaki şiddetli artıştır (DSÖ, 2018). Bu durumda tüm harcamalar içinde cepten ödeme oranının düşmesi, cepten yapılan harcamaların azaldığını göstermemektedir. Kamu sağlık harcamalarının payı bu ülkelere Alma Ata'da belirtildiği gibi artış göstermemiştir. Bildirgede giderek artan sağlık harcamalarının yalnızca vergiler ile karşılanamayacağı vurgulanması ve toplumun finansal alana katkısının desteklenmesi ise aslında cepten ödemeleri onaylayan bir yaklaşım olduğu için eleştirilmiştir.

Önemli bir madde olan silahlanmaya ayrılan bütçenin sağlık hizmetlerinin finansmanına yönlendirilmesi hedefi ise ne yazık ki gerçekleştirilememiştir. Dahası dolar bazında bakıldığında tüm ülkelere savaş bütçelerinin giderek arttığı görülmektedir (SIPRI, 2019). Silahlanma yarışı bu hedefe ulaşmanın önünde büyük bir engel olarak durmaktadır.

Alma Ata Bildirgesinde önerilerin ne kadar doğru yönde olsa da sağlık hizmetlerinin finansmandaki sorunlara neden çözüm olmadığı açıktır. 1980'lerden sonra ekonomi politikalarındaki değişim tüm dünyada kamu hizmetlerinin sunumunu da

etkilemiştir. Neoliberal ideolojinin sağlık alanına yansımaları, sağlık hizmetlerine ayrılan kamu harcamalarında azalma, hizmetin özelleştirilmesi, halk sağlığı altyapısının zayıflaması, sağlık çalışanlarının gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere, ilaç ve tıbbi teknolojinin gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere hareketliliğinin sağlanması şeklinde olmuştur (Navarro, 2008). Son 40 yılda sağlık reformları aracılığıyla uygulanan özelleştirme politikaları sağlıkta eşitsizliklerin artmasının önemli bir nedeni olarak öne çıkmaktadır. Diğer yandan neoliberal politikaların yarattığı savaşlar sonucu kaynaklar TSH için kullanılabilir iken silahlanmaya aktarılmaktadır.

### Sonuç

Alma Ata'dan günümüze sağlıkla ilgili veriler değerlendirildiğinde dünya genelinde sağlık düzeyinin yükselmiş olduğu, sağlık eşitsizliklerinde azaltmak için girişimlerde bulunulduğunu fakat zamanla amaçlanan tersine eşitsizliklerin arttığını söylemek yanlış olmayacaktır. Toplum katılımı kavramı sağlık hizmetlerine finansman ve işgücü sağlama amacına çekilmiş, toplumda bilgilendirme ve danışma basamakları dışında bir katılım mekanizması oluşturulamamıştır. Sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kararlarda ve uygulamada toplumu içine alan bir yapı kurulmamıştır. Alma Ata'nın ilkelerinden bir diğeri olan uygun teknolojinin yerini ise zamanla sermayenin ele geçirdiği ileri teknoloji almıştır. İleri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazlar kapitalist ülkelerin elindeki üretilmekte olup kaynak dağılımı ve teknoloji tahsisi de "paran kadar" olmaktadır. Transfer edilen teknolojinin çoğu zaman gereksiz ve pahalı olmasının yanı sıra ileri teknolojik cihazların kullanımını sağlıkta hizmet talebini kısırlıdır. Sağlıkta metalaştırılması teknoloji yoluyla artmakta ve sağlık hizmetine olan bağımlılığı artırarak eşitsizliği derinleştiren bir hâl almaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise daha eşitlikçi bir yönde ilerleyememiştir. Sağlık alanı, neoliberal ideolojinin yansımaları olan reformlar ile hizmetlerin özelleştirildiği, tedavi edici hizmetlerin ve teknoloji kullanımının ön plana çıktığı kâr amaçlı bir alana dönmüştür. Savaş bütçelerinin azaltılması, sağlık için kullanılması önerisi de silahlanma yarışı nedeniyle gerçekleştirilmemiştir.

Çıkarıldığı dönemin konjonktürüne uygun olarak sağlık sorunlarına, yoksulluğa, temiz suya erişeme gibi problemlerin çözümü için bir uzlaşma metni olarak yayınlanan bildirge iyi niyetli bir girişim olarak kalmış, uzun dönemde tam olarak başarıya ulaşmamıştır.

### Dipnotlar

1. Hız oranı en yüksek ve en düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumların hızlarının oranlanması ile elde edilir.
2. Topluma atfedilen risk yüzdesi, en iyi grubun hızına sahip olunsaydı mortalite hızlarında gerçekleşecek düşüşün yüzdesini göstermektedir.
3. Gelişmiş su kaynağı, yapısı gereği veya aktif müdahale yoluyla dış kirlenmeden, özellikle dışkı maddesiyle kirlenmeden korunmuş olan bir su kaynağı türü olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, UNICEF - JMP).

### Kaynaklar

- Akalın, A.** (1993) *Sağlık Hizmetlerine Toplum Katılımı, Toplum ve Hekim, TTB Yayını 8 (54): 18-19.*
- Aksakoğlu G.** (2002) *Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 17 (2): 91-100.*
- Alma-Ata 1978 - Primary Health Care.** WHO, Geneva, 1978.
- Banerji, D.** (2003) *Reflections on the Twenty-Fifth Anniversary of the Alma-Ata Declaration, International Journal of Health Services, 33(4):813-8.*
- Bayraktar, U.** (2016) *Sürdürülebilir Kentler Yerel Müşretekler Siyaseti İçin E-Katılım. İstanbul: TESEV yayımları.*
- Belek, İ.** (1998) *Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir Ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu, Toplum Ve Hekim, 13(2): 96-104.*
- Belek İ.** (2016) *Sağlığın Politik Ekonomisi. İstanbul:Yazılama.*
- Fendall, R.** (1985) *Myths And Misconceptions in Primary Health Care: Lessons From Experience. Third World Planning Review 7(4):307-22.*
- George, A. S. et al.** (2015) *Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities." Plos ONE 10(10):1-25.*
- Hogan M. C. et al.** (2010) *Maternal Mortality For 181 Countries, 1980-2008: A Systematic Analysis Of Progress Towards Millennium Development Goal 5, The Lancet, 375 (9726): 1609-23.*
- Kiper, M.** (2013) *Dünyada Ve Türkiye'de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi Tıbbi Cihaz Sektörü Ve Strateji Önerisi-Kavramlar Dünyada Durum Ve Ülke Örnekleri Türkiye'de Durum, Analizler Ve Strateji Önerisi. Ankara: TTVV Erişim Tarihi Ekim 2019, <https://www.ttg.org.tr/content/docs/tibbi-cihaz-sektoru-ve-strateji-onerisi-3.pdf>.*
- KPMG.** (2018) *İlaç Sektörel Bakış. Erişim Tarihi Kasım 2019, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tr/pdf/2018/01/sektorel-bakis-2018-ilac.pdf>.*
- Magnussen, P. et al.** (2001) *Malaria Diagnosis and Treatment Administered by Teachers in Primary Schools in Tanzania. Tropical Medicine & International Health, 6(4): 273-75.*
- Mooney, G.** (2014) *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru. İstanbul: Yordam Kitap.*



- Mutemi, W. M. Et AL.**, (1999) *Changing Home Treatment of Childhood Fevers by Training Shop Keepers in Rural Kenya. Tropical Medicine & International Health*, 4(5): 383-87.
- Navarro V.** (2008) *Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata*, *Global Social Policy*, 8 (2): 152-155.
- Oakley, P.** (1991) *Projects with People: The Practice of Participation in Rural Development. International Labour Organization, Geneva .*
- Petrol İş** (2010) *Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü. Petrol-İş Araştırma. Erişim Tarihi Aralık 2019*, [https://www.petrol-is.org.tr/sites/default/files/ilacsektoru-subat\\_2010.pdf](https://www.petrol-is.org.tr/sites/default/files/ilacsektoru-subat_2010.pdf).
- PoI, M.** (1995) *Guatemala City'de Bir Toplum Katılımı Deneyimi, Toplum ve Hekim, TTB Yayını 9(64-65): 161-162.*
- Black, R. et al.** (2019) *Drivers Of The Reduction in Childhood Diarrhea Mortality 1980-2015 and Interventions to Eliminate Preventable Diarrhea Deaths by 2030. www.jogh.com, Web Appendix.*
- Rifkin, S. B.** (2009) *Lessons From Community Participation in Health Programmes: A Review of the Post Alma-Ata Experience. International Health 1(1):31-36.*
- State of the World's Vaccines and Immunization** (2002) WHO, UNICEF, The World Bank.
- Soyer, A.** (1991) *Yeni Dönem-Eski Tartışmalar: Alma-Ata Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü Üçüncü Dünyaya Alternatif Öner(ebil)iyor Mu?*, *Toplum ve Hekim, TTB Yayını 7(48): 55-62.*
- Tapia-Conyer, R. et al.** (2012) *Community Participation in the Prevention and Control of Dengue: The Patio Limpio Strategy in Mexico, Paediatrics and International Child Health, 32(Sup1):10-13.*
- Tatar, M.** (2004) *Community Participation in Health Care, Bulletin of the World Health Organization, 82(11):881.*
- The World Bank** (1980) *World Development Report, Erişim Tarihi Ocak 2020*, <http://documents.worldbank.org/curated/en/430051469672162445/pdf/108800REPLACEMENT0WDR01980.pdf>.
- Türk Tabipleri Birliği** (2003) *Aşı Pazarı Can Pazarı-Aşı Üretiminin Perde Arkası*, TTB Yayını Erişim Tarihi Ekim 2019, [http://www.ttb.org.tr/eweb/asi\\_brosur/giris.htm](http://www.ttb.org.tr/eweb/asi_brosur/giris.htm).
- UNICEF Data Web Sayfası** (2018) *Estimates of Child Cause of Death, Diarrhoea. Erişim Tarihi Ekim 2018*, <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division** (2019) *World Population Prospects 2019, Online Edition, Erişim Tarihi Ekim 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>.
- UN Inter-Agency Group For Child Mortality Estimation Web Sayfası** (2013) Erişim Tarihi Ekim 2019, <https://childmortality.org/>.
- Venediktov, D.** (1998) *Alma-Ata and After, World Health Forum 1998, 19(1): 79-86.*
- Whitehead, M.** (1992) *The Concepts and Principles of Equity and Health, International Journal of Health Services, 22(3): 429-45.*
- World Health Organization Model List of Essential Medicines** (21 St List 2019) Erişim Tarihi Ekim 2019, <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.
- World Health Organization** (2015) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division Erişim Tarihi Ekim 2019*, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- World Bank Data Catalog Web Sayfası** (2019) Erişim Tarihi Ekim 2019, <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>.
- World Bank Data Web Sayfası** (2019) Erişim Tarihi Ekim 2019, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.COMM.ZS>, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
- Xu, K. et al.** (2018) *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization, Erişim Tarihi Kasım 2019*, [https://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/](https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/).