



Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak: Kentsel Boyut ve Yerel Yönetimlerin Görevleri





Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak:

Kentsel Boyut ve Yerel Yönetimlerin Görevleri

Özet

Bu rapor sađlđın sosyal belirleyicileri ve inşa edilmiş çevre ile alakalı bulguları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi dâhilinde bulunan Yerel Yönetimlerin rolüne atıfta bulunarak özetlemektedir. Rapor, Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Küresel Komisyonu'nun bulgularına ve Avrupa'daki sađlđın sosyal belirleyicileri ve sağlık ayrışması ile ilgili incelemelere dayanmaktadır. Liderlik vasıflarına sahip olması dolayısıyla yerel yönetimler sektörler arası önemli bir göreve sahip olup, sivil toplumla da ortaklaşa olarak sađlđın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizliklerinin ele alınmasında topluma büyük destek sağlamakta ve eylemleri hızlandırmaktadır. Burada sunulan bulgular tamamlayıcı bir rapor niteliğinde olan Sağlıklı Şehirler Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri ile Mücadele Ediyor: Bir Eylem Çerçevesi başlıklı çalışmanın arka planını da oluşturmaktadır.

Mike Grady ve Peter Goldblatt (Sağlık Eşitliği Enstitüsü, University College London, Birleşik Krallık) tarafından düzenlenmiştir

Kitap Tasarım: Sven Lund
Kapak Tasarım: Christophe Lanoux, Paris, Fransa

Kapak fotoğrafları: Monkey Business Images/Dreamstime.com; Poznyakov/Dreamstime.com: Jon Furniss; michaeljung/Fotolia.com; Lupoalb68/Dreamstime.com; keribevan/Fotolia.com

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title **Addressing the social determinants of health: The urban dimension and the role of local government.**

© World Health Organization 2012

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Turkish Healthy Cities Association, 2013

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2012 yılında **Addressing the social determinants of health: The urban dimension and the role of local government** başlığı ile İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü, 2012

Tercümesi Sağlıklı Kentler Birliği tarafından yaptırılmıştır.

© Sağlıklı Kentler Birliği, 2013

Tercümenin doğruluğundan yalnızca tercümanı sorumludur.

Sağlıklı Kentler Birliği'nden izin alınmaksızın çoğaltma yapılamaz.

İçindekiler

Önsöz	V
1. Giriş	7
2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporu ve İngiltere’deki 2010 sonrası sağlık eşitsizlikleri üzerine yapılan stratejik incelemenin şehir ortamına nasıl uygulanabileceği	15
3. Yerel yönetim ve sağlığın sosyal belirleyicileri: Avrupa Bölgesi’ndeki politika ve uygulamalarına genel bakış	27
4. Sonuçlar ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı için siyasi çıkarımlar	45
Referanslar	49

Önsöz

Sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bilimsel bulgular karışık ve çok yönlüdür. Bu bulgular sağlık sektörünün içinde ve ötesindeki pek çok menfaat sahiplerini ve her düzeyden yönetimi ilgilendirmektedir. Bu rapor kentsel alanda sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmakta olup, gerek kişisel düzeyde gerekse toplum düzeyinde psikolojik sağlığın ve direncin arttırılmasında yerel yönetimlerin görevlerini araştırmaktadır. Rapor global düzeyde ve Avrupa Bölgesi düzeyinde yapılmış olan önemli çalışmaların bulgularına dayanmakta ve Avrupa'daki pek çok ülkedeki uygulamalara genel bir bakış sunmaktadır. Bu rapor öncelikli eylem alanlarını kapsamakta ve sağlıklı ve sürdürülebilir bir toplum yaratmada önem teşkil eden temel uygulama sorunlarını tespit etmektedir. Artan araştırmalar, yerel yönetimlerin ve sivil toplumun eşitsizlikleri aşmada giderek daha hassas ve aktif olduğunu göstermektedir. Bunun yanında, kentsel ve yerel perspektifler için özel olarak hazırlanmış yayınlara olan talep giderek artmaktadır. Bu önemli yayının böyle çalışmalara ilgi duyanlar için önemli farklar yaratacağına inanıyorum.

Mike Grady ve Peter Goldblatt'a DSÖ Avrupa Bölge Ofisi adına bu yayının düzenlenmesindeki katkılarından ötürü teşekkür ediyorum. Hugh Barton, Caroline Bird ve Marcus Grant (DSÖ Sağlıklı Kent Ortamları İşbirliği Merkezi, Batı İngiltere Üniversitesi, Bristol, Birleşik Krallık); Ruth Bell (Sağlık Eşitliği Enstitüsü, University College Londra, Birleşik Krallık); Jeni Bremner, Paul Giepmans ve Elisabeth Jelfs (Avrupa Sağlık İdaresi Birliği, Brüksel, Belçika); Liam Hughes (Yerel Yönetimler Birliği, Londra, Birleşik Krallık) ve Di McNeish'in de (DMSS Araştırma ve Danışmanlık, Whitchurch, Birleşik Krallık) aralarında bulunduğu değerli meslektaşlara katkılarından ötürü teşekkürü borç bilirim. Ayrıca taslağın hazırlanması sürecine geribildirimleriyle katkıda bulunan DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Avrupa Ulusal Sağlıklı Şehirler Ağı çalışanlarına da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Agis D. Tsouros

Politikalar ve Sektörler Arası Programlar ve Bölge Direktörünün Özel Projelerinden Sorumlu Başkan
DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

1. Giriş

1.1 Global ve Avrupa Birliği Bağlamı

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun 2008’de yayınladığı rapor (1), sağlık durumunun sosyal durum ile bağlantısına olan uluslararası ilgiyi arttırması açısından bir dönüm noktası niteliğindedir. Raporun sonuç kısmında da belirtildiği gibi (1): “Sağlığın belirleyicilerine ilişkin çalışmalara başlanmalıdır—toplumun yapısal şartlarından insanların içinde büyüdüğü, yaşadığı ve çalıştığı gündelik şartlara ilişkin hususlarda küresel düzeyden yerel yönetimlere ve yönetimler ötesi taraflara kadar sivil toplum ve özel sektör de dahil olmak üzere her katmanda çalışılmasına ihtiyaç vardır.” Sağlık ve sağlık eşitsizliğinin¹ ele alınmasının gerekliliği, Avrupa Birliği politikalarının oluşturulmasında da giderek daha önemli bir hale gelmiştir. Kısmen de olsa Lizbon Büyüme ve İstihdam Stratejisi’nde sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirmenin önemine verimliliğin arttırılması, istihdam ve eğitim gibi hususlarda açıkça olmasa da değinilmiştir. Fakat yakın zamanda sağlığın sosyal belirleyicileri ve bunların sağlık eşitsizliklerinin çözümüne olan etkisinin önemi Avrupa Birliği (AB) seviyesinde de Sağlık ve Tüketici İlişkileri Komisyon Üyesi John Dalli’nin göreve başlamasından önce Ocak 2010’da Avrupa Parlamentosu oturumlarında özellikle dile getirilmiştir (3). Özellikle son yıllarda AB seviyesindeki politikaların oluşturulmasında sağlık alanındaki eşitsizlikler üzerinde bilhassa durulmaktadır. Sağlık alanındaki eşitsizlik-

1 Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporunda (1), sağlık eşitsizlikleri, sistematik farklılıklar sebebiyle oluşan ve dolayısıyla anlamlı bir proje ile önleneme ihtimali bulunan ve bu sebeple de adil olmayan eşitsizlikler olarak tanımlanmıştır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımı olan (2) “bir ülkenin içinde veya ülkeler arasında, insan grupları arasındaki önlenemez farklılıklar” ile örtüşmektedir. Bu alandaki pek çok aktör sağlık eşitsizliği (veya eşitsizlikleri) terimini, sağlık alanındaki bu kaçınılmaz, önlenemez farklılıklar ve eşitsizlikler için kullanmaktadırlar. Bu aktörler eşitlik kelimesini negative anlamıyla değil, pozitif anlamıyla kullanmaktadırlar (sağlık eşitliği gibi)

lerin ortadan kaldırılması Avrupa Komisyonu sağlık stratejisi olan *Sağlık için Hep Birlikte: AB’de 2008-2013 Arası Stratejik Yaklaşım*’ın öncelikli hedefleri arasındadır (4). AB Komisyonu’nun sağlıkta dayanışma ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasıyla ilgili Ekim 2009’da (5) yayınladığı bildiri bu sebeple sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak için AB düzeyinde atılmış önemli bir adımdır.

Bu rapor, kentsel bağlamda sağlığın sosyal belirleyicilerinin ele alınmasındaki öncelikli meseleleri, bulgu tabanını ve gelecekteki muhtemel politika yönetimlerini, özellikle de yerel yönetimlerin rolüne atıfta bulunarak araştırmaktadır. Bölüm 2 sağlığın sosyal belirleyicileri ve inşa edilmiş çevre ile ilgili bulgulara yer vermekte; Bölüm 3 ise DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki çeşitli ülkelerin yerel yönetimlerinin bu husustaki çalışmalarından örnekler sunmaktadır. Bu çalışma, tüm yerel politikalarında 5. Faz’ın (2009-2013) hedeflerini gerçekleştirmeye kendini adanmış Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı üyeleri için *Sağlıklı Şehirler Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri ile Mücadele Ediyor: Bir Eylem Çerçevesi*’nin temelini oluşturmaktadır.

Bu rapor ve Eylem Çerçevesi (6), her sene DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Ulusal Ağları tarafından düzenlenen ve 2010’da Norveç’in Sandnes kentinde gerçekleştirilen 2010 Çalışma ve Teknik Konferansı’ndaki üç seminerde geniş kapsamlı bir danışmanlık sürecinin bir parçası olarak sunulmuştur.

Bu rapor ayrıca DSÖ Bölge Ofisi tarafından 2010 senesinde hazırlattırılan sağlığın sosyal belirleyicileri Avrupa araştırmasıyla da doğrudan bağlantılı olup, 2011 Haziran’ında danışma raporunu üretmiş ve 2012 yılında son raporunu ve tavsiyelerini üretme aşamasındadır.

1.2 Avrupa Bölgesi’ndeki Bağlam

DSÖ Avrupa Bölgesi’nde 53 üye devlet ve birbirinden farklı sosyal, ekonomik, politik ve kültürel şartlarda yaşayan 900 milyona yakın insan bulunmak-

tadır. Pek çok bölgesel ve ülke yapıları ile binlerce belediyeden oluşmaktadır. Her ne kadar Avrupa, DSÖ bölgeleri arasında İnsani Gelişim Endeksi bakımından en yüksek ortalamaya sahip de olsa, ülkelerin içinde ve ülkeler arasındaki nüfus gruplarında ciddi eşitsizlikler gözlenmektedir (7).

Avrupa Sağlık Raporu 2009 (7), ölüm oranları gibi sağlık göstergelerinin Avrupa genelinde artmakta olduğunu göstermekte, fakat sosyal olarak dezavantajlı olan alt bölgeler ve nüfus grupları arasında sağlık açısından büyük eşitsizlikler gözlenmektedir²

Küresel ekonominin gerilemesi sebebiyle Avrupa Bölgesi de büyük bir değişim ve belirsizlik döneminden geçmektedir. Ekonominin yakın zamanda büyümesinin beklenmediği bu dönemde borçlar, kamu finansmanın önemli ölçüde zorlayacak ve gelecek yıllarda da yerel yönetimlerin bütçelerini olumsuz etkilemeye devam edecektir. Bu durum sonucu olan işsizlik ve kamu harcamalarındaki kesintiler Avrupa Bölgesi'ndeki milyonlarca kişinin yaşam şartlarını etkileyecek ve dezavantajlı konumda bulunan insanların hayatına büyük darbe vuracaktır. Gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, ekonomik gerileme bu zamana kadar kaydedilmiş gelişmeleri de yok edecek, bu da sağlık alanındaki eşitsizliklerin artmasına sebep olacaktır. Dolayısıyla yerel yönetimlere düşen görev, özellikle şehirlerde ve kentsel alanlarda, çok önemli bir hal almaktadır; yerel yönetimlerin bulundukları bölgenin sağlığını, refahını ve dirençliliğini arttırmadaki rolü oldukça fazladır.

1.3 DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve Ulusal Ağlar

DSÖ 1987 yılında Sağlıklı Kentler girişimini başlatarak Herkes için Sağlık stratejisinin yerel yönetimler-

ce benimsenmesini amaçlamıştır. Sağlıklı Şehirler projesi başından beri sağlığın kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel çok sayıda faktörden etkilendiğinin farkındadır. Bu proje bugün yerel düzeyde küresel bir halk sağlığı hareketine dönüşmüş olup DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yaklaşık 100 kent DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'nın üyesidir ve ayrıca 30 ülkedeki 1500'den fazla şehir ulusal ağların üyesi konumundadır.

Sağlıklı Şehirler projesi yirmi senedir yeni kentsel sağlık problemlerine cevap olarak gelişmektedir ve projenin özünde birbiriyle tutarlı özellikler, öğeler ve amaçlar bulunmaktadır. Sağlıklı Kentler, vatandaşlarının sağlık seviyelerini arttırmak için siyasi bir taahhütte bulunurlar; önemli sağlık sorunlarını ve bu sorunları etkileyen ekonomik, fiziksel ve sosyal faktörleri kabul ederler. DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na katılan şehirler sağlık sorunlarının temelinde yatan sosyal belirleyicileri çözmek için yerel düzeyde uygulanacak stratejileri araştırırlar. Yerel yönetimler halk sağlığında lider rolünü üstlenerek daha sağlıklı yaşamın ve katılımcı yönetimin ön koşullarının gerçekleşmesini sağlar, sağlığı ve sağlık eşitliğini arttırmak için sektörler arası eyleme kendilerini adarlar.

5. Faz'ın (2009-2013) en önemli teması sağlık ve tüm yerel politikalarda sağlık alanında eşitliktir. Tüm politikalarda sağlık demek, toplum sağlığının yalnızca sağlık sektörü programlarının değil, sağlık sektörü dışındaki politika ve eylemlerin de bir ürünü olduğunu söylemektir. Tüm politikalarda sağlık, ulaşım, iskân, kentsel gelişim, çevre, eğitim, tarım, finans, vergi ve ekonomik gelişimi kapsar. Yerel politikalarda sağlık ve sağlık eşitliğinin uygulanmasında 5. Faz, önceki şehir gelişimi planlarından ve küresel Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun tavsiye ve sonuçlarından yararlanır.

² Avrupa Sağlık Raporu'nda (7) belirtilen örnekler arasında çok sayıda ilaca dayanıklı tüberkülozun yayılması, endüstri merkezi niteliğindeki kentlerde hava kirliliğine bağlı hastalıklar ve evlerde katı yakıt tüketimi bulunmaktadır.

1.4 Sağlıkla sosyal belirleyicileriyle mücadelede yerel yönetimlerin rolü

Bu gelişmeler dâhilinde, yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeledeki görevinin giderek arttığı anlaşılmaktadır. Özellikle AB seviyesinde, yerel yönetimin, iyi uygulamaların paylaşılması ve ilerlemenin ölçülmesine büyük katkıda bulunabileceği fark edilmiştir (4). Diğer uluslararası aktörler de (DSÖ ve Sağlıkla Sosyal Belirleyicileri Komisyonu) yerel yönetim tarafından gerçekleştirilen eylemlerin ve sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede yerel yönetim ile ulusal hükümet arasındaki etkileşimin önemine dikkat çekmektedirler.

Bu farkındalığın iki temel sebebi vardır.

Birincisi, sosyal sağlık modeli giderek daha dikkat çeker hale gelmiştir, iyi sağlık sonuçları, pozitif sosyoekonomik ve çevresel unsurların bir sonucu olup, sosyal ortam sağlığın büyük ölçüde belirleyicisidir (9). İyileştirici, medikal sağlık modeline karşın (ki bu modelin belirleyicileri -yerel yönetim tarafından kontrol edilsin veya edilmesin- sağlık sektörünün kapsamına girmektedir) genel olarak yerel yönetimler sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin eğitim, ulaşım, iskan, şehir planlama gibi hizmetlerin planlanmasında ve verilmesinde birincil olarak sorumludur. Literatürde de yerel yönetimlerin, çeşitli yerel aktörleri aynı masa etrafında toplamada sağlık sektörünün tek başına başarabileceğinden çok daha başarılı olduğu dikkat çekmektedir (10). Eylem çerçevesi (6), yerel otoriteler ve ortakları arasında nasıl bir işbirliği kurulabileceğine dair ana hatları göstermektedir (eylem çerçevesi: bölüm 4.3, 5.2, 5.4, 5.7.4, 5.8.2 ve 6.1)

İkinci olarak, bazı yorumcuların da belirttiği üzere, adem-i merkezîyetçi yapısı itibarıyla yerel yönetimin yerel otonomiye arttırıp, merkez etkisini azaltarak değişimi tetikleme potansiyeli daha fazladır. Litvack ve diğerlerinin de (11) gösterdiği üzere, merkezin etkisini azaltıp yerel otonomiye geliştirmek daha esnek ve etkili politikaların oluşturulmasına

olanak tanır; çünkü yerel otoriteler, yerel ihtiyaçlara daha iyi cevap verebilmelerini sağlayan bilgi birikimine sahip olup, yerel sorunlara karşı daha duyarlı davranabilirler. De Vires'e göre (12) daha merkezi sistemler, karar verme sürecindeki yükü arttırır ve karar vericiler yerel problemlerin karmaşık yapısını göz ardı ederek karar verme eğiliminde kalır.

Yerel otoriteler sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili kararların alınmasında ve uygulanmasında önemli rol oynarlar ve Avrupa Bölgesi'nde sağlıktaki eşitsizliğin giderilmesindeki temel aktörler olma potansiyelleri vardır. Buna rağmen yerel yönetimler, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ve sağlık eşitsizliğiyle mücadelede birtakım güçlüklerle de karşılaşabilirler.

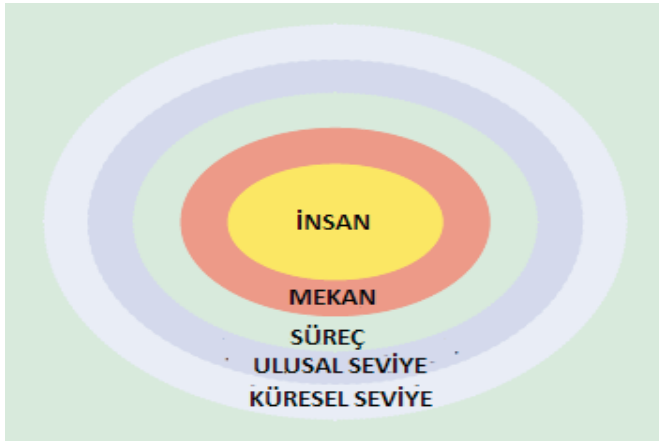
- Yerel yönetimler konuları itibarıyla yerel ihtiyaçlara cevap vermeye daha uygun olsalar da, hareket etme becerilerini şekillendiren şartları oluşturan daha geniş bir yasama çevresinde konumlanmışlardır.
- Lokalizasyon, adem-i merkezîyetçilik veya temsili güçler yönetimin çeşitli düzeyleri arasında (dikey) gerilimler veya farklı yerel yönetim kuruluşları arasında (yatay) gerilimler yaratabilir. Genel ulusal hedeflerin belirlenmesinde, yerel projeler ve ulusaltı müdahalelerin hedeflerinin farklı olması, tutarlılığa ve sinerjiye zarar verebilir.
- Direkt olarak yerel yönetimlerin sağlık kazanımını maksimize edecek kaynak ve kapasiteye sahip olduğunu, sorumluluklarında bulunan sosyal belirleyicilere ilişkin politikaları hayata geçireceklerini varsaymak da her zaman doğru olmayabilir (10, 12).

Bölüm 3 bu konuları ele almaktadır, yerel yönetimlerin çalışmalarından örnekler ve konuya ilişkin önemli mercilerle yapılmış röportajlar da yine bu bölümde bulunmaktadır.

1.5 Sağlığın hangi sosyal belirleyicileri kentsel çevreyle ilişkilidir?

Sağlıklı Şehirler Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri ile Mücadele Ediyor: Bir Eylem Çerçevesi (6), insan, süreç ve mekan dikkate alınarak sağlığın ve sağlıkta eşitliğin sosyal belirleyicilerinin ele alınmasında yerel şehir otoritelerinin önemini göstermektedir (Şekil 1). Buna göre şehirlerdeki otoriteler, belirli mekanlarda, kent sakinlerinin, göçmenlerin ve ziyaretçilerin refahı ve sağlığından sorumludur. Ayrıca şehir otoritelerinin sorumlulukları birbirinden farklı olabilmekte ve otoriteler, bu alanlardaki süreçlerin (idari, düzenleme, planlama, ticari ve sosyal süreçler gibi) pek çoğunu etkileme potansiyeline sahiptirler.

Şekil 1. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin mekan, süreç ve insanlar bakımından ele alınması



Kaynak: *Sağlıklı Şehirler Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri ile Mücadele Ediyor: Bir Eylem Çerçevesi*

İnşa edilmiş ve doğal çevre sağlığın önemli belirleyicilerindendir. Bu durum özellikle fakirlik, işsizlik, alt sınıflarda yer almak, cinsiyet, cinsel yönelim, etnik köken ve engellilik sebebiyle dezavantajlı konumda bulunan gruplar için özellikle geçerlidir. Bu grupların ellerinde çok az seçim şansı bulunmakta ve sağlık açısından eksik bölgelerde yaşadıkları için bu sağlıksız çalışma ve yaşama ortamlarından uzak-

laşma imkanları pek bulunmamaktadır. Bulgular (1) daha az tercih edilen bu çevrelerde yaşayan insanlarda sosyal bir değişime işaret etmekte olup, bu bölgelere daha fazla konut yapımı yatırımı yapılması gerektiğini göstermektedir. 2000'lerin başlarında yapılan çalışmalar (13) bu dezavantaj ve yetersiz çevresel özellikleri bünyesinde barındıran bölgesel alanları anlatmak için 'çevresel adalet' tanımını kullanmıştır. Bazı incelemelerde (14), düşük gelirli insanların düşük nitelikli sosyal çevrelerde yaşadıkları gözlenmiştir; bu durum gürültü ve hava kirliliğinin oluşturduğu sağlık sorunlarına sebebiyet vermektedir. Sağlık riski katmanları da örtüşebilir. Çocuklar ve yaşlılar sadece biyolojik olarak zayıf olduklarından değil, aynı zamanda çok sayıda düşük gelirli çocuk ve yaşlı bulunduğu risk altındadırlar.

Bununla birlikte mekânsal farklılıklar sağlık sonuçlarındaki ayrışmalarla yakından ilişkilidir. Bu duruma yol açan temel mekânsal mekanizmalar arasında ulaşım, hava kirliliği, yol güvenliği, mahalle ve olanaklar, iskân ve şehir planlaması, yeşil alan, suç ve suç korkusu ve kentsel çevre ile iklim gibi öğeler bulunur.

1.5.1 Ulaşım

Düşük gelirli ailelerin diğerlerine kıyasla hareketliliği daha azdır; bu sebeple ulaşım ile alakalı olarak hava ve gürültü kirliliği, trafik gibi olumsuz çevresel koşullara düşük gelirli aileler daha fazla maruz kalmaktadır. Daha yoksun olan insanlar, bu zararlı sağlıksal etmenlere karşı, diğer sağlık belirleyicileriyle de alakalı olarak daha fazla duyarlıdırlar, bu durumdan daha fazla etkilenirler. Ulaşım araçlarına erişimin artması ile sosyal izolasyon korkusunun azalması ve zihinsel sağlık arasında, araştırmalara göre pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (15).

1.5.2 Hava Kirliliği

Hava kirliliği solunum rahatsızlıkları ve diğer hastalık risklerini arttırması dolayısıyla özellikle dezavantajlı insanları daha fazla etkilemektedir. Artan hava

kirliliği Norveç de dahil olmak üzere pek çok ülkede sosyal hizmetlerden yoksun mahallelerin oluşmasına bağlanmaktadır (16). Diğer çalışmalar da düşük sosyoekonomik statüye sahip sınıfların yüksek kirliliğe daha fazla maruz kaldığını ve hava kirliliğine bağlı hastalıkların düşük sosyoekonomik statüye sahip kişiler arasında daha yaygın olduğunu göstermiştir; bu da dezavantajlı sınıfların hava kirliliğinden etkilenmeye daha müsait olduğunu kanıtlar (17).

1.5.3 Yol Güvenliği

Küresel olarak bakıldığında, yol kazaları, alınan tüm önleyici stratejik önlemlere rağmen, kasıtsız yaralanmaların en büyük sebebidir (8). Yol kazalarında ölüm ve yaralanma oranları sosyoekonomik statüye bağlı olarak değişmektedir. *İngiltere’de yapılan bir çalışmaya göre (18)*, %10 en dezavantajlı bölgelerde yaşayan çocuklara araba çarpma riski %10 en avantajlı bölgelerde yaşayanlara oranla 4 kat fazladır. Özellikle 0-19 yaş arası çocuklar ve 60 yaşını aşkın yaşlıların yol kazalarında yaralanma riski daha fazladır.

1.5.4 Mahalle ve Olanaklar

Şehirdeki alanların kullanılmasındaki pratikler fiziksel aktivite seviyeleri üzerinde direk olarak etkilidir; örneğin düşük gelirli insanlar fiziksel aktivitelerinin çoğunu günlük yaşam aktiviteleri olarak yapmakta ve dinlenmeye çok zaman ayıramamaktadır (19). Mağazalar, okullar, sağlık merkezleri ve enformel dinlenme yerleri gibi yerel olanaklara erişim, sağlık ve refah açısından, bu merkezlerle ulaşım sırasında yapılan fiziksel aktivite açısından veya bu merkezlerdeki sosyal etkileşim açısından oldukça önemlidir. Bu durum özellikle fiziksel aktivite olarak yürümeyi tercih eden kişiler için önem arz etmektedir. Fakat dezavantajlı bölgeler, kentsel ortamın bozucu etkilerini yıpranma, vandalizm, grafiti ve çöp olarak yaşamakta; bu durum da vatandaşta parkta ve oyun alanlarında güvensizlik hissi yaratmaktadır. Bu vaziyette olan bir bölgedeki insanlar, bu olanaklardan daha az yararlanmakta,

çocuklar ise nadiren dışarı oynamaya çıkmaktadır. Bunu takiben fiziksel aktivite seviyeleri düşmekte ve obezite gibi sağlık problemleri boy göstermektedir. 12 Avrupa ülkesinde yapılan ikinci bir çalışmaya göre (20), yüksek miktarda çöp ve grafitinin bulunduğu yerlerde yaşayan insanlar, düşük miktarda çöp ve grafitinin bulunduğu yerlerde yaşayanlara kıyasla %50 oranla daha az fiziksel aktivite yapmakta olup bu dezavantajlı bölgelerde yaşayanlar %50 daha fazla ihtimalle obeziteye yakalanmaktadır (20).

1.5.5 İskan ve Kentsel Planlama

Düşük gelirli aileler genelde, ısıtması daha zor ve pahalı olan evlerde oturmak zorunda kalırlar, bu da şehirlerin mekânsal olarak ayrışmasına sebep olur. Aralık ve Mart aylarındaki ölümlerin fazla olması soğuk hava koşullarına bağlı olup bu durumdan en fazla çocuklar, yaşlı kimseler ve temelli rahatsızlığı olan vatandaşlar zarar görürler. Yükselen ısınma giderleri de yalıtımdan yoksun bu evlerde yaşayan insanların sağlık sorunlarını tetiklemektedir. Çevresel gürültü sorunları ayrıca uyku sorunlarına, kalp rahatsızlıklarına, ruh sağlığının bozulmasına yol açmakta; bu durum özellikle düşük gelirli insanların tercih ettiği yüksek yoğunluklu yerleşim merkezlerinde büyük sorunlara yol açmaktadır.

1.5.6 Yeşil Alanlar

Eldeki bulgular (12), yeşil alanların gerek fiziksel gerekse zihinsel sağlık ve refah için çok sayıda faydası olduğunu göstermektedir. Bu faydalar arasında genel sağlık sorunlarının, tansiyonun, kolesterol ve stres seviyelerinin azalması, genel sağlık seviyesinin ve dayanıklılığın artması gibi örnekler bulunur.

Bulgular (21), *ölüm oranlarının yeşil bölgelerde yaşayan gruplarda daha düşük olduğunu göstermektedir.* Fakat yeşil alanlara bütün nüfus gruplarının erişim oranları eşit değildir, düşük gelirli muhitlerin yeşil alanlara erişimi oldukça kısıtlı olup, bu alanlar genelde tahrip edilmekte ve güvenli olmamaktadır. Fiziksel aktivitedeki artış ve ruh sağ-

lığının gelişmesi ancak yeşil alanlar en iyi kalitede, ulaşılabilir ve güvenli olduğunda mümkündür.

Birkaç araştırmaya göre (14), yeşil alanlara ve doğaya erişim; muhtemelen stresi düşürdüğü, kişiyi günlük hayatın sıkıntılarından uzaklaştırıp kafasını dağıtmasına yardımcı olduğu için zihinsel sağlığı olumlu etkilemektedir. Bunun yanı sıra yeşil alanlar, sosyal etkileşimi de arttırmaktadır. Fakat yeşil alanlara kısıtlı erişim daha zayıf bir ruh sağlığına sebep olur. Yine bu araştırmalarda ağaç manzarası veya açık alan manzarasına sahip evlerde oturan şehir sakinlerinin stresle baş etmede, bu imkâna sahip olmayan şehir sakinlerine kıyasla daha başarılı olduğu gözlenmiştir. Özellikle bu imkân yaşlı insanlar için son derece faydalıdır. Düşük gelirli insanlar içinse, yeşil alanlara erişimin olması, fiziksel sağlık üzerinde özellikle pozitif etki yapmaktadır (22).

Kentsel tasarımlara güvenli ve ulaşılabilir yeşil alanları dahil etmek fiziksel aktiviteyi, zihinsel sağlığı, direnci, suç riskini olumlu etkileyecektir (23).

1.5.7 Suç ve Suç Korkusu

Kentsel yaşam biçiminin en önemli sosyal etkilerinden birisi, kent sakinlerinin hissettiği şiddet ve suç korkusudur (24). Bu durumun zihinsel sağlığı olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu durumdan en fazla etkilenenler başta düşük gelirli ailelerdeki kadınlar olmak üzere, genel olarak anneler ve zihinsel sağlık sorunları bulunan insanlardır (14). Güvenlik hissi, sokak suçlarının oranlarından, trafik kazalarından, sokakların estetik yapısından, grafiti, çöp ve onarımı yapılmayan yerlerin bulunmasından doğrudan etkilenir (23). Onarımı yapılmayan yerlerin bulunduğu bölgeler ise genel olarak düşük gelirli ailelerin yaşadıkları yerlerdir (14).

Araştırmalara göre (15), suç ve suç korkusuyla yaşamak insanlarda zaman-mekan dengesizliğine sebep olabilir. Bu durum da, sosyal izolasyon, negatif ruh hali ve kendine güvenin azalması gibi zihinsel problemlere sebep olur.

Zaman-mekan dengesizliği, mahalle sakinlerinin yakın ve geniş çevrelerinde, gün içinde veya gece saatlerinde kendilerine sunulan mekanları kullanmadaki değişimleri tasvir etmek için kullanılan bir terimdir. Bu riske zihinsel olarak güçlü erkeklerde ve orta gelirli kadınlarda daha az rastlanır. Zaman-mekan dengesizliği, kişilerin zamansal ve mekânsal hareketliliğini arttıran müdahalelerle azaltılabilir, örneğin geniş kapsamlı yerel toplu taşıma sistemleri veya yönetim tarafından dezavantajlı konumda bulunan kişilere sunulan ücretsiz ulaşım kartları gibi sistemler ile.

1.5.8 Kentsel Çevre ve İklim

Avrupa Bölgesi'ndeki sağlıklı ve sürdürülebilir şehirlerin iklim değişikliğinin etkilerini azaltmak için ortak bir gündemleri mevcuttur, fakat iklim değişikliğinin etkileri bölgeden bölgeye farklılık gösterebilir. İklim değişikliği özellikle iki şekilde kentsel çevreyi ve dezavantajlı konumda bulunan insanların karşılaştıkları potansiyel sağlık eşitsizliği riskini etkileyebilir: artan sıcaklıklar ve sel.

Sıcaklığa maruz kalmak, kentsel çevre ortamında hastalıklara ve ölümlere sebep olabilir. Düşük sosyo-ekonomik statüye sahip insanlar genel olarak daha sıcak yerlerde yaşadıklarından aşırı sıcaklara ve kuraklığa daha fazla maruz kalırlar. Yüksek konut yoğunluğu, bitki örtüsü ve açık alanların az olması ile yüksek sıcaklıklar arasında güçlü bir pozitif korelasyon mevcuttur. Sıcaklık ortalamalarının artmasıyla birlikte bu riskin de artması beklenmektedir.

Yükselen deniz veya nehir suyu seviyeleri de sağlık için önemli bir risk unsuru oluşturmaktadır. Selin yol açtığı sağlık sorunları arasında boğulmalar, yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar, stres, önemli kentsel yapıların tahrip olması ve hizmetlerin aksamasına bağlı sağlık sorunları bulunur. Sağlıkta eşitsizlikler söz konusu olduğunda seller, nehir veya deniz suyunun taşması halihazırda risk altında bulunan çocuklar, yaşlılar, engelli insanlar, etnik azınlık grupları ve düşük gelirli insanlar için son derece yıkıcı sonuçlar

doğurabilir. Buna ek olarak, düşük gelirli insanların, sel ve taşma riski fazla olan yerlerde yoğunluklu olarak yaşadığını da belirtmek gerekir.

1.6 Stratejik Noktalar

Bütün bu etmenler dezavantajlı konumda bulunan insanları, avantajlı konumdakilerden daha fazla etkilemekte, sağlığın sosyal belirleyicilerinin etkisini katlayarak arttırmaktadır. Arazi kullanımı, ulaşım ve gelişim politikaları da bu geniş kapsam göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir. Kentsel yapıyı etkileyecek stratejik kararlar arasında olanaklara yakınlık, iş imkanlarına erişim, yeşil alanlara erişim ve uygulanabilir sağlıklı ulaşım sistemleriyle ilgili kararlar bulunur; çünkü bu esaslar, insanların işini, nerede yaşadıklarını, zihinsel ve fiziksel sağlıklarını doğrudan etkilemektedir. Bulgular sağlığın sosyal bir eğiminin olduğunu göstermektedir. Yani daha fazla kaynağa, hizmete ve yaşam şansına erişim imkanı bulunan insanlar, bunlardan yoksun olan insanlara kıyasla daha sağlıklı bir yaşam sürdürmektedirler.

Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine stratejik olarak odaklanılmalı ve insanların doğup büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı her ortam ve yaş dilimindeki hayat şartlarını iyileştirmek gereklidir. Bu, erken çocuk gelişimini, eğitimi, çalışma şartlarını, kaynaklara erişimi, geliri, insanları ve mekanları, ulaşım ve iklim değişikliğini, sürdürülebilirliği, bireyin ve toplumun birlikte güçlendirilmesini içerir. Böylece toplumsal bütünlük, kaynaşma ve eşitlik sağlanabilir. Bu süreçler insan ve mekan kavramlarını birleştirir. Eylem çerçevesi dokümanı (6) da, yerel otoritelerin organize ettiği ortaklıkların geliştirilmesinde ve hakla olan ilişkilerde varlık tabanlı yaklaşımların altını çizmekte, sağlık eşitliğinin sağlanmasında güncel bilgileri içeren dokümanların önemine dikkat çekmektedir (eylem çerçevesi bölüm 4.1.1, 4.1.2, 5.1, 5.2, 5.3.3 ve 5.8.2)

Sağlık ve sağlıkta eşitlik, stratejik planlar ve detaylı toplum kararları çerçevesinde değerlendirilip, toplumdaki eşitsizlikleri ortadan kaldıran, yenisini

yaratmayan var olan eşitsizliklerin de artmasına sebep olmayan kararlar verilmelidir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, stratejik etkileri, sağlık etkileri, eşitlik üzerindeki etkileri bakımından değerlendirilmelidir. Eylem çerçevesi (6), eldeki verileri etkili bir şekilde kullanıp, bu verileri sağlık etkileri değerlendirmesinin bir parçası haline getirmek ve sonuçları takip etmek için yapılması gereken temel çalışmaları göstermektedir (eylem çerçevesi planı bölüm 4.1, 5.1, 5.3.1, 5.3.3, 5.5, 5.7.4, 5.8.6 ve 6.2)

Aşağıdaki Kutu 1 ve Kutu 2 iyi uygulama örneklerini göstermektedir.

Kutu 1 Mekânları değiştirerek eğilimleri tersine çevirmek

Almanya'daki Freiburg kenti geçtiğimiz 30 sene boyunca, yürüyüş, bisiklet kullanma ve toplu taşıma araçlarının kullanımına dayalı kararlı, ilerici ve kapsamlı bir arazi kullanımı ve ulaşım stratejisi izlemektedir. Her düzeyden gelire sahip insanlar giderek araç kullanımını terk etmiş, böylece araç kullanımının en aza indirildiği, herkesin şehir içinde özgürce dolaşip iş ve evine rahatlıkla gidip geldiği bir ortam yaratılmıştır. Bu da insanlara işlere erişimde eşitlik ve daha sağlıklı çevrelerde oturma imkânı sağlamıştır. Yeni Vauban mahallesindeki kentsel gelişim planı sayesinde de arabaların olmadığı, çocukların rahatlıkla sokaklarda oynayabildiği bir bölge yaratılmıştır.

Kutu 2 Slovenya'daki Her Alanda Sağlık politikası

Okullarda gerçekleştirilen yemek programı, her alanda sağlık kavramının güzel bir uygulamasıdır. Bu durum özellikle Slovenya'daki yüksek istihdam seviyeleri için oldukça önemlidir. Okul yemekleri programı, 2005-2010 yılları arasında uygulamaya konulan Ulusal Yemek ve Beslenme Programı ile birlikte geliştirilmiştir. Bu sistemde ilkokul öğrencilerine günde dört öğüne kadar yemek verilir. Ortaokullarda ise genelde iki öğüne kadar sunulan yemek imkanı bazı istisnai durumlarda daha fazla sayıda da sunulabilir. Slovenya'da bu sistem sayesinde tüm ilkokulların ve ortaokulların dörtte birinin kendi mutfakları bulunmaktadır. Yemekler, yalnızca çocukların fizyolojik gelişimleri için duydukları ihtiyaçlar değil, aynı zamanda çocukların eğitimine yardımcı olacak sağlıklı hazırlama yöntemleri ve yönergelere uygun olarak hazırlanır. Okul yemekleri programının en önemli unsurlarından biri, öğrenciler arasındaki sosyal farklılıkları azaltması, iyileştirmesidir. Hem ilkokuldaki hem de ortaokuldaki çocuklar, sübvansiyonlu olan bu yemeklerden yararlanabilirler. Sosyoekonomik durumları nedeniyle, öğrencilerden üçte birine yakın bir bölümü bu yemekleri ücretsiz olarak almaktadır.

Kaynak: Buzeti ve diğerleri (25)

2.Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporu ve İngiltere’deki 2010 sonrası sağlık eşitsizlikleri üzerine yapılan stratejik incelemenin şehir ortamına nasıl uygulanabileceği

2.1 Giriş

Bu bölüm DSÖ Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun önerilerini (1), ve bu önerilerin yüksek ve orta gelirli ülkelerde nasıl uygulamaya konulabileceğini özetlemektedir. Ayrıca *Adil Toplum, Sağlıklı Yaşamlar: İngiltere’de 2010 Sonrası Sağlıkta Eşitsizliklerin Stratejik İncelenmesi’ndeki* (26) tespit ve tavsiyeleri özetlemekte, nasıl sağlıklı ve sürdürülebilir mekânlar ve toplum yaratılabileceği üzerinde durmaktadır. Özellikle aktif ulaşım, kaliteli yaşam alanları, sosyal kapital, alan düzenlemesi, sürdürülebilirlik ve inşa edilmiş çevre üzerine vurgu yapılmakta, ulaşım iskan ve çevre politikalarının planlanmasında entegrasyonunun sağlanıp sağlığın sosyal belirleyicilerinin nasıl ele alınması gerektiği tartışılmaktadır.

Eylem çerçevesi (6), nasıl işbirliğine dayalı çalışmaların gerçekleştirilebileceği, siyasi iktidar sahiplerinin ve konuya müdahil tarafların nasıl bir arada ve kapsamlı stratejiler geliştirebileceği hakkında önemli bir rehber niteliğindedir (eylem çerçevesi bölüm: 4.1, 4.3, 5.3.1,5.3.3, 5.4, 5.7.4, 5.8.3, 6.1 ve 6.2)

2.2 Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu

DSÖ’nün önderliğindeki Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun vizyonu “insanların değer verdikleri hayatları yaşama özgürlüğü bulunan bir dünya” yaratmaktır (1). Amacı, sağlığın sosyal belirleyicilerini ve sağlık eşitliği kavramlarını içinde barındıran küresel bir hareket yaratmak, sağlık açısından gruplar arasındaki sistematik farklılıkları ortadan kaldırmak, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim, yaşam alanları, cinsiyet, ırk ve etnik köken gibi eşitsizliklere yol açan kavramlarla mücadele etmektir.

Toplumdaki sağlık alanındaki eşitsizlikler, sosyal anlamda avantajlı olanlar ve olmayanlar diye iki gruba ayrılıp ele alınamaz; aksine bu eşitsizlikler en avantajlı konumda olandan en dezavantajlı konumda olana inene kadar giderek kötüleştiği şeklinde ele alınmalıdır. Yani iki tane değil, pek çok sosyal tabaka mevcuttur sağlık eşitsizliğinde. Gelir oranlarındaki her bir azalma ile yaşam beklentisi de düşmektedir. Sağlık sosyal tabakalarla olan ilişkisi üzerine yapılan araştırmalara göre (1), sosyoekonomik durumu daha iyi olanların daha mutlu ve daha çok seçim şansı dolu hayatlar sürdürebildiği ve daha sağlıklı oldukları saptanmıştır. Bu kişilerin sağlıkları da bulundukları sosyoekonomik tabakayla doğru orantılıdır. Bu durumun bir sonucu olarak, sosyal tabakanın en tepesinde bulunanlar hariç hemen herkesin kaybeden konumunda olduğunu söyleyebiliriz.

Mevzu bahis bu tabakalar arasındaki eğitim farkı da önem arz etmektedir; yani ekonomik eşitsizliğin daha az olduğu ülkelerde sağlık problemleri ve sosyal problemler daha az gözlenmektedir. Ekonomik eşitsizliğin fazla olduğu yerlerde ise dezavantajlı konumda olanların daha çok etkilenmesinin yanı sıra, bu durumun genel yükü ve sosyal maliyeti eşitsizliğin az olduğu toplumlara kıyasla daha fazladır (27).

Komisyon, sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını, insanların günlük hayatlarını içinde yaşadıkları koşullar, ülkeler arasındaki veya bir ülkenin içindeki güç ve kaynak dağılımı ile diğer koşulları da etkileyen yapısal faktörler olarak tanımlayıp, kavramlaştırmıştır. Ayrıca Komisyon, dünyanın her yerinden, sağlığın sosyal belirleyicileri ve bunları etkileyen programlar ve politikalar ile ilgili veri toplamış, bu verileri birleştirip analiz etmiştir. Bu bulgulardan yola çıkarak Komisyon, toplum sağlığını iyileştirmek, sağlık şartlarının eşit dağılımını sağlamak,

sağlık alanındaki dezavantajlı konumda bulunan insanların konumunu iyileştirmek için ülkelere, küresel, ulusal ve uluslararası kurumlara tavsiyelerde bulunmuştur (28). Özetle Komisyon, sağlık alanındaki toplumsal eşitsizliklerin sosyal eşitsizliklerden kaynaklandığı sonucuna varmıştır. Dolayısıyla sağlık alanındaki eşitsizlikleri düşürmek ve toplumun genel olarak sağlığını arttırmak için bu dezavantajları yaratan ve sosyal dışlanmaya sebep olan süreçlerin ele alınması, daha adil bir toplumsal yapı yaratılması gereklidir.

Komisyon sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele etmek için üç eylem alanı önermiştir:

- Günlük hayat koşullarının, yani insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamların iyileştirilmesi.
- Bu günlük hayat koşullarının belirleyici yapılarını oluşturan güç, para ve kaynak dağılımındaki eşitsizlikler ile küresel, ulusal ve yerel olarak mücadele edilmesi.
- Problemin tespit edilip ölçülmesi, yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, konuyla ilgili bilgi birikiminin genişletilmesi, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda eğitilmiş işgücü yaratılması, toplumda sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda farkındalığın artırılması.

Bu çerçeve içinde Komisyon şu alanlarda tavsiyelerde bulunmuştur: erken çocuk gelişimi ve eğitim, inşa edilmiş çevre, sürdürülebilir gelişim, istihdam ve çalışma şartları, sosyal koruma, sağlık ve bakım sistemleri, tüm politika alanlarında sağlık eşitliği, adil finansman, cinsiyet eşitliği, siyasi güçlenme ve sesini duyurabilme, küresel yönetim ve denetleme, eğitim ve araştırma.

Bu faktörlerin çoğu sağlık sektörünün dışına düşmekte olup her biri de ayrı ayrı önemlidir kentsel ortamlar için. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele etmek için sağlık sektörünün diğer sektörlerle işbirliği yapması, hükümet içinde yerel ve ulusal se-

viyede olsun, toplum seviyesinde olsun her seviyede birlikte çalışması gerekmektedir.

2.2.1 Sorunun Ölçülmesi

Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çalışabilmek için gerekli olan veriler sosyoekonomik gruplara, cinsiyet, ırk, yaşanan coğrafi konum ve sağlığın diğer sosyal belirleyicileri ile ilgili verilerdir. Eşitsizliklere sebep olan sağlığın sosyal belirleyicilerini sürekli gözlemlemek ve ölçmek için gerekli sistemi kurmak amacıyla sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltacak ulusal ve yerel stratejiler oluşturabilmek önemlidir. Eylem çerçevesi (6) sağlık alanındaki eşitsizlikleri incelemek üzere sağlam stratejiler geliştirmek için eldeki verilerin nasıl etkili kullanılması gerektiğini tartışmaktadır (eylem çerçevesi bölüm 4.1.1, 5.1, 5.2, 5.3.1, 5.5, 5.8.6 ve 6.3)

2.2.2 Tüm politika alanlarında sağlık eşitliği - sektörler arası çalışmalar

Komisyon'un önerileri yönetimin tüm sektörlerinin sağlığı ve sağlıkta eşitliği potansiyel olarak etkileyebileceği anlayışına dayanmaktadır. Pek çok politika alanında sağlık somut olarak odak noktası olmasa da, bu politika alanlarının sağlık ve sağlıkta eşitlik üzerine etkileri özel olarak dikkate alınmadığı süreçte toplumdaki sağlık alanındaki tabakalaşmayı ortadan kaldırmak ve sağlıkta eşitsizlikleri gidermek için pek çok ihtimal gözden kaçacaktır. Ancak sektörler arası işbirliği ve koordinasyon sağlık alanında pek çok kazanımlar sağlayabilir. Sağlık etkisi değerlendirmesinin bir parçası olan sağlık eşitliğine olan etkilerin değerlendirilmesi süreci, tüm program ve politik alanlarda standart prosedür haline getirilmelidir.

Sektörler arası çalışmalar, ulusal ve yerel seviyedeki iş ortaklıklarıyla, yönetim birimlerinin, derneklerin ve kurumların, üçüncü sektörün ve yeri geldiğinde özel sektörün birlikte çalışmasına bağlıdır. Yerel seviyede halkın programların geliştirilmesine katılımını kolaylaştıran aktiviteler sağlık alanındaki

eşitsizliklerle mücadele için oldukça önemlidir. Böyle girişimler, yerel ihtiyaçlara cevap verebilecek bir finansman mekanizması ve gerektiğinde hesap verme sorumluluğu ile desteklenmelidir. Farklı kurum kültürüne ve uygulamalara sahip pek çok sektörü bir araya getirmek için, meseleyi herkesin çıkarını etkileyecek şekilde iletmek, dile getirmek son derece önemlidir. (Kutu 3)

Kutu 3 Sektörler arası eylemler için kanıt toplamak

- **Kamu endişesini ve dezavantajlı konumda bulunan insanların refahı için gerekli kanıtları toplamak**
- **Sektörler arası eylemler için siyasi nüfuza sahip kişilerden yararlanmak**
- **Meseleyi tüm sektörlerin anlayabileceği şekilde dile getirmek**
- **Uluslararası liderleri konuya dahil etmek**
- **Araştırmacılar için gerekli platformu oluşturmak**
- **Az miktardaki kaynakların etkili şekilde kullanılması gerektiğine dikkat çekmek**
- **Özellikle tek bir sektörün ürünü olan eski yaklaşımların eksik yönlerini fark etmek, kabul etmek**
- **Siyasi dönüşümlerden faydalanarak görevleri yeniden değerlendirip birlikte daha iyi çalışmak**
- **Konferans, açık oturum gibi etkinliklerle kamuoyunda fikir birliği sağlamak**
- **Kaynak: Peake ve diğerleri (28)**

2.2.3 Küresel Yönetim

Finans piyasaları, ticaret ve iklim değişiklikleri gibi küresel faktörler, insanların hayatlarını devam ettirdikleri yerel düzeydeki sağlığın sosyal belirleyicilerini de etkilediklerinden bir ülkenin bu güçlerle tek başına mücadele etmesi mümkün değildir, bu

yüzden uluslararası işbirliğine ihtiyaç vardır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin insanları ile, tüm ülkelerdeki düşük gelirli insanlar küreselleşmeden en olumsuz etkilenen kesim olurken, yüksek gelirli insanlar bu süreçten en fazla yarar sağlayan kesimdir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu da bu bağlamda küresel yönetim kurum ve süreçlerinin tüm ülkelerin eşit ve adil katılımını sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini, her ülkenin bu hususta uluslararası arenada eşit temsil hakkının olması gerektiğini ve sağlık alanında eşitliğin küresel bir gelişim hedefi haline getirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

2.2.4 Siyasi güçlenme ve söz hakkı

Komisyon'un tüm önerileri gerek yerel gerek ulusal gerekse küresel düzeyde olsun, her seviyedeki karar verme süreçlerinde siyasi güçlenmenin önemi ne dikkat çekmektedir. Sağlıkta eşitliğin gelişiminde toplumun ve bireyin adil temsil hakkının olması son derece önemlidir. Avrupa Bölgesi'nde yerel karar alımlarında halkın katılımının görüldüğü pek çok mekanizma mevcuttur. Yine de, mevcut bu mekanizmaları geliştirip iyileştirerek sağlığın sosyal belirleyicileriyle daha iyi mücadele edilebilir.

2.2.5 Cinsiyet eşitliği

Sağlık alanında eşitliğe erişebilmek için kadınla erkek arasında bulunan ve adil olmayan eşitsizliklerin de kaldırılması gereklidir. Geleneksel olarak kadın ve erkek pek çok toplumda farklı sosyal roller üstlenmiştir. Bu da yaşama ve çalışma koşullarında farklılıklara sebep olur. Cinsiyet eşitliğine giden yol gerek ülkeler arasında gerekse ülkelerin içinde büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Hala pek çok ülkede kadınların yerel ve ulusal yönetimlere katılımı oldukça azdır.

Cinsiyet eşitliğinin sağlanması için Komisyon, ülkelere, kurum ve kuruluşlara ulusal ve yerel seviyede politikaların cinsiyet eşitsizliğine sebep olan içeriklerini analiz etmesini, bir ülkenin ekonomik performansının ölçümünde kadınların evdeki işlerinin,

gönüllü işlerin ve aile işlerinin de dahil edilmesi gerektiğini ve toplum yapısındaki cinsiyet ayrımcılığına sebep olan unsurların kaldırılması gerektiğini tavsiye etmiştir.

2.2.6 Piyasa Sorumluluğu

Piyasalar genelde günlük hayatımızın kalitesini arttıran yeni teknoloji, ürün ve hizmetler getirmekle birlikte zaman zaman da piyasaların negatif etkileri olabilmektedir. Bu bağlamda eşitlikçi politikaların amacı sağlık için önem arz eden yüksek kalite hizmet ve kaynakların daha eşit dağılmasını ve sağlığa zarar veren veya sağlıkta eşitsizliğe yol açan ürün, aktivite ve şartların daha etkili düzenlenmesini sağlamaktır. Bu çalışmaların çoğu ulusal veya uluslararası düzeyde gerçekleştirilmelidir. Yine de yerel yönetimin de görev ve sorumlulukları vardır, örneğin gıda perakendecileri, lisanslı dükkanlar ve dinlenme tesisleri gibi olanakların mekânsal olarak dengeli dağılmasını sağlamak gibi.

2.2.7 Erken çocuk gelişimi

Birbirine bağlı olan sosyal, duygusal, bilişsel ve fiziksel gelişim için, çocuk gelişiminde ilk yıllar son derece önemlidir. Bu alanlarda sağlıklı bir çocuk gelişimi, ilerleyen yıllardaki eğitim, iş imkanları ve sağlık ile ilgili olumlu kazanımlar anlamına gelir. Bulgular erken çocuk gelişimine yapılan yatırımların, özellikle de en yoksun ve dezavantajlı konumda bulunan çocuklar için dengeleyici bir rolü olduğunu göstermektedir (29).

İlkokul ve ortaokul çağındaki çocuklar için ise duygusal öğrenme, dil, bilişsel ve fiziksel gelişime odaklanmak potansiyel olarak okula katılımı, eğitimdeki başarıyı ve sağlığı arttırmaktadır.

Komisyon bu anlamda, çocuğun ilk yıllarına, eğitime ve özellikle de çocuğun doğumundan önceki faktörlere kapsamlı bir yaklaşım öngörmektedir. Bu da ancak hizmet sağlayıcıları arasında işbirliğiyle, alınacak kararlarda aileler ve çocuklar gibi kullanıcıların katılımıyla ve kaliteli, etkili hizmetlerin yerel

seviyede anne ve çocuklara ulaştırılmasıyla mümkündür.

2.2.8 İnşa edilmiş çevre ve sürdürülebilir gelişim

Bölüm 1’de de belirtildiği gibi, inşa edilmiş çevre, ürün, hizmet ve doğal çevreye ulaşımı; sosyal birliktelik, fiziksel ve zihinsel sağlığı etkilediği için dolaylı yoldan kişileri sağlığını da etkilemektedir. Yerel düzeyde etkili bir yönetim, sağlığın arttırılmasında ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasında önemlidir. Ayrıca, inşa edilmiş çevrede sağlığı arttırıcı girişimlerin, sera gazı salınımını azaltmak gibi çevre için olumlu yan etkilerinin de bulunduğu araştırmalarca kanıtlanmıştır. Komisyon’un Kentsel Ortamlarda Bilgi Ağı (8) kentsel ortamlarda sağlık eşitliğinin sağlanması için gerekli temel adımları saptamıştır (Kutu 4).

Kutu 4 Sağlıklı kentsel yönetim girişimleri yapmak

- Sorunun tespiti için halkın organize edilmesi ve katılımının sağlanması
- Müdahaleleri bilimsel ve teknik bulgulara dayandırmak
- Uygulama süreci için yeterli miktarda finansman sağlamak
- Toplum ile ve toplum için uygulama
- Sağlık ve sosyal sonuçları gözlemlemek

Kaynak: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, Kentsel Ortamlar Bilgi Ağı (8)

2.3 İngiltere’de 2010 sonrası sağlık eşitsizliklerinin stratejik incelemesi

İngiltere’de 2010 sonrası sağlık eşitsizlikleri incelemesi raporu (26), sağlık eşitsizliği alanında mevcut en iyi bulguları bir araya getirmiştir. Rapor-daki hesaplamalara göre, eğer İngiltere’de herkes en avantajlı konumda bulunanların ölüm oranlarına sahip olsaydı, eşitsizlikler sonucu prematüre olarak

ölen insanlar toplam olarak 1.3 milyon – 2.5 milyon yıl daha fazla yaşıyor olacaktı. Ayrıca hastalıkları veya engelleri azaltacak fazlada 2.8 milyon yılları olacaktı. Bu hastalıklar an itibariyle yıllık üretim olarak 31 – 33 milyar sterline, vergi olarak 20 – 32 milyar sterline ve sağlık alanında yaklaşık 5.5 milyar sterline mal olmaktadır (26).

Sağlık alanındaki bu eşitsizliklerin bireysel, sosyal ve ekonomik maliyetinin büyük bir kısmı nüfusun fazla yaşadığı kentlerden gelmektedir. Günümüzdeki ekonomik koşullarda bu eşitsizliklerin ve maliyetlerinin giderek yükselmesi beklenmektedir. Dolayısıyla yerel yönetimler sağlık alanındaki bu eşitsizlikleri azaltmak için imkânları dâhilinde olan her şeyi bugün ve ilerleyen zamanlarda yapmak zorundadırlar.

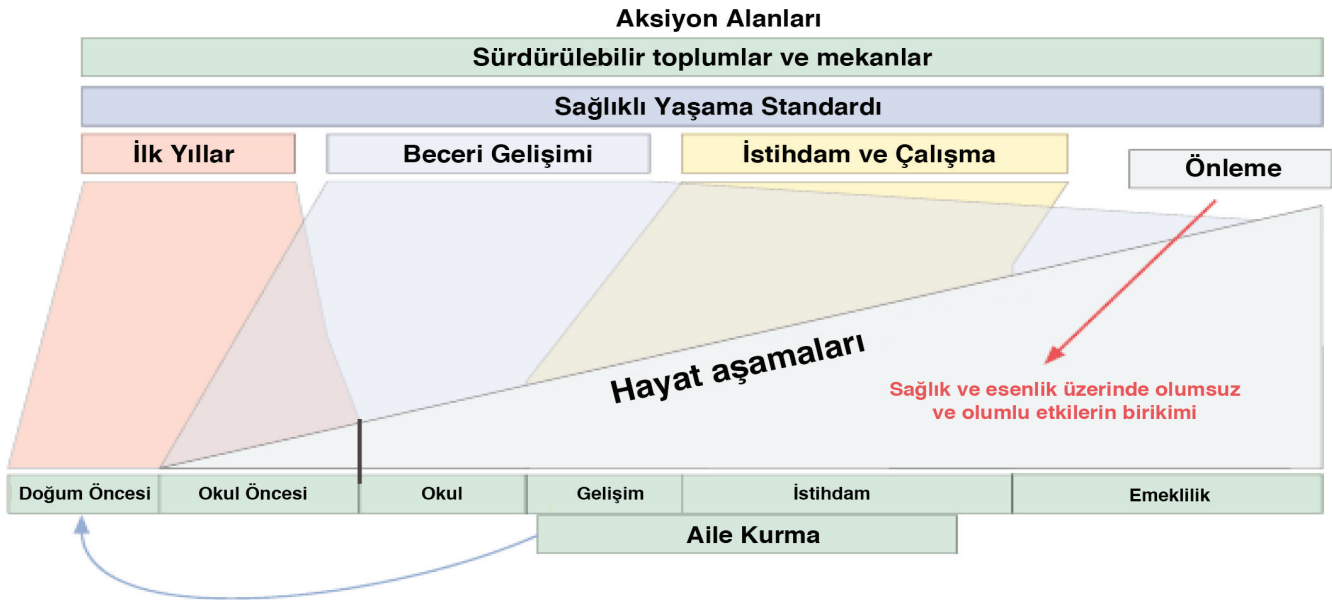
Bu bölüm, kentsel yerel otoritelerin sağlık alanında-

ki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla ilgilenmesi gereken bu sosyal belirleyicileri ve Marmot incelemesindeki bulguları ve önerileri incelemektedir (Şekil 2).

Adil Toplum, Sağlıklı Yaşamlar (26), sağlığın sosyal belirleyicilerinin, farklı yaşam süreçlerinde farklı etkileri bulunduğuna dikkat çekmektedir. İnsan ve mekân faktörleri düşünüldüğünde, çeşitli yaşam süreçlerinde ele alınması gereken meseleler de düşünülmelidir.

Dezavantaj doğum öncesinde başlar ve hayat boyu birikerek devam eder. Sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alırken insan ve mekan odaklı sistematik bir yaklaşım geliştirilmeli ve böylece toplum tabakaları arasındaki sağlık alanındaki bölünmenin önüne geçilmelidir.

Şekil 2 Hayatın aşamaları yaklaşımı



Kaynak: *Adil Toplum, Sağlıklı Yaşamlar: İngiltere’de 2010 Sonrası Sağlıkta Eşitsizliklerin Stratejik İncelenmesi’ndeki* (26). Yayıncının izniyle çoğaltılmıştır

2.3.1 İnsanlarla alakalı meseleler

Raporda belirtildiği üzere (26), farklı sosyal belirleyiciler insanları ve sosyal grupları hayatları boyunca farklı şekillerde etkilemektedir. Bu etkilerin arasında, çocukluk yıllarında yapılan etkiler, eğitim alanındaki etkiler, istihdam, yaşam kalitesi, gelir dağılımı ve sağlık alanındaki etkiler bulunur.

2.3.1.1 Erken çocukluk yıllarındaki tecrübeler

Pek çok araştırma erken gelişim yıllarındaki tecrübelerin, kişinin hayatı süresince gelişimini ve sağlığını derin olarak etkilediğini göstermektedir (8). Erken çocukluk yıllarındaki tecrübeler kişinin fiziksel, entelektüel ve duygusal gelişiminin temelini oluşturmaktadır.

2.3.1.2 Eğitim sonuçları

Erken bilişsel ve bilişsel olmayan beceri gelişimi, aile, okul ve çevresel faktörler ile birlikte eğitimde başarıyı ve sosyal becerileri etkileyerek dolaylı yoldan fiziksel ve zihinsel sağlığı, geliri, istihdam ve yaşam kalitesini de etkilemektedir. Eğitim alanındaki başarı Avrupa'da, sağlıklı pozitif bir korelasyon içinde olup, sosyal tabakalarda yükseldikçe artmaktadır.

2.3.1.3 İstihdam ve iş kalitesi

İyi bir işe sahip olmak sağlığı korur. Tersine, işsiz olmak sağlığa zarar vermektedir. Dolayısıyla sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasında insanlara iş imkanı sağlamak son derece önemlidir. Fakat, söz konusu bu işin de iyi olması, belli başlı minimum standartları sağlaması gerekir. Bu standartların içinde en az asgari ücretli bir maaşın yanı sıra, işle alakalı stresin az olması, iyi yönetilen bir iş olması, işin kişinin kendini geliştirebileceği imkanları sunması, kişiye işiyle ailesi arasında dengeyi sağlayabilecek imkanları sunması ve işin sağlığa zarar verebilecek diğer zararlı koşullardan muaf olması gibi örnekler bulunur.

2.3.1.4 Gelir

İyi bir iş geleneksel olarak iyi bir gelirle ilişkilendirilmektedir; fakat insanların sağlıklı yaşamalarını sağlayacak bir gelir düzeyine sahip olması aynı zamanda adil ve dengeli sosyal güvenlik sistemlerine de bağlıdır.

Marmot incelemesi (26), sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için minimum bir gelir önermektedir. Söz konusu bu minimum gelir kişinin aile şartları, ülkenin içindeki veya ülkeler arası şartlar gibi faktörlere bağlı olarak hesaplanmıştır. Bu gelirin; sağlıklı bir diyet, fiziksel aktivite, ev, sosyal etkileşim, sosyal paylaşım, sağlık, ulaşım ve kişisel hijyen faktörlerini karşılaması beklenmektedir.

2.3.1.5 Sağlık bilinci

2009 Avrupa Sağlık Raporu (7), DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki hastalıkların %60'ının temelde 7 bireysel faktörden kaynaklandığını göstermektedir: yüksek tansiyon, tütün ürünleri kullanımı, aşırı alkol kullanımı, yüksek kolesterol, aşırı kilo, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite.

Bu hastalıklar genelde düşük gelirli ailelerde, daha az eğitilmiş kimselerde ve alt sosyoekonomik sınıflarda daha sık görülür ve bu hastalıklar temelde, fiziksel koşullardan yoksun insanların hayatla başa çıkma mekanizması olarak geliştirdikleri davranışların bir sonucudur.

2.3.2 Mekanlarla alakalı meseleler

Mekanlar da genel olarak, yukarıda anlatılan insanlarla alakalı meseleleri etkileyerek sağlığı ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri tetiklemektedir. Temel faktörler arasında içinde yaşanılan çevre, mahalle ve toplumlar bulunur.

2.3.2.1 Çevre

Çevresel meseleler Avrupa'da giderek artan bir ilgi toplayan en önemli ortak meselelerden biridir.

Sağlığı etkileyen çevresel faktörlerin başında, içme suyunun erişim imkanları, temizlik, hava kalitesi, iş güvenliği ve kazaları gelir. Avrupa’da yılda gerçekleşen 1.7 milyon ölüm (senelik ölümlerin %18’lik bölümü) çevresel faktörlerle alakalıdır. 0-19 yaş grubunda gözlenen hastalıkların üçte biri yine çevresel faktörlerle alakalıdır. Bilinen çevresel faktörlerin sebep olduğu hastalıklar ülkeler arasında dört kata kadar farklılıklar gösterebilir (7).

2.3.2.2 Mahalle ve toplum

Bazı çevresel faktörler ülkelerin bütünü etkilerken, bazıları da belirli şehirleri ve mahalleri etkilemektedir sadece. Bu mahalle ve toplulukların fiziksel ve sosyal özellikleri ve sağlıklı davranışları ne kadar teşvik ettikleri sağlık alanındaki sosyal eşitsizlikleri de etkilemektedir. (Bkz. Bölüm 1)

2.3.2.3 Marmot incelemesinden öneriler

Sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için altı politika alanında çalışılmalıdır:

- “Her çocuğa hayata en iyi şekilde başlayacak imkanları tanıyın”
- “Bütün çocuk, genç ve yetişkinlere potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri ve hayatlarının kontrollerini eline alabilecekleri imkanları sağlayın”
- “Herkes için adil ve iyi bir iş imkanı yaratın”
- “Herkes için sağlıklı bir yaşam standardı yaratın”
- “Herkes için sağlıklı ve sürdürülebilir mekanlar ve topluluklar yaratın”
- “Hastalık önleyici uygulamaların rolünü ve etkisini güçlendirin”

2.3.2.3.1 “Her çocuğa hayata en iyi şekilde başlayacak imkanları tanıyın”

Sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için ya-

pılacaklar çocukların doğumundan önce başlayan dönemi ve sonrasını kapsamalıdır. Ancak bu şekilde yaşama dezavantajlı konumda başlamanın ilerleyen yıllarda kötü sonuçlar doğurmasının önüne geçilebilir. Erken çocuk gelişiminde eşitsizliklerin giderilmesinde her çocuğa en iyi başlangıcı sağlamak son derece önemlidir.

Bu da erken gelişimdeki fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal beceriler ile ilgili eşitsizlikleri azaltacak, her tabakadan çocuğun sağlığını ve dayanıklılığını sağlayacak eylemlerin gerçekleştirilmesi demektir. Pek çok araştırma, çocuğun pozitif tecrübelere erişim imkanını arttırmanın sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. İlerleyen yıllardaki müdahaleler ve girişimler önemli olsa da, sağlam bir temel olmadan bu çabalar istenilen kadar etkili olamamaktadır (30). Bulgulara dayanan belli başlı öncelikler şu şekildedir:

- Anne sağlığı en kaliteli hizmetlerle iyileştirilmeli, doğum öncesi ve sonrasında gebeliğin ve doğumun getireceği olumsuzlukların riski en aza indirilmelidir. Anne ve bebeğin beslenmesi, doğumdaki bebek ağırlığı ve yaşa göre bebeğin gelişimi ilerleyen yıllarda çocuğun sağlığının belirleyicileridir.
- Erken çocuk gelişiminde annelere uzun süreli destek sağlanmalıdır. Örneğin ücretli doğum izni, ebeveynler için destek programları, sosyal yardım hizmetleri ve okula geçiş süresinde destek sağlamak gibi.
- Her sosyal tabakanın ihtiyaçlarına eşit olarak cevap verebilecek okul öncesi çocuk bakım ve eğitim hizmetleri bulunmalıdır. Uluslararası pek çok bulgu, erken çocuk gelişimi ve eğitim programlarının özellikle dezavantajlı konumda bulunan çocuklar için oldukça yararlı olduğunu göstermektedir.

Bu politika önceliklerini gerçekleştirmek ancak ulusal hükümetin sağlayacağı finansman ile mümkün-

dür. Marmot incelemesi (26), erken çocuk gelişimi ve eğitime ayrılan fonun artırılmasını gerektiğini ve sosyal tabakaların ihtiyaçlarına göre bu fonun dağıtılması gerektiğini göstermektedir. Ulusal hükümetler genel olarak harcamayı arttırmak için önemli kararlar almaktadır. Fakat pek çok ülkede, yerel yönetimler de önceliklerin belirlenmesinde, yerel denetleme sistemlerinin uygulamaya konmasında ve şekillendirilmesinde büyük ölçüde söz hakkına sahiptir.

2.3.2.3.2 “Bütün çocuk, genç ve yetişkinlere potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri ve hayatlarının kontrollerini eline alabilecekleri imkanları sağlamanın”

Sosyal tabakalar arasındaki eşitsizliklerin giderilmesinde erken çocuk gelişimi ve eğitime yapılan yatırımlar kadar, eğitim yılları süresince çocuk ve gençlere yapılacak yatırımlar da önem taşımaktadır.

Gençlerin ve çocukların, eğitimde başarısını, iş imkanlarını, gelir seviyesini, fiziksel ve zihinsel sağlığını etkileyecek bilişsel ve bilişsel olmayan becerilerini geliştirmeye özellikle önem verilmelidir. Bulgulara dayanan belli başlı öncelikler şu şekildedir.

Bilişsel becerilerin ve hayat becerilerinin edinilmesindeki sosyal eşitsizlikler azaltılmalıdır. Erken çocuk gelişimi ve eğitimi çok sağlam temeller inşa etse de, uzun süreli eğitim ile takip edilmesi gerekmektedir. Dezavantajlı konumda bulunan çocukların okula hazırlanmasını sağlayacak ve bu çocukların ailelerini çocuğun eğitim sürecine dahil edecek eylemler gerçekleştirilmelidir (31).

Okul, aile ve toplum arasında sıkı bağlar kuracak bir yaklaşım tercih edilmelidir. Toplum içinde okullar önemli görevler üstlenebilirler, ve bu da özellikle yoksul kentsel alanlarda, çocuk bakımının bir devamı olarak görülen ve yetişkin eğitimi de sağlayan okullar, önemli birer toplum kaynağıdır (32).

Özellikle İskandinav ülkelerinden elde edilen örnekler, okul tabanlı ve okul-ev sınırları içinde

çalışan bir işgücü yaratmanın ne kadar önemli olduğunu göstermiştir (33).

Her sosyal tabakadan insan için yaşam boyu eğitim imkanlarına erişim ve bu imkanların kalitesi artırılmalıdır. Eğitim sadece okul sınırları içinde olan ve okul bitince sona eren bir olgu değildir. Yetişkin gençlerin hayat becerileri konusunda tavsiye ve desteğe sahip olmasını ve gençlere eğitim, gelişim ve iş imkanları sağlamak özellikle önemlidir. Avrupa’daki giderek yaşlanan nüfusu da göz önünde bulundurarak, bir diğer ihtiyaç da insanların işgücü içinde kalmalarını sağlayacak kapasitelerini geliştirmektir.

2.3.2.3.3 “Herkes için adil ve iyi bir iş imkanı yaratmanın”

Kaliteli işler genel olarak fiziksel ve zihinsel sağlığı olumlu etkilerken; işsizliğin, özellikle de uzun süreli işsizliğin, sağlık üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Araştırmalara göre, istihdam ve çalışma şartlarında sosyal tabakalar arasındaki farklılıkların giderilmesi için üç temel ve birbirine bağlı politika hedefi takip edilmelidir: sosyal tabakalar için daha iyi iş imkanlarına erişim artırılmalı ve uzun süreli işsizlik en aza indirilmeli; işgücü piyasasında dezavantajlı konumda bulunan insanlar için iş bulma ve o işte kalma imkanları artırılmalı; ve her sosyal tabaka için iş kalitesi yükseltilmelidir.

Bulgulara dayanan belli başlı öncelikler şu şekildedir.

İşsiz insanlara pasif olarak maddi yardım sağlamak yerine, bu kişilerin çalışmasını sağlayacak aktif işgücü piyasası programları geliştirilmelidir. Böyle aktif programlar uluslar arası işgücü piyasası politikaları ve sosyal kalkınma girişimleri için vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’ne üye ülkeler, özellikle uzun süredir işsiz, düşük gelirli ailelerden gelen ve/veya işgücü piyasasında dezavantajlı konuma bulunan insanları hedef alan aktif istihdam programları konusunda oldukça tecrübelidirler.

Bulgular, bu programların insanlara iş imkanı sağlamada ve programlara katılanların gelirini arttırmada başarılı olduğunu gösterse de en verimli sonuç için, bu programların diğer yan tedbirlerle desteklenmesi gerekmektedir. Başka araştırmalar da bu programlara katılımın, sosyal etkileşim, sosyal destek ve kendine saygı duyma gibi psikolojik mekanizmalar aracılığıyla sağlığı olumlu etkilediğini göstermiştir.

Güvenli ve adil ücretli, iş-hayat dengesini sağlayan iş imkanları geliştirilmeli ve her sosyal tabakadan insanın çalışma kalitesini arttıracak tedbirler alınmalıdır. İşverenler yasal yükümlülüklerini yerine getirmekle ve çalışma ortamının denetiminden sorumludur. Başarılı bir uygulama için, iş hukuku yeterince sağlam olmalı, yasayı denetleyen mekanizmalar iyi finanse edilmeli ve dava durumları halinde uygulanacak yasal çerçeve açıklayıcı ve net olmalıdır. Bu hususta açık ve kapsamlı bir risk değerlendirmesi yapmak gerekli ön koşullardan biridir.

Çalışma ortamının psikolojik ve sosyal kalitesini arttırmak önemlidir. İşte kontrol ve ödüllendirme mekanizmalarının eksikliği, özellikle mesleki olarak düşük pozisyonlarda çalışmakta olan kişilerin stres ile alakalı bozukluklarının en önemli sebebidir. Bu çizgide girişim ve müdahalelerde bulunmak, iş ortamında liderlik vasıflarına sahip birinin bulunması, stres yönetimi programlarının takip edilmesi, özellikle işgücü piyasası itibarıyla dezavantajlı konumda bulunan insanlar söz konusu olduğunda, öncelikli hedefler olmalıdır.

Ayrıca işgücü piyasasında dezavantajlı konumda bulunan kişiler için, sağlıklı bir iş ortamı yaratacak çalışma saatleri ve uygulamalarına da dikkat edilmelidir. Çalışma şartlarında ve uygulamalarında, emeklilik yaşında esnekliğe müsaade eden eylemler gerçekleştirilmeli; tek başına yaşayan ebeveynler, anneler, fiziksel veya zihinsel engelli insanlar için işverenlerin uygun pozisyonlar yaratması veya var olan pozisyonları bu kişilerin ihtiyaçlarına uygun hale getirmesi sağlanmalıdır.

2.3.2.3.4 “Herkes için sağlıklı bir yaşam standardı yaratın”

Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesinde temel etmen, sağlıklı bir yaşam sürdürebilecek yeterli paraya sahip olmaktır. Bu amaçla, düşük gelir seviyesindeki insanların ihtiyaçlarına cevap verebilecek, onların mali ve sosyal güvenliğini sağlayacak, var olan eşitsizlikleri sürdürmeyen politikalar geliştirilmelidir.

Bulgulara dayanan belli başlı öncelikler arasında sağlıklı bir yaşam sürdürmek için gerekli asgari ücretin tespit edilmesi ve farklı sosyal tabakalar arasındaki yaşam kalitesi farklılıklarını en aza indirmek için, gelir seviyesine göre artan progresif vergi sistemleri ve mali sistemler bulunmaktadır. Günümüzdeki asgari ücret kavramının içine sağlık ihtiyaçları dâhil edilmediğinden, bu durum “sağlıklı yaşam için asgari ücret” kavramının gelişmesine yol açmıştır (34). Bu kavrama; sağlıklı bir beslenme, fiziksel aktivite, telefon, televizyon ve hediyeler gibi sosyal etkileşim ve destek ağları ile sosyal norm ve beklentilerin maliyetleri de hesaplanarak dâhil edilmektedir.

Sağlıklı bir yaşam için asgari gelir kavramı, düşük gelirli ailelerin yaşam kalitesini yükseltecektir. Bu kavram, herkesin içinde bulunduğu hayat evresinin gereklerini karşılayacak kadar gelire sahip olmasını sağlayacak ve fakir çocuk sayısı başta olmak üzere genel olarak fakirlik oranlarını azaltacaktır.

Sosyal güvenlik programları, hayatın farklı evreleri arasındaki maddi akışı düzenli bir hale getirmekte ve insanların iş bulmakta güçlük çektiği zamanlarda bir koruyucu olarak devreye girmektedir. İdeal olarak bir sosyal güvenlik programı, insanlara uygun bir hayat standardını sürdürebilecek imkânlar sunmaktadır. Bunun yanında şu hususlar da sosyal güvenlik programlarının dâhilindedir:

- İnsanlara boşanma gibi sağlığı ve hayatın gidişatını olumsuz etkileyebilecek zamanlarda

destek vererek, insanların işlerini korumasını sağlamak

- İnsanların sorumluluklarının beklenmedik bir şekilde değişmesi halinde, iş bulmalarını kolaylaştırmak veya kendi işlerini kurma sürecinde destek sağlamak
- İnsanların sağlık durumlarını göz önüne alarak emeklilik zamanının saptanmasını sağlamak, bu saptamanın yapılmasını kolaylaştırmak
- Yetenek ve beceri gelişimi, eğitim programları gibi olanaklarla bireylerin alternatif kariyer yollarını takip etmelerine imkan tanımak
- Ailelerin çocuklarını yetiştirmede ihtiyaç duyduğu her türlü konuda destek sağlamak

Bununla birlikte, en güncel sosyal güvenlik programları yukarıda belirtilen kriterleri karşılamamaktadır.

Mevcut veriler, daha cömert sosyal güvenlik sistemlerinin nüfusun sağlığını arttırdığını ve ortalama yaşam süresini uzattığını göstermektedir. Ayrıca ekonomik krizlerin ve iş süresizliğinin yol açtığı olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılmasındaki başarıda, refah politikaları da farklılık gösterebilir.

Bazı veriler, ekonomik gerileme ve küçülme dönemlerinde İskandinav ülkelerinde sosyal eşitsizliklerin sabit kaldığını fakat daha liberal ve konservatif politikalara sahip diğer Avrupa Bölgesi ülkelerinde ise bu eşitsizliklerin arttığını göstermiştir.

2.3.2.3.5 “Herkes için sağlıklı ve sürdürülebilir mekanlar ve toplumlar yaratın”

Bölüm 1’de belirtildiği üzere, insanların yaşadıkları ortam ve toplum, insanların sağlığını etkilemektedir. Fiziksel olarak mekanların yanı sıra, insanların farklı yaşam evreleri süresince dahil olduğu sosyal ağlar ve toplumlar da sağlığı ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri etkiler. Sosyal kapital olarak da adlan-

dırdığımız insanları içinde bulundukları topluluklara bağlayan ağlar pek çok faydayı da beraberinde getirebilir. Sosyal kapital insanların ekonomik veya diğer zorlukları üstesinden gelmesini, iş bulmalarını veya hastalıklarla mücadele etmesini sağlayabilir, sosyal destek ağları sayesinde de insanları daha dirençli kılabilir. İnsanların içinde bulunduğu topluluklara aktif katılımı ve bu katılımın kendi hayatları üzerindeki etkisi, bu kişilerin psikolojik ve sosyal sağlığını olumlu etkilemektedir.

Sağlıklı ve sürdürülebilir mekan ve toplum yaratmak, iklim değişikliğinin azaltılmasıyla birlikte ele alınmalı ve her iki alandaki politikalar da ortak bir gündem çerçevesinde geliştirilmelidir. Sağlık alanındaki eşitsizlikleri ve iklim değişikliklerinin etkilerini azaltan ve bulgulara dayanan belli başlı öncelikler şu şekildedir.

Her sosyal kesim için aktif ulaşım arttırılmalıdır çünkü aktif ulaşım, genel olarak fiziksel ve zihinsel sağlığı olumlu etkilemektedir. Aktif ulaşımı arttırmak, güvenlik seviyelerini ve bu alandaki yatırımları arttıracak teşvikleri yaratmakla mümkündür. Bu hususta trafiği rahatlatacak tedbirler önemli bir rol oynar. Büyük Britanya’nın fakir alanlarında, arabalar tarafından öldürülen çocuk sayısı, zengin alanlarda olduğundan yedi kat fazladır.

Her sosyal tabaka için kaliteli açık ve yeşil alanlara erişim imkanı arttırılmalıdır. Yeşil alan ve yapıların, yapılan araştırmalar sonucu, fiziksel ve zihinsel sağlığı arttırdığı ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri azalttığı gözlemlenmektedir (22). Sadece yeşil alan yapmak da çözüm değildir, bu yeşil alanların tasarım ve kalitesine de dikkat edilmelidir.

Yerel olarak, gıda ve beslenme bakımından da çevre iyileştirilmelidir. Yani sürdürülebilir olarak üretilmiş, işlenmiş ve tedarik edilmiş besleyici ve ucuz gıdaya olan erişim imkânları arttırılmalıdır. Uluslararası çalışmalar, düşük gelirli aileler için fiyatın gıda seçiminde en belirleyici unsur olduğunu göstermektedir. ABD’de fiyatların düşürülmesi, meyve, sebze ve

düşük oranlarda yağ içeren besinlerin satışını arttırmıştır. Dezavantajlı, yoksun kesimlerde, bölgede konumlanan marketlerin yapısından ötürü sağlıklı besin ve özellikle de taze besin bulmak oldukça güçtür.

Tüm sosyal tabakalardaki evlerde kullanılan enerjinin kalitesi ve verimliliği de arttırılmalıdır. Zayıf ısı kontrolü (kışın soğuk yazın sıcak olması) özellikle yaşlı insanlar ve başka sağlık sorunları bulunan kişilerde olumsuz sağlık sonuçları doğurmaktadır. Evlerin kalitesizliği, çocuklarda kronik hastalıkların oluşmasına sebep olabilir.

Planlama, ulaşım, iskân, çevre ve sağlık sistemleri, yerel olarak sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele edebilecek kadar gelişmiş olmalıdır. Bölüm 1’de de belirtildiği üzere, yukarıda belirtilen unsurların sağlık üzerindeki etkileri, yolların tasarım ve kalitesi, ışıklandırma, ulaşım imkânlarına ve diğer imkanlara erişim gibi inşa edilmiş çevre unsurlarından doğrudan etkilenmektedir. Bu da dolayısıyla, arazi kullanımı, ulaşım ve kalkınma politikalarını şekillendirdiği siyasi ortamı yansıtmaktadır. Bu mesele Bölüm 3’te daha detaylı tartışılmıştır.

Yerel olarak ve bulgulara bağlı olarak geliştirilen, toplumun yönetime katılımı önündeki engelleri ve sosyal izolasyonu kaldıran programlar tercih edilmelidir. Sosyal ve toplumsal kapital, toplulukların kendilerini tanımlama ve organize olma yetisiyle, yerel ve ulusal hükümetlerin toplumu ne kadar dâhil etmek istediğiyle şekillenir. Dezavantajlı bölgeler genel olarak, ihtiyaç, problem, eksiklik, yoksunluk ve sağlığa zarar veren alışkanlıklar gibi kelimelerle tanımlanır. Vatandaşları sağlığın ve refahın ortak üreticileri olarak gören varlığa dayalı bir yaklaşım; profesyonel olarak yönetilen tepeden inme model ve çözümler yerine, toplumun kontrolü elinde tuttuğu, bireysel ve toplumsal sağlığın sürdürülmesini sağlayan, strese, depresyondan ve sosyal izolasyondan uzak ağların geliştirildiği model ve çözümleri tercih ederek vatandaşların kendilerini ilgilendiren kararlara katılımını artırır.

2.3.2.3.6 “Hastalık önleyici uygulamaların rolünü ve etkisini güçlendirin”

Yukarıda tartışıldığı üzere, hastalıkları tetikleyen temel davranış ve alışkanlıklar (sigara, obezite, fiziksel aktivite eksikliği, sağlıksız beslenme) sosyal tabakalarla doğrudan alakalıdır. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması bu kötü alışkanlıklarıyla mücadele etmeyi ve sağlığın daha geniş belirleyicileriyle mücadele etmeyi gerektirir.

Geleneksel olarak sağlık sistemleri hastalıkların önlenmesinden ilk sorumlu merci olsa da, sağlığın sosyal belirleyicileri için pek çok merciinin çabası gerekmektedir. Okullarda, iş yerlerinde, evde veya hükümette yerel veya ulusal olarak alınan kararlar hastalıkları potansiyel olarak önleyebilir. Temel bakım otoriteleri, yerel otoriteler ve sivil toplum kuruluşları arasındaki işbirliği küresel ve önleyici tedbirlerin alınmasında ve faydalar sağlanmasında önemlidir. Hastalıkların önlenmesine yapılan yatırımlar, sağlık ve ortalama yaşam beklentisini artırır ve dolaylı olarak uzun vadede sağlık alanındaki harcamaları da azaltır. Her ne kadar halk sağlığı girişimlerinin etkisi üzerine yapılan araştırmalar giderek artsa da, hala yeterli miktarda araştırma bulunmamaktadır. Avantajlı konumda bulunan veya sağlık anlamında daha pozitif tutuma sahip kişiler, hastalıklara sebep olan sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite gibi hususlarda adımlarını daha başarılı atmaktadır. Dolayısıyla nüfus genelinde veya kişinin kendisinin yaptığı girişimler, sağlık alanındaki eşitsizlikler etkili olarak düşürülmek isteniyorsa toplumun farklı sosyal tabakaları için orantılı olarak uygulanmalıdır.

Bulgulara dayanan öncelikler arasında en önemlisi, sigara ve aşırı miktarda alkol kullanımı gibi alanlarda her sosyal tabaka için hastalıkların önlenmesine ayrılan kaynak ve yatırımların artırılmasıdır.

2.3.2.3.7 Yerel yönetimin sağlıklı, sürdürülebilir mekan ve toplumların oluşturulmasında, hastalıkların önlenmesindeki görevi

Yerel yönetimlerin yerel toplulukları ve mahalleleri şekillendirmedeki payı oldukça fazladır. Bu bakımdan, şehir planlamacıları şehir yapısının sağlık alanındaki eşitsizliklerin artması veya azalmasında önemli bir payı olduğunu fark etmelidir. Yine de yerel yönetimlerin, iş çevrelerinin ve yerel toplumun geniş bir ortaklık içinde olup, bu yaklaşımla hareket etmesi gerekmektedir. Yerel yönetimlerin özellikle şu alanlarda görevleri bulunmaktadır:

- Toplumun ihtiyaçlarını tespit etmek, yerel hizmet ve servislerin sağlanması için bölge halkından cinsiyet, sosyoekonomik değişkenler gibi verileri toplayıp mahallelerin gelişimi için kullanmak, eylem çerçevesinde (6) belirtildiği üzere gelişim sürecinin olabildiğince sıkı gözlemlenmesini ve sürecin sağlık üzerindeki etkilerinin düzenli olarak kaydedilmesini sağlamak (eylem çerçevesi bölüm 4.1, 5.3.1, 5.3.3, 5.6 ve 5.8.6)
- Yerel hizmetlerin üretilmesi, denetlenmesi ve ulaştırılmasında halkın söz hakkını arttırmak ve bu hususlarda destek vermek; eylem çerçevesinde (6) ele alındığı üzere varlığa dayalı bir yaklaşım ile, halkın yapılacak sağlık, dayanıklılık ve refah alanındaki girişimlere katılımını sağlamak (eylem çerçevesi bölüm: 4.1.1, 4.1.2, 5.1, 5.2 ve 5.3.3)
- Halk arasında güven ve karşılıklılık ilişkilerini geliştirip toplumun güçlenmesini sağlayarak sosyal kapitali arttırmak; eylem çerçevesinde (6) ana hatları belirtilen insan, mekan ve süreç yaklaşımı çerçevesinde mahallelerin fiziksel koşullarını geliştirecek yerel eylemlerin geliştirilmesini sağlamak (eylem çerçevesi bölüm: 4.1, 5.1, 5.2, 5.5, 6.1 ve 6.2)
- Sağlık ve sağlık alanındaki eşitsizlikler hususunda şehir planlamasının etkilerini araştırmak;

sağlık alanındaki eşitsizlikler ile ilgili geliştirilen politika ve girişimler ile bu girişimlerin topluma faydalarının nasıl yeni fırsatları da beraberinde getireceğinin anlaşılmasını sağlamak, bu alanda farkındalık yaratmak (eylem çerçevesi bölüm: 4.1, 5.1, 5.7.4 ve 6.2)

- Mekânsal planlamada toplum güvenliği ve yeşil alanlara erişime öncelik vermek, bulgulara dayalı olarak geliştirilen trafiği rahatlatarak, motorlu taşıtların ortalama hızını azaltacak tedbirleri uygulamaya koymak
- Yeni yapılan yapılarda yakıt tasarrufunu sağlamak, eski yapıları da yakıt tasarrufu sağlayacak şekilde yenilemek
- Özellikle yoksun kesimlerde, fast-food mekânlarının sayısını kısıtlayacak düzenlemeler oluşturmak
- Bulgulara dayalı olarak, sigara kullanımını bıraktırmak, alkol satışlarını kısıtlamak gibi hedefler dahilinde önleyici stratejiler geliştirmek
- Örnek bir işveren olarak davranarak, bölgedeki çalışma şartlarının iyileştirilmesinde görev alarak taraf olmak

3. Yerel yönetim ve sağlığın sosyal belirleyicileri: Avrupa Bölgesi'ndeki politika ve uygulamalarına genel bakış

3.1 Giriş

Bu bölüm, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki yerel yönetimlerin görevlerini ele almakta, İngiltere'yle başlayarak geçtiğimiz on sene içerisinde sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için yapılan girişimleri anlatmaktadır. Ayrıca yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeledeki görevi Danimarka, Letonya, Hollanda, İspanya ve İsveç örnekleriyle sunulmaktadır. Genel olarak bu bölüm, yerel yönetimin farklı ortamlarda ve kültürlerdeki görevini gözler önüne sererek tematik bir değerlendirmeye olanak tanır.

3.2 İngiltere'de eşitsizliklerle mücadeledeki yaklaşımlar

Birleşik Krallık'ta geçtiğimiz on sene boyunca nüfusun sağlığında yükselme gözlemlenmişken, eşitsizlikler de beraberinde artmıştır. İngiltere'deki siyasi tartışmalar biri kısa vadeli diğeri uzun vadeli olmak üzere iki temel yaklaşım üzerinde durmaktadır.

Kısa vadede, Sağlık Bakanlığı, bölgeler içinde en dezavantajlı konumda bulunan %25'lik kısmında yani "kuyruğundaki" eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Dokuz ulusal destek ekibi bu yerellerle (başı çeken ve çoğunluğunu endüstri kasabalarının oluşturduğu 78 bölge) yakın olarak çalışmalar yürütmektedir. Bu ekiplerin amacı, yerellerin işe yarayan yöntemleri daha etkili kullanmasını ve acil olarak geniş kapsamlı ve sistematik çalışmalarını gerçekleştirmelerini sağlamaktır. Bu yaklaşım hali hazırda pek çok hayat kurtarmış ve kurtarmaya devam etmektedir; fakat sağlık risklerini ortadan kaldırmak için tek başına yeterli olmayacaktır.

Uzun vadeli yaklaşım ise sosyal tabakalara odaklanmakta, sağlık alanındaki eşitsizliklerin sebeplerini açıklayan ve Bölüm 2'de sunulan çerçeveye oturtula-

bilecek bir model inşa etme çabasıdır. Yakın zamanda yayınlanan Londra Sağlık Eşitsizlikleri Stratejisi (35), ekonomik durgunluk ve kamu harcamalarında kısıtlamaya gidilen dönemlerde bile sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele için neler yapılabileceğini en güzel şekilde göstermektedir. Bu noktada yerel belediyeler için sağlık alanında yatırım yapmanın iyi bir iş olacağı ve bu durumun sağlık getirilerinin yanı sıra ekonomik getirilerinin de olduğuna dikkat çekmek gerekir (36).

3.2.1 İngiltere'de yerel belediyeler ve sağlık

İngiltere'de yerel yönetimlerin bazı özellikleri sağlığın sosyal belirleyicileri açısından önemlidir:

- Politika yapıcılar "sağlıklı toplumları", "sağlıklı kentler, kasabalar ve köylere" tercih etmektedir, ki bu Avrupa Bölgesi'nde daha sıklıkla kullanılmaktadır.
- İngiltere'de güçlü bir merkezi yapı mevcuttur, yakın zamanda sağlam bir yönetim ve performans yönetimi ile sağlık ve yerel yönetimlerin gücü de arttırılmıştır. Merkezi performans değerlendirmesinin derinliği ve yoğunluğu, ulusal ve yerel yönetimler arasında bazı gerilimlere yol açmaktadır. Bu performans yönetimi rejiminde, söz konusu yönetimler ile ilgili düzenli ve detaylı raporlar oluşturulmakta, kamu denetçileri tarafından hizmetlerin denetimi gerçekleştirilmektedir.
- Sağlığın arttırılmasında yerel ortaklıklar, özellikle de yerel yönetimle onun temel bakım kuruluşu olan Ulusal Sağlık Hizmetleri arasındaki ortaklıklar önemli bir yer tutar. Geçtiğimiz yirmi sene boyunca sağlık hizmetleri ve yerel yönetimler arasında işbirliği olmuş olsa da, bu işbirliğinin gelişimi ve iyi sonuçlar vermesi oldukça yavaş

gerçekleşmektedir. Yerel ihtiyaç ve isteklere cevap veren toplum stratejilerinin geliştirilmesi ve 2000 sonrasında çok kuruluşlu, disiplinler arası yerel ortaklıkların kurulması ile birlikte, ortak çalışmalar artmıştır. Bu durum Yerel Yönetim ve Kamunun Dahil Edilmesi Sağlık Yasası (2007) uyarınca, yerel otoriteler ile sağlık kuruluşları arasında daha güçlü ortaklıkların oluşmasını sağlamış olabilir. Burada amaç toplumun sağlık ve refahı için gerekli olan ihtiyaçların birlikte tespit edilerek, öncelikli hedeflerin belirlenmesi ile sağlık alanındaki eşitsizliklerin zaman içinde azaltılmasıdır. Yakın zamanda geliştirilen ve “bütün mekan” adı verilen pilot proje ile, yerel yönetimin yetki sınırları içindeki alana giden bütün harcamalar tespit edilmiş ve daha etkili, ortak olarak finanse edilen programlar geliştirilmiştir. Bu programların amacı, kaliteyi ve verimliliği artırarak maliyeti düşürmektir.

İngiltere’de yerel yönetimlerin güven kazanmasını sağlayan önemli bir dönüm noktası 21. Yüzyılda belediyelerin amaçlarını tanımlamaya çalışan *Ulusal refah, yerel seçim ve sivil katılım* (37) isimli yayındır. Bu yaklaşım “mekan şekillendirme” terimiyle ifade edilebilir. Bu da yasal güçlerin, insanların ekonomik, sosyal ve çevresel refahını sağlamak için kullanılması olarak anlaşılabilir. Mekan şekillendirme, yerel belediyelerin en önemli liderlik rollerinden biri olup, her sosyal tabakada sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin insanlarla ve mekanlarla alakalı meselelerin ele alınmasını içermektedir.

3.2.2 Bu zamana kadar olan gelişim süreci

İngiltere’deki yerel meclisler ve belediyeler her zaman bölge halkının sağlığını arttıracak ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltacak adımlar atmaya çalışmıştır. Topluma liderlik yapacak bir konumda olduklarından, sektörler arası ortaklıkları katılımını sağladıklarından ve belediye hizmetlerini yönettikleri için yerel belediyeler, sağlık alanında eşitsizliklerle mücadele için gerekli mekân ve süreçlerin oluşturulmasında önemli bir rol üstlenmiştir.

Fakat, yerel ortaklıkların daha iyi sağlık sonuçlarını beraberinde getirdiğini ve bölge halkı arasında eşitsizlikleri azalttığını gösteren araştırmaların sayısı azdır (38).

Bununla birlikte, sağlık ve refah yerel yönetimlerin gündemlerinde olan önemli kavramlardır. Pek çok belediye, insanlara hayatlarının her evresinde sağlıklı bir yaşam sunabilmek için var güçleriyle çalışmaktadır. Bu durumun en iyi göstergesi “Sağlam Başlangıç”, “Sağlıklı Okullar” gibi yerel yönetimlerce desteklenen girişimlerdir.

Belediyelerin, sağlık için bir o kadar önem arz eden, fakat çok bilinmeyen başka eylem alanları da vardır. Bunlardan biri yapılan düzenlemelerdir. Düzenlemeler her ne kadar yerel yönetimlerin sağlığa yaptığı bir katkı olarak görülme de bölge halkının sağlığının korunmasında düzenlemelerin önemi büyüktür. Belediyelerin müdahil olduğu bir başka önemli alan ise, sağlık için inceleme ve denetleme komitesi olarak yaptıkları görevdir. Bu komitenin amacı sağlık alanındaki, halk sağlığındaki ve yerel sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri incelemek, denetlemektir.

3.2.3. İngiltere’deki belediyelerde mekân planlaması ve sağlık

Muhtemelen belediyeler, aldıkları mekân planlama kararları ile sağlık alanında en uzun vadeli etkiyi yapan mercilerdir. Mimarlık ve İnşa Edilmiş Çevre Komisyonu (39), inşa edilmiş çevreyi “sağlığımızın temel kaynağı” olarak tasvir eder. Planlama kararları, ulaşım, iskan, kamu alanları ve hizmetleri ve sellerin sağlık ve refah üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (40). *Örneğin kötü bir ulaşım planlaması trafik kazalarına, hava ve gürültü kirliliğine ve hareketsiz bir yaşam tarzına sebep olabilir. Ayrıca, karşıdan karşıya geçmesi zor olan yollar da sosyal etkileşimi ve toplum bilincini azaltır, kişisel izolasyonu artırır. Başarısız iskan politikaları ve mahalle planlaması da insanları neme ve soğuğa, kazalara ve düşmele-re, gürültü kirliliğine, yol güvenliği problemlerine, suçla ilgili problemlere ve toplum birlikteliğiyle ilgili*

problemlere maruz bırakabilir. Güvensizlik hissi genel olarak sağlıksız bir hayatla ilişkilendirilirken, güvenliği olduğu düşünülen alanların varlığı insanların fiziksel aktivitesini artırır, duygusal olarak iyi hissetmelerini sağlar (41). Belediyeler de bu bağlamda, kaliteli ve güvenli açık alanlar ile çocuklar için oyun bahçelerini arttırmaya çalışmalıdır.

3.2.4 Sağlıklı yaşamlar, sağlıklı insanlar

Yeni *Sağlıklı yaşamlar, sağlıklı insanlar: İngiltere’de halk sağlığı için stratejimiz* (42) tanıtım yazısı halk sağlığının sorumluluğunun Nisan 2013 itibarıyla yerel belediyelere devredilmesini ve İngiltere Halk Sağlığı ismiyle ulusal bir halk sağlığı hizmetinin yaratılmasını önermektedir. Yaşam evreleri yaklaşımını benimseyen bu metin, sağlıkta sosyal tabakalar arası farklılıkların önemini ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin insanların içinde yaşadığı sosyal koşulların bir ürünü olduğunu kabul eder. Bu analizden yola çıkarak, yerel yönetim sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede yerel çalışmaları düzenleyecek, organize edecek en uygun kurum olarak görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir rapor (43) bu güçlüğe “çok şey başardık, ama yapacak daha çok iş var” sözleriyle dikkat çekmektedir. Her ne kadar pek çok alanda, her sosyal grup için ortalama yaşam beklentisi artmış da olsa, sosyal tabakalar ve dolayısıyla en üsttekiyle en alttaki arasındaki uçurum hala devam etmektedir.

Ulusal hedefler ve ulusal girişimler sağlık alanındaki eşitsizliklerin farkında olduğunu göstermektedir. Fakat, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltma çabaları bu zamana kadar sağlığın sosyal belirleyicilerini sistematik olarak ele almak yerine, kötü alışkanlıklar gibi sağlığı olumsuz etkileyen yakın sebeplere odaklanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sadece doğrudan sağlıkla alakalı meselelerle ilgili olduğu algısı, bu alandaki ilerlemeyi geciktirmiştir. Her ne kadar sağlık hizmetleri-

nin katkısı büyük olsa da, temel sebepler insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşandığı yaşam şartlarıdır. Yerel yönetimler sağlık alanında ve bu alanlardaki eşitsizlikler hususunda giderek artan miktarda sorumluluk yüklenmekte ve Ulusal Sağlık Hizmetleri gibi konuyla ilgili taraflarla ortaklık kurmaktadır. Bu durum *sağlıklı yaşamlar, sağlıklı insanlar’da* (42) belirtilen öneriler doğrultusunda bölge halkının sağlığının artırılmasında yerel belediyelerin sorumluluklarını arttırmaktadır. Yerel ortaklıklarla bu hizmetlerin sağlanması, ortak stratejik ihtiyaçlar değerlendirmesiyle birlikte ön plana çıkmaktadır. Fakat bu sistem, kamu harcamalarının kısıtlandığı bir ortamda bu hizmetlerin vatandaşlara ulaştırılmasını ve yerel yönetimin çabalarını zora sokmaktadır.

3.3 Danimarka, Letonya, Hollanda, İspanya ve İsveç’teki politika ve uygulamalara genel bakış

3.3.1 Yapı ve yöntem

Bu bölüm, Avrupa Bölgesi’ndeki sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede yerel yönetimlerin çalışmalarına genel bakışın bir uzantısı niteliğindedir. Danimarka, Letonya, Hollanda, İspanya ve İsveç’ten yerel otoriteler, detaylı görüşmeler için seçilmiştir. Bu görüşmelerin temel amacı Avrupa Bölgesi’nin farklı yerlerindeki yerel yönetimlerin farklı mali ve politik yapıları hakkında bilgi sahibi olmak, yerel yönetimlerin sağlık ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadeledeki pratik tecrübelerinden faydalanmak ve girişimlerin yerel seviyede uygulanmasındaki belirli tecrübeler hakkında veri toplamaktır. Ayrıca bu çalışma mevcut akademik literatürden ve uygulanmakta olan politikalardan da yararlanmaktadır.

Seçilen bu ülkeler Avrupa Bölgesi’ndeki farklı ulusal gelir, ortalama yaşam beklentisi ve sağlık olarak farklı yönetim yapılarını temsil etmektedir. Yerel otoriteler, Avrupa Sağlık İdaresi Kurumu’nun üyelik ağı sayesinde saptanmıştır ve farklı yerel yönetim şekillerini ve kapsamını temsil edecek çeşitli ulusal bölge ve şehirleri içermektedir. Amaç,

özellikle uluslararası düzeyde bu politikaları takip eden şehirleri seçmek değildir; dolayısıyla DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı ve diğer girişimlere üye şehirler dahil edilmemiştir. Görüşülen şehirler Hollanda'dan Maastricht, Danimarka'dan Aarhus, Letonya'dan Jurmula kentleri; görüşülen bölgeler ise İspanya'dan Aragon (en önemli kenti: Zaragoza) ve İsveç'ten Västra Götaland (en önemli kenti: Göteborg) bölgeleridir.

Yöntem olarak ise bölge ve şehirdeki bu politika alanında görevli çalışanlarla mülakat yapılması seçilmiştir. Mülakata katılan görevliler şehir veya bölgeleri adına görüşlerini dile getirmiştir. İlgili ülkelerin yerel yönetimlerinden başka bir görevli de verilen bilgilerin doğruluğunu kontrol etmiştir.

Bu bölüm dört parçaya ayrılmıştır. Birinci parça, her ülkedeki yerel yönetimin sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede içinde bulunduğu ortam şartlarını anlatmaktadır. İkinci parça, sağlığın ve sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileriyle mücadelede yerel yönetimlerin aktiviteleri üzerinde durur. Bu bölümde tartışılan ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadeledeki potansiyel etkileri göz önüne alınarak seçilen başlıklar şu şekildedir:

- Çocuk ve gençlerin gelişimi – Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun Raporu'nun (1) 5 numaralı eylem alanı
- İstihdam ve iyi iş dengesi – eylem alanı 7
- Yaşlı insanlar – eylem alanı 8
- Sağlıklı ve sürdürülebilir bir toplum yaratmak – eylem alanı 6

Üçüncü parça yerel yönetimlerin, sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede uyguladıkları girişimlere, özellikle de bu girişimlerin başarıyla uygulanmasındaki engellere odaklanır. Son bölüm ise görüşmeler sonucunda varılan potansiyel politik çıkarımlara yer vermektedir.

3.3.2 Terimler

Mülakata katılanlar sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele ifadelerini birbiri yerine geçecek şekilde kullanmıştır. Ayrıca, mülakata katılanlar genel olarak sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede edilmesini, tüm sosyal tabakalardansa dezavantajlı konumda bulunan gruplara yöneltilmiş bir gereksinim olarak kabul etmişlerdir. Sağlık alanındaki sosyal belirleyiciler ve sağlık alanındaki eşitsizlikler dolayısıyla bu metinde, yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicilerine ve bu belirleyicilerin sağlık üzerindeki potansiyel etkilerini gösteren yaklaşımları karşılayacak şekilde kullanılmıştır. Yapılan müdahalelerin belli bir hedef dâhilinde mi yapıldığı yoksa tüm sosyal tabakalarda etkisi olacak şekilde mi tasarlandığı her olay için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

3.3.3 Yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelesinde siyasi ve mali durum

Avrupa Bölgesi'ndeki yerel yönetimlerin farklı ve benzer siyasi ve mali koşullarını saptamak, yerel yönetimlerin görevlerini ve bu görevlerin sağlığın sosyal belirleyicilerini ne şekilde etkileyeceğini anlamak açısından oldukça önemlidir. Fakat, Avrupa Bölgeler Meclisi çeşitli ulusaltı yapı ve yerel yönetimlerin bir haritasını çıkarmış (44,45) ve durumun ne kadar karışık olduğunu göstermiştir.

Mali ve siyasi durumun etkisini derinlemesine irdelemek için, görüşmeler güçlü bölgesel yönetimlerin bulunduğu ülkeler (İspanya ve İsveç) ve güçlü belediyelerin bulunduğu ülkeleri (Danimarka, Letonya, Hollanda) kapsayacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Bu bölüm beş ülkenin sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele ve sağlık eşitsizliğinin azaltılmasındaki belirli yasal düzenlemeleri ve sorumluluk dağılımını anlatmaktadır. Böyle bir sorumluluğun olduğu durumlarda, bu sorumluluk belirli bir kaynak tarafından finanse ediliyorsa bu kaynak da tespit edilip anlatılmıştır. Ayrıca bu bölüm, sağlığın sosyal belir-

leyicileriyle mücadelede sorumluluk dağılımının nasıl yapıldığını, ve de bu sorumluluğun, bölgesel veya yerel, sağlık sistemlerine mi yoksa yerel yönetimlere mi ait olduğunu anlatmaktadır. Sağlığın belirleyicilerini etkileyen faktörler karmaşık olduğu için, bu bölüm farklı kurumlar ve sektörler arasında işbirliği ve koordinasyonunun nasıl sağlandığına da açıklık getirmektedir.

3.3.3.1 Danimarka

Danimarka'da 2007 yılındaki bir düzenleme ile yerel yönetimlerin yapısı ve sağlık hizmetlerinin sorumlulukları değişmiştir. Yerel yönetim (sayısı 271'den 98'e düşürülmüştür) temel olarak sağlığın iyileştirilmesi, huzur evleri, özel ihtiyaçları olan kişilere sunulan hizmetlerden sorumlu olup, yeni oluşturulan 5 idari bölge, kendilerine ait hastane ve bakım evlerinin yönetimini üstlenmiş olup, birinci ve ikinci derece tedavi hizmetlerinden sorumludurlar (56). Her iki seviyedeki bu yönetimlerin kendilerine tahsis edilmiş bir gelir kaynağı bulunmaktadır.

2007'de gerçekleştirilen reform ile, sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele belediyenin görevi haline gelmiştir. Görüştüğümüz belediye bize bu alanlara 2007 sonrasında daha fazla odaklanıldığını bildirmiştir.

Bu gelişmeyi takiben, pek çok belediye sağlık eşitsizlikleri meselesine nasıl yaklaşacaklarını belirten eylem planları geliştirmiştir. Görüştüğümüz kişiye göre bu değişikliklerin doğrudan etkisi gözlenmektedir: "Danimarka'daki yerel yönetim yapısında yapılan reformların şüphesiz etkisi büyüktür çünkü artık pek çok insan, sağlığın belediyelerin öncelikleri arasında geldiğini fark etmeye başlamıştır. Sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam hakkındaki bilgileri arttığını söyleyebiliriz."

Danimarka'daki belediyeler sağlığın belirleyicilerine ve sağlıkta eşitsizliklere odaklanmaları için ayrıca mali olarak da geçerli sebepleri bulunmaktadır. Belediyelerin Danimarka'nın toplam sağlık hizmetleri-

ne ayrılan bütçesinin %30'unu ödediği düşünüldüğünde, bu durum hastalık tedavi edici değil, sağlık arttırıcı tedbirlere odaklanılmasını sağlamıştır, çünkü sağlık arttırıcı tedbirler tedavi yöntemlerinden daha az maliyetlidir. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve yoksun grupların (yasadışı uyuşturucu kullanan gruplar gibi) desteklenmesi için ayrılmış ayrı bütçeler bulunmaktadır.

Görüştüğümüz belediye ayrıca, sağlık ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle ilgili konuları farklı politika alanlarının da gündemine sokmak için kurulması gereken ortaklıkların önemine vurgu yapmıştır. Sağlık sistemi dışında bu ortaklığın gerçekleştirildiği ilgili merciler konut dernekleri ve okullardır. Görüştüğümüz kişiye göre: "Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele giderek sağlık dışındaki diğer alanların da gündemine yerleşmeye başlamıştır. Örneğin Aarhus'da sağlık etkisi değerlendirmesi kentsel yönetim ve planlamanın bir parçası haline gelmiştir.

3.3.3.2 Letonya

Letonya'da yerel yönetim, 1993'teki ademi merkezileşme sürecinin bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin vatandaşa ulaştırılmasında ve finansmanının sağlanmasında önemli bir rol almaya başlamıştır. Finansal süreçler 1997'de yeniden merkezileştirilmiş, sağlık hizmetlerinin ulaştırılması ise giderek yerel yönetimden bağımsız bir hal almaya başlamıştır. Her ne kadar yerel yönetim hala resmi olarak hastanelerden ve bakım merkezlerinden sorumlu olsa da, bu merkezler giderek kendi kendilerini idare eden aktörler haline gelmiş, bu durum da yerel yönetime sağlık arttırıcı politikalar, yaşlı ve evsiz insanların bakımı gibi sorumluluklar bırakmıştır. Letonya'daki belediyeler yasal olarak belli bir konut standardını sağlamakla yükümlü olduğundan, bu durum Letonya'nın sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelesinde önemli bir çaba olarak yer etmektedir (47).

Kapasiteyi arttırmak adına bölgeler Temmuz 2009

yılında kaldırılarak, yerine 109 belediye ve 9 şehir getirilmiştir (48). Bunlar yeni değişiklikler olduğu için, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede yerel yönetimin etkisi henüz tam olarak bilinmemektedir.

Adime merkezileşme sürecine rağmen; iyi bir konut, eğitim, sağlık hizmetleri ve iyi bir gelir sağlayan ulusal programlar (ve AB politikaları) göz ardı edilmemelidir. Görüştüğümüz yetkili bize bu durumun sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede son derece önemli olduğunu ve bunu gerçekleştirmek için finansal desteğin kaçınılmaz olduğunu söylemiştir.

Merkezi düzeyde, Sosyal Yardım Bakanlığı sağlıkta eşitsizliklerin 2010 itibarıyla %25 oranında (ölçüm pek çok değişken dikkate alınarak yapılmıştır) düşürülmesi için uğraşmıştır. Uluslararası ekonomik krizin ardından Letonya'nın şu anki ekonomik durumu pek de iyi değildir (işsizlik oranları AB ortalamasının üstünde, asgari ücret ise oldukça altındadır). Görüştüğümüz yetkili, bize yerel politikacıların, ulusal hedefler dâhilinde ve kendilerince sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle en iyi şekilde mücadele edecek programları ve yerel planları desteklediğini söylemiştir.

Yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelesinde saptanan diğer yetkili merciler Sağlık Bakanlığı, Letonya Belediyeler Birliği ve Letonya Büyük Şehirler Birliği'dir. Belediyeler için yerel kapasite yaratma, desteklemek ve geliştirmenin önemli olduğu da görüşmeler sırasında tespit edilmiştir: "Sivil toplum aktivitelerine destek vermek oldukça önemlidir ve bu pek çok şekilde yapılabilir. Sivil toplum örgütlerinin bir ofisi sayesinde veya karar verme süreçlerine farklı grupları dâhil ederek bu gerçekleştirilebilir". Buna göre sivil toplum örgütleri belediyeler ve yoksun gruplar arasında bağlantıyı sağlayan kuruluşlar olarak ön plana çıkmaktadır. "Sivil toplum örgütleri sosyal bağlamda son derece önemlidir. Ayrıca toplum ihtiyaçlarının belediyelere iletilmesinde önemli rol alırlar."

3.3.3.3 Hollanda

Hollanda'da belediyeler ile ulusal hükümet arasında "bölge" isminde ulusaltı yönetim yapıları mevcuttur. Bölgeler arazi kullanımı, ulaşım ve belediyelerle birlikte genç insanlar için hizmetlerin finanse edilmesi ve düzenlenmesinden sorumludur. Ulusal olarak, Sosyal Destek Yasası ve Halk Sağlığı Yasası sağlık hizmetlerine erişimi sağlayan ve eşitsizlikleri azaltan iki temel düzenlemeyi oluşturur. Ulusal Destek Yasası her birinin hedef kitlesi ve amacı ayrı dokuz alanı³ kapsar. Sosyal Destek Yasası'nda öngörülen sorumluluklar bazı alanlarla belirli bütçelerle birlikte gelir, fakat bu durum sosyal refahın geliştirilmesi hususunda geçerli değildir. Yine de, belediyeler Sosyal Destek Yasası'nda öngörülen hedeflere ulaşmada otonom olarak hareket edebilirler. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri alanında yapılacak iyileştirmeler, hararetli tartışmalara sahne olan siyasi meseleler olsa da; siyasi olarak veya uygulamada bu alanda başarı sağlandığı pek söylenemez. Yaşlı insanlara sosyal destek sağlamanın yarattığı mali baskıların belediyeler için giderek büyüyen bir sorun olduğu dile getirilmiştir.

Belediyeler seviyesinde, Sosyal Destek Yasası'nda uyumdan sorumlu belirli bir siyasi figür bulunsa da; bu durum uygulamaların daha başarılı olacağı anlamına gelmez çünkü sorumlu bir kişi bulunmasına rağmen gerekli hesap verebilirlik mekanizmaları eksiktir. Yerel yönetim genellikle birkaç belediyeyi kapsayan ve yerel yönetimlere ait belediye sağlık işleriyle işbirliği yapar. Belediye sağlık işleri, aralarında sağlık eşitsizliklerinin saptanmasının da bulunduğu pek çok halk sağlığı hizmeti vermektedir.

3 Sosyal dayanışmayı arttırmak, çocuk ve gençler ile ebeveynlerin problemlerinin önlenmesi, vatandaşların bilgilendirilmesi, destek bakıcıları ve gönüllüler, engelli ve psikolojik sorunları bulunan kişilerin sosyal katılımını bağımsız hareket edebilmesini sağlamak, engelli ve psikolojik sorunları bulunan insanlara sağlanan sosyal hizmetler, sosyal bakım hizmetleri (kadın bakımı da dahil olacak şekilde), halk sağlığının artırılması, bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili politikalar

3.3.3.4 İspanya

İspanya’da federal sağlık yasası ve Ulusal Sağlık Hizmetleri’yle uyum yasası olmak üzere iki farklı ulusal yasa sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgilidir. Fakat İspanya’da ayrıca bölgesel yönetimler de son derece önemlidir. Özerk bölgeler merkezi yönetimden bağımsız olup, sağlık alanındaki hemen tüm meseleler bu özerk bölgelerin sorumluluğundadır. İdari yönetim seviyeleri formel ve enformel mekanizmalar ile koordine edilmiştir. Ulusal olarak, özerk bölgeler ile merkezi hükümet arasında koordinasyonu sağlayan resmi koordinasyon organları mevcuttur. Özerk bölgeler sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele edebilmek adına; sağlık dışındaki sektörler olan eğitim, ekonomi ve sosyal hizmetler gibi sektörlerle de işbirliği yapmaktadır. Ancak görüştüğümüz yetkili, bu işbirliğinin başarısının durumdan duruma farklılık gösterdiğini belirtmiştir.

Burada ele aldığımız özerk bölgeler seviyesinde, görüştüğümüz kişi, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin siyasi gündemde bulunduğunu, ancak bu durumun yeni bir olay olduğunu dile getirmiştir. Yetkili, “sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının ulusal seviyede çok sık kullanılmadığına dikkat çekmiştir. Aragon içindeki bölgesel hükümet sağlık kanunları sağlık alanındaki eşitsizlikleriyle mücadelenin yolunun sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadeleden geçtiğini kabul etmektedir. Ayrıca bu belirleyicilerle mücadeleyi tüm sağlık politikalarının merkezine koyacak bir yasa taslağı oluşturma çabası hala sürmektedir. Bu konudaki çalışmalar, AIDS’li hastalar gibi savunmasız topluluklarla alakalı olanlar hariç, genel gelirle sayesinde finanse edilmektedir.

Diğer birkaç özerk bölge de sağlıktaki eşitsizliklerle mücadelede aktif olarak çaba sarf etmektedir: Endülüsy, Katalonya ve Valensiya gibi. Fakat özerk bölgeler ve belediye idari teşkilatları arasındaki sorumluluk ve görev dağılımı özerk bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Aragon’da belediyeler

küçük olduğu için (Zaragoza hariç) belediyelerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele kapasiteleri oldukça azdır. Kırsal bölgelerdeki belediyelerin bütçeleri de kısıtlı olduğundan, sahip oldukları bütçe sağlıktaki eşitsizliklerle mücadelede ayrı bir çalışma için finansman oluşturmaya ve personel istihdam etmeye çoğunlukla yeterli değildir. Görüştüğümüz yetkili bize özerk bölgeler arasındaki işbirliğinin farklılık gösterebildiğini, ancak bu farklılığın sebebinin halka karşı olan ilgisizlikten ziyade meselenin farkında olunmamasından kaynaklandığını bildirmiştir.

3.3.3.5 İsveç

İsveç’te sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele hem ulusal hem de yerel gündemde bulunmaktadır. 21 bölge konseyi, bölgesel düzeyde sağlık hizmetlerinin satın alımı ve vatandaşla ulaştırılmasıyla sorumlu olup, devletten büyük ölçüde bağımsız olan bu konseyler aynı zamanda vergi de toplamaktadır. Bölge konseyleri ve 290 belediye idari teşkilatı sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili genel gündemden birlikte sorumludurlar. Belediyeler genel olarak sosyal refah gündeminden sorumlu olup, bölge konseylerinden ve ulusal hükümetten büyük ölçüde bağımsızdırlar. Genel bütçe sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele için bir fon ayırmakta, bir belediye veya bölge konseyince ayrılmadığı sürece bu konuda özel olarak başka bir fon bulunmamaktadır.

Görüştüğümüz yetkili sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin ulusal, bölgesel ve yerel düzeylerde, siyasi ve mali sistemin geneline dâhil edilmiş olduğunu söylemiştir. İsveç’te bu alanda politik gündemin oluşturulmasında Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun raporuna (1) özellikle atıfta bulunulmuştur. Buradaki algı, sağlığın artırılmasında ve eşitsizliklerin azaltılmasında sosyal belirleyicilerin görevinin önemli bir siyasi irade oluşturmalarıdır. Ayrıca görüştüğümüz yetkili bize sağ ve sol görüşlü tüm siyasetçilerin sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmakta kararlı olduğunu,

ancak sağ kanadın sağlık hizmetlerine erişim üzerinde dururken, solun eşitlik üzerinde durduğunu belirtmiştir. Aradaki bu görüş farklılıklarına rağmen, siyasetçiler yerel olarak bu gündemde mutabakata varmanın yollarını aramaktadır.

3.3.4 Öne çıkan ana fikirlerin özeti

Yerel yönetimlerin yapısı, yönetimi ve mali yapısı ile ilgili yetkililerle yapılan görüşmeler sonucu sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri ile mücadelede birkaç tema öne çıkmaktadır. Bunlardan dört tanesi özellikle önemlidir: yönetim yapısı ve kapasite seviyeleri arasındaki farklılıklar, harcama ve belirleyici finansman, geniş yasal çerçeve ve he-sap verebilirlik.

3.3.4.1 Yönetim yapısı ve kapasite seviyeleri arasındaki farklılıklar

Avrupa Bölgesi'ndeki ülkeler arasında yönetim yapıları bakımından büyük farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum açıkça gözükse de farklı iktidar yapısı ve seviyeleri ve diğer karmaşık unsurlar kesin bir şekilde tanınmalı ve ele alınmalıdır. Görüştüğümüz yerel otoritelerin arasında Aragon ve Västra Götaland Bölge Konseyi gibi vergi toplama ve kendi gündemlerini belirleme gibi imkânlarla sahip güçlü bölgeler bulunmaktadır.

Bu durumun aksine, Danimarka ve Hollanda'da görüşülen yerel otoritelerin gücü daha az olup, bu otoritelerin vergi toplama gücü bulunmadığı gibi gündemlerini belirleme kapasiteleri de oldukça kısıtlıdır. Bazı durumlarda, idari açıdan benzer seviyelerde bulunan ve benzer isimlere sahip teşkilatlar arasında bile yasal ve finansal düzenlemeler bakımından büyük farklılıklar saptanmıştır, örneğin İspanya ve Hollanda'daki benzer konumlardaki belediyelerin görev ve kontrol alanlarındaki farklılıklar gibi. Bütün bu unsurlar yerel yönetimlerin sağlığın belirleyicileriyle ilgili bağımsız olarak hareket etmesini etkilemektedir. Bölgelerin vergi toplama gücünün bulunduğu ülkelerin yetkilileriyle yapılan gö-

rüşmeler, bu bölgelerin ulusal hükümetten oldukça bağımsız hareket edebildiğini göstermiştir. Fakat İspanya ve İsveç'te bu bağımsızlık kendini belediyelerin bölgelerden bağımsızlığında da göstermektedir. Bu heterojen yapı, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri ile mücadelede, farklı sistemler ve ülkelerde güçlü programların oluşturulmasında farklılıklara yol açmaktadır.

3.3.4.2 Harcama ve belirleyici finansman

Harcama seviyeleri, özellikle de sağlığın sosyal belirleyicileri için bütçe tanımlayabilmenin önemi, her görüşmede kendini gösteren bir temadır. Hemen hemen görüştüğümüz tüm yetkililer, belirli programlara ayrılan finansmanın oldukça basit olduğunu, buna karşın sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele için harcanan toplam parayı tespit etmenin oldukça güç olduğunu kabul etmiştir. Bu zorluğun en önemli sebebi, eğitim, toplu taşıma, kamu güvenliği ve arazi planlaması gibi farklı sektörlerin ve politika alanlarının da sürece dahil olmasıdır.

3.3.4.3 Genel yasal çerçeve

Yerel yönetimlerin içinde bulunduğu yasal çerçeve ve sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede yapılanlar için kritik öneme sahiptir. Görüşülen yetkililerin çoğunun ülkesinde sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele etmek yönetimin vatandaşına karşı genel sorumlulukları arasında bulunsun da, bu durum net olarak anlaşılmamakta ve belirli taahhütler bulunmamaktadır. Bazı yetkililer, yasaların genelde sağlık gelişimi, herkes için refah gibi terimler içerdiğini ancak bu terimlerin nasıl rakamlarla izah edilebileceğine ve sosyal tabakaları nasıl birleştirebileceğine dair ibarelerden yoksun olduğuna dikkat çekmiştir (49). Literatürde de bu durum kendisini göstermektedir; Judge ve diğerleri (50) *ülkeleri üç farklı gruba ayırmaktadır: hedeflerin net olarak belirlendiği iki farklı ülke grubu (İngiltere ve Hollanda gibi) ve Çek Cumhuriyeti, Letonya ve Litvanya gibi Dünya Bankası'nın önerilerini takip*

eden üçüncü bir ülke grubu. Ayrıca bazı belediyeler, genel yasal çerçevenin ötesinde, sağlığın bazı belirleyicilerinin kendilerine ait yasal düzenlemeleri olduğunu dile getirmiştir: örneğin iş güvenliği gibi. Durum böyle olunca kanunlar ve stratejik dokümanlar problemle mücadele için belirli hedefler belirlemektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizliklerine ilişkin kanunlar genel olarak fazla açık değilken, sağlığın belirli bir belirleyicisine ilişkin kanun ve düzenlemeler ise açık ve nettir.

Görüşüğümüz yerel otoritelerin uyguladıkları müdahale ve girişimler de birbirinden farklıdır. Özellikle orta ve doğu Avrupa'daki yerel otoritelerin sosyal hizmetlerin ulaştırılmasında ve yoksullukla mücadelede daha büyük görev sahibi olduğü tespit edilmiştir. Fakat bu aynı zamanda sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasının büyük ölçüde ülkenin ekonomik durumuna bağli olduğü anlamına gelmektedir. Örneğin Letonya'daki belediyenin, ekonominin kötüye gitmesiyle ilgili büyük endişeleri vardı. Bu durumda belediyelerin sosyal hizmet ve program yelpazesinin daralması, artan işsizlik ve yoksulluk oranlarının da sosyal yardımlara duyulan ihtiyacı arttırması beklenmektedir; bu durum da muhtemelen sağlık alanındaki eşitsizliklerin artmasına sebep olacaktır. Dolayısıyla Letonya'dan görüşüğümüz yetkili, ekonominin gerilediğı bu dönemde "başarılarını kaybetmemenin önlerindeki en büyük engel olduğünü" belirtmiştir.

3.3.4.4. Hesap verebilirlik

Yönetim ve yasal çerçeve yapısı aynı zamanda yerel yönetimlerin hesap verebilirliğiyle ilgili önemli soru işaretlerini de beraberinde getirmiştir. Sadece bir yetkili (Hollanda) yerel yönetimde sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede belli bir kişinin bulunduğunu söylemiştir. Bu kişi Sosyal Yardım Yasası'nın öngördüğü sağlığın sosyal belirleyicilerinden sorumlu yönetim kurulunun bir üyesidir. Yönetim düzeyinde hesap verebilirliğin bulunmasının mantıklı bir yatırım olup olmadığı tartışma götürür bir meseledir; Hollanda'daki yerel oto-

riteden görüşüğümüz yetkili bu hesap verebilirliğin uygulamanın kendisine direk olarak faydalı olacağından şüphe etmektedir. Fakat görüşüğümüz diğer yetkililer, hesap verebilirliğin değişimin önkoşullarından biri olduğü inancına sahipler. Bir diğer yetkili de sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizliklerinden herkesi sorumlu tutmanın kimseyi sorumlu tutmamakla eşdeğer olduğü görüşündedir. Bir başka yetkili de "çalışmaların sistemin işlemiş olmasından dolayı görülmesinin güç olabileceğı" kanaatinde. Dolayısıyla, idari seviyede hesap verebilirliğin eksik olması ve hesap verebilirliğin etkisinin belirsiz olması, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde etkili olarak çalışmak isteyen yerel otoriteler için büyük soru işaretleri oluşturmaktadır.

3.4 Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede yapılması gerekenler

Görüşüğümüz her yetkili, kendi ülkelerinde ve bölgelerinde sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanarak sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmeye çalışan, fakat kapsam, hedef ve içerik olarak birbirinden farklı programların bulunduğunu belirtmiştir. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporunda belirtilen dört alan, yapılan görüşmelerde yetkililerce değerlendirilmeleri için seçilmiştir. Amaç yerel yönetimlerin girişimlerinin raporda belirtilen hedeflerle eşleşip eşleşmediğini tespit etmektir. Örnekler, sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede önem arz eden ve yerel yönetimin görevini gözler önüne seren alanlardan seçilmiştir. Görüşmeye katılan yetkililerden sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede aşağıdaki alanlarda yürüttükleri çalışmaları anlatmaları istenmiştir:

- Çocuklar ve gençler
- Yoksulluk ve işsizlikle mücadele
- Sağlıklı ve sürdürülebilir mekânlar ve toplumlar yaratmak
- Yaşlılar

Aşağıdaki bölüm bu alanlardaki aktivite yelpazesini anlatmaktadır. Yine de bu listenin eksiksiz olarak tüm program ve aktiviteleri içerdiği anlamına gelmez.

3.4.1 Çocuklar ve gençler

Çocukların ve gençlerin karşılaştığı sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi tüm yetkililerin gündeminde olup, tüm yetkililer erken müdahalenin öncelikli konumda olması gerektiğini düşünmektedir. Ele alınan konu başlıkları arasında uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, fiziksel aktivitenin artırılması ve güvenli cinsel ilişkinin teşvik edilmesi bulunmaktadır. Bu yaklaşım; farklı sosyal tabakalar için sağlığın sosyal belirleyicilerinden insanları hayat tarzlarına odaklanan bir yaklaşımın benimsendiğini göstermektedir.

Aragon bölgesinin yerel olarak oluşturulan eylemleri destekleyen ve teşvik eden birkaç fon programı mevcuttur. Bu programlar için sektörler arası işbirliği ve yenilikler gerekirken olup, şu ana dek 60 kadar yerel girişim bu yolla finanse edilmiştir. Ayrıca bölgede, okullar için de bir fon oluşturulmuştur. “Okula erişim fonu en az üç sene boyunca devam eden ve 5 temel konuya odaklanan bir çalışma programı gerektirir. Bu beş temel konu beslenme, fiziksel sağlık, uyuşturucu ve alkol kullanımı, çevre ve zihinsel sağlıktır. Bu çalışma aynı zamanda en dezavantajlı konumda bulunan çocuklar ve ailelerine yönelik olup, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmayı amaçlamaktadır.” Diğer programlar ise seks işçilerinde AIDS’in önlenmesi gibi programlar olup, toplumun en savunmasız üyelerini korumaya yöneliktir. Sivil toplum örgütleri ve diğer sosyal ortaklar çalışmaların çoğunu yürütse de, bu çalışmaların finansmanı Özerk Yönetim tarafından sağlanmaktadır.

Danimarka’da sağlık ve sosyal hizmetler çalışanlarının çocukların sağlık profillerini oluşturduğu daha bireysel bir yaklaşım takip edilmektedir. “Çocuklar dokuzuncu sınıfı bitirdiklerinde bir doktor veya hemşire tarafından muayene edilip her birinin sağ-

lık profilleri oluşturulmaktadır. Eğer oluşturulan bu profil negatif ise sosyal hizmetler ve sağlık çalışanları devreye girmektedir.” Bu durum sağlık eşitsizliği haritasının çıkarılmasını ve denetlenmesini kolaylaştırmaktadır.

Letonya’nın Jurmula kentinde, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla her yıl Aile Sporları Günü organize edilmektedir. “Ayrıca toplum içinde güvenli davranışları teşvik edip, uyuşturucu madde ve alkol bağımlılığının etkilerini de gösteriyoruz.” Alkol bağımlılığı, Hollanda’nın Maastricht kentinde ailenin de içinde bulunduğu daha geniş bir toplumsal bağlamda değerlendirilmektedir: “Bizim aileleri hedef alan ve onlara alkol bağımlılığının kişilerin çevreleriyle olan ilişkilerinde sonuçlarını gösteren programlarımız bulunmaktadır.”

Diğer bir örnek de Hollanda’nın Maastricht kentinde uygulanan, sağlıklı yaşamın ve beslenmenin önemiyle ilgili farkındalık yaratmayı amaçlayan bir okul programıdır. İsveç’te görüştüğümüz yetkili de Eğitim ve Araştırma Bakanlığı’yla, eğitimde sağlık öğretimi konularında birlikte çalıştığını belirtmiştir.

Bütün yetkililer, çocuklar ve gençlerle ilgili yapılan çalışmaların gelecek için bir yatırım olduğunu ve bu alanın üzerinde en çok durulması gereken alan olduğunu kabul etmişlerdir. Bu düşünce ulus altı seviyelerde yapılan çalışmaların boyut ve kapsamının da ne kadar geniş olduğunu göstermektedir. Konut ve ulaşım gibi ana akım bütçelerin daha az yaygın olmasıyla birlikte bazı yetkililer sosyal hareketliliğin teşvik edilmesinde eğitimin önemine dikkat çekmişlerdir.

3.4.2 Yoksulluk ve işsizlikle mücadele

Görüştüğümüz yetkililerin vurguladığı bu alandaki girişimlerin çoğu işyeri sağlığına odaklanmaktadır. Danimarka’da her işveren, işyeri koşullarının çalışanların sağlığı üzerindeki etkilerini yapılan denetimlerle güvenceye almaktadır. Her işveren yaptırdığı denetimlerle, çalışma ortamlarının çalışanların

sağlığı üzerindeki etkilerini tespit etmekle mükelleftir. Bu denetim çalışanların hem fiziksel hem zihinsel sağlıklarını ele almalı ve problemlerin saptanması durumunda gelişim süreci yakından takip edilmelidir. Tüm işverenlerin üç senede bir bu denetimleri yaptırması zorunludur.

İsveç'te ise iş ve çalışma sağlığıyla ilgili gündemin büyük ölçüde reaksiyonel olduğu düşünülmekle birlikte, işle alakalı stresin sebep olduğu sağlık etkilerine olan ilgi giderek artmaktadır. Hollanda'da ise güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamını ve özellikle de iş-özel hayat dengesini sağlamaya yönelik birkaç girişim bulunmaktadır.

Letonya'da bazı belediyeler, işsiz insanlara Avrupa Sosyal Fonu tarafından desteklenen sosyal haklar sunmaktadır. Aynı zamanda belediyelerin sorumlulukları dâhilinde olan bölge sakinleri için belirli bir konut ve gelir seviyesi sağlamasını gerektiren yasal sorumlulukları bulunmaktadır. Bu durum düşük gelir seviyelerindeki insanlara sağlanan, okul yemeği, kreş, okul ihtiyaçlarının karşılanması gibi diğer finansal yardımlarla da desteklenmektedir. Fakat ekonomik kriz Letonya'yı pençesi altına almıştır: belediye bütçeleri kesintiye uğramakta ve belediyeler personel kaybetmektedir. Bu durum sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmek amacıyla gerçekleştirilecek çalışmaları zora sokmaktadır.

3.4.3 Sağlıklı ve sürdürülebilir mekânlar ve toplumlar yaratmak

Sağlıklı ve sürdürülebilir mekanlar yaratmanın önemi giderek artmaktadır. Görüştüğümüz tüm yetkililer fiziksel aktiviteyi, yürümeyi, bisiklete binmeyi teşvik eden ve bu şekilde hava kirliliğiyle mücadeleyi amaçlayan çok sayıda projenin varlığından bahsetmiştir.

Fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi tüm belediyeler için popüler bir gündem olsa da, bazı yetkililer bunun sağlık alanındaki eşitsizlikleri artırma riskinin olduğunu belirtmiştir. Bir yetkili "fiziksel aktivitenin

orta ve üst sınıf tarafından daha çok gerçekleştirildiğini ancak dezavantajlı grupların yeterli fiziksel aktivite yapamadıklarını" belirtmiştir. Fiziksel aktiviteyi arttıracak bir başka yaklaşım ise, Danimarka'nın Aarhus kentinde sosyal ve sağlık hizmetleri çalışanları ve bakıcılar için bisiklet kullanımının finansal olarak teşvik edilmesi örneğidir. "Bakım hizmetlerinde çalışanlarının ve genellikle düşük gelir gruplarına mensup çalışanlarının bisiklet kullanmasını amaçladığımız bir pilot projemiz bulunmaktadır. Bakıcılar bu bisikleti kullanmaya oldukça meraklılar."

Bunların yanında tüneller kullanarak havadaki parçacıklı maddelerin azaltılmasını amaçlayan, kentsel ayrışmayı azaltmayı amaçlayan kalkınma programları gibi hava kirliliği ve çevre tahribatının azaltılmasına yönelik çalışmalar da bildirilmiştir. "Bu durumda, bölgeler arası mevcut sağlık eşitsizlikleri, havadaki parçacıkların azaltılması amacıyla geliştirilen tüneller için bir kaldıraç görevini görmektedir. Bu da sağlığın sosyal belirleyicilerinin, kentsel yönetim gündemini etkilediğini açıkça göstermektedir." Bununla birlikte belediyeler, sağlık alanındaki eşitsizlikler ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin inşa edilmiş çevre gündemine dahil etmenin zor bir süreç olduğuna dikkat çekmiştir. Görüştüğümüz yerel otoritelerden yalnızca İsveç ve Danimarka'daki otoriteler kendi bölgelerinde inşa edilmiş çevrenin sağlığın temel bir belirleyicisi olduğuyla ilgili tartışmaların giderek artmakta olduğunu bildirmişlerdir.

Maastricht'teki yetkili "arazi planlaması gibi pek çok alanda iyileştirme imkanlarının mevcut olduğunu" belirterek "kentsel planların yapılması esnasında sağlığın dikkate alınan unsurlardan biri olduğunu ancak en önemli unsur olmadığını" söylemiştir. Jürmula da sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede çaba sarf etmektedir: "Sağlık 2010-2016 arası Kalkınma Stratejisi'nin önemli öğelerinden biridir. Bu strateji genel olarak belediyelerin sağlık alanında neler gerçekleştirmesi gerektiğini, ve bunları gerçekleştirirken konut, kültürel ve sosyal çevre gibi belirleyicileri de değerlendirmeye alması gerektiğini belirtmektedir."

3.4.4 Yaşlılar

Görüşme gerçekleştirdiğimiz tüm yetkililer yaşlı insanların sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede hedef kitle arasında olduğunu kabul etmiştir. Özellikle çok sayıda kamu hizmeti yaşlı insanlar için oldukça önemlidir. Hollanda'dan görüştüğümüz yetkiliye şöyle söylemiştir: “Yaşlı insanlar ve genel olarak zayıf gruplar için toplu taşıma araçlarına erişim çok önemlidir. Eğer bu kişilerin yerel ve ulusal toplu taşıma araçlarına erişimi yetersizse, bu kişiler sosyal mahrumiyet çekmemek ve topluma katılabilmek için kendi kişisel araçlarına ihtiyaç duyacaklardır.” Ayrıca Jurmula Belediyesi aktif bir insanların aktif bir yaşlılık sürdürebilmeleri için toplu taşıma araçlarını geliştirmekte ve teşvik etmektedir.

Bunun yanında yaşlı insanları dahil etmek ve aktif hayat tarzlarını teşvik etmek için çok sayıda aktivite bulunmaktadır. Aragon'da “sosyal hizmetler departmanı, yaşlı insanların yurt dışına seyahat etmelerini sağlayacak düşük fiyatlı uygulamalar başlatmıştır.” Jurmula'daki kültür departmanı “her yaş grubu için kültürel aktiviteyi desteklemekte, orta yaşlı ve yaşlı insanlar için de dans grupları ve korolar gibi sosyal ve kültürel aktiviteleri teşvik etmektedir.” Fakat sosyal hizmetlere erişim, hala belediyeler için en önemli meselelerden biridir. “Her yaş grubu için olduğu gibi insanlara hizmetlerin ulaşmasını sağlamalısınız ve biz, örneğin, bakım evlerinde hizmet vermekteyiz.”

3.4.5 Özet

Bu örnekler yerel yönetimlerin çalışmalarının kapsamının ne kadar geniş olduğunu göstermektedir. Bunlar aşağıdakileri kanıtlamaktadır:

- Yerel yönetimler sağlığın artırılması ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele için, özellikle de sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmak suretiyle, büyük çabalar sarf etmektedir.
- Yalnızca Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Komisyonu'nun raporunda belirtilen alanlarda değil, içinde bulunulan bölgenin veya ülkenin kültürel ve yasal çerçeveleri dahilinde yerel yönetimlerce üstlenilen sorumluluk alanlarında da çalışmalar yapılmaktadır.

- Yerel kentsel, siyasi ve idari liderlik; varlığa dayalı sosyal kapital inşa ederek vatandaşların güçlendirilmesini sağlayan kalkınma programları tarafından da desteklenen sistemin tamamını etkileyecek ortaklıkların ve işbirliğinin sağlanmasında oldukça önemlidir.

Fakat örnekler, bu alanda boşluklar da tespit etmiştir.

Sağlık, arazi planlaması ve inşa edilmiş çevrede nadiren önemli bir mesele olmuştur. Bazı yetkililer için bu durum bir hayal kırıklığı kaynağıdır: “... bu oldukça garip zira kentsel yönetim genelde sosyal kalkınmayla alakalıyken, sosyal kalkınma genel olarak sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesine bağlıdır.” DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı çevresel girişimlerdeki eksikliğin farkındadır; ayrıca bazı yorumcular, aktörler arasındaki mesafeler ve programların entegrasyonunda yaşanan güçlükler dikkat çekmektedir (51).

- Belirli grupları hedef almaktan ziyade çeşitli sosyal tabakalar arasında yapılan çalışmalarda da eksiklikler bulunmaktadır. Bulgular ulusal, bölgesel ve yerel yönetimlerin diğer ilgili mercilerle yaptıkları çalışmaların sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede tüm sosyal tabakaları içeren eylemlerin bulunması gerektiğini göstermektedir. Eğer sağlık alanındaki eşitsizlikler, sosyal eşitsizliklerin bir sonucu olarak oluşuyorsa, ortak politikalara sahip kurumlar ve bireyler sağlıkta eşitlik esasını temel alarak çalışmalar yapmalıdır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin anlaşılması ve kabul edilmemesi programların ve projelerin sağlık açısından en altta bulunan dezavantajlı grupları hedeflemesi anlamına gelir. Bu projelerin bir kısmı etkili olsa bile, diğer

sosyoekonomik tabakalarda yer alan sosyoekonomik grupların maruz kaldığı eşitsizlikler giderilmemiş olacaktır. Sosyal grupların dezavantajıyla orantılı olarak geliştirilen sistematik çalışmalar gereklidir. Bu, sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesinin en önemli ön koşullarından biridir.

Bütün bu alanlar, sağlığın sosyal belirleyicilerinin, yerel yönetimlerin kapasitelerinin ve siyasi iradenin nasıl uygulamaya dönüştürülebileceğinin anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

3.5 Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede alınan eylemlerin uygulanması

Her ne kadar yerel yönetimlerin ve Avrupa Bölgesi'ndeki yerel yönetimlerin siyasal ve mali koşulları önem arz etse de, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede değişimin nasıl uygulanacağı meselesi de alınan aksiyonlar için son derece önemlidir. Fakat sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede projelerin nasıl uygulamaya konulacağı konusu literatürde fazla ele alınmamıştır. Dolayısıyla yapıcı değişimlerin sağlanmasında yerel yönetimlerin tecrübelerinden yararlanmak için yapılan bu görüşmeler büyük katkı sağlar.

Görüştüğümüz yerel otoritelerin tamamında, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele meselesi gündemdedir: sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle açıkça mücadele yerel yönetimler için siyasi seviyede ve çalışan personel seviyesinde önemli bir öncelik haline gelmektedir. Fakat bunun uygulamaya nasıl dönüştürüldüğünün araştırılması da bir o kadar önemlidir: vaatler sadece sözde mi kalıyor yoksa siyasiler bu meseleyi çözmekte gerçekten kararlılar mı? Ülkeler konuyla ilgilenip çalışmalar yapmak niyetiyle mi yaklaşıyorlar, yoksa gerçekten somut çalışmalar yapıyor mu (52)? Önceki bölümlerin de gösterdiği üzere, sağlığın bazı sosyal belirleyicileri diğerlerine kıyasla alaka görmektedir. Ayrıca görüştüğümüz kişiler,

eşitsizliklerle mücadelede en çok çalışmanın yapıldığı alanlarda bile uygulama sırasında güçlüklerle karşılaşılabilmesine dikkat çekmiştir. Her ne kadar bu güçlüklerin bazıları ülkelerin kendisine bağlı olsa da, görüşülen tüm yerel otoritelerde ortak olan çok fazla güçlük de saptanmıştır.

Uygulama alanında altı temel unsurun altı çizilmiştir: sektörler arası işbirliği, politikaların birbiriyle uyumu, bulgu tabanının sağlamlığı ve iletimi, kapasite, siyasi ortamın yönetimi ve bilginin aktarımı

3.5.2 Sektörler arası işbirliği

Tüm yetkililer sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede kurumsal, sektörel ve coğrafi sınırların ötesinde çalışmaların gerektiğinin önemine dikkat çekmişlerdir. Yetkililer, bu ihtiyacın politika etkilerini maksimuma çıkarmak ve çabayı en aza indirmek amacıyla önemli olduğunu belirtmiş, belediyeler ise çok sayıda aktörün sürece dahil edilmesinin ve koordinasyon eksikliğinin, temel hedefler üzerinde tekrar tekrar çalışma yapıyor olma riskinden duydukları endişeyi dile getirmektedir: “Benzer programların, farklı alanlarda ve farklı disiplinlerde tekrar edilmesine çok sık rastlamaktayız.”

Görüştüğümüz yetkililerin çoğu bu durumun önlenmesi için formel ve enformel olarak bazı yapılardan yararlandıklarını belirtmiştir. Fakat, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin gündeminin geniş olması ve sektörler arası işbirliğine duyulan ihtiyacın fazlalığı sebebiyle pek çok yerel otorite, karmaşık ortaklık yapıları kurma yoluna gitmek zorunda kalmıştır. Genelde ilgili mercilerin sürece dahil edilmesi önemli olarak görülse de, farklı gündemler ve bakış açıları sebebiyle mutabakata varmak güçleşmektedir. Bir yetkilinin sözleriyle “Hedef gruplar ve muhtemel çözümler konusunda net bir fikre sahip olmak, sağlık eşitsizlikleriyle daha etkili mücadele edilmesini sağlayacaktır.” Her ne kadar yetkililer yerel yönetimlerin sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede önemli bir rol oynadıklarını kabul

etse de, uygulamadaki önemli güçlüklerden biri yerel yönetimlerin sektörler arası işbirliğini gerektiren girişimlerdeki rolünü arttırmak ve onu lider konumuna koymaktır.

3.5.2 Politikaların uyumu

Tüm katılımcılar yerel yönetimin çalışmalarındaki yerel boyutun, bölge halkının ihtiyaçlarını karşılamada önemli olduğunu düşünmektedir. Yine de yerel eylemlerin sayısının artması, yetkililerden pek çoğu için değerlendirmenin güçleşmesi ve söz konusu bu politikaların birbiriyle uyumsuzluğu anlamına gelmektedir. Uyum burada politika amaçlarının kendiyle çelişmemesi, uygulama alanının politikanın kendisine zarar vermemesi ve olumsuz koşulların oluşmasının önlenmesi anlamına gelmektedir. Bu durum, özellikle sağlığın sosyal belirleyicilerinin belirsiz ve kontrol dışında geliştiği karmaşık sistemlerde kurulan ortaklıklarda daha zor bir hal almaktadır (53). Bir yetkiliye göre: “Sosyal belirleyicilerde ortak bir çıkar vardır ve herkes nihai hedefte hemfikirdir fakat karar verme konusunda, alternatifler fazla olduğundan zaman zaman zorluklar yaşanabilir.” Bu bir problem olarak görülmektedir çünkü çalışmanın maksimum etkiyi yapması zorlaşabilir. Çalışmaların etkilerini değerlendirmek için de yerel eylemlerin iyi kavranması ve incelenmesi gerekir; ancak bu şekilde işe yarayan bir uygulamanın yayılması, işe yaramayan uygulamalarda ise eksiklerin tespit edilip giderilmesi sağlanabilir. Politikaların uyumuna duyulan bu ihtiyaç özellikle küçük ve yerel müdahalelerin daha geniş alanlara taşınmasında kendini göstermektedir.

Yetkililer yerel yönetimin ilgili mercileri bir araya getirmede liderlik rolünü üstlendiğini kabul etseler de, bahsi geçen belediyeler ulusal seviyede sağlanan politikalar arası uyumun küçük ölçekli ve çoğunlukla yerel girişimlere taşınmasında sorunlar yaşanabileceğinin altını çizmektedir. Bir yetkiliye göre: “Küçük ve etkili uygulamaların, daha ulusal ve uluslararası düzeye taşınması önemlidir.” Görüşmelere katılan bazı yetkililer değişik yönetim seviyeleri (ulusal,

bölgesel ve yerel seviyeler) arasındaki politikalarda uyuma duyulan ihtiyaca vurgu yapmıştır. Politikalar arası uyumun sağlanması için bazı ülkelerde (Danimarka, Hollanda ve İsveç) ulusal programlar ve hedefler mevcuttur. Fakat bu hedefler genel olarak bir hedef kitleye (çocuklar gibi) veya belirli bir sağlık belirleyicisine (fiziksel çevre ve çalışma şartları gibi) yöneliktir. Bu yaklaşımın ne kadar başarılı olduğu belli değildir. Belli olan ise her düzeydeki politikaların uyumlu bir şekilde olmasının, sağlık eşitsizliklerle mücadele etmelerini sağlayacak sinerjiyi ve istenilen etkileri yakalamadaki etkisidir (1). Yerel yönetimler için bu, iki seviyede düşünülebilir. Birincisi, ulusal, bölgesel ve yerel seviyedeki kararlarda uyumun yakalanması işidir. Bunun yanında, ortaklık içinde bulunan kurumları da içeren yerel stratejik plan ve hedeflerin uyumunun sağlanması, bu hedefleri gerçekleştirecek somut projelerin hayata geçirilmesi işidir (54).

3.5.3 Bulgu tabanı

Yetkililerin çoğu temel bir uygulama meselesine dikkat çekmiştir: neyin işe yaradığıyla ilgili bulgulara ve yerel yönetimin hangi yöntemi seçmesi gerektiği meselesine. Yapılan görüşmeler yerel yönetimlerinin, değişen seviyelerde de olsa, siyasi bir isteklilik içinde olduğunu göstermektedir.

Fakat, yetkililerden bir tanesi, yerel bağlama uygun ve bulguya dayanan net bir planla çalışmaların takip edilmesi gerektiğini belirtmiştir: “...politikalar bilimsel olarak desteklenmelidir.”

Yetkililere göre, müdahalelerle ilgili bulguların eksiklikler, güncel ve gelecekteki çalışmalar hakkında bilgi verilememesinde ve uygulanmakta olan programların değerlendirmesindeki güçlüklerde kendini göstermektedir.

Bu durum konut, eğitim ve ulaşım gibi anaakım gündemlerin bütçelerinin sağlığını arttırılmasında ve eşitsizliklerin azaltılmasında kullanılmasının önündeki büyük engellerden biridir. Yetkililer sağlığın

sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri alanında daha fazla ölçüm yapılması gerektiğinin önemine ve bu alanlarda etkili programların nasıl uygulanması gerektiğiyle ilgili bilgi paylaşımının önemine dikkat çekmişlerdir. Görüşmelere katılan iki bölgesel hükümet, belediyeler ve diğer bölgeler arasında bilgi paylaşımını sağlamayı kendi sorumlulukları olarak görmektedir.

Yetkililerin pek çoğu yalnızca diğer yerlerde uygulanan etkili örneklerin paylaşılmasını değil, ayrıca yerel otoritelerinin ihtiyaç duydukları kapasiteleri geliştirmeleri sağlayacak yeterli bilginin de bulunması gerektiğini belirtmiştir. Ümit verici olan ise, hiçbir yerel otoritenin bilgi eksikliğini, eyleme girişmemek için bahane etmiyor oluşudur. Fakat pek çok otorite kendi yollarını karanlıkta kendi başarılarına bulmaları gerektiği, yaptıkları işi değerlendirecek kapasitelerinin olmaması ve diğer sektörlerdeki benzer çalışmalarından yola çıkarak kendi çalışmalarını yönlendirmek zorunda kalmaları ile ilgili endişelerini dile getirmiştir. Bu bağlamda görüşmeye katılan yetkililerin talebi kapsamlı bir bulgu tabanı oluşturulması, derlenmesi ve yayılmasıdır.

3.5.4 Kapasite

Görüşmeler ayrıca yerel yönetimlerin arasında sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede muazzam kapasite farklılıkları olduğunu göstermiştir. Bu kapasite meseleleri temelde bazı belediyelerin, genel politika çerçevesi sebebiyle hizmetlerini planlama ve ulaştırmada esnekliğinin olmamasıyla ilgili iç örgütsel kapasiteleriyle alakalıdır. Özellikle daha küçük yerel otoriteler, ulusal ve uluslararası arenada söz sahibi olma konusundaki ihtiyaçlarını dile getirmiştir.

Görüşmeler aynı zamanda sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelenin anlaşılmasında da büyük uçurumlar olduğunu göstermiştir. Örneğin, her ne kadar tüm katılımcılar sağlıklı eşitsizlikle mücadelede sosyal belirleyicilerden yararlanan girişimlerin önemine dikkat çektiyse de,

katılımcıların çok azı savunmasız grupları hedef alan ve tüm sosyal tabakaları kapsayan politikalar arasındaki farkın farkındadır. Katılımcılardan pek çoğu, özellikle hedef olarak seçilmiş coğrafi bölgeler veya en dezavantajlı gruplara yönelik çözümler üretme çabasıdır. Görüşmelerden çıkarılan sonuç, hedef odaklı politikalar ile tüm tabakaları kapsayan politikalar üzerine yapılacak tartışmaların yerel yönetimlerin kapasite geliştirmesine ve uygulamalarına direk olarak etkili olacağı yönündedir. Sağlıkta eşitsizliklerin temelinde neyin olduğunu anlamadan yapılacak çalışmalar muhtemelen proje odaklı olacak ve yalnızca toplumun en alt kesimini hedef alacaktır. Sağlığın yaşam evreleri süresince olan belirleyicilerine odaklanan uygun ve etkili politikalar geliştirmek için, meselenin doğru anlaşılması, doğru stratejilerin geliştirilmesi ve güçlü bir liderlik gereklidir.

3.5.5 Siyasi ortamın yönetimi

Tüm görüşmelerde altı çizilen nokta bu alandaki siyasi istekliliğin önemi olmuştur ve görüşmelere katılan yetkililer siyasi iradenin giderek artmakta olduğunu belirtmiştir. Bu hususta siyasi istekliliğin gücü açık liderlikten tercih edilen gündemin takip edilmesine izin veren siyasi iradeye kadar değişebilmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele meselesinin siyasi gündeme taşınması için çok sayıda çalışma yapılmıştır ve bu çalışmaların kısmen de olsa başarılı olduğu söylenebilir. Bazı görüşmeciler siyasi liderliğin başarılı olduğunu belirtirken, bazı yetkililer ise daha fazla siyasi liderliğe ihtiyaç bulunduğunu söylemiştir.

Her ne kadar tüm katılımcılar başka yerlerde yapılan çalışmaları anlama isteklerini dile getirmiş olsa da, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizliklerinin siyasi gündeme girmesini sağlayan argümanların anlaşıldığına dair bir şey dile getirilmemiştir. Katılımcılara göre farklı ortamlarda kullanılabilecek ortak yaklaşımların tespit edilmesi, yerel yönetimlerde bu politika alanının hızlı bir şekilde gelişmesini sağlayabilir. Dolayısıyla siyasi liderliğin, yerel

yönetimlerin çalışmalarını destekleyecek araçlar üretilmesindeki rolü göz ardı edilmemelidir.

3.5.6 Bilginin aktarımı

Tüm yetkililer diğer yerlerdeki çalışma ve sonuçlarıyla yakından ilgili olup bu bilgileri kendi durumlarına uyarlama konusunda istekliydiler. Yetkililerden birine göre: “Özellikle uygulanan programların değerlendirilmesi sürecinde, bazı programların sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasındaki etkilerini net olarak saptamak mümkün değildir.” Bir başka yetkili ise sektörler arası çalışmalar konusunda sorunlar yaşadıklarından, bu konudaki stratejilerin nasıl uygulandığını merak etmekteydi. Diğer bir başka yetkili de şunları söyledi: “Bilgi paylaşımının katma değer yarattığı doğrudur, fakat ben özellikle ölçüm teknikleri, metodoloji, girişim ve programlar gibi somut konularda farklı bölgeler arasında daha fazla işbirliği görmek isterim.” Uluslararası öğrenme ve paylaşım fırsatlarının gerektiğinden daha az kullanıldığı çıkarımı yapılabilir. Ancak bu durum farklı yerel yönetim yapıları arasında bilgi aktarımının küçümsendiği anlamına gelmez: bir ülke içindeki farklı yönetim seviyeleri arasında bilgi aktarımı oldukça basit bir iş olsa da, ortam koşullarının farklılık gösterdiği durumlar daha ince bir yaklaşım gerektirir. Siyasi atmosfer, finansman mekanizmaları ve sistem kültürü arasında farklılıklar olsa da, yerel yönetimlerin karşılaştığı güçlükler farklı ülkelerde benzer yankılar uyandırır.

3.5.7 Görüşme sonuçlarının özeti

Yapılan görüşmeler genel olarak yerel otoritelerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede istekli olduğunu göstermiştir. Siyasetçilerin katılımı ve siyasi liderlik gerek yerel gerekse bölgesel düzeyde giderek gelişmektedir. Fakat, sağlık eşitsizliklerini siyasi gündeme taşımayı başarsa da pek çok yerel otorite, bu meseleyi gündemde tutmakta zorluk çekmekte; yerel yönetimin katılımının sağlanması ve uygulama hususlarında problemler yaşanmaktadır. Görüşmeler bu sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri konusunun siyasi

gündeme taşınması meselesinin dikkatle analiz edilip dersler çıkarılabileceğini gösterse de, artık esas sorun etkili ve sürdürülebilir bir değişimin sağlanması için gerekli kapasitenin oluşturulmasıdır.

3.6 Yerel otoritelerle yapılan görüşmelerin politika etkileri

Yerel otoritelerle yapılan görüşmeler, yerel yönetimleri sağlığın belirleyicileriyle ilgili gündeminin daha ileriye taşınabilmesi için, özellikle uygulama alanında ele alınması gereken birtakım meseleler ileri sürmektedir.

3.6.1 Yerel yönetim şartları arasındaki farklılıkların anlaşılması

Az sayıda örnek içeren bu çalışma, vergi toplama kapasitesine sahip otonom bölgesel hükümetlerden, bütçeleri dar, vergi toplama güçleri az olan daha küçük hükümetlere çok çeşitli yerel yönetim ortamını barındırmaktadır. Uygulamayı destekleyecek aktiviteler ve bilgi tabanının inşa edilmesi için bu farklı yapılar dikkat alınmalıdır.

Bu yerel otoriteler sağlıklı işleyen uygulamaları açıkça öğrenmek istemektedirler. Bununla birlikte, Avrupa Bölgesi’ndeki farklı yapısal ve yasal yapılar göz önüne alındığında, her duruma uyacak bir uluslararası bilgi aktarımı yaklaşımının başarılı olması beklenemez. Yapılan müdahalelerin yalnızca içeriğini değil, altındaki yetkinlikleri de somutlaştıran daha hassas bir yaklaşım bilgi aktarımının hızlanmasını sağlayabilir.

3.6.2 Siyasi istekliliğin oluşturulması

Tüm yetkililer, yerel yönetimlerde eyleme girişilmesi için siyasi istekliliğin önemini altını çizmiştir. Yalnızca siyasi istekliliğin sağlanması ve devamlılığı değil, aynı zamanda yerel yönetimin liderlik rolü ve çalışmalara ayrılan fon da önemlidir. Bir yetkiliye göre: “Sağlığın artırılması ve hastalıkların önlenmesi için daha fazla fona ihtiyaç var; sağlık hizmetlerine ve hastaneler çok fazla para harcanıyor.” Bu gündemi

geliştirmek için gerekli araçların oluşturulmasında, yerel siyasi liderliğin önemi açık bir şekilde kabul edilmeli ve desteklenmelidir.

3.6.3 Bilgi transferi

Avrupa Bölgesi'ndeki yerel yönetimler sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede farklı aşamalarda. Her ne kadar görüşmeye katılan yerel otoritelerin gündeminde sağlık alanındaki eşitsizliklerin sosyal belirleyicileri bulunsa da, yerel yönetimlerin siyasi istekliliği etkilemesi için yapılacak çalışmaların desteklenmesi gereklidir. Bu çalışmaların gerçekleştirildiği ülkelerden alınacak bilgilerin paylaşımı, öğrenmeye katkıda bulunabilir. Görüştüğümüz yerel otoritelerin, özellikle de ulusal ve uluslararası tartışmalarda seslerini duyuramayacak kadar küçük olanların en büyük talebi bu olmuştur.

3.6.4 Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadele için kapasitenin geliştirilmesi

Yerel yönetimlerin görev ve potansiyel olarak yapabileceklerini anlaması çocuklar, gençler ve dezavantajlı gruplarla ilgili çalışmalar ve bu gruplara hizmetlerin ulaştırılmasındaki eşitsizliklerle mücadelede önemli bir rol oynar. Bu gündemin daha ana akım yerel yönetim işleri olarak görülen kentsel kalkınma ve yoksullukla mücadele gibi konulara derinlemesine nüfuz ettiğini gösteren oldukça az sayıda bulgu mevcuttur. Ulaşım alanında odaklanılan nokta genel olarak yürüyüş ve bisiklete binmenin teşvik edilmesi ve kolaylaştırılmasıdır. "Ana akım bütçelerin sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele edecek şekilde şekillendirilmesi" söylemi, siyasi isteksizlikten ziyade, bu söylemin pratikte ne anlama geleceğinin net olarak anlaşılmaması sebebiyle sekteye uğramaktadır. Otoritelerin sosyal belirleyicilerle ilgili konularda yapılan çalışmaların nasıl ana akım gündemlere dahil edilebileceği pratik örneklerle gösterilmelidir.

3.6.5 İşbirliği ve ortaklık

Yapılan görüşmeler sonucu belediyeleri daha çok çocuklar ve gençlerle ilgili alanlara eğildiği, arazi planlaması gibi alanların ise arka planda kaldığı saptanmıştır. Bazı belediyeler için sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede kentsel yönetimin daha büyük bir rolü olsa da, bu belediyeler sağlığın ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin sosyal belirleyicilerini arazi planlaması gündemine sokmakta güçlük yaşamaktadır.

Neden peki çocuklar ve gençlere yönelik programlar daha yaygındır? Yerel otoritelerce bu sorunun bir cevabı bazı grupların (çocuklar ve gençler gibi) sağlığının, ilgili oyuncuları tek bir amaç etrafında toplaması (çocukların ve gençlerin hayatlarının iyileştirilmesi gibi) ve bu yolla işbirliğini kolaylaştırmasıdır. Fakat arazi planlaması ve kentsel kalıma gibi konularda, ilgili taraflar birbirlerinden farklı çıkarlar gözeterek hareket etmekte ve bu çıkarlar arasında "sağlık" ancak nadiren bulunmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadelede "güçlendirici politikalar; işgücü piyasaları, gayrimenkul piyasaları, sosyal hizmetler ve eğitim gibi alanlarda kutuplaştırıcı etkileri bulunan mekanizmaları hedef almalıdır." (55)

Bu durum 1990'lardan başında fark edilmiş olup; Danimarka ve Hollanda gibi ülkelerin, yoksun bölgelerdeki koşulları iyileştirmek amacıyla sosyal iskân müdürlükleri, okullar, belediyeler ve yerel girişimcilerin birlikte çalışarak oluşturduğu modelleri geliştirmesini sağlamıştır.

3.6.6 Eyleme geçilmesini sağlayacak politikaların, yasal yapıların ve çerçevelerin oluşturulması

Tüm yetkililer, yerel otoritelerin de içinde bulunduğu ve sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleriyle mücadeleyi de etkileyen siyasi ve mali yapıların altını çizmiştir.

Söz konusu yapılar, belediyelerin görevlerini gerçekleştirmesini sağlamasına olanak tanınmalıdır. Olanak

tanıyan yapılar ve araçların özellikle önemli olduğu bur konu koordinasyon meselesidir. Gerekli ortaklıkların kurulması, sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelenin olmazsa olmazıdır; çünkü sağlığın pek çok belirleyicisinin sağlık dışında bir boyutu da bulunur. Görüştüğümüz yetkililer aynı zamanda, çok sayıda farklı departmanın ve aktörün çoğu zaman aynı konu üzerinde, benzer şekillerde çalıştıklarını fakat aralarında işbirliğinin bulunmadığını dile getir-

miştir. Yetkililerden bazıları ise koordinasyonun sağlanmasına yardımcı olacak destek araçlarının (yasal, mali veya her ikisini de içeren araçlar gibi) önemine dikkat çekmiştir. Hollanda'daki Sosyal Destek Yasası bu alanda güzel bir örnektir, fakat bu yasada dahi ince bir ayara ihtiyaç vardır. Çok sayıda tarafı bir araya getiren ve fon akışını yönlendiren programların da özellikle altı çizilmiştir (İspanya).

4. Sonuçlar ve DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı için siyasi çıkarımlar

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun raporu ve bunu takiben İngiltere'deki 2010 sonrası sağlık eşitsizliklerinin stratejik incelenmesi; sosyal koşullar ve sağlık alanındaki eşitsizlikler arasındaki ilişkiye vurgu yapan çalışmalar için sağlıklı bir çerçeve yapı ve bulgular sunmaktadır. Küresel alanda, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, insanların doğup büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı fiziksel koşulların iyileştirilmesini, bir bütün halinde yaşayan topluluklar arasındaki psikolojik ve sosyal sağlık unsurlarının adil dağılımının ve insanların hayatlarının kontrolünde olmasının sağlanmasını önermiştir. Bu da sağlık alanında eşitliği, kentsel yönetim ve planlamanın tam merkezine yerleştirir.

Adil toplum, sağlıklı yaşamlar (26), en sağlıklı küresel ve ulusal bulguları derleyerek, İngiltere'de sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesinde etkili olması beklenen müdahaleleri saptamıştır. Ayrıca sosyal adalet kavramının, toplumun tamamında görülen sağlık alanında eşitsizliklerin temel etmeni olarak görülmesini sağlamıştır. İnsanların yaşam tecrübelerini etkileyen ekonomik, fizyolojik ve çevresel faktörler aynı zamanda hayat tarzlarını da kısıtlamaktadır. Adil toplum, sağlıklı yaşamlar (26), sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanması gerektiğini göstermiştir; yani erken yıllara, eğitim ve gelişime, sosyal güvenlik, adil iş, ekonomik konum, gelir, sağlık hizmetleri, konut, ulaşım gibi hizmet ve kaynaklara ulaşım ve bireyin sağlıklı ve gelişen toplumun bir parçası olmasına odaklanması gerektiğini.

Sağlıklı şehirlerde geçerli olan temel esaslar şunları içerir:

- Sosyal adalet, sağlık ve sürdürülebilirlik kavramları, ulusal, bölgesel ve yerel tüm politika alanla-

rının merkezinde olmalıdır.

- İnsanların sağlığının artırılması ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için bireylerin ve toplumların kişisel sağlık, sosyal dayanışma ve eşitlik açılarından güçlendirilmesi gerekir. İnsanlar, süreçler ve mekânlar bu hususların temel boyutlarıdır.
- Kamu sektörü, insanların ve toplumların kendi hayatlarının kontrolünü ellerine almalarını sağlayacak gerekli siyasi, kentsel ve kamu alanında yeni liderlik şekilleri yaratmalıdır.
- Sistemin ancak belirli bir parçasına müdahale eden stratejiler istenen değişimin meydana gelmesinde genel olarak yetersiz kalır ya da ancak toplumun küçük bir bölümünde istenen sonuçlar elde edilir. Toplumun tamamındaki sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin çalışmalar yapılmalı ancak sosyal grupların dezavantajları ve konumuyla orantılı olmalıdır. Strateji ve politikaların, ulusal, bölgesel ve yerel boyutları içermesi gerekir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin sebepleri çok çeşitli ve karmaşık olup, bu eşitsizliklerle mücadelede pek çok kurum ve sektörün çalışması gereklidir. Bu da ancak farklı kurumsal ve sektörel sınırların ötesine geçen gelişmiş ortaklıklarla sağlanabilir.
- Bu zamana kadar edinilen tecrübeler, geniş kapsamlı çalışmaların geliştirilebileceğini; ancak alınan sonuçların farklı bölge, şehir, kasaba ve köylerde bu bölgelerin kültürel, tarihsel ve coğrafi koşullarına göre farklılık gösterebileceğini, çözümlerin de bu doğrultuda şekillenmesi gerektiğini göstermektedir (eylem çerçevesi (6) bölüm: 4.1.2, 4.3, 5.1, 5.3.1 ve 5.4)

Ayrıca inceleme, İngiltere'deki yerel yönetimin eşitsizliklerle mücadelede geniş bir rolü olduğunu savunmaktadır. Yerel yönetimler için tespit edilen temel görevler şunlardır:

- Topluma liderlik ederek kentsel yönetime halkın katılımını sağlamak, halkı sosyal kapitalin, güven ve dayanıklılığın oluşturulmasında mobilize etmek, halkın sağlık ve refah üretimine ortak olmasını sağlamak
- Sağlığın sosyal belirleyicileriyle mücadele eden ortaklıkların stratejik çalışmaları için bireyin ve toplumun ihtiyaçlarının saptanmasını sağlamak
- Güvenli ve sürdürülebilir mekanlar ve topluluklar yaratılmasını sağlamak, kentsel planlamada, yeni yapılaşmada ve var olan yapıların yenilenmesinde sağlıkta eşitlik değerlendirmesinin yapılmasını sağlamak
- Yasal yükümlülükleriyle uyum içinde olacak şekilde bireyin ve toplumun katılımını sağlamak, doğrudan ve bulgulara dayanan önleyici hizmetlerin sağlanmasında görev almak
- Daha küçük birimlerin çalışmalarını düzenleyerek sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesini sağlamak
- Yerel yönetimin önemli bir işveren olduğu durumlarda, bölgedeki çalışma şartlarının iyileştirilmesinde görev alarak taraf olmak, ve bu şartların denetlenmesini sağlamak (eylem çerçevesi bölüm: 4.1, 4.3, 5.5 ve 5.8.2)

4.1 Yerel yönetimin görevi: altı ülkenin genel görünümü

Rapor altı ülkedeki yerel yönetimlerin sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelesindeki yaklaşımlarını ele almaktadır. Bu ülkeler Danimarka, İngiltere, Letonya, Hollanda, İspanya ve İsveç'tir. Bu da güçlü ulusal, bölgesel ve yerel değerlendirmelerin ele alınmasını sağlar.

Analiz, yerel yönetimin tek bir birim değil, aksine karmaşık yapıya sahip pek çok siyasi ve finansal düzenlemeyi bünyesinde barındıran bir birim olduğuna vurgu yapmaktadır. Daha güçlü aktörlerin vergi toplama ve kendi gündemlerini belirleme gücü varken, daha güçsüz olan diğerlerinin böyle bir imkanı yoktur. Bu yapı, görev ve otonomi seviyeleri arasındaki farklılıkları anlamak, sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin aktivitelerin bir sonraki boyuta taşınabilme kapasitesini de anlamaktır. Bu gerçeği ve belediyelerin görev bölgelerindeki gene yasal düzenlemeyi kavramak, yerel yönetimin görevini anlamanın ön koşuludur.

Farklı yönetim seviyelerinin müdahale yöntemleri de farklılık gösterir. Yine de bulgular yerel yönetimlerin sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri alanında çok çeşitli girişimlerde bulunduğu işaret etmektedir. Bu durum yerel yönetimlerin, bulundukları bölge halkının ihtiyaçlarına cevap vermede ne denli kararlı ve azimli olduğunu gösterir. Bu pozitif duruş içinde bile, daha fazla incelenmesi gereken bazı boşluklar mevcuttur. Bu durum, bu inceleme için DSÖ Sağlıklı Kentler Hareketi tarafından gerçekleştirilen görüşmelerde de kendini göstermiştir.

Kentlerdeki mekânların şekillendirilmesi, yerel yönetimin sağlığı artırma yöntemlerinden biridir. İnsanların iyi bir sağlığa sahip olması için iri yerlerde yaşaması gerekir. Bu yerler kaliteli evlerin bulunması, hizmetlerin ve iş imkânlarına erişimin iyi olması, güvenlik ve toplum hissi oluşturmaları gibi özellikleri bünyelerinde barındırır. İnsanların içinde yaşadığı toplumlar, fiziksel ve zihinsel sağlığı doğrudan etkilemektedir. İnsanların yaşam aşamaları boyunca dahil olduğu topluluk ve sosyal ağlar, sağlıkları üzerinde belirleyici etkilere sahiptir.

Fakat, bu sağlığın sağlanması için gerekli olan sosyal, ekonomik ve çevresel kaynaklar toplum içinde eşit olarak dağılmamıştır. Meseleye eşitlik ve esenlik gözlükleriyle yaklaşmak, sağlığın sosyal belirle-

yicileri modelinin uygulama kapsamının potansiyel olarak genişlemesini sağlayabilir.

Bu modelde yerel yönetimler, yalnızca hizmet sağlayıcıları olarak değil, aynı zamanda gerek bireysel seviyede olsun gerekse toplum seviyesinde olsun, kendi bölgelerinde yaşayan vatandaşlarının daha iyi koşullarda yaşamasına destek veren birimler olarak görülmektedir. Bu bakış açısı, varlığa dayalı bir yaklaşım içine yerleştirildiği zaman; eksiklikleri, problemleri ve ihtiyaçları anlatmak yerine, sosyal kapital ve toplum kaynaklarını geliştirir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri için uzun bir süreden beri yeterli bulgular mevcuttur; ancak bu bilgilerin daha sağlıklı olması ve bir araya getirilmesi yeni meydana gelmiş bir olaydır. Uygulama alanındaki bulgular ise daha az gelişmiştir.

Bu rapor özellikle önem arz eden altı uygulama unsuru saptamıştır:

- Çok unsurlu, çok disiplinli ortaklıklar ve işbirliği
- Politika uyumu ve kesişmesi
- Bulgu tabanının sağlamlığı
- Kapasite ve beceri gelişimi
- Siyasi ortamın yönetimi
- Bilgi aktarımı

4.2 Çok unsurlu, çok disiplinli ortaklıklar ve işbirliği

Ortakların birlikte çalışması, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili çalışmalar için önemlidir çünkü bu çalışmalar meseleyi ele alan mercilerin düzenli ve kapsamlı hareket etmesini gerektirir. Gelişmiş ortaklıkların kurulmasında büyük engeller de mevcuttur. Bunların arasında sağlığın sosyal belirleyicilerine sebep olan temel unsurların anlaşılmasındaki eksiklikler, sorumluluğun yanlış mercilere yüklenmesine sebep olan sağlık politikalarını diğer politika alanlarından yapay olarak ayrılması gibi etmenler

bulunabilir. Bunlardan sonuncusu, sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilgili ayrı olarak harcanan paranın tespit edilmesindeki eksikliklerle bileşebilir. Bu durum hemen her ülke için geçerli olup, sistematik olarak ele alınmalıdır. Genel olarak ortak çalışmalar yürütülse de, bu çalışmaların etkili olup olmadığına ilişkin elde çok az sayıda değerlendirme bulunmaktadır. Etkili bir ortaklığın temel gereği, bütün sistemi hedef alan ve toplumların aktif katılımı esasına dayanan yeni ve etkili bir model geliştirilmesidir. Bu sistem sağlık ve refah üretiminde profesyoneller ve resmi kurumlar yerine, bireyi ve toplumu güç sahibi yapma esasına dayanmalıdır. Gelişimin sürdürülmesi için gerekli sinerjinin sağlanması; sistem genelindeki stratejilerin, politikaların ve sosyal adalet kavramıyla ilgili değer ve prensiplerin birbiriyle uyumuyla mümkündür (56). Ortaklık yapıları büyük resmin önemli bir parçası olup, bu yapılar da en verimli sonuçların elde edilmesi ve hizmetlerin sunumunun kolaylaştırılması için düzenlenmelidir (eylem çerçevesi (6) bölüm: 4.1, 5.2, 5.5 ve 5.8.6)

4.3 Politikaların uyumu ve kesişmesi

Çeşitli yönetim seviyeleri arasındaki politika uyumuna önemli ölçüde ihtiyaç duyulmaktadır. Faklı seviyelerdeki strateji ve hizmetlerin yerel olarak ulaştırılmasındaki uyumun sağlanması için tüm politika alanlarının aynı çizgide hizalanması gerekir (56). Bu koşulun sağlanmaması durumunda, yerel girişimlerin ulusal hedefler haline gelmesi mümkün değildir, yerel girişimler böyle durumlarda ancak hayat şartlarını ve alışkanlıkları değiştiren küçük çaplı girişimler olarak kalırlar. Ortak çalışmalarda temel önceliklerin belirlenmesindeki gerilim belgelenmiş olup, bu durum yukarıda belirtilen ve her seviyedeki vatandaş, toplumu ve kurumları sürece dahil eden, bütün sistemi ele alan kamu alanındaki yeni liderlik yaklaşımlarının gelişmesini sağlamıştır (eylem çerçevesi (6), bölüm: 4.1, 4.3, 5.1, 5.5 ve 6.3)

4.4 Bulgu tabanının sağlamlığı

Genel görüşe göre geçtiğimiz on yıl içinde sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bulgu tabanı genişlemiş de olsa, hangi yöntemlerin işe yaradığına ilişkin bulgular hala eksiktir. Her ülke kendine özgü en iyi uygulama örnekleri geliştirebilir; ancak bu örnekler, bazı girişimlere rağmen, henüz tam olarak bir araya getirilmemiştir. En iyi uygulamaların paylaşımını sağlayan daha dinamik uygulamalar geliştirilmekte, fakat işe yarayan iyi uygulama örneklerine ilişkin bilgilerin artması ve iyi uygulamaların ulusal ve uluslararası olarak yayılması gerekmektedir. Bu da sağlığın sosyal belirleyicilerini sistematik olarak değerlendirebilecek ve etkili bir şekilde ilgili mercilere yayılmasını sağlayacak daha fazla yapının yaratılmasını gerektirir (eylem çerçevesi (6), bölüm 5.2 ve 6.2)

4.5 Kapasite ve beceri geliştirmek

Bu alandaki kapasitenin geliştirilmesi ve gerekli işgücünün yaratılması ele alınması gereken bir diğer temel meseledir. Sağlığın sosyal belirleyicilerine en uygun şekilde cevap verebilmek için çok sayıda meslek grubu ve sektörün çalışması gereklidir. Bunların içinde konut, ulaşım, eğitim, sosyal hizmetler, kent planlaması ve düzenlemesi, sosyal güvenlik ve çevre güvenliği gibi ögeler bulunur. Avrupa Bölgesi'nde sürdürülebilir toplumların oluşturulması ve desteklenmesinde görev alan temel meslek grupları için gerekli sosyal becerilerin geliştirilmesi gerektiği saptanmıştır. Yeni gündemin ihtiyaçlarına cevap verebilmek ve bu meslek gruplarıyla sektörlerin katılımını sağlamak için, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve toplumsal tabakaların net olarak anlaşılmasını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır. Bu alandaki gelişim eksikliği genel olarak meselelerin farkında olunmamasından ve bazı meslek gruplarının, sektörlerin veya yönetimin katkısının eksik olmasından kaynaklanmaktadır (eylem çerçevesi (6) bölüm 6.2)

4.6 Siyasi çevrenin yönetimi

Bu rapor, sağlığın sosyal belirleyicilerinin siyasi gündemde yer almasının ve gündemde kalmasının sosyal politikaların uzun vadede bu meseleyi ele almasında ne denli önemli olduğunun altını çizmektedir. Ulusal ve yerel yönetimlerin, özellikle de sağlık alanındaki eşitsizliklerin temel sebeplerinin anlaşılması alanındaki temel görevleri güçlendirilmeli; bireyi güçlendiren ve bireyi sürece dahil eden katılımcı yönetim modelleri benimsenmeli; güç paylaşımının yeniden tanımlandığı ve halkın sağlığını ve refahın üretilme sürecine ortak olduğu bir model uygulamaya konmalıdır. Ortaklıkla ilgili bölüm, katılım odaklı çeşitli siyasi ve kentsel liderlik yapılarına dikkat çekmektedir. Bu da, bireyler, kurumlar ve her seviyedeki yönetimin bir araya gelerek planladığı ve sağlığın sosyal belirleyicilerini etkileyen çalışmalar üzerinden sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelenin bütün sistem genelinde teşvik edilmesi anlamına gelir (eylem çerçevesi (6), bölüm 4.3, 5.4 ve 6.1)

4.7 Bilgi aktarımı

Bu rapor Avrupa Bölgesi'ndeki ülkelerin kendi içinde ve aralarında bilgi aktarımının kolaylaştırılmasını sağlayacak sistemler geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu, bir yerde gerçekleştirilen girişimlerin başka bir yere hiçbir zorlukla karşılaşılmadan taşınabileceği anlamına gelmez. Farklı kültürel, tarihsel, siyasi ve sosyal bağlamların da dikkate alınması gerektiği bilinmektedir. Fakat öğrenme ağları kurulmuş olup bu mekanizmalar, zaman içinde, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri alanında yapılan çalışmalara değer katacaktır.

Referanslar

1. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf erişim 20 Nisan 2012).
2. *Social determinants of health: key concepts*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html erişim 20 Nisan 2012).
3. Dalli J. *Pre-inauguration hearings before the European Parliament*. Strasbourg, European Parliament, 2010 (http://www.europarl.europa.eu/hearings/static/commissioners/speeches/dali_speeches_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
4. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
5. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Brussels, European Commission, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
6. *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. *The European health report 2009: health and health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
8. Knowledge Network on Urban Settings of the Commission on Social Determinants of Health. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Kobe, WHO Centre for Health Development, 2008 (http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
9. Barton H, Tsourou C. *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London, Spon, 2000.
10. Saltman RB, Bankauskaite V. Central issues in the decentralization debate. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, eds. *Decentralization in healthcare*. Maidenhead, Open University Press, 2007.
11. Litvack J, Ahmad J, Bird R. *Rethinking decentralization in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 1998 (http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Stewardship/Rethinking_Decentralization.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
12. De Vries MS. The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research*, 2000, 38:193–224 (<http://www.ru.nl/aspx/>

download.aspx?File=/contents/pages/140660/ejprdecentralization.pdf , erişim 20 Nisan 2012).

13. Mitchell G, Dorling D. An environmental justice analysis of British air quality. *Environment and Planning*, 2003, A35:909–929.
14. Lavin T et al. *Health effects of the built environment*. Dublin, Institute of Public Health, 2006.
15. Whitley R, Prince M. Fear of crime and mental health in inner city London. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1678–1688.
16. Naess Ø et al. Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study. *Epidemiology*, 2007, 18:686–694.
17. Forastiere F et al. Socio-economic status, particulate air pollution and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility. *American Journal of Industrial Medicine*, 2007, 50:208–216.
18. Grayling T et al. *Streets ahead: safe and liveable streets for children*. London, Institute for Public Policy Research, 2002.
19. Royal Commission on Environmental Pollution. *Twenty-sixth report: the urban environment*. London, The Stationery Office, 2007.
20. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 2005, 331:611–612.
21. Grant M. *Health inequalities and determinants in the physical urban environment*. Bristol, WHO Collaborating Centre for Healthy Cities, University of the West of England, 2010.
22. Mitchell R, Popham F. Effects of the exposure to the natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet*, 2008, 372:1655–1660.
23. Croucher K et al. *Health and the physical characteristics of urban neighbourhood: a critical literature review. Final report*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health, 2007.
24. Horowitz K, McKay M. Community violence and urban families: experience, effect and direction for intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, 75:356–368.
25. Buzeti T et al. *Health inequalities in Slovenia*. Ljubljana, National Institute of Public Health, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
26. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review, 2010.
27. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London, Penguin Books, 2010.

28. Peake S et al. *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/pmnch/topics/health_systems/healthequity_who/en/index.html), erişim 20 Nisan 2012).
29. Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. *Early child development: a powerful equalizer – final report of the Early Child Development Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/publications/earlychilddevelopment/en/index.html), erişim 20 Nisan 2012).
30. Conti G, Heckman J, Zanolini A. The developmental origins of health: cognition, personality, and education. *6th Annual Nestle International Nutrition Symposium, Lausanne, Switzerland, 22 Ekim 2009*.
31. Allen G. *Early interventions: the next steps*. London, Cabinet Office, 2011.
32. Cummings C et al. *Evaluation of the Full Service Extended Schools Initiative: final report*. London, Department for Education and Skills, 2007.
33. Stewart-Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>), erişim 20 Nisan 2012).
34. Morris J et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.
35. *The London health inequalities strategy*. London, Greater London Authority, 2010.
36. Matrix Evidence Ltd. *Valuing health: developing a business case for health improvement*. London, Improvement and Development Agency, 2009.
37. Lyons M. *National prosperity, local choice and civic engagement: a new partnership between central and local government for the 21st century*. London, HMT, 2006.
38. Perkins N et al. *What counts is what works? New Labour and partnership on public health*. Bristol, Policy Press, 2009.
39. *No more toxic assets*. London, Commission for Architecture and the Built Environment, 2009.
40. Boyce T, Patel S. *The health impact of spatial planning decisions*. London, Kings Fund, 2009.
41. Parkes A, Kearns A. *The multi-dimensional neighbourhood and health. A cross sectional analysis of the Scottish Household Survey 2001*. Bristol, ESRC Centre for Neighbourhood Research, 2004 (CNR Paper 19).
42. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*. London, Department of Health, 2010.
43. *Tackling health inequalities: 10 years on*. London, Department of Health, 2009.

44. *Regionalism across Europe*. Brussels, Assembly of European Regions, 2006.
45. *The state of regionalism in Europe: an AER report*. Brussels, Assembly of European Regions, 2010.
46. Strandberg-Larsen M et al. Denmark: health system review. *Health Systems in Transition*, 2007, 9(6):1–164.
47. Tragakes E et al. Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2008, 10(2):1–253.
48. *Compendium of cultural policies and trends in Europe*. 12th ed. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://www.culturalpolicies.net/web/latvia.php?aid=22> , erişim 20 Nisan 2012).
49. Vallgarda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 2007, 85:71–82.
50. Judge K et al. *Health inequalities: a challenge for Europe*. London, United Kingdom Presidency of the European Union, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/ev_060302_rd05_en.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
51. Barton H, Mitcham C, Tsourou C, eds. *Healthy urban planning in practice: experience of European cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/data/_assets/pdf_file/0003/98400/E82657.pdf , erişim 20 Nisan 2012).
52. Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*, 2003, 362:1409–1414.
53. Stokke O, Foster J, eds. *Policy coherence in developmental cooperation*. London, Frank Cass, 1999 (EADI Book Series 22).
54. Smithies J, Hampson S. *Review of good practice in community participation and health projects and initiatives*. Howarth, Labyrinth Consultancy and Training, 1999.
55. Andern J. *Social exclusion and inclusion in the globalised city*. Roskilde, Roskilde University, 2004.
56. Cook B. *Health inequalities*. Belfast, Southern Health Board, Northern Ireland, 2009.