

**2050'YE DOĞRU
NÜFUSBİLİM VE YÖNETİM:
SAĞLIK SİSTEMİNE BAKIŞ**

**Prof. Dr. Ayşe AKIN
Prof. Dr. Korkut ERSOY**

**Kasım 2012
Yayın No: TÜSİAD-T/2012-11/533**

© 2012, TÜSİAD

*Tüm hakları saklıdır. Bu eserin tamamı ya da bir bölümü,
4110 sayılı Yasa ile değişik 5846 sayılı FSEK uyarınca,
kullanılmadan önce hak sahibinden 52. Maddeye uygun
yazılı izin alınmadıkça, hiçbir şekil ve yöntemle işlenmek, çoğaltılmak,
çoğaltılmış nüshaları yayılmak, satılmak,
kiralananmak, ödünç verilmek, temsil edilmek, sunulmak,
telli/telsiz ya da başka teknik, sayısal ve/veya elektronik
yöntemlerle iletilmek suretiyle kullanılamaz.*

ISBN: 978-9944-405-86-7

Kapak Tasarımı: Hakan Ferit HOŞGÖR

SİS MATBAACILIK PROM. TANITIM HİZ. TİC. LTD. ŞTİ.
Eğitim Mah. Poyraz Sok. No:1 D.63 Kadıköy - İSTANBUL
Tel: (0216) 450 46 38 Faks: (0216) 450 46 39

ÖNSÖZ

TÜSİAD, özel sektörü temsil eden sanayici ve işadamları tarafından 1971 yılında, Anayasamızın ve Dernekler Kanunu'nun ilgili hükümlerine uygun olarak kurulmuş, kamu yararına çalışan bir dernek olup gönüllü bir sivil toplum örgütüdür.

TÜSİAD, insan hakları evrensel ilkelerinin, düşünce, inanç ve girişim özgürlüklerinin, laik hukuk devletinin, katılımcı demokrasi anlayışının, liberal ekonominin, rekabetçi piyasa ekonomisinin kurum ve kurallarının ve sürdürülebilir çevre dengesinin benimsendiği bir toplumsal düzenin oluşmasına ve gelişmesine katkı sağlamayı amaçlar.

TÜSİAD, Atatürk'ün öngördüğü hedef ve ilkeler doğrultusunda, Türkiye'nin çağdaş uygarlık düzeyini yakalama ve aşma anlayışı içinde, kadın-erkek eşitliğini, siyaset, ekonomi ve eğitim açısından gözetilen iş insanlarının toplumun öncü ve girişimci bir grubu olduğu inancıyla, yukarıda sunulan ana gayenin gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla çalışmalar gerçekleştirir.

TÜSİAD, kamu yararına çalışan Türk iş dünyasının temsil örgütü olarak, girişimcilerin evrensel iş ahlakı ilkelerine uygun faaliyet göstermesi yönünde çaba sarf eder; küreselleşme sürecinde Türk rekabet gücünün ve toplumsal refahın, istihdamın, verimliliğin, yenilikçilik kapasitesinin ve eğitimin kapsam ve kalitesinin sürekli artırılması yoluyla yükseltilmesini esas alır.

TÜSİAD, toplumsal barış ve uzlaşmanın sürdürüldüğü bir ortamda, ülkemizin ekonomik ve sosyal kalkınmasında bölgesel ve sektörel potansiyelleri en iyi şekilde değerlendirerek ulusal ekonomik politikaların oluşturulmasına katkıda bulunur. Türkiye'nin küresel rekabet düzeyinde tanıtımına katkıda bulunur, Avrupa Birliği (AB) üyeliği sürecini desteklemek üzere uluslararası siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel ilişki, iletişim, temsil ve işbirliği ağlarının geliştirilmesi için çalışmalar yapar. Uluslararası entegrasyonu ve etkileşimi, bölgesel ve yerel gelişmeyi hızlandırmak için araştırma yapar, görüş oluşturur, projeler geliştirir ve bu kapsamda etkinlikler düzenler.

TÜSİAD, Türk iş dünyası adına, bu çerçevede oluşan görüş ve önerilerini Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'ne, hükümete, diğer devletlere, uluslararası kuruluşlara ve kamuoyuna doğrudan ya da dolaylı olarak basın ve diğer araçlar aracılığı ile ileterek, yukarıdaki amaçlar doğrultusunda düşünce ve hareket birliği oluşturmayı hedefler.

TÜSİAD, misyonu doğrultusunda ve faaliyetleri çerçevesinde, ülke gündeminde bulunan konularla ilgili görüşlerini bilimsel çalışmalarla destekleyerek kamuoyuna duyurur ve bu görüşlerden hareketle kamuoyunda tartışma platformlarının oluşmasını sağlar.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) dünyada nüfus konusunda uluslararası finanse edilen en büyük yardım kaynağıdır. UNFPA sürdürülebilir kalkınmayı destekleyen nüfus politikaları ve stratejileri oluşturulması konularında faaliyet göstermektedir.

UNFPA her kadının, erkeğin ve gencin sağlıklı ve eşit bir hayat sürdürmesi için çalışmaktadır. UNFPA devletleri yoksulluğu azaltma politikaları geliştirme sürecinde nüfus verilerinin kullanılması için desteklemekte, her hamileliğin istenilen, her doğumun güvenli ve her gencin HIV/AIDS'den korunmuş olması için faaliyet göstermekte, kadınların ve genç kızların hak ettiği saygılı muameleyi görmesi için destek vermektedir.

UNFPA Türkiye'de faaliyetlerine 1971 yılında başlamıştır. 2003 yılından beri UNFPA Türkiye Ofisi; Azerbaycan, Gürcistan ve Ermenistan ülke programlarını da koordine etmekte, bölgesel ölçekte projeleri yürütmektedir.

Türkiye'de UNFPA'nın ilk faaliyetleri proje ölçeğinde gerçekleştirilmiş, kısa süre içerisinde kapsamlı beş yıllık ülke programları yürütülmeye başlanmıştır. Bu çalışma sırasında Türkiye Cumhuriyeti ile birlikte 4. Ülke Programı (2006-2010) yürüten UNFPA; 2011 başından itibaren Türkiye'deki 5. Ülke Programı'nı (2011-2015) başlatmıştır. UNFPA, bu çerçevedeki çalışmalarını kamu kurumları, sivil toplum, üniversiteler ve özel sektörle işbirliği halinde yürütmeye devam edecektir.

30 seneden uzun bir süredir UNFPA Türkiye'de:

1. Özellikle gençlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde üreme sağlığının iyileştirilmesi
2. Toplumsal Cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve
3. Nüfus ve kalkınma alanı ile ilgili veri toplanması, bunların paylaşılması ve kullanımının teşvik edilmesi konularında çalışmaktadır.

Ülke Programı, UNFPA'nın ilkeleri çerçevesinde; yoksulluğun azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi,

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'le mücadele edilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi, kadınlara eşit haklar sağlanması ve kadınların yetkilerinin artırılması başta olmak üzere, Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşılmasında Türkiye Cumhuriyeti'ne katkı ve destek vermeyi amaçlamaktadır.

Türkiye, 20. yüzyıldaki gelişmiş ülkeler gibi demografik açıdan bir değişim sürecinin içinde bulunmaktadır. Nüfusun yaş yapısındaki değişiklikler, sosyal ve ekonomik sistemleri ve politikaları yakından ilgilendirmektedir. Türkiye'nin, her ülkenin tarihinde bir kez gerçekleşen demografik geçiş sürecini nasıl yaşadığı ve bu geçiş sürecinin 2050 yılına doğru neler getireceği, kamu ve özel sektörde alınacak karar ve uygulanacak politikalar açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu anlayış çerçevesinde, UNFPA ve TÜSİAD tarafından "2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim" başlıklı bir araştırma projesi başlatılmıştır. Demografik değişimler ve bu değişimlerin özellikle sosyal politika alanlarına izdüşümlerini ele almak üzere planlanan araştırma projesi "2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar" başlıklı bir ana rapor ile demografik değişimin "eğitim", "işgücü", "sağlık ve sosyal güvenlik" alanlarına etkilerini ayrı ayrı irdeleyen dört sektörel rapordan oluşmaktadır.

Söz konusu araştırma projesi çerçevesinde, "2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış" başlıklı bu rapor Başkent Üniversitesi Öğretim Üyesi ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ayşe Akın ve Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Korkut Ersoy tarafından hazırlanmıştır. Raporla; nüfusbilim tarafından sağlanan verilerden sağlık alanının daha etkili olarak nasıl yararlanabileceği konusunda uygulayıcılara yol göstermek, nüfus verileri kullanılarak elde edilen sağlık göstergelerinin açıklanması, anlamlandırılması ve yorumlanmasına katkı sağlamak, sağlık sektöründe uzun vadeli stratejik düşünmeyi özendirme, makro düzeyde sağlık politikaları önermek ve sağlık sektöründe veriye dayalı bir yönetim kültürü oluşturulmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yazarlar, kitabın hazırlanması sürecinde değerli katkılarda bulunan birçok kişiye teşekkürü bir borç bilir. Yazarlar, sağlık kitabının hazırlığında, yaptıkları katkılar ve verdikleri destekler için UNFPA ekibinden Selen Örs Reyhanioglu, Tavbiy Tunga Tüzer, Gökhan Yıldırımkaya ve Elif Elçi Çarıkçı'ya; TÜSİAD ekibinden Ebru Dicle, Berna Toksoy Redman ve Deniz Karataş'a, Başkent Üniversitesi BÜKÇAM uzmanlarından Ezgi Türkçelik'e teşekkür eder. Yazarlar ayrıca "Nüfusbilim ve Yönetim" dizisi kapsamında ana raporu hazırlayan ve projeksiyonları yapan Yrd. Doç. Dr. Şeref Hoşgör ve Prof. Dr. Aysıt Tansel'e, projeksiyonların yapılmasına katkıda bulunan, teknik desteği ve özverili çabaları için Hakan Ferit Hoşgör'e teşekkürlerini sunar.

Kasım 2012

ÖZGEÇMİŞLER

Prof. Dr. Ayşe AKIN

Prof. Dr. Ayşe Akın, 1965 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur.

Mezuniyetini izleyen iki yıl Erzurum-Çat Sağlık Ocağı hekimi olarak çalıştıktan sonra, Hacettepe Üniversitesi'nde Halk Sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum dallarında uzmanlık eğitimlerini tamamlamıştır. 1972-1974 yılları arasında İngiltere Southampton Üniversitesi'nde, uzmanlık alanlarında ileri eğitime, 1979-1980 yıllarında ise İngiltere "London School of Hygiene and Tropical Diseases"de epidemiyoloji, istatistik ve demografi konularını içeren bir yıllık programa katılmıştır.

Prof. Dr. Akın 1976 yılında doçent, 1982 yılında da profesör olmuştur. 1975-1989 yılları arasında 15 yıl süre ile Hacettepe Üniversitesi'nin eğitim ve araştırma bölgesi olan Çubuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği görevini ve bu hastanenin kadın hastalıkları ve doğum alanındaki klinik hizmetlerini yürütmüştür. 1987-1989 yılları arasında ise ek olarak aynı bölgede Sağlık Grup Başkanlığı yapmıştır.

Kariyerinin en büyük bölümünde kadın sağlığı, üreme sağlığı, üreme hakları ile ilgili pek çok çalışma yapmış olup özellikle 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasasının maddelerine temel teşkil eden bilimsel araştırmaları "Dünya Sağlık Örgütü" (DSÖ) işbirliğinde yürütmüştür.

1992-1997 yılları arasında, beş yıl süre ile Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü görevini yürütmüş, bu dönemde ülke çapında yürütülen pek çok araştırma ve programı yönetmiştir.

Uzun yıllar DSÖ'nün danışmanı olan Prof. Dr. Akın 1997-2002 yılları arasında DSÖ Avrupa Bölgesi Daimi Komitesinin üyesi, bir yıl başkanı, bir yıl da DSÖ Avrupa Bölge Komitesi Genel Kurulunun başkanı olarak görev almıştır. Halk Sağlığı Uzmanlar Derneğinin 4 yıl başkanı olan Prof. Dr. Akın 1997-2000 yılları arasında DSÖ-Cenevre "Policy Coordinating Committee" üyesi ve bir yıl da bu Komitenin başkanlığını yapmıştır.

42 yıl süre ile Hacettepe Üniversitesi'nin Öğretim Üyesi olarak çalışmış olan Prof. Dr. Akın 2001 yılında Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezini (HÜKSAM) kurmuş ve başkanlığını yürütmüş, on yıl süre ile Hacettepe Üniversitesi öğrenci mediko sosyal merkezlerinin koordinasyonunu yapmış ve 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi'nden emekli olmuştur. Halen Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezinin (BÜKÇAM) Müdürü ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının Başkanı olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Sayın Prof. Dr. Akın aynı zamanda DSÖ-Cenevre "Gender Advisory Panel" in de üyesidir.

Prof. Dr. Korkut ERSOY

Prof. Dr. Korkut Ersoy 1979 yılında Gazi Üniversitesi, Yönetim Bilimleri Fakültesi, Uluslararası İlişkiler Bölümü'nü bitirmiştir. Aynı yıl, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Yüksekokulu'na asistan olarak girmiştir. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim dalından 1982'de yüksek lisans, 1989'da doktora derecesini almıştır.

1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulunda Yardımcı Doçent kadrosuna atanmıştır. 1991 yılında altı ay süreyle Amerika Birleşik Devletleri Virginia Commonwealth Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü'nde ziyaretçi profesör olarak araştırma yapmıştır. 1992 yılında Dışişleri Bakanlığı bursuyla gittiği İsrail Institute of Technology 'den Sağlık Yönetimi ve Hastane Yönetimi Diploması almıştır.

1993 yılında Halk Sağlığı Doçentlik ünvanını kazandı. Sağlık idaresi Yüksekokulu'nda Müdür Yardımcılığı ve Yönetim Kurulu Üyeliği yaptı. Sağlık İdaresi Dergisi'nde Editörlük, Toplum ve Hekim Dergisi'nde, Araştırma Danışma Kurulu üyeliğinde bulundu.

Prof. Dr. Ersoy, 1996 yılında Başkent Üniversitesi'ne geçerek Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü'nü kurmuş, 1998 yılında Profesör ünvanını alarak, aynı üniversitede Rektör Yardımcılığı görevini 12 yıl süreyle yürütmüştür. Halen Başkent Üniversitesi'nde, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı, Öğrenci Dekanlığı ve Eğitim Araştırma ve Danışmanlık Merkezi Müdürlüğü görevlerini yürütmektedir.

Prof. Dr. Ersoy, Türkçe ve İngilizce birçok ulusal ve uluslararası yayının yanı sıra, ulusal ve uluslararası araştırma projelerinde koordinatörlük yapmıştır. Hastane yönetimi, hastane işletmeciliği, hastane bilgi sistemleri, kalite yönetimi ve hastanelerde halkla ilişkiler derslerini, lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde vermiş ve tezler yönetmiştir.

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	15
2. NÜFUSBİLİM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ İLİŞKİLERİ	21
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAKIN DÖNEMDE MEYDANA GELEN GELİŞMELER VE EĞİLİMLER	27
3.1. Türkiye'nin İmzalamış Olduğu Sağlıkla İlgili Uluslararası Sözleşmeler ve Kararlar.....	27
3.2. Türkiye'de Sağlık Sektöründeki/Sistemindeki Yakın Dönemde Meydana Gelen Değişiklikler.....	33
3.3. Türkiye'nin Sağlık Profilinin Nüfusbilim Yönünden İrdelenmesi.....	37
3.3.1. Giriş.....	37
3.3.2. Kadın-Anne ve Çocuk Sağlığının Durumu	44
3.3.3. Gençlik Döneminin Sağlık Durumu.....	52
3.3.4. Yetişkin ve İleri Yaş Dönemlerinin Sağlık Durumu.....	56
3.3.5. Türkiye'de Seçilmiş Sağlık Hizmet Sunumu Göstergelerine Genel Bir Bakış.....	65
4. DEMOGRAFİK DEĞİŞİM SÜRECİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI (2010-2050)	69
4.1. Nüfus Projeksiyonları ile Elde Edilen Bulgular	69
5. GENEL DEĞERLENDİRME VE SEKTÖREL POLİTİKA ÖNERİLERİ	77
5.1. Genel Değerlendirme	77
5.2. Nüfustaki Değişim Açısından Sağlık Sistemine İlişkin Sektörel Politika Önerileri	82
5.3. Sağlık Sisteminde Destekleyici Ortamın Oluşturulması için Ortam Faktörleri	89
KAYNAKLAR	94
EKLER	102

TABLolar

Tablo 3.1. Türkiye Nüfusunda 2000 ve 2011 Yılları İçin Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Payları	39
Tablo 3.2. Türkiye’de AÖO ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski	48
Tablo 3.3. Türkiye’de Çeşitli Araştırma Sonuçlarına Göre Erişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı	59
Tablo 3.4. Türkiye’deki Seçilmiş Sağlık Hizmet Göstergelerinin Uluslararası Verilerle Kıyaslaması	65
Tablo 4.1. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları (Orta Düzey).....	69
Tablo 4.2. Nüfus Göstergeleri, Orta Düzey Projeksiyon, Türkiye, 2000-2050.....	71

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Binyıl Kalkınma Hedefleri.....	33
Şekil 3.2. Türkiye’de Yıllara ve Cinsiyete Göre Nüfus (1930-2000).....	37
Şekil 3.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, Türkiye (1945-2000).....	38
Şekil 3.4. Türkiye’de Yıllara Göre Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Nüfus (1950-2010)	40
Şekil 3.5. Toplam Doğurganlık Hızı, Genç Bağımlılık Oranı ve Yaşlı Bağımlılık Oranı, Türkiye (1950-2010).....	41
Şekil 3.6. Nüfus Piramitleri - Türkiye (1940- 2000)	42
Şekil 3.7. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları	45
Şekil 3.8. Türkiye’de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları	47
Şekil 3.9. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı (15-49 Yaş Evli Çiftler İçin ,%).....	49
Şekil 3.10. Türkiye’de Genç Yaş Grupların Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı	53
Şekil 3.11. Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı.....	57
Şekil 3.12. Türkiye’de Yıllara ve Cinsiyete Göre Kanser İnsidansları.....	60
Şekil 3.13. Yaşa ve Cinsiyete Göre Kanser Olgu Sayıları (2007)	60
Şekil 3.14. Türkiye’de Erkeklerde İlk 10 Kanser Olgu Sayısı.....	61
Şekil 3.15. Türkiye’de Kadınlarda İlk 10 Kanser Olgu Sayısı.....	61
Şekil 4.1. Yıllara Göre Nüfus Piramitleri (Türkiye).....	70
Şekil 4.2. Türkiye’de Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Nüfus (1950-2050)	72
Şekil 5.1. Nüfus Projeksiyonlarına Göre Türkiye’de Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Payları (2000-2050)	79

KUTULAR LİSTESİ

Kutu 3.1.	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	38
Kutu 3.2.	Nüfusun Yaş Yapısı.....	39
Kutu 3.3.	Kaba Doğum, Kaba Ölüm ve Nüfus Artış Hızları	39
Kutu 3.4.	Doğurganlık Hızları ve Bağımlılık Oranları.....	41
Kutu 3.5.	Toplumsal Cinsiyet Tanımları.....	43
Kutu 3.6.	Bebek, Perinatal Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları.....	44
Kutu 3.7.	Anne Ölümü, Anne Ölüm Oranı, Anne Ölüm Riski	46
Kutu 3.8.	Aile Planlaması	49
Kutu 3.9.	Prevalans ve İnsidans Tanımları.....	50
Kutu 3.10.	Düşük	50
Kutu 3.11.	Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinim	51
Kutu 3.12.	Ergen ve Gençlik	52
Kutu 3.13.	DALY	58

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AÖÖ	Anne Ölüm Oranı
AP	Aile Planlaması
BM	Birleşmiş Milletler
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
CEDAW	Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (Convention on Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)
CETAD	Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DALY	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (The Disability-Adjusted Life-Year)
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DRG	Tanı İlişkili Gruplandırma (Diagnoses Related Grouping)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
FAO	Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization)
GKY	Gebelikten Korunma Yöntemleri
HABİTAT II	İnsan Yerleşimleri İkinci Konferansı
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
HHA	Herkes İçin Sağlık (Health for All)
HIV/AIDS	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü / Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome)

HPV	İnsan Papilloma Virüsü (Human Papilloma Virus)
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
HÜKSAM	Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
ICC	Uluslararası Çocuk Merkezi (International Children Center)
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflaması Kodları (International Coding of Diseases)
ICPD	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on .. Population and Development)
IMF	Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund)
İKH	İskemik Kalp Hastalıkları
KADER	Kadın Adayları Destekleme Derneği
KAGİDER	Kadın Girişimciler Derneği
KDH	Kaba Doğum Hızı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KÖH	Kaba Ölüm Hızı
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
MDG	Binyıl Kalkınma Hedefleri (Millenium Development Goals)
NAH	Nüfus Artış Hızı
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development)
ÖİK	Özel İhtisas Komisyonu
RIA	Rahim İçi Araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SE	Sağlık Evi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SO	Sağlık Ocağı
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UAÖA	Ulusal Anne Ölümleri Araştırması
UEP	Ulusal Eylem Planı
UHY	Ulusal Hastalık Yüğü
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik Çalışması
UN	Birleşmiş Milletler (United Nations)
UNCED	Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı (The United Nations Conference on Environment and Development)
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund)
WSSD	Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi (World Summit for Sustainable Development)

B Ö L Ü M

GİRİŞ

1. GİRİŞ

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin beden, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinde olmasıdır.

"Sağlıklı olma", yeryüzünde yaşayan her bireyi ilgilendiren son derece önemli ve vazgeçilmez, doğuştan sahip olunan bir insan hakkıdır.

Sağlık genetik, çevresel, beslenme, sağlık sistemi ve hizmetleri gibi faktörlerden etkilenen bir sonuç olup, sağlık ve sağlıklı olmak "kalkınma" yönünden de son derece önemlidir. Şöyle ki; kalkınma, "gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğini ortadan kaldırmaksızın şimdiki neslin ihtiyaçlarının karşılanması" olarak tanımlanmaktadır. Sürdürülebilir kalkınma kavramı ise bazı yazarlarca, "dünyanın kıt olan kaynaklarını yok etmeden ve bu kaynakları en verimli bir şekilde kullanarak, sadece belirli bir kesim için değil, bütün dünya insanları için adaleti ve fırsatı sağlayacak olan ekonomik gelişme" olarak tanımlanmaktadır (Savaşan ve Çetintaş 2009). Kalkınmada insana yatırımın önemi açıktır. Ekonomik kalkınma için şart olan büyüme, üretim faktörlerinin tam ve etkin kullanımını ve üretim olanaklarının artırılmasını gerektirir. Üretim faktörlerini üretim sürecine sokan ve yöneten ise yine bir üretim faktörü olan insandır.

Eğitim ve sağlık harcamalarının, işgücü kalitesini artırarak üretim kapasitesini olumlu etkilemesinden dolayı beşeri sermayenin oluşumunda önemli rol oynadığı ve sürdürülebilir, hızlı ekonomik büyümeye uzun dönemde önemli katkılar sunduğu bilinmektedir. Sağlık, beşeri sermaye oluşumuna katkı sağlayan önemli bir faktör olmanın yanı sıra, emeğin üretken dönemini uzatarak ve verimliliğini artırarak kalkınmanın da önemli bir unsurudur (Savaşan ve Çetintaş 2009).

Esasen kalkınma ve sağlık iki yönlü etkileşimi olan bir alandır. Ekonomik kalkınma, sağlık düzeyinin gelişmesine yardımcı olurken, sağlık da büyümeye ve kalkınmaya katkıda bulunur (Savaşan ve Çetintaş, 2009).

Tüm hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kısa, orta ve uzun süreli stratejik planların var olması çağdaş bir sağlık sisteminin uygulamaya konulabilmesi ve başarısı için olmazsa olmaz bir önkoşuldur.

Stratejik planların hazırlanması ve belirlenen bu stratejilere dayalı eylem planlarının yapılabilmesi için ülkede, bölgede sağlığın eğitim, ekonomik gelişmişlik gibi belirleyici

faktörlerinin durumu, sağlık göstergelerinin düzeyi ve değişim eğilimleri, daha da önemlisi ülkedeki nüfus yapısının nicelik ve nitelik yönünden bugünkü ve ileriye yönelik profilinin bilinmesi gereklidir. Böylece değişen nüfusun yapısına göre ortaya çıkabilecek sağlık sorunları, altyapı ve hizmet gereksinimleri öngörülerek plan ve programlar oluşturulabilir. Yöneticiler / karar vericiler için bir "uygulama rehberi" niteliği taşıması beklenen "sağlık planları", ancak bu bilgilerin güvenilirliği ölçüsünde gerçekçi, uygulanabilir ve etkili olabilir.

Çalışmanın amacı ve kapsamı: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve TÜSİAD tarafından "Nüfusbilim ve Yönetim" ana teması üzerine kurgulanmış olan bu çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada; "2050'ye doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemine Yansımalar" isimli ana yayının, ikinci aşamada ise sektörel (eğitim, sağlık, işgücü, sosyal güvenlik) yayınların hazırlanması hedeflenmiştir. Çalışma bağlamında, öncelikle "Türkiye, demografik göstergelerinin çok hızla değiştiği bir yapı göstermektedir. Bu devininin gerek kamu, gerekse özel sektörde özellikle orta ve uzun vadeli yönetsel kararlara ve yatırımlara yansıtılması etkili ve verimli bir yönetim anlayışı olacaktır" saptaması yapılmıştır. Buna göre, çalışmanın amacı ve kapsamı şu şekilde ortaya konulmuştur: "Türkiye'de kamu ve özel sektörde yatırım ve yönetim alanlarında sorumluluk üstlenen yöneticilerin aldıkları kararlara nüfusbilim bakış açısını ve gerekliliğini kazandırmaktır. Bunun yanı sıra, Türkiye'de demografik anlamda Cumhuriyet dönemindeki belirgin dinamiklerin ve olası projeksiyonların ilgililerle paylaşılması ve irdelenmesi hedeflenmiştir. Bu yaklaşımla, Türkiye'de her alanda veriye dayalı yönetim kültürünün daha yerleşik bir uygulama haline getirilmesine katkıda bulunmak istenmektedir". Öte yandan, çalışmanın ikinci aşamasını oluşturacak dört sektörel kitapla ilgili olarak; sektörel düzeyde nüfusbilimin, planlama aşamasından uygulama aşamasına dek yönetimde nasıl kullanılabileceğine ilişkin somut önerilerin yer alması beklenmektedir (Hoşgör ve Tansel 2010; Kavak 2010).

Bu genel çerçeve kapsamında sağlık sektör kitabının amacı;

- Nüfusbilim tarafından sağlanan verilerden, sağlık alanının daha etkili nasıl yararlanabileceği konusunda uygulayıcılara yol göstermek,
- Nüfus verileri kullanılarak elde edilen önemli sağlık göstergelerinin açıklanması, anlamlandırılması ve yorumlanmasına katkıda bulunmak,
- Sağlık sektöründe uzun vadeli stratejik düşünmeyi özendirme,
- Makro düzeyde sağlık politikaları önermek ve

- Sağlık sekt6r6nde veriye dayalı bir y6netim k6lt6r6 oluşturulmasına katkıda bulunmaktır.

Yukarıda belirtilen amaç çerçevesinde, sağlık sekt6r kitabının hedef kitlesi;

- Sağlık politika yapıcıları,
- Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı y6neticileri,
- Sağlık politikaları ve sağlık planlamasıyla ilgili uzmanlar,
- Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı dışında kalan sağlık y6neticileri (il sağlık m6d6rleri, il ve ilçe halk sağlığı m6d6rleri, başhekimler vb.),
- 6zel sekt6rde sağlık alanında hizmet sunan yatırımcı ve y6neticiler,
- Her d6zeydeki sağlık planlayıcıları ve y6neticileri,
- Sağlık konusu ile ilgilenen, çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşlarıdır (STK).

Bu yapıt beş b6l6m ile kaynakça ve eklerden oluşmaktadır.

B Ö L Ü M
2

NÜFUSBİLİM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ
İLİŞKİLERİ

2. NÜFUSBİLİM VE SAĞLIK SEKTÖRÜ İLİŞKİLERİ

Sağlık yöneticisinin temel görevi, hizmet verilen toplumun sağlık durumunu geliştirmek amacı ile kaynakları verimli yönetmektir. Bunu gerçekleştirmek için bir yönetici, toplum tabanlı bir perspektife sahip olmalı, nüfusun sağlık durumu ile yönetsel faktörler veya sağlık olanakları arasındaki ilişkiyi anlayabilmeli, yönetim fonksiyonlarına demografik ve epidemiyolojik yaklaşımları uygulayabilmelidir. Bütün bunları gerçekleştirebilmek için; "Hizmet verilecek nüfusun özellikleri nelerdir? Bu nüfusun sağlık ihtiyaçları nelerdir? Hangi hizmetlere ihtiyaç vardır?" sorularının yanıtlanması gerekir ki bunun doğru olarak yapılabilmesi için demografik ve epidemiyolojik bilgilere ihtiyaç vardır (Akdur,1980; Fleming, 2000).

Sağlık sisteminin amaç ve hedeflerinin tespitinde, sorun göstergeleri, etkileyen dolaylı ve dolaysız faktörler ile mevcut kaynaklar kullanılmaktadır. Bunlar sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin geçmiş veriler, demografik veriler, sosyolojik öngörüler ve projeksiyonlardır.

Sağlık hizmetlerinde gerekli olan bilgiler, öncelikle, sistematik veri kaynakları olan sağlık kayıtlarından elde edilmektedir. Sağlık kayıtları genelde; nüfus, ölüm, doğum, göç, evlenme, boşanma, çevre koşulları, hastalık vb. durumlar ile sağlık kurumları, sağlık personeli ve hastalarla ilgili rutin kayıtlar biçiminde tutulmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründe veri kaynakları, özellikle rutin sağlık kayıtları, içerik ve doğruluk yönünden yeterli değildir. Oysa sağlık kayıtları, doğru bilgiye ulaşmada en önemli araç olarak görünmektedir. Merkezi düzeyde ve yerelde sağlık yöneticileri ve personeli bu kayıtları doğru, tam, güvenilir ve zamanında tutmalı, düzenlemeli ve saklamalıdır. Her sağlık personeli, veri derleme ilkelerini, yöntemlerini ve veri derlemede kendisine düşen görev ve sorumlulukları çok iyi bilmeli ve uygulamalıdır. Gelişen bilgisayar teknolojisi ile birlikte daha ileriye, daha doğruya ve daha geniş alanlara ulaşarak bilgi-sistem ağının geliştirilmesi, sağlık sektöründe çalışanların sürekli bu konuda eğitilmesine bağlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin başarılı olarak sunulabilmesi için öncelikle doğru, güvenilir, güncel bilgilerin elde edilmesi, sonrasında ise, bu bilgilere dayalı olarak, Türkiye’de sağlıklı bir gelecek için sağlık yönetiminin her düzeyinde rasyonel kararlar alınması ve bu kararların uygulamalara eksiksiz yansıtılması temel ön koşul olarak görülmelidir (Ersoy, 2001).

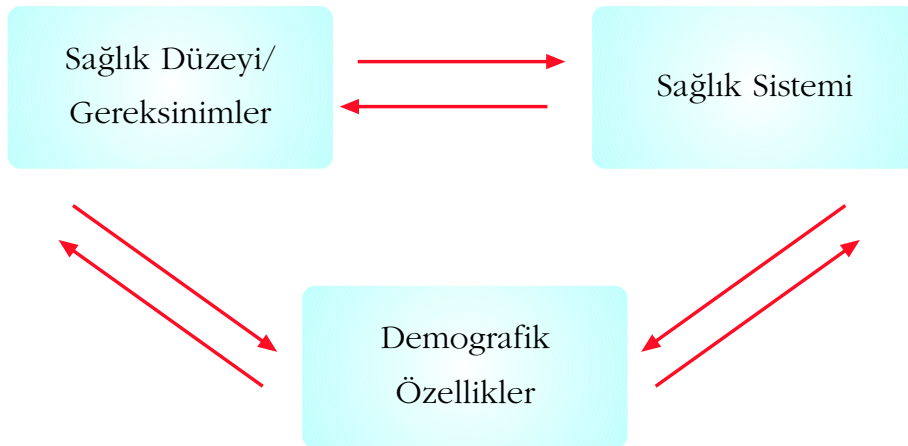
Bir toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ve sağlık bakımı arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Sağlık ve sağlık hizmetleri/sağlık bakımı kavramlarının zaman içindeki gelişimi demografik süreçteki değişime paralellik gösterir. Sağlık, amaçlanan bir durum olarak modern toplumların oluşumu ile ortaya çıkmıştır. Benzer olarak sağlık bakımı da demografik dönüşümle birlikte, sosyal sistemin içinde ayrı bir kurum olarak modern toplumda yerini almıştır. Demografik dönüşüm,

toplumların modernleşme sürecine paralellik göstermiş; toplum sağlığı önlemleri ve yükselen yaşam düzeyi sayesinde ölüm hızları düşmüş, doğum hızları ise uzunca bir süre yüksek düzeyini koruduğundan nüfus artmıştır. Daha sonraları yükselen eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyin yanı sıra doğurganlığın düzenlenmesi uygulamaları ile doğum hızları da azalmış, kimi toplumlarda ölüm hızı düzeyine inmiştir (Öztek ve Eren, 2006).

Bir toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetleri ihtiyacı onun demografik yapısında kendini gösterir. Örneğin, sağlık göstergeleri olumsuz bir toplumun genç bir nüfusa sahip olduğu, ölüm hızlarının özellikle bebek ölümlerinin yüksek olduğu, dolayısıyla nüfusun aşındığı söylenebilir. Aynı zamanda bu nüfusun demografik özellikleri onun sağlık düzeyini ve ihtiyaçlarını etkileyecektir. Örneğin, nüfusun yaş kompozisyonu sık görülen, hastalık yaratıcı koşullarda kendini gösterecektir; yaş yapısı sağlık hizmeti sunumunu etkileyecektir. Doğurganlığı yüksek, bebek ölümleri fazla olan genç nüfusun sağlık hizmeti talebi yaşlı bir nüfusa kıyasla oldukça farklı olacaktır. Örnekleri artırmak mümkündür; yaşlanan nüfusta kronik hastalıklar, akut hastalıklara göre ağırlık kazanmaktadır. Bir diğer olgu da yaşlı nüfustan hastalananların, çalışma çağındaki nüfusa göre daha uzun zamanda iyileşebilmesidir (Öztek ve Eren, 2006).

Dolayısıyla politika oluşturma, karar verme, planlama, uygulama ve değerlendirme için sağlık sektöründe nüfusbilim vazgeçilemez bir alandır.

Sağlık sistemi, sağlık düzeyi ve nüfusbilim arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde gösterilebilir (Akdur, 1980; Öztek ve Eren, 2006):



Toplumun sağlık düzeyi, bununla bağlantılı olarak sağlık gereksinimleri, mevcut sağlık sistemi ve toplumun demografik yapısı arasında çift yönlü ve sürekliliği olan bir etkileşim mevcuttur. Bu üç bileşenin durumu, içeriği, birbirinden bağımsız olmaksızın birbirini etkilemekte; bazen biri diğerinin nedeni ya da sonucu olabilmektedir.

Sağlık sektörünün, gerek halen vermekte olduğu hizmetlerin düzenlenmesi, gerekse ileriye yönelik hizmet politikalarının saptanması, plan ve programların gerçek hizmet gereksinimlerine uygun yapılabilmesi için nüfusbilim tarafından sağlanan, nüfusun niceliksel ve niteliksel özellikleri ile ilgili verilere ihtiyacı vardır.

Nüfusun yaş ve cinsiyet yapısına ilişkin veriler, beklenen yaşam süreleri, nüfusun yerleşim yeri özellikleri, doğurganlık ve ölümlülükle ilgili özellikleri ve ileriye doğru bütün bu özelliklerde meydana gelebilecek değişimlerle ilgili projeksiyonlar, sağlık sektörünün gerçekçi plan, program yapmasında, stratejilerini ve buna bağlı eylem planlarını oluşturmasında temel teşkil eder.

Diğer bir ifade ile; nüfusun ileriye yönelik niceliksel ve niteliksel özelliklerinin ve eğilimlerinin bilinmesi, mevcut sağlık profili ile de bütünleştirildiğinde, sağlıkla ilgili pek çok konuda, değişen yaş örüntüsüne göre olası sağlık sorunları ve buna uygun hizmet programlarının geliştirilmesi ve bütün planlananların uygulamaya konulması amacıyla ayrılması gereken kaynak miktarlarının hesaplanması için de sağlık sektörü, nüfusbilim verilerini kullanmalıdır. Somut bir örnek verilecek olursa; bilindiği gibi nüfusun yaş yapısı ile beklenen sağlık sorunları arasında yakın bir ilişki vardır. Bugün Türkiye’de yaşlı grubun nüfus içindeki payı % 6,3 olup; bu pay giderek artarak 2030 yılında %10,88’e, 2050 yılında ise %17,3’e yükselecektir (Hoşgör ve Tansel, 2010). Bu çerçevede, ileri yaş grubunun sağlık sorunlarının artış eğiliminde olacağı öngörülerek; bu gruba yönelik koruyucu, erken tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin planlanması, sağlık kuruluşları, sağlık insan gücü ve ayrılması gerekli kaynaklara yönelik çalışmalara bugünden başlanması gerekmektedir.

Sağlık sektörü bakışı ile nüfusbilim göstergeleri:

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve değerlendirilmesinde kullanılan göstergeler, güvenilirlikleri ölçüsünde yöneticiler için "vazgeçilmez" bilimsel dayanaklardır.

Sağlık verilerinin doğru toplanmasında, güvenilir olmasında özellikle uç yörelerde görevli, il, ilçe halk sağlığı müdürlerine ve daha da uç yörelerdeki sağlık birimlerine, çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Alandan toplanan sağlık verileri, özellikle uç yörelerde görevli yöneticilerin bu konudaki bilgi ve duyarlılığı ölçüsünde güvenilir olabilir. Nüfusbilim göstergeleri, tanım ve değerleri bu kitapta kullanılan projeksiyonlara temel teşkil eden "ana yayında" ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Hoşgör ve Tansel, 2010). Sağlık sektörü ile ilgili, özellikle sağlık yöneticileri için önemli olan ancak metin içinde yer almayan göstergeler ve tanımlamalar ise bu kitabın ekinde yer almaktadır (Bkz. Ekler).

B Ö L Ü M

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE
YAKIN DÖNEMDE MEYDANA GELEN
GELİŞMELER VE EĞİLİMLER

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YAKIN DÖNEMDE MEYDANA GELEN GELİŞMELER VE EĞİLİMLER

3.1. Türkiye'nin İmzalamış Olduğu Sağlıkla İlişkili Uluslararası Sözleşmeler ve Kararlar

Nüfusun büyüklüğü ve yapısı, kalkınma planlarının üzerine bina edildiği temel yapıyı teşkil etmektedir. Nüfus, gelir ile birlikte bir ekonomide mal ve hizmetlere olan talebin kompozisyonunu ve miktarını belirler. Nüfusun büyüklüğü, yapısı, bilgi ve beceri düzeyi, üretim sisteminin temel girdisini oluşturur.

Nüfusu dış kaynaklı bir faktör olarak ele alma eğilimi, özellikle Roma'da düzenlenen 1. Dünya Nüfus Konferansı ile başlayan bir süreç olarak 1950 ve 1960'larda kalkınma stratejilerindeki yaklaşımlarda görülmeye başlanmıştır. Bu yaklaşımlar, çoğunlukla kalkınmanın hızlanması için sanayiye daha çok yatırım yapılmasını ve sadece kişi başına toplam gelir artışını hedeflemekte, gelirin bölgeler ve kişiler arasındaki dağılım özelliklerini göz ardı etmektedir. Kuşkusuz bu yaklaşımlarda uluslararası kuruluşların o dönemdeki gelişmekte olan ülkelerde gözlenen hızlı nüfus artışından ürkmelerinin ve ne pahasına olursa olsun bu hızları aşağı çekme gayreti içine girmelerinin de payı vardır. Bu durum nüfus ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkinin anlaşılmasını geciktirmiş ve konunun yalnızca aile planlaması olarak ele alınmasına yol açmıştır.

Bu konudaki kavramlar ve yaklaşımlar 1974'te Bükreş'te toplanan 3. Dünya Nüfus Konferansı'ndan sonra değişmiştir. Hükümetler düzeyindeki bu ilk önemli toplantı sonunda kabul edilen "Dünya Nüfus Hareket Planı"nda çok açık olarak nüfus dinamikleri ile kalkınma faktörleri arasındaki karşılıklı ilişkilere ve etkileşimlere dikkat çekilmiştir. Bükreş Konferansı, nüfus politikalarının, özellikle doğurganlığı azaltıcı ve nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikaların, ancak yoğun kalkınma çabaları ile birlikte uygulanabilirse başarılı olabileceğini ortaya koymuştur ve bu durum 1984 yılında Meksika'da düzenlenen 4. Dünya Nüfus Konferansı'nda tartışılmadan kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir.

Nüfus politika ve programlarının kalkınma stratejileri ile bütünleşmesi ancak planlama süreci içinde nüfusun, herhangi diğer bir ekonomik sektör gibi, ayrı bir faktör olarak ele alınması ile mümkün olacaktır. Diğer bir ifade ile nüfus, kalkınma planlarının ayrılmaz bir bileşeni olabildiği ölçüde kalkınma stratejisi ile tutarlılığı sağlanmış olabilecektir. Bazı ülkelerde düşük doğurganlık bir sorun olabilirken, bazılarında yüksek doğurganlık mevcut kaynakları zorlayabilmektedir. Ayrıca kişi başına milli gelir ne ölçüde yüksek olursa olsun, bu gelirin dengeli dağılmadığı da sık olarak görülen bir durumdur.

Ancak kalkınma stratejilerinin, önceden olduğu gibi sadece kişi başına gelir artışını hedeflemek yerine, nüfusun genel refah düzeyini artırma hedefine dönüştürülmesinin kaçınılmaz gereği artık, Türkiye'deki kalkınma planlarında da vurgulandığı gibi, kabul edilmektedir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu).

- **Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, Alma Ata, 1978**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve uluslararası diğer sağlık örgütleri tarafından benimsenmiş olan "Herkese Sağlık" temel yaklaşımının başlangıcı olan bu konferansta, temel sağlık hizmetlerinin tanımı yapılarak, içeriği ve ilkeleri belirlenmiştir. Bu konferansın sonuç belgesinde ifade edilenlerin, esasen Türkiye'nin Alma Ata'dan 17 yıl önce, yani 1961'de kabul ettiği 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun öngördüğü yaklaşımları içermesi nedeni ile Türkiye, bu belgeye hem katkıda bulunmuş, hem de bu yaklaşımları benimsemiştir (Fişek 1983; Öztekin ve Eren 2006; WHO 1999; Sağlık Bakanlığı, 2007).

- **Kadına Karşı Her Tür Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), 1979**

Uluslararası kadın on yılının (1975-1985) en önemli çıktısı olan "Kadına Karşı Her Tür Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)" 1979'da Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 1981 yılında uluslararası bir sözleşme olarak uygulamaya girmiştir. Bu sözleşme 1946 yılında BM'de kurulan "BM Kadının Statüsü Komisyonu"nun 30 yılı aşkın çalışmasının önemli bir çıktısıdır. Bu sözleşmeyle Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi'nin kurulması ve sözleşme hükümlerinin taraf ülkelerce uygulanmasının izlenmesi de kabul edilmiştir (Bilgili ve Akın 1998; Akın ve Erk, 2008).

Türkiye CEDAW'ı 1985 yılında imzalamıştır. Sözleşme 1986 yılında TBMM'de onaylanmış olup, sözleşme gereği her dört yılda bir meydana gelen ilerlemeler BM'ye resmi bir raporla bildirilmektedir (Mullen, 2004).

CEDAW'ın 12. maddesinde "Taraf devletler, aile planlaması dahil, sağlık hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık hizmetlerinde kadınlara karşı ayrımcılığı ortadan kaldıran bütün önlemleri alacaktır; kadının gebelik, doğum ve lohusalık döneminde beslenme dahil gerekli hizmetleri gerekirse ücretsiz olarak sağlayacaktır" denilmektedir (Mullen, 2004; CEDAW).

- **Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 1989**

1989'da BM tarafından gerçekleştirilen Dünya Çocuk Zirvesi sonucunda oluşturulan "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme" Türkiye tarafından 1990 tarihinde imzalanmış, TBMM tarafından onaylanması ise ancak 1994 yılında gerçekleşmiştir. Uluslararası yasa niteliğinde olması nedeni ile iç hukukumuzun üzerinde olan bu sözleşme, çocuğun insan haklarını vurgulayan 54 maddeden oluşmaktadır. Özellikle 24. maddede çocuğun sağlık hakkı ve eksiksiz olarak alması gereken koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile ilgili ayrıntılar vurgulanmaktadır. Bu maddede bebek ve çocuk ölüm hızlarının düşürülmesinin taraf devletlerin görevi olduğu ve bunun "temel sağlık hizmetlerinin" geliştirilmesi ile sağlanacağı vurgulanmaktadır (Çobanoğlu, 1998; UNICEF-CRC).

- **Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı, Rio de Janeiro 1992**

3-14 Haziran 1992 tarihlerinde Rio de Janeiro'da yapılan "Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı" (Rio Konferansı), ulusların, çevreye duyarlı yönetim sağlamalarına yönelik bir dizi ilkenin benimsenmesi açısından önemli bir adım olmuştur. Bu çerçevede başta bir eylem planı olan Gündem 21 kabul edilmiştir. Johannesburg'ta düzenlenen Rio+10 Zirvesi, "Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi" başlığı ile 26 Ağustos-4 Eylül 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Rio+20 Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı, Brezilya'nın Rio de Janeiro kentinde yapılan 1992 BM Çevre ve Kalkınma Konferansı'nın 20. yıldönümü ve 2002'de Johannesburg'da yapılan Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nin 10. yıldönümünde, 20-22 Haziran 2012'de yine Rio de Janeiro kentinde gerçekleştirilmiştir. Konferansa üst düzey katılım gerçekleşmiş ve sürdürülebilir kalkınma konusunda mutabakatı yinelemek; ekonomik, sosyal ve çevresel olarak sürdürülebilir geleceği, dünyamız, şimdiki ve gelecek nesil için desteklemek amacıyla konferans bitiminde "İstedığımız Gelecek" başlıklı Sonuç Bildirgesi kabul edilmiştir (Arat ve Türkeş 2002; UN-RIO 20, 2012).

- **Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), Kahire, 1994**

1994 yılında Kahire'de yapılan "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı- ICPD"nda nüfus, yoksulluk, üretim ve tüketim modelleri, çevre konuları birbirleriyle ilişkili olarak ele alınmış, gelecek 20 yıl için nüfus ve kalkınma konusunda "Dünya Eylem Planı" hazırlanmıştır. Türkiye bu konferansa katılarak, konferansın bütün önerilerini kabul etmiş, imzalayarak da önerileri yerine getireceğini taahhüt etmiştir (UN-ICPD, 1995; Bilgili ve Akın, 1998, 2001; UNFPA-ICPD; UN-Devagenda).

Yeni nüfus ve kalkınma anlayışı içinde, sürdürülebilirlik kavramı önem kazanmıştır. Kahire Konferansı'nda sürdürülebilir bir kalkınma anlayışı içinde bir dizi nüfus ve kalkınma hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında, sürdürülebilir bir ekonomik büyüme, güvenilir aile planlaması (AP) yöntemlerine ve üreme sağlığı (ÜS) hizmetlerine herkesin

ulaşabilirliği, bebek, çocuk ve anne ölümlerinin azaltılması ve özellikle kız çocukları için ilköğretime ulaşılabilirlik "temel insan hakları bağlamında" yer almaktadır. Ayrıca ergenlere ve ileri yaş grubuna da vurgu yapılmıştır.

Kahire Konferansı'nın benimsediği ilkeler arasında nüfus ve kalkınma alanında küresel ve ulusal ihtiyaçların kişisel haklar ve ihtiyaçlarla uyumluluk göstermesi, üreme sağlığına ilişkin karar almanın kadın ve erkeğin hakkı olduğu ve bu kapsamda da kadın ve erkeğin ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacaklarına ilişkin karar vermelerinin de bir hak olduğu dile getirilmiştir. Bu çerçevede konferansta, kadınların toplumdaki statülerinin yükseltilmesinin doğurganlığın azalmasına yardımcı olacağı gibi yaşamlarının tüm alanlarında olumlu etki yaratacağı; sağlık, eğitim ve toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda yapılacak yatırımların insan haklarını iyileştireceği ve nüfus artışını dengeleyeceği belirtilmiştir.

ICPD'de "Üreme Hakları ve Üreme Sağlığı" bölümünde "aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV'den korunma ile ergen sağlığı başlıkları ele alınmakta ve eylem önerilerinde bulunmaktadır. "Sağlık, Hastalık ve Ölüm Bölümü"nde ise, birinci basamak sağlık hizmetleri, çocuk ve kadınlara yönelik sağlık programları, güvenli annelik yaklaşımı gibi koruyucu yönü ağırlıklı olan programların önemi ve neler yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

ICPD'nin "Nüfus Artışı ve Yapısı" bölümünde "Demografik geçiş süreçlerini tamamlamış bulunan ülkeler, sosyal ve ekonomik kalkınmaları kapsamında, demografik eğilimlerini en iyi düzeye çıkarmaya yönelik gerekli önlemleri almalıdır" ifadesi yer almaktadır. Bu girişimler arasında, özellikle kırsal yörelerde ekonomik kalkınma ve yoksulluğun ortadan kaldırılması, kadınların statüsünün iyileştirilmesi, nitelikli ilköğretime erişim, üreme sağlığıyla aile planlaması hizmetleri dahil temel sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanmasının sağlanması ile ebeveynlik ve cinselliğe ilişkin eğitim olanakları sağlanmasının güvence altına alınması bulunmaktadır. Bu çerçevede ülkeler, sivil toplum örgütleri, yerel gruplar ve özel sektör de dahil, toplumun tüm kesimlerinin bu yönde harekete geçmesi gerektiği belirtilmektedir. Aynı bölümün "Yaşlılar" başlığı altında; doğurganlık düzeyindeki düşüşün, ölüm oranlarındaki sürekli azalmayla birleşerek pek çok toplumun yaş yapısında köklü değişiklikler yaratmakta olduğu; bu "yaşlanan nüfusun" ekonomik ve sosyal alandaki etkilerinin, tüm toplumlar için hem bir fırsat hem de bir mücadele alanı olduğu ifade edilmektedir. Ardından, "Yapılması Gereken Eylemler" başlığı altında; hükümetlerin her düzeyde, orta ve uzun vadeli sosyo ekonomik planlamada, artan sayı ve orandaki yaşlı nüfusu göz önünde bulundurması gerektiği vurgulanmaktadır. Buna göre hükümetler, yaşlıların topluma sürekli olarak katılımlarını kolaylaştırmak için onların kendilerine güvenlerini artırmalı; yaşlıların kendi hür iradeleriyle, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmelerini sağlamaya ve yaşamları boyunca toplumun çıkarları doğrultusunda

kazanmış oldukları beceri ve yeteneklerini tam kapasitede kullanmalarına yönelik koşulları güvence altına almalıdır.

ICPD'den sonra, alınan kararların ülkelerde ve dünya ölçeğinde izlenmesi için her 5 yılda bir +5 toplantıları düzenlenmiştir. Gelecek toplantı 2014 yılında ICPD+20 olarak düzenlenecektir (UNFPA-ICPD, MDGs). Türkiye, Kahire toplantısının Eylem Planındaki tüm kararları desteklemiştir. Toplantıda sürdürülebilir ekonomik büyüme ve kalkınma ile nüfus ilişkileri eğitim, ekonomik düzey ve kadının güçlendirilmesi konuları göz önüne alınarak tartışılmıştır. Çocuklar için temel insan hakları, gençler, kadınlar, yaşlılar ve diğer nüfus alt gruplarına dikkat çekilmesi, ICPD'nin en önemli yönleridir (DPT- 2556, ÖİK 572, 2001).

Nüfus konferanslarının yanı sıra sağlık, çocuk hakları ve kadın hakları konferansları ve sözleşmeleri de bu alandaki politikaları ve yönelimleri belirlemede önemli yere sahiptir. Türkiye nüfus, kalkınma ve sağlık bağlantılı pek çok uluslararası toplantı ve konferansa katılarak sonuç belgelerini, bazıları uluslararası yasa özelliğinde olan dokümanları, sözleşmeleri kabul ederek imzalamıştır. Bu konferanslardan özellikle sağlık ile bağlantılı olanlar ve Türkiye'nin aldığı roller aşağıda kısaca özetlenmiştir.

• **Dünya Kadın Konferansı, Pekin, 1995**

1995 yılında Pekin'de toplanan 4. Dünya Kadın Konferansı'ndan önce, Meksiko, Kopenhag ve Nairobi'de üç kez Dünya Kadın Konferansı toplanmıştır. 4. Dünya Kadın Konferansı bunlardan farklı olarak bir taahhütler konferansıdır. Konferans sonunda Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 189 ülkenin üst düzey temsilcileri Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformunu kabul etmişlerdir.

Pekin Deklarasyonu ile konferansa katılan ülkeler, son on yılda kadınların statüsünde ve diğer bazı konularda ilerlemeler kaydedilmekle birlikte kadın ve erkek arasındaki eşitsizliğin devam ettiğini ve yoksulluğun bu durumu şiddetlendirdiğini, kadının güçlendirilmesinin kalkınma ve barış için temel koşul olduğunu, kadınların sağlıklarını ve özellikle doğurganlıklarını kontrol etme haklarının kadınların güçlendirilmesi için temel oluşturduğunu belirterek, cinsiyete dayalı bir bakış açısının bütün politika ve programlara yansıtılacağını taahhüt etmişlerdir (KSGM, 1996; UN, 1995, 1996; Çobanoğlu, 1998).

• **Birleşmiş Milletler İkinci İnsan Yerleşimleri (Habitat II) Konferansı, İstanbul, 1996**

1992'de Brezilya'nın Rio de Janeiro kentinde gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'nda, sürdürülebilir kalkınmanın amaçlarını gerçekleştirme açısından,

insan yerleşimlerinin doğru biçimde yönetiminin bir önkoşul olduğu vurgulanmıştır. Bunun bir sonucu olarak, kısa adıyla "Yeryüzü Zirvesi" olarak bilinen bu toplantıda, insan yerleşimleri konusunda yeni bir BM konferansı düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Alınan karar uyarınca BM İnsan Yerleşimleri İkinci Konferansı (HABİTAT II) 3-14 Haziran 1996 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir (UN-devagenda-habitat). Tüm bu etkinlikler kalkınmanın temelinde insan olduğunu, insana her yönü ile daha fazla yatırım yapılması gerektiğini ve kişilerin, yaşadıkları toplumun sosyal, ekonomik ve politik yaşamına her düzeyde aktif katılımları sağlanacak şekilde güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Akin, 2008).

Türkiye'nin katılarak sonuç belgelerini imzaladığı, benimsediği uluslararası anlaşmalar ve sözleşmeler, yıllar içinde Türkiye'nin izlediği sağlık stratejilerine ve eylem planlarına da yön vermiş ve etkili olmuştur.

• **Yeni Binyıl Kalkınma Hedefleri Bildirgesi, 2000**

Son 50 yıl içinde beklenen yaşam süresi tüm dünyada 20 yıl kadar artmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi 1955 yılında 46,5 yıl iken, 2002 yılında 65,2 yıla yükselmiştir. Ancak bu süreçte, gelişmiş ülkeler ile çok yoksul ülkeler arasındaki fark da artmıştır (Bülbül, 2005).

2000 yılında toplanan "Binyıl Zirvesi"nde 2015 yılına dek sekiz temel amacın gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır. Belirlenen sekiz amacın yanı sıra kalkınma hedefleri ve bu amaçlara ulaşmada başarıyı ölçmek için de göstergeler belirlenmiştir. Binyıl Bildirgesi'ndeki 8 amacın 3'ü, 18 hedefin 8'i, 48 göstergenin 18'i sağlıkla ilişkilidir (Bülbül, 2005; Binyıl Kalkınma Hedefleri Türkiye Raporu 2010; WHO Statistics 2012).Türkiye bu zirveye katılarak, sonuç bildirgesini imzalamış ve hedeflere ulaşmada öngörülen bütün önerileri yerine getireceğini taahhüt etmiştir.

Binyıl kalkınma hedefleri;

Amaç 1: Mutlak Yoksulluk ve Açlığı Ortadan Kaldırmak

Amaç 2: Herkesin Temel Eğitim Almasını Sağlamak

Amaç 3: Kadınların Konumunu Güçlendirmek ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliğini Geliştirmek

Amaç 4: Çocuk Ölümünü Azaltmak

Amaç 5: Anne Sağlığını İyileştirmek

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

Amaç 7: Çevresel Sürdürülebilirliği Sağlamak

Amaç 8: Kalkınma için Küresel Ortaklıklar Geliştirmek

Şekil 3.1. Binyıl Kalkınma Hedefleri



3.2. Türkiye’de Sağlık Sektöründeki/Sistemindeki Yakın Dönemde Meydana Gelen Değişiklikler

Türkiye’de, Cumhuriyet’in kuruluşundan sonra her alanda olduğu gibi sağlık alanında da pek çok olumlu gelişme kaydedilmiştir. Avrupa ülkelerinin çok azında müstakil bir sağlık bakanlığı varken; 1920 yılında Atatürk’ün önderliği ile Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) kurulmuştur. 1930 yılında, bugün bile geçerliğini koruyan, o yılların sağlık sorunlarını dikkate alan, ciddi anlamda koruyucu ve tedavi edici yaklaşımlar getiren "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" kabul edilerek uygulamaya konmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında, haklı gerekçelerle "pro-natalist nüfus politikası", yani nüfusu artırıcı politika izlenmişse de daha sonra değişen koşullar nedeni ile anti-natalist, yani nüfus artış hızını azaltıcı politikaya geçilmiş ve başarılı uygulamalar gerçekleşmiştir (Akın, 2007; Toros, 1993; SSYB, 1973).

1960 yılına dek Türkiye’de mevcut sağlık sorunlarının türü ve yaygınlığı nedeni ile "dikey" sağlık örgütlenmesi ve "hastalıklarla savaş" yaklaşımı ile hareket edilmiştir. 1960 yılından itibaren ekonomi ve yönetimde planlı döneme geçildiğinde; sağlık hizmetlerinin, özellikle koruyucu yönüne ağırlık verilerek, hizmetin nüfus çoğunluğunun bulunduğu kırsal bölgelere götürülmesi ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebileceği noktasından hareketle son derece olumlu bir adım atılarak, ülkede yaşayan herkesin sağlık hizmetlerinden "eşit olarak yararlanması amacıyla", tüm sağlık hizmetleri, 5.1.1961 gün ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sosyalleştirilmiştir. Aynı yıl içinde kabul edilen 1961 Anayasası’nın getirmiş olduğu "sosyal güvenlik ve sağlık hakkı" ile ilgili maddelerle 224 sayılı yasanın anlam ve kapsamı güçlü şekilde garanti altına alınmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği sistemde illerdeki hizmet, belirli bir plan ve program çerçevesinde ele alınmakta olup ilin sağlık hizmetleri ve kuruluşları valinin yönetiminde bir bütündür. Sözü edilen sistemde, temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde uçtaki esas birim "sağlık ocağı" ve ona bağlı "sağlık evleri"dir.

Sağlık ocağı, 5-10 bin arasındaki nüfusa koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini, bir hekimin başkanlığında, yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin (hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli) oluşan bir ekiple, entegre bir şekilde sunan tıbbi ve sosyal bir kuruluştur.

Sağlık evi ise; 2500 kişilik köy grupları için kurulan sağlık hizmetinin en uç ünitesidir ve bir ebe-hemşire tarafından yönetilir. Sağlık ocağına bağlı olup, sağlık ocağı personeli ile birlikte çok yönlü bir sağlık hizmeti sunar.

Bu sistemde sağlık ocağı ve sağlık evi dışında grup hastaneleri, bölge hastaneleri ve laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim ve öğretim kuruluşları vb. ve hepsinin bağlı olduğu sağlık müdürlüğü bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerdeki hizmetin nasıl ve kimler tarafından yürütüleceği, neler yapılacağı yönetmelik ve yönergelerle saptanmıştır. Bu sistemde sevk zinciri oluşturulmuş olup, acil durumlar hariç ilk başvuru yeri daima sağlık ocağıdır ve gerekli durumlarda üst basamaklara buradan "sevk formu" ile kişi sevk edilmektedir.

Muş ilinde "pilot uygulama" olarak 1963 yılında başlayan sosyalleştirme uygulaması, 1983 yılı sonunda bütün ülkeye yaygınlaştırılmıştır.

Çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımını esas alan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un ilkeleri; eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet ve nüfusa göre hizmettir.

Türkiye'de yaklaşık 50 yıl devam etmiş olan "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" uygulamalarının aksayan ve eksik yönleri de olmuştur. Bunlar kısaca özetlenecek olursa (SSYB, 1973; Fişek,1983; Toros 1993; Öztekin ve Eren, 2006);

- Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması,
- Sağlık yöneticilerinin liyakat esasına göre atanmaması, yönetim kapasitesinin yetersizliği,

- Sosyalleştirmede sağlık personeli için başlangıçta var olan ücret avantajının giderek yok olması, benzer şekilde başlangıçtaki alt yapı desteğinin giderek kaybolması, tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi,
- Diğer kurumların sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilememesi,
- Sosyal güvenlik kuruluşlarının para ödemede sağlık ocaklarına karşı olumsuz tutumu,
- Sevk zincirinin işletilememesi,
- Tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesi,
- Toplum katılımının yeterince sağlanamaması.

Belirtilenlere ek olarak, dünyadaki neoliberal politikaların etkili olmaya başladığı bir ortamda sağlık hizmetlerinin de bunun dışında kalması mümkün değildi.

Bütün bu faktörlere rağmen Türkiye'de 50 yıla yakın bir süre uygulanan "temel sağlık hizmeti yaklaşımı" ile ülkenin sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmeler meydana gelmiş olup; bunların yansımaları, 1963 yılından beri her 5 yılda bir yapılan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları"nın (TNSA) ve Anne Ölüm Araştırmalarının sonuçlarında da kolayca görülebilmektedir (Şekil 3.7. ve Şekil 3.8.) (Akin, 2006, 2007, 2008; TNSA 2008; TÜİK 2010).

Bu bağlamda nüfusla yakın ilişkisi olan, 1965 yılında kabul edilen "557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu"nun özel bir yeri vardır: Bu kanunla Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bilgilendirme ve eğitim verilmesi, geriye dönebilen yöntemlerin uygulanması serbest bırakılmış, isteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona ise sadece tıbbi endikasyonun varlığında izin verilmiştir. Daha sonra bu ilk yasanın toplumun ihtiyacına gereği kadar yanıt vermemesi, özellikle de sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşüklerin kadın sağlığında ciddi boyutlarda sorun olmaya devam etmesi nedeni ile daha liberal ve kapsamlı olan "2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu" 1983 yılında kabul edilmiştir. Bu yasa ile 10 hafta dahil isteyerek düşükler ve gebeliğin cerrahi yöntemle önlenmesi istek üzerine serbest bırakılmış; eğitilmiş ebe ve hemşireye rahim içi araç (RIA) uygulama yetkisi tanınmış; uzman hekim gözetiminde, sertifikalandırılmış pratisyen hekimlerin erken gebelikleri sonlandırmalarına da yasa ile izin verilmiştir. Bu yasalar, Türkiye'de insan haklarının bir bölümü olan "üreme hakları" konusunda devrim niteliğinde olup; her iki yasanın da olumlu sonuçları kadın, anne ve çocuk sağlığı verilerine yıllar içinde yansımıştır (Şekil 3.7. ve Şekil 3.8.) (Akin, 2007, 2008).

Türkiye'de, özellikle 1980'lerden sonra dünyadaki neoliberal politikaların bir yansıması olarak sağlıkta da Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) önerisi ve Dünya Bankası'nın teknik ve finansman desteği ile Sağlık Bakanlığı tarafından, "sağlık reformu, sağlıkta dönüşüm"

başlıkları altında çalışmalar başlatılmış ve bu çalışmalar yıllar içinde hız kazanmıştır. Nitekim 24 Kasım 2004 yılında kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunları bu bağlamda çıkarılan yasalardır. Sağlıkta dönüşüm programı Türkiye’de, aile hekimliği sisteminin kurulmasını, genel sağlık sigortasını, özel sigortacılığın teşvik edilmesini, hastanelerin özzerkleşmesini, ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumunun kurulmasını öngörmüş olup; bunlardan pek çoğu günümüze dek gerçekleştirilmiştir (Akdağ, 2008, 2010).

2005 yılında ilk uygulaması Düzce ilinde başlatılan aile hekimliği sistemi, 2010 yılında 81 ilin tümünde uygulanmaya başlanmıştır.

Bu yeni sistemin en önemli özellikleri, temel sağlık hizmetlerinin, 224 sayılı yasada belirtilen hekim, ebe-hemşire, sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.’den oluşan bir ekip tarafından verilmesi yerine, 10-12 günlük bir bilgilendirmeden sonra "aile hekimi/doktoru" adı verilen pratisyen hekim ve yanında görev yapan "aile sağlığı elemanı" ile verilmesidir. Benzer eğitimi almış herhangi bir dal uzmanı da aile hekimi olabilmektedir. Bu sistemde her bir aile hekiminin listesine en az 1000 en fazla 4000 kişi kayıt yaptırabilmekte, hekime yapılacak ödeme, listesindeki kişi sayısı ve verdiği hizmetlerin performans puanına göre Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılmakta, SGK ise bu ödemeleri vatandaşlardan topladığı primlerden ve katkı paylarından elde ettiği bütçeden ödemektedir. Aile hekiminin, yanında çalıştırdığı aile sağlığı elemanının maaşını, çalıştığı mekanın kirasını, sarf malzemelerinin vb. bedelini, başlangıçta geçiş döneminde farklı uygulamalar yapılsa da, kendisine ödenen maaştan ödemesi beklenmektedir. Bu sistemde kırsal alana hizmet sunumu, köylerin yönetim tarafından aile hekimlerine bağlanması şeklinde olmaktadır. Yine bu sistemde her bir ilçe için daha çok yönetim, denetim ve koordinasyondan sorumlu "toplum sağlığı merkezleri" kurulmuş olup; konuyla ilgili mevzuat üzerindeki çalışmalar halen devam etmektedir (Akdağ, 2008, 2010).

2011 yılı başından itibaren Türkiye’nin bütün illerine yaygınlaştırılmış olan "aile hekimliği" sistemi çok yeni olduğundan, uygulama sonuçlarıyla ilgili henüz yeterli veri yoktur. Bu nedenle bu konuda bilimsel değerlendirmelerle elde edilen somut, objektif verilere ve bunların yönetimde, karar vermede kullanılmasına ihtiyaç vardır. Sözü edilen verilerin, doğru, güvenilir toplanmasında ve bunların bilgiye çevrilerek, yorumlanarak kullanımında yerel ve merkezi yöneticilere, hizmeti yönetenlere, üretenlere, kullananlara ve ilgili diğer tüm taraflara büyük görev düşmektedir.

Son olarak, 2 Kasım 2011 tarihinde kabul edilen 663 sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişiklikler meydana gelmiş; personel rejimine ilişkin düzenlemeler yapılmış; kamu hastane birlikleri kurulması, sağlık serbest bölgeleri oluşturulması, yabancı hekim ve hemşire çalıştırılması, meslek örgütleri ile ilgili mevzuat,

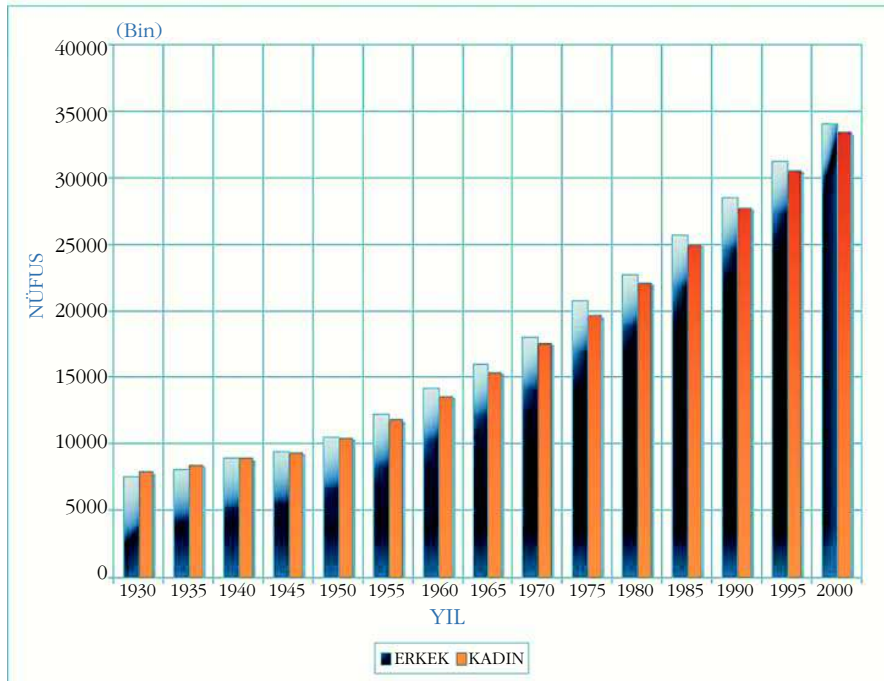
sağlık personelinin çalışma esasları vb. konularda pek çok yeni düzenleme getirilmiştir. Yapılan bu düzenlemelerde Bakanlık merkez teşkilatında "bağlı kuruluşlar" adı altında 4 bağlı kuruluş kurulmuştur. Bunlar, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğüdür. Yeni sistemde, temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinden sorumlu kuruluş Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak belirlenmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, illerde "halk sağlığı müdürlüğü" olarak temsil edilmektedir (2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Resmi Gazete).

3.3. Türkiye'nin Sağlık Profiline Nüfusbilim Yönünden İrdelenmesi

3.3.1. Giriş

Türkiye'de, yeni adı "Türkiye İstatistik Kurumu" olan "Devlet İstatistik Enstitüsü" 1926 yılında kurulmuş olup, sağlık da dahil olmak üzere bir çok alanda ve sektörde istatistiki veriler toplamakta, ara ara da gereksinimler doğrultusunda özel araştırmalar yürütmektedir. Türkiye'de nüfus, yıllar içinde sürekli artış göstermiştir. İlk sayımın yapıldığı 1927 yılında 13 milyon civarında tespit edilmiş olan nüfus, en son sayımın yapıldığı 2000 yılında 70 milyona yaklaşmış bulunmaktadır (DİE, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010; TÜİK, 2011). Türkiye nüfusu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne (ADNKS) göre 31 Aralık 2011 tarihi itibarıyla 74.724.269 kişidir.

Şekil 3.2. Türkiye'de Yıllara ve Cinsiyete Göre Nüfus (1930-2000)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

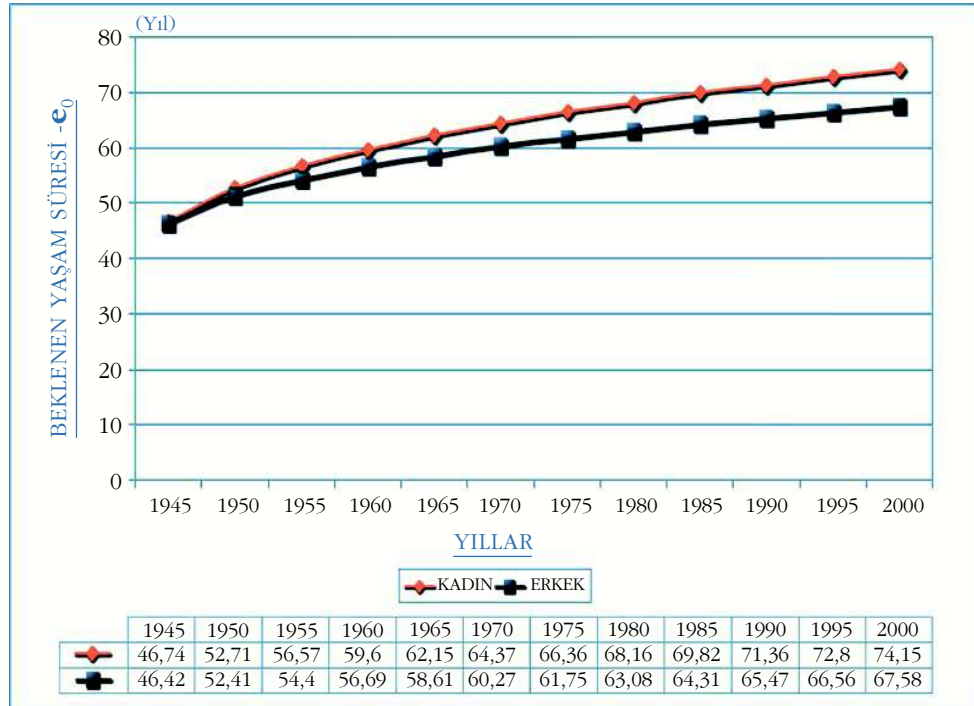
Doğumda beklenen yaşam süresi ve nüfusun yaş yapısı: Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi yıllar içinde her iki cinsiyet için düzenli olarak artmıştır. Kadınlar için 1945 yılında 46,74 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2000 yılında 74,15 yıla yükselmiş; aynı süre erkeklerde 46,42 yıldan 67,58 yıla çıkmıştır. Ortalama yaşam beklentisi, 2009 yılı için Türkiye’de 73,8 yıl iken; OECD ülkelerinin ortalaması 79,5 yıldır. Ayrıca 65 yaş üstü nüfusta sağlığının iyi olduğunu bildiren kişi yüzdesi OECD ülkeleri için ortalama %45,2, Türkiye için ise %20,2’dir. 65 yaş üzeri nüfusta sağlıklı yaşam yılı OECD ülkelerinde ortalama 9 yıl, Türkiye’de ise 8,8 yıldır. Bu bulgular, Türkiye’de yaşlı grubun ortalama sağlıklı yaşam yılı OECD ülkelerinden çok farklı olmasa da bireylerin kendi sağlık algılarının daha olumsuz olduğuna işaret etmektedir (OECD ve Dünya Bankası 2008; OECD 2011). Ayrıca Türkiye için, doğumda yaşam beklentisi, 2011 yılı için, 2008 ADNKS’ye göre yapılan nüfus projeksiyonları ve 2008 TNSA sonuçlarına göre yapılan hesaplamalar revize edilerek toplamda 74,5 yıl; erkekler için 72,0, kadınlar için ise 77,1 yıl olarak bildirilmektedir (TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2011).

Kutu 3.1. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Life Expectancy at Birth)

Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır.

Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

Şekil 3.3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Türkiye (1945-2000)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Türkiye genç nüfus yapısına sahip bir ülke olup, 2000 yılı için 0-14 yaş çocuk grubu, toplam nüfusun %30'unu; 15-64 yaş grubu nüfusun %64'ünü; 65 yaş ve üzeri grup nüfusun %6'sını oluşturmaktadır (Hoşgör ve Tansel 2010).

Yapılan demografik projeksiyonlarda nüfusun belirtilen yaş dağılımında 2030 ve 2050 yıllarına dek 0-14 ve 15-64 yaş gruplarında azalma beklenmekte, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun 2000 yılı için %6 olan payının, 2030 yılında %11'e ve 2050 yılında ise %17'ye yükselmesi öngörülmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Kutu 3.2. Nüfusun Yaş Yapısı (Age Structure)

Nüfus kitlesinin tek yaşlar ya da yaş gruplarına göre gösterdiği birleşim şekli olup; çeşitli yaşlardaki erkek ve kadın nüfusunu gösteren nüfus piramitleri, geçmiş dönemlerde yaşanan nüfusla ilgili olayların izlerini yansıtır.

Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

Tablo 3.1. Türkiye Nüfusunda 2000 ve 2011 Yılları İçin Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Payları (%)

Yaş Grubu	Toplam Nüfus İçindeki Payı	
	2000 (%)	2011 (%)
0 - 14	30	25.3
15 - 64	64	67.4
65 +	6	7.3

Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

2011 verilerine göre, 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus (50.346.979 kişi), toplam nüfusun %67,4'ünü oluşturmaktadır. Ülkemiz nüfusunun %25,3'ü (18.886.575 kişi) 0-14 yaş grubunda, %7,3'ü ise (5.490.715 kişi) 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır (Hoşgör ve Tansel 2010).

Kutu 3.3. Kaba Doğum, Kaba Ölüm ve Nüfus Artış Hızları

Kaba doğum hızı (Crude birth rate): Bir yıl içinde kaydedilen canlı doğumların sayısının, o yılın genel nüfusuna oranlanmasıdır. Binde olarak ifade edilir.

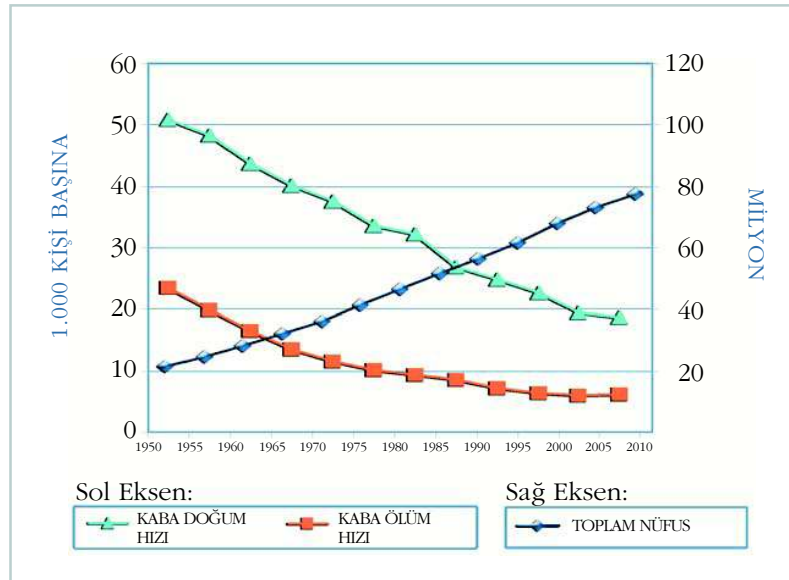
Kaba ölüm hızı (Crude death rate): Belirli bir sürede meydana gelen toplam ölüm sayısının, o süre ortasındaki toplam nüfusa oranıdır. Binde olarak ifade edilir.

Nüfus artış hızı (Population growth rate): Belli bir dönemde, nüfus büyüklüğünün ortalama yıllık artışıdır. Yüzde ya da binde olarak ifade edilir.

Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

Türkiye’de yıllara göre kaba doğum hızı (KDH), kaba ölüm hızı (KÖH) ve nüfus incelendiğinde, 1961- 65 yılları arasında binde 43,2 olan KDH, 1975-80 yılları arasında binde 30’a düşmüş olup; 2000’li yıllar için ise binde 19 olarak hesaplanmaktadır. KÖH de 1960-65 dönemi için binde 16,4 iken, 1975-80 arası binde 10’a, 2000’li yıllar için de binde 6’ya düşmüştür. Bu değişimlere paralel olarak nüfus artış hızı 1940’larda binde 30’ların üzerinde iken; 2000’li yıllarda binde 15’lerin de altına inmiştir (Şekil 3.4.) (Fişek, 1983; Akın, 2008; Hoşgör ve Tansel 2010).

Şekil 3.4. Türkiye’de Yıllara Göre Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Nüfus (1950-2010)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Toplam Doğurganlık Hızı ve Bağımlılık Oranları

Türkiye’de yıllar itibariyle nüfus artmaya devam etmiş ve daha önce de belirtildiği gibi KDH ve KÖH giderek azalmıştır. Ayrıca izlenen anti-natalist nüfus politikasının başarılı sonucu olarak toplam doğurganlık hızında da (TDH) yıllar içinde önemli düşüş meydana gelmiştir. Bütün bu demografik değişimin sonucu Türkiye’de 1970’lerden sonra "genç bağımlılık oranı" azalırken, "yaşlı bağımlılık oranı" artışını sürdürmüştür (Şekil 3.5.).

Kutu 3.4. Doğurganlık Hızları ve Bağımlılık Oranları

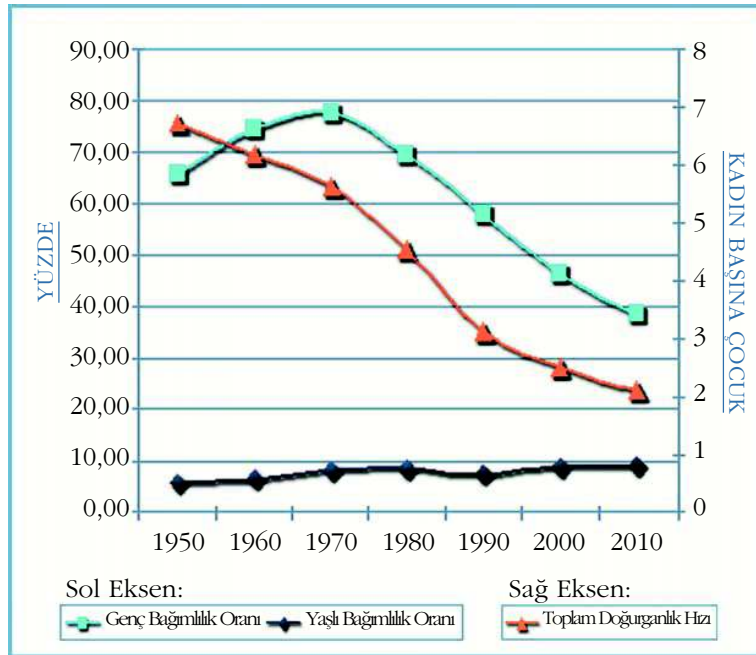
Toplam doğurganlık hızı (Total fertility rate): Bir kadının doğurganlık çağı boyunca halen mevcut yaşa özel doğurganlık hızlarına maruz kalması durumunda doğurganlık çağının sonuna geldiğinde sahip olacağı ortalama çocuk sayısıdır. Özellikle uluslararası kıyaslamalarda sıklıkla kullanılan bir ölçüttür.

Genel doğurganlık hızı (General fertility rate): Bir yıl içindeki doğumların o yılın ortalama kadın nüfusuna oranıdır. Bin kadına düşen ortalama doğum sayısı olarak ifade edilir.

Nüfusun Bağımlılık Oranları (Population dependency ratio): 15-64 yaş grubu, potansiyel olarak üretken, çalışma çağı nüfustur. Bu yaş grubunun ekonomik olarak etkin olması beklenir. Bunun aksine, 0-14 yaş grubu ve 65 üstü yaş grubunun ekonomik yönden etkin olmadıkları düşünülür. 0-14 yaş grubu genç bağımlı nüfus, 65 ve üstü yaş grubu ise yaşlı bağımlı nüfus olarak adlandırılır. Genç bağımlı nüfusun çalışma çağı nüfusa oranı genç bağımlılık oranı olarak tanımlanır. Yaşlı bağımlı nüfusun çalışma çağındaki nüfusa oranı ise yaşlı bağımlılık oranı olarak tanımlanır. Genç ve yaşlı bağımlılık oranlarının toplamı, toplam bağımlılık oranını verir. Bu yönden, çalışma çağı nüfusunun bakmakla yükümlü olduğu bağımlı nüfus sayısı olarak düşünülebilir. Buna çalışma çağı nüfusun taşımak zorunda olduğu ekonomik yük de denilebilir.

Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

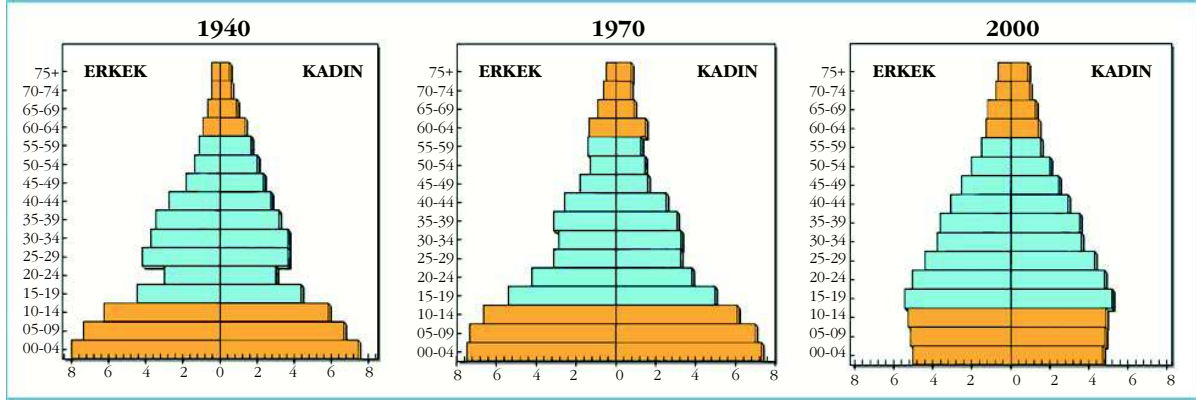
Şekil 3.5. Toplam Doğurganlık Hızı, Genç Bağımlılık Oranı ve Yaşlı Bağımlılık Oranı, Türkiye (1950-2010)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Demografik değişimin etkileri, Şekil 3.6.'daki nüfus piramitlerinin yapısından da izlenmektedir.

Şekil 3.6. Nüfus Piramitleri - Türkiye (1940- 2000)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Toplumsal Cinsiyet

Sağlığın belirleyicilerinden biri de toplumsal statü ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yapıp yapılmaması, kadın erkek eşitliğine bakış durumudur. Bu faktör, özellikle sağlık bilincini, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı, hakların ve fırsatların eşit kullanımını etkileyerek sağlığı da ciddi anlamda etkilemektedir. Türkiye bu yönü ile incelendiğinde sonuçlar arzu edilen seviyelerden çok uzaktır. Şöyle ki; Türkiye'de Cumhuriyetle birlikte kadının statüsündeki bütün gelişmelere, son yıllarda yasalardaki ayrımcı maddelerin olabildiğince ayıklanmasına rağmen uygulamalarda, yani gerçek yaşamda, kadın erkek eşitsizliği devam etmekte, hala kadınlar toplum içerisinde ne yazık ki ikincil konumda yer almaktadır. İlköğretimde kız ve erkek çocukları arasındaki okullaşma oranı farkı kapanmakla birlikte, orta ve yüksek öğretimde fark sürmektedir. Ayrıca özellikle ileri yaştaki kadınların okuryazarlık oranı erkeklere kıyasla çok daha düşüktür. Kadınların istihdamdaki payı, siyasette ve karar alma mekanizmalarındaki temsil düzeyi de erkeklere nazaran oldukça düşük düzeydedir (Akın 2003; Tan ve arkadaşları, 2008; KSGM 2009, 2012; KA-DER 2012).

Kutu 3.5. Toplumsal Cinsiyet Tanımları

Toplumsal Cinsiyet (Gender): Kadın ile erkek arasındaki eşitsizlik biyolojik farklılıklardan kaynaklanmaz; kültürel ve toplumsal bağlamlarda üretilip, biyolojik kökenli imiş gibi tanımlanır. Bu çerçevede toplumsal cinsiyet, kadına ve erkeğe toplum tarafından biçilen farklı roller olarak tanımlanmaktadır.

Toplumsal Cinsiyette Eşitlik (Gender equality) : Fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımı ile hizmetlere ulaşmada bireyin cinsiyeti nedeni ile ayrımcılık yapılmamasıdır.

Toplumsal Cinsiyette Hakkaniyet (Gender equity) : Kadın ve erkek arasında sorumlulukların ve gelirin dağılımında adalet ve hakkaniyet olmasıdır.

Kaynak: Akın, 2008

Dünya Ekonomik Forumu 2011 yılı Cinsiyet Uçurumu Raporu'nda, toplumsal cinsiyet eşitliği açısından genel endeks sıralamasına göre Türkiye, 135 ülke arasında 122. sırada yer almaktadır. Türkiye'den sonra sırada Mısır, Suriye, İran, Nepal, Umman, Benin, Fas, Fildişi Sahili, Suudi Arabistan, Mali, Pakistan, Çad ve Yemen bulunmaktadır.

Endeksin alt başlıklarına bakıldığında ise; yine toplam 135 ülke arasından Türkiye, kadınların eğitime katılımında 106., siyasete katılımında 89., sağlığa erişiminde 62. ve ekonomiye katılımında sondan dördüncü olarak 132. sırada bulunmaktadır (World Economic Forum, 2010). Mevcut durum insan hakları ve toplum sağlığı yönünden önemle üzerinde durulması gereken konulardan biri olup müdahale programlarının içine erkeklerin de mutlaka dahil edilmesi, toplumdaki geleneksel-ataerkil bakış açısının değiştirilmesine yönelik programların geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma kapsamında Türkiye'nin sağlık profili nüfusbilim yönünden incelenirken aşağıda belirtilen hususlar özellikle göz önüne alınmıştır.

Kadın, anne ve çocuk nüfus grupları, Türkiye'nin uzun yıllardır sahip olduğu genç nüfus yapısı, bu grupların nüfus içindeki paylarının büyüklüğü ve ayrıca sağlık düzeylerinin düşük olması nedeni ile sağlık açısından daha çok üzerinde durmayı ve ön planda olmayı gerektiren nüfus grupları olmuşlardır. Türkiye'de erişkin kadın nüfusu ile birlikte çocuk nüfusunun büyüklüğü toplam nüfusun yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Nüfus büyüklüğünün yanı sıra çocuklarda "büyüme-gelişme", kadınlarda "doğurganlığa bağlı sağlık yükleri", ayrıca kadın ve çocuk arasında fizyolojik etkileşimin de olması, sağlık yönünden "kadın-anne ve çocuk grubunun" ayrı ve bir bütün olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Diğer taraftan, ergenler ve gençler "sağlıklı" yaş grubu olarak kabul edilip; genellikle bu grubun sağlık riskleri göz ardı edilmektedir. Oysa erişkin yaş grubundaki pek çok sağlık sorununun temelinde, gençlik dönemindeki yaşam biçimi,

alışkanlıklar vb. olduğu bilinen gerçeklerdir. Bu nedenlerle sağlık profili içinde "genç yaş grubu" da ayrı bir başlık altında ele alınmaktadır. Bu grupların dışında kalan "erişkin ve ileri yaş grupları" da ayrı bir grup olarak incelenmektedir.

3.3.2. Kadın-Anne ve Çocuk Sağlığının Durumu

Türkiye'nin gerek demografik yapısı gerekse bu yapıya paralel mevcut sağlık sorunları, uzun yıllar sağlık hizmetlerinin "anne-çocuk sağlığı" ve onun koruyucu yönü olan aile planlaması hizmetlerine ağırlık verilmesini zorunlu kılmıştır.

2000 yılında açıklanan "Binyıl Kalkınma Hedefleri"nde 4. amaç, çocuk ölümlerinin azaltılması olup; 1990 ile 2015 yılları arasında beş yaş altı çocuk ölümlerinin 2/3 oranında azaltılması hedeflenmektedir. Amaç 5'te ise anne sağlığının iyileştirilmesi amaçlanmıştır olup; 1990 ile 2015 yılları arasında gebelik, doğum ve lohusalık döneminde meydana gelen anne ölümlerinin 3/4 oranında azaltılması hedeflenmektedir (WHS, 2009; Bülbül, 2005; Ergöçmen ve ark. 2004; DPT ve BM 2010).

Eldeki verilere göre, Türkiye'de "kadın-anne ve çocuk sağlığında" yıllar içinde meydana gelen değişiklikler, gelişmeler ve sorunlar incelendiğinde şu tespitler yapılabilir.

Bebek ve Çocuk Sağlığı

Kutu 3.6. Bebek, Perinatal Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları

Bebek Ölüm Hızı (Infant Mortality Rate): Birinci yaş gününe henüz ulaşmamış bebekler arasında, bir takvim yılında kaydedilen ölümlerin, o takvim yılındaki canlı doğumlara oranlanmasıdır. Bir ülkedeki sadece çocuk sağlığı ile ilgili durumu değil; aynı zamanda ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyini de yansıtır. Bin canlı doğum üzerinden ifade edilir.

Perinatal Bebek Ölüm Hızı (Perinatal Mortality Rate): Gebeliğin 22. haftasından sonra, doğumu izleyen ilk 7 günlük dönem perinatal dönem olup; bu dönemde olan ölü doğumlar ve canlı doğup ilk 7 gün içinde ölen bebeklerin toplam doğuma oranlanması ile hesap edilir. Sadece çocuk sağlığının değil; aynı zamanda anne sağlığı yani "obstetrik hizmetler" in nitelik ve kapsamını da gösteren önemli bir göstergedir. Bin toplam doğum üzerinden ifade edilir.

Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Under Five Mortality Rate): Belirli bir dönemde veya yılda, doğumundan sonraki ilk beş yıl içinde ölen toplam çocuk sayısının, aynı dönem veya yılda meydana gelen toplam canlı doğum sayısına oranı olarak tanımlanır.

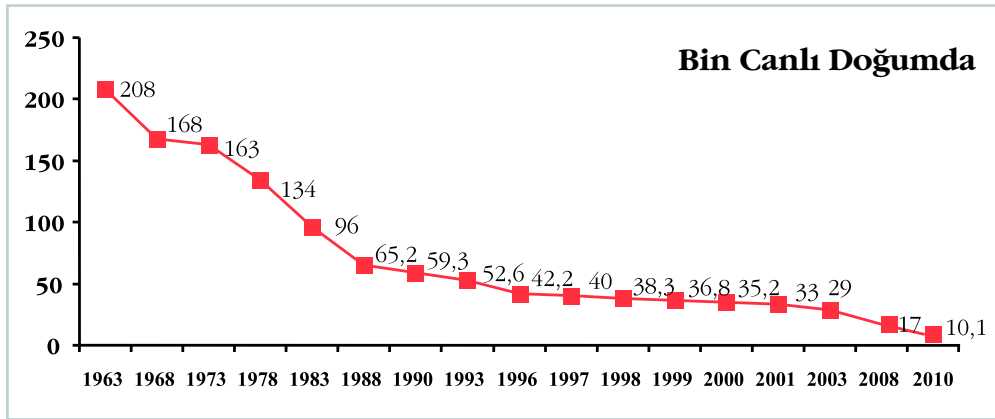
Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

Türkiye’de bebek ölüm hızı (BÖH), 1963 yılı için bin canlı doğumda 208 iken; Şekil 3.7.’de de görüleceği üzere yıllar içinde sürekli bir düşüş göstererek 1983’te bin canlı doğumda 96’ya düşmüş ve 2008 yılı için ise bin canlı doğumda 17’ye inmiştir. TÜİK tarafından yayımlanmış olan Türkiye İstatistik Yıllığı 2011’de BÖH, 2010 yılı için bin canlı doğumda 10,1 olarak bildirilmektedir (Akın 2008; Koç 2010; TÜİK 2011).

BÖH’daki bu olumlu değişmeye rağmen OECD 2011 Raporunda, 2009 yılı için OECD ülkelerinin BÖH ortalaması bin canlı doğumda 4,4, Türkiye için ise bin canlı doğumda 12,1 olarak bildirilmektedir (Health at a Glance 2011, OECD Indicators). Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin ortalama BÖH ise 1000 canlı doğumda 4,6’dır. Yani bütün iyileşmelere rağmen Türkiye’nin BÖH’ı, OECD ve AB ülkelerinin ortalamalarından hala 3 misli daha yüksektir. Bu da Türkiye’de, çocuk sağlığına ilişkin artan özenin gösterildiği hizmet programlarının gelecek yıllarda da sürdürülmesi gereğine işaret etmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2008; Akdağ, 2008; OECD "Bir Bakışta Sağlık - Avrupa 2010", 2011)

2008 yılında yapılan TNSA sonuçlarına göre Türkiye’de bir yılda canlı doğan bebeklerin 16.805’i neonatal dönemde, 5.171’i post-neonatal dönemde kaybedilmekte ve toplam 21.878 bebek bir yaşını tamamlamadan ölmektedir. Türkiye için hesaplanan perinatal bebek ölüm hızı ise, 2003 yılı için bin toplam doğumda 24, 2008 yılı için ise bin toplam doğumda 19’dur.

Şekil 3.7. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları



Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, TÜİK 2011

Kadın ve Anne Sağlığı

1960’larda yüz bin canlı doğumda 250’ler civarında olduğu bilinen anne ölümleri, yine yıllar içinde sürekli bir düşüş göstermiş olup; en son 2005 yılında yapılan "Ulusal Anne Ölümleri Araştırması"na (UAÖA) göre gebeliğe bağlı ölümler yüz bin canlı doğumda 38, anne ölüm oranı (AÖO) ise yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak tespit edilmiştir

(Şekil 3.8.). AÖO, TÜİK verilerine göre 2010 yılı için yüz bin canlı doğumda 16,4 olarak bildirilmektedir (Koç, 2010; Akın ve Arkadaşları, 2008; UAÖA, 2006; Akın ve Mihçioğur, 2003; TÜİK, 2011).

Kutu 3.7. Anne Ölümü, Anne Ölüm Oranı, Anne Ölüm Riski

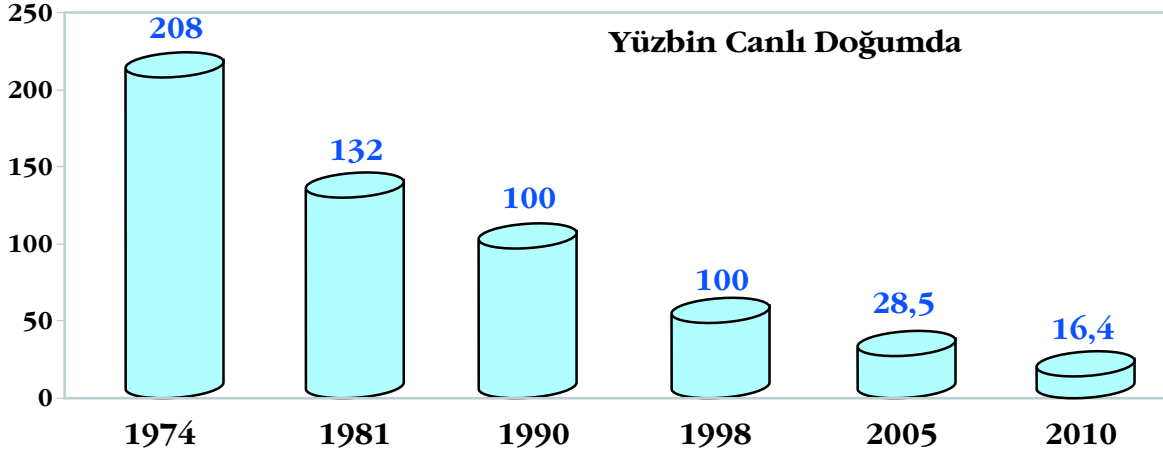
Anne ölümü (Maternal mortality): Bir kadının gebelik döneminde veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebelik ile ilgili veya gebeliğin şiddetlendirdiği nedenlere bağlı ölümdür.

Anne ölüm oranı (Maternal mortality ratio): Belirli bir dönemde, gebeliğe, doğuma veya lohusalığa bağlı nedenlerle meydana gelen anne ölümlerinin, aynı dönemde meydana gelen toplam canlı doğum sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Anne ölümü genellikle ender olay olup elde edilen değerin oldukça küçük olması nedeniyle, sonuç yüz bin canlı doğum üzerinden ifade edilmektedir. Anne ölümleri, gebelik, doğum veya lohusalık döneminde (doğumdan sonraki 42 gün), doğrudan obstetrik nedenlerle meydana gelen kadın ölümlerinin yanında, dolaylı obstetrik nedenlerle meydana gelen kadın ölümlerini de kapsamaktadır. Buna göre, gebelik öncesinde veya sırasında meydana gelen bir hastalığın, gebelik koşulları nedeniyle ağırlaşması ve ölüme yol açması da anne ölümüdür. Diğer taraftan bazı ülkeler, gebelik ve doğumla doğrudan bağlantılı olmayan ancak tanımlanan sürede meydana gelen kadın ölümlerini de "diğer nedenler" başlığı altında "anne ölümü" olarak kabul etmektedir. Yine bazı ülkelerde eğer meydana gelen ölümün, obstetrik nedenlerle meydana gelmiş olduğu bağlantısı kurulabiliyor ise bu ölüm de, "doğumu izleyen bir yıl içinde" anne ölümü olarak kabul edilmektedir.

Yaşam boyunca anne ölüm riski (Life time risk of maternal death) (...de/da 1): Bir kadının yaşamı süresince gebelik veya doğum nedeniyle ölüm riski. Bir ülkenin anne ölüm hızı ve doğurganlık hızına göre yapılan bir hesaplama olup; yaşam boyunca obstetrik nedenlere bağlı ölüm riskini göstermektedir. Yüzde 1 ve yukarısında ise yüksek ölüm riskini ifade etmektedir.

Kaynak: Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010

Şekil 3.8. Türkiye’de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları



Kaynak: 1974, 1981 DiE, 1990 Tahmini hesaplama, 1998 Sağlık Bakanlığı Hastane Kayıtları Çalışması, 2005 Ulusal Anne Ölümleri Araştırması, Sağlık Bakanlığı kayıtları 2012

Bu veriler Türkiye’de anne ölümlülüğünde ciddi azalmalar meydana geldiğine işaret etmektedir. Bu iyileşmelerde kuşkusuz Türkiye’de yıllar içinde artan gelişmişlik düzeyinin yanı sıra izlenen nüfus politikalarının ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili yasa ve uygulamaların olumlu katkısı olmuştur.

2005 yılı UAÖ Araştırmasına göre, Türkiye genelinde yaşam boyu anne ölüm riski 1536 kadında birdir. Bu risk, kırsal kesimde 869 kadında bir, kentsel kesimde ise 2391 kadında birdir (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005; Koç, 2010).

Doğurganlıkla ilgili koşulları, verilen hizmetleri ve kadının statüsü ile ilgili durumları da yansıtan bu risk, gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm riski çok daha az olup 4.000 ile 10.000 kadında bir olarak bildirilmektedir. Ülkenin gelişmişliği azaldıkça, kadının statüsü düştükçe bu risk de artmaktadır. Örneğin Afganistan’da 7 kadından biri yaşam boyu annelik nedeni ile ölme riskindedir (Akın, 2007, 2008; Koç, 2010).

Diğer taraftan yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm riski Türkiye’de bölgelere göre ciddi farklılıklar göstermektedir. Şöyle ki; bu risk Kuzeydoğu Anadolu’da 439 kadında bir olarak en yüksek ve Batı Anadolu’da 6947 kadında bir olarak en düşüktür (Tablo 3.2.). Bütün bu göstergeler hizmet sunumu ve kaynakların tahsisinde öncelik verilmesi gereken bölgelere işaret ettiği gibi "kadın sağlığı hizmetlerine" de bilimsel veriler ışığında ağırlık verilmesi gerektiğini göstermektedir.

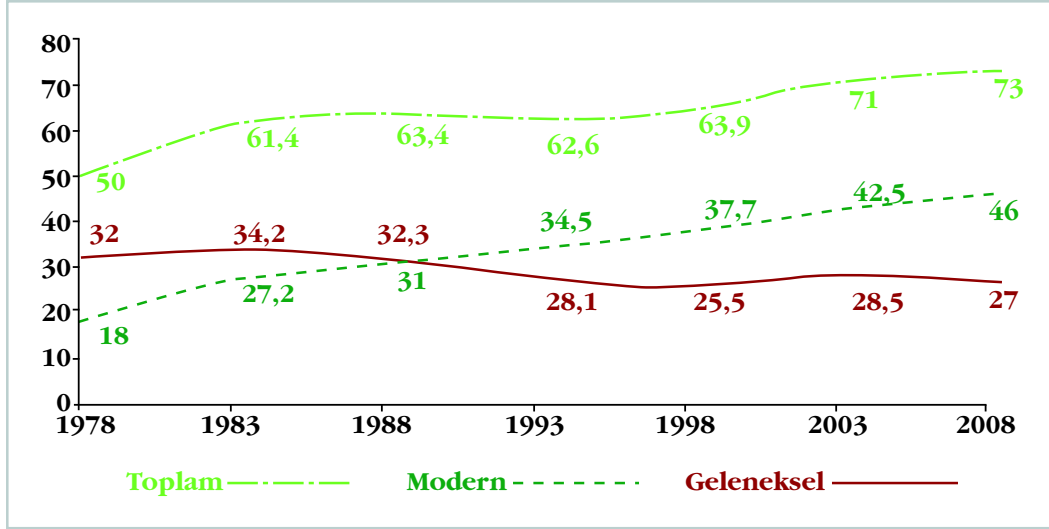
Tablo 3.2. Türkiye’de AÖO ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski (2005 UAÖ Araştırması)

	Anne Ölüm Oranı (100 bin canlı doğumda)	Yaşam Boyunca Anne Ölüm Riski (’de/da 1)
Kuzeydoğu Anadolu	68,3	439
Güneydoğu Anadolu	38,9	626
Orta Doğu Anadolu	36,9	755
Doğu Karadeniz	68,3	883
Batı Marmara	42,1	1560
Akdeniz	25,1	1737
Ege	31,5	1764
Batı Karadeniz	26,8	1956
Doğu Marmara	21,7	2549
Orta Anadolu	11,9	3067
İstanbul	11,0	4876
Batı Anadolu	7,4	6947

Kaynak: Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Araştırması, 2005

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemlilerinden olan aile planlaması hizmetleri ise, Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini izleyen yıllarda yasalaşmış (1965) ve köylere kadar götürülen bu hizmet modeli ile yıllar içinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı giderek artmıştır. Bunun sonucu olarak Türkiye’de TDH 1961-1965 yılları arasında bir kadın için 6,1 iken yıllar içinde giderek azalmış olup 1975-80 arası 4 civarına inmiş ve günümüzde de 2,16’ya kadar düşmüştür. 2010 TÜİK verilerine göre 2,03 olarak bildirilmektedir. Kuşkusuz bu düşüşün kadın ve çocuk sağlığının iyileşmesindeki payı büyüktür. Şöyle ki; 1960’lardan bu yana anne ölümlerinde 10 misli, bebek ölümlerinde ise 20 misli azalma sağlanmıştır (TNSA 2008, DİE, 2003, TÜİK, 2011; Koç, 2010).

Şekil 3.9. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı (15-49 Yaş Evli Çiftler İçin, %)



Kaynak: TNSA'lar, Akın 2008

Türkiye’de yıllar içinde gebeliği önleyici yöntem kullanımında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Birinci Nüfus Planlaması Hakkında Kanun henüz kabul edilmeden önce bile toplumun geleneksel yöntemlerle gebelikten korunmaya çalıştığı bilinmektedir. 1965 yılından itibaren anti-natalist nüfus politikası izlenen Türkiye’de etkili, modern gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı giderek artmıştır (Şekil 3.9.) (TNSA, 2008; Akın ve Arkadaşları, 2008; Koç, 2010).

Kutu 3.8. Aile Planlaması

Aile Planlaması (Family planning): Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. Diğer bir ifade ile aile planlaması, ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları demektir. Aile planlaması çocuk sayısını kısıtlamak demek değildir, aile planlaması hizmetleri, ailedeki kişi sayısını sınırlandırma anlamı da taşımaz.

Kaynak: ICPD, 1994

1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Kanunu"ndan sonra modern yöntemlerin prevalansı, etkisiz geleneksel yöntem kullanımını aşmıştır. 2008 yılı TNSA sonuçlarına göre, Türkiye’de 15-49 yaş evli çiftlerin %73’ü herhangi bir yöntemle gebelikten korunmaktadır. Modern yöntem kullananlar %46, geleneksel yöntem kullananlar ise %27 oranındadır. En yaygın olarak kullanılan modern yöntem rahim içi araç (%18,9), geleneksel yöntem (Şekil 3.9.) ise geri çekmedir (%26).

Kutu 3.9. Prevalans ve İnsidans Tanımları

Prevalans (Prevalence): Sağlıkla ilgili belli bir durumun, tanımlanan bir toplumda belli bir zaman içinde saptanan eski ve yeni vakaların toplam görülme sıklığıdır.

İnsidans (Incidence) : Sağlıkla ilgili belli bir durumun, tanımlanan bir toplumda belli bir zaman içinde saptanan yeni vakaların görülme sıklığıdır.

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2012

Türkiye’de gebeliğin onuncu haftası dâhil isteyerek düşükler 1983 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Kanunu ile yasallaşmıştır. Bu tarihten sonra isteyerek düşüklerde hafif bir artış olmuşsa da 1990’lardan sonra isteyerek düşük hızları giderek azalmaya başlamıştır. 2008 TNSA sonuçlarına göre bu oran, 100 gebelikte 10’a düşmüştür (Koç, 2010; TNSA 2008). Bu oranın daha da düşürülebilmesi için özellikle düşük sonrası etkili aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasına önem verilmelidir.

Kutu 3.10. Düşük

Düşük/Abortus (Miscarriage/abortus): Fetusun uterus dışında bağımsız olarak yaşayabilecek hale gelmeden gebeliğin sonlanmasıdır. Gebeliğin 22. haftadan önce veya ağırlığı 500 gramın altında iken sonlanması olarak da tanımlanabilir.

"0-12" haftalar arası "erken düşük", "13-22" haftalar arası "geç düşük" olarak tanımlanır.

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2012

Aile planlaması hizmetlerine olan talep, 15-49 yaş grubu evli kadınlar için %79 olup, talebi karşılanan kadınların oranı %73’tür. Aile planlamasında karşılanamayan gereksinim ise %6,2’dir. Ancak bu yüzdeye aile planlaması hizmetine gereksinimi olduğu halde etkisiz yöntemlerle korunanlar da eklendiğinde, karşılanamayan toplam aile planlaması gereksinimi %33,2 gibi çok yüksek bir orana çıkmaktadır. Yine bu bulgular da aile planlaması hizmetlerinin, uluslararası belgelerde de vurgulandığı gibi, hem insan hakları bağlamında hem de kadın, anne ve çocuk sağlığının en önemli "koruyucu hizmetlerinden olduğu" gerçeği göz önünde tutularak nitelikli olarak sürdürülmesini gerektirmektedir. Ayrıca ileri yıllarda üreme dönemindeki nüfusun payı azalsa bile, artan nüfusa bağlı olarak bu hizmetlere gereksinimi olacak kişi sayısının azalmayacağı göz önüne alınarak aile planlaması hizmetlerine verilen önemin devam etmesi gerekmektedir.

Kutu 3.11. Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinim

Aile Planlamasında Karşılanamayan Gereksinim (Unmet Need in Family Planning):

Demografik tanıma göre, artık çocuk istemediği halde hiçbir yöntemle korunmayan ailelerin yüzdesidir. Halk sağlıkçıların hesaplamalarında bu yüzdeye, artık ya da o anda çocuk istemediği halde etkili gebeliği önleyici yöntem hizmetlerine ulaşamayan ve etkisi sınırlı geleneksel yöntemlerle korunanlar da eklenmektedir.

Kaynak: Ünalın, 2003; Akın, 2008

2008 yılında yapılan TNSA sonuçlarına göre Türkiye’de bir yılda 1.649.000 gebelik meydana gelmekte, bu gebeliklerin 1.293.000’u canlı doğum, 171 bini kendiliğinden düşük, 163 bini isteyerek düşük, 18 bini ölü doğumla sonuçlanmaktadır. Türkiye’de gebelerin %92’si doğum öncesi bakım almakta, doğumların % 91,3’ü sağlık personeli yardımı ile yapılmaktadır (Koç 2010; TNSA 2008).

Kadın-anne ve çocuk sağlığı yönünden son derece önemli olan, 18 yaşından önce, 34 yaşından sonraki, 2 yıldan kısa aralıklarla ve 4’ten fazla sayıda olan gebelikler "yüksek riskli doğurganlık davranışları" olarak tanımlanmakta olup; Türkiye’de bu özellikteki gebelikler yaygındır. Şöyle ki; 2008 TNSA’dan önceki 5 yıl içindeki doğumların sadece %33,2’si hiçbir risk kategorisinde değildir. Herhangi bir yüksek risk kategorisinde olanlar ise %35 oranındadır. Yukarıda da belirtildiği gibi özellikle bir yılda 18 bin ölü doğumun meydana gelmesi, riskli gebeliklerin yaygınlığının yanı sıra, doğum öncesi bakımın ve sağlıklı doğum hizmetlerinin niteliği yönünden de dikkat çekicidir.

Kadın sağlığını ilgilendiren önemli konulardan biri de kadına yönelik şiddettir. İnsan haklarının en yaygın ihlali olan kadına yönelik şiddet, gerek şiddet uygulayanlar gerekse şiddete maruz kalanlar düşünüldüğünde kadın ve erkek çok büyük bir nüfus grubunu ilgilendirmektedir.

Kadın-erkek arasındaki güç dengesizliğinin bir sonucu olan kadına yönelik fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel şiddet Türkiye’de çok yaygındır: 2002’de 66 kadın cinayete kurban giderken; 2009 yılının ilk 7 ayında bu sayı 953’e yükselmiştir. TBMM kayıtlarında, son 7 yılda kadın cinayetlerinin, kadına yönelik şiddetin %1400 arttığı ifade edilmiştir (TBMM, 2009). Daha da olumsuz olan, araştırma sonuçları, kadının, erkeğe göre ikincil konumda olduğunu kabul ederek, şiddet görmeyi içselleştirdiğini ve olağan gördüğünü göstermektedir (KSGM, 2009; TNSA, 2003, 2008).

Bu konu, Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin 3’üncü amacında "toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak" olarak ifade edilmektedir. Türkiye’de 2008 yılında gerçekleştirilen "Türkiye’de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması"nda,

kadınlara, yaşamlarının herhangi bir döneminde eşi, partneri tarafından herhangi bir şiddet uygulanıp uygulanmadığı, uygulanmış ise ne tür bir şiddete maruz kaldıkları sorulmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre kadınların %39'u fiziksel şiddete, %15'i cinsel şiddete, %44'ü duygusal şiddete uğramış, ekonomik şiddet olarak %37'sinin çalışmasına engel olunmuş, %8'ine ev harcamaları için para verilmemiş, %4'ünün geliri elinden alınmıştır (KSGM, 2009). Yine sözde namus adına işlenen cinayetler de ne yazık ki bir Türkiye gerçeği olup kadına karşı ayrımcılık ve kadını kontrol etmenin uç uygulamasıdır ve kadının yaşam hakkını elinden almaktadır. Kadına yönelik şiddetle mücadele amacı ile hazırlanan ve 1998'de yürürlüğe giren 4320 sayılı "Ailenin Korunmasına Dair Kanun"un ardından; 2012 yılında, 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi Kanunu" isimli yeni bir kanun kabul edilmiştir. Ayrıca, 11 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul'da imzalanan ve İstanbul Sözleşmesi olarak bilinen "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi" de Türkiye tarafından imzalanmış olup; 8 Mart 2012 tarih ve 28227 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yeni mevzuatların getirdiği önemli maddelerin varlığı konu ile ilgili ümit verici olmasına rağmen, önemli olan bu maddelerin uygulamalara yeterince yansıtılabilmesidir.

Sonuç olarak; Türkiye'nin nüfus projeksiyonları, çocuk ve üreme dönemi kadın grubunun toplam nüfus içindeki payının yıllar içinde azalacağını gösterse de bu grupların sayısal büyüklüğü azalmadan çok uzun yıllar devam edecektir. Bunun anlamı, çocuk ve kadın grubuna verilen hizmetlerin 2050'li yıllara dek önemini koruyacak olmasıdır (Hoşgör ve Tansel, 2010; Koç 2010).

3.3.3. Gençlik Döneminin Sağlık Durumu

Ergenlik dönemi, genellikle çocukluğun bağımlılık döneminden erişkinin bağımsızlık dönemine geçiş süreci olarak kabul edilmektedir.

Kutu 3.12. Ergen ve Gençlik

Ergen/adolesan (Adolescent): 10-19 yaş arası bireyleri ifade eder.

Genç/gençlik (Youth): 15-24 yaş arası bireyleri ifade etmektedir.

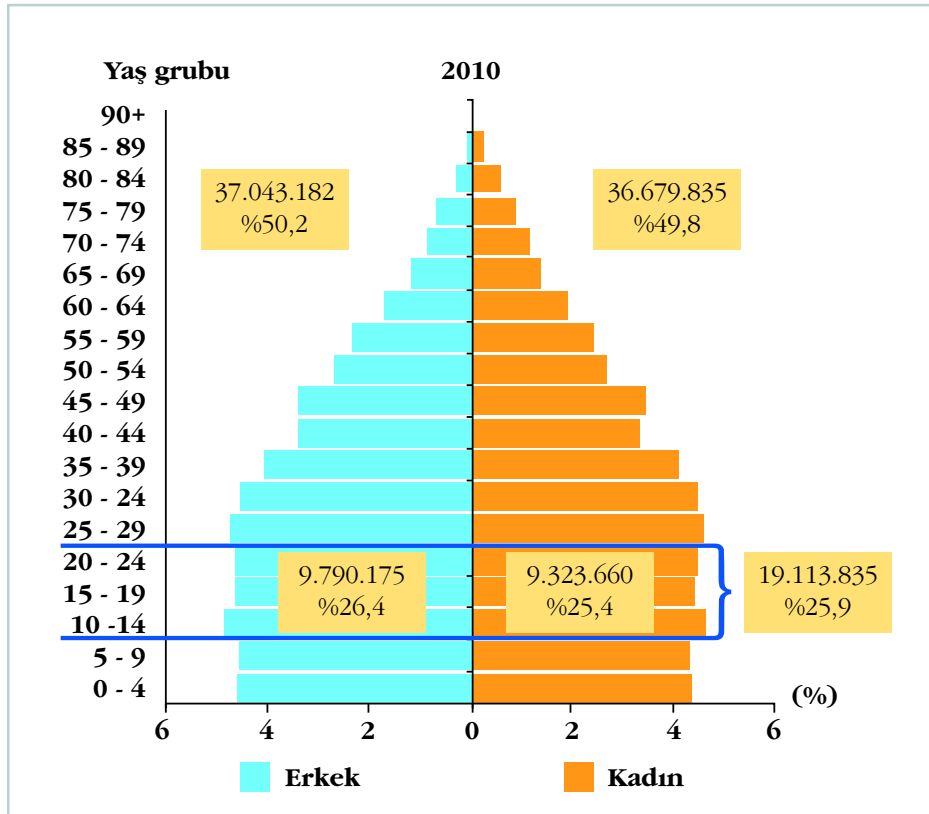
Genç insanlar (Young people): 10-24 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlanır. "Ergen" ve "genç" gruplarını içine alır.

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2012

Ergen dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin gerçekleştiği, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir (ICC, 2003; UN, 2000; Akın, 2006; UNFPA, 2004, 2007).

Şekil 3.10.'da görülebileceği gibi; 2010 yılı Türkiye nüfusunun %25,9'unu (19.113.835) ergen/gençler (10-24 yaş grubu) oluşturmaktadır; bu grubun %13,3'ü genç erkeklerden, %12,6'si genç kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye'deki erkek nüfusun %26,4'ü erkek ergen/gençler, kadın nüfusunun da %25,4'ü kadın ergen/gençlerden oluşmaktadır (TÜİK, 2010).

Şekil 3.10. Türkiye'de Genç Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı



Kaynak: Türkiye İstatistik Yıllığı 2010, TÜİK, Ankara

Yapılan projeksiyonlara göre Türkiye'de, 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı 2025'te %22,7 ve 2050'de % 19,3 olacaktır (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Dünyanın her yöresinde genç insanların sağlık yönünden riskli davranışları mevcuttur. Bu dönemde bu riskli davranışlarla ilgili olarak koruyucu, önleyici programlar yürütülmediği takdirde yaşamlarının ileri dönemlerinde kronik hastalık tablolarının ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin, Türkiye'de ilk ve ortaöğretim okullarında (6-17 yaş

grubu) 2009 yılında yapılan 2. Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre öğrencilerin %8,4'ü (erkeklerde %10,2, kızlarda %5,3) halen sigara içmektedir. 2003 yılında yapılan Küresel Gençlik Tütün Araştırması sonuçlarına göre bu yaş grubu öğrencilerde sigara içme oranı daha da artmıştır (2003 yılı verilerine göre sigara içme %6,9; erkeklerde %9,4, kızlarda %3,5'tir). Sigara içmeyen erkek çocukların %10,6'sı, kızların ise %9,8'i bir yıl sonra sigaraya başlamayı düşündüklerini beyan etmişlerdir. Bu değerler de 2003 yılı ile karşılaştırıldığında büyük artış göstermiştir (2003 yılında %7). Hiç sigara içmemiş olanların %10,2'si ise önümüzdeki yıl içmeye başlayabileceğini belirtmiştir. Araştırmalara göre, 15-24 yaş grubunda her gün sigara kullanımını %21'dir.

Genç grubun eğitim ve çalışma durumu, sağlıkları yönünden de son derece önemlidir. 2008 TNSA sonuçlarına göre 15-19 yaş grubundaki erkeklerin %3,5'i, kadınların ise %8,7'si; 20-24 yaş grubundaki erkeklerin %8,7'si, kadınların ise %18,7'sinin eğitimi yoktur veya ilkokulu bitirmemiştir (TNSA 2008).

15-19 yaş grubundaki erkek nüfusun %0,5'i (14.896), kadın nüfusun ise %6,9'u (210.740); 20-24 yaş grubundaki erkek nüfusun %11,2'si (353.932), kadın nüfusun ise %41,7'si (1.263.456) evlenmiştir (Türkiye İstatistik Yıllığı, TÜİK 2011). Yine Türkiye'de yapılan araştırmalar, kadınlarda ilk cinsel ilişki yaşının yaklaşık 19 yaş olduğunu göstermektedir (CETAD, 2006).

İnsan yaşamının en dinamik evrelerinden biri olan bu dönemde, ergenlerin/gençlerin sağlığını tehdit eden en önemli konulardan biri cinsel sağlık ve üreme sağlığıdır. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ergen nüfusun hızla artmasıyla birlikte ergenlerin üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır. Günümüzde yapılan araştırmalar, ergenlerin/gençlerin üreme/cinsel sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, bildiklerinin de ya eksik ya da yanlış olduklarını göstermektedir. (UNFPA ve Nüfusbilim Derneği, 2007; Akın ve Özvarış, 2004; Sağlık Bakanlığı, 2006; ICC, İKGV ve UNFPA, 2005; Akın, 2006). Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken; ergenler yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, yüksek oranda istenmeyen gebelik ve HIV dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlar nedeniyle çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sorunla karşı karşıya kalmaktadır (UNFPA ve Nüfusbilim Derneği, 2007; ICC 2003; Akın ve Özvarış, 2004). Türkiye'de yapılan araştırmalar, gençlerin evli olsun ya da olmasın aktif bir cinsel hayata sahip olduğunu ve danışmanlık ve tedavi hizmeti yetersizliği nedeniyle risk altında olduklarını ortaya koymaktadır (Akın ve Özvarış, 2004; UNFPA ve Nüfusbilim Derneği, 2007).

2008 TNSA'da, 15-19 yaş grubundaki kadınların %9,6'sının evli olduğu ve %6'sının doğurganlık davranışına başladığı saptanmıştır. Bu kadınların %4'ünün çocuk sahibi

olduğu ve %2'sinin de ilk çocuklarına gebe olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubundaki kadınlarda, doğurganlık, öğrenim düzeyinin artmasıyla birlikte azalma göstermektedir (TNSA 2008).

15-19 yaş grubundaki tüm kadınlar içinde %3,5'inin bir çocuğu, %0,4'ünün iki çocuğu mevcuttur. 20 yaşından küçük kadınların %13'ü aslında daha sonra çocuk sahibi olmayı istemiş olduğunu belirtmiştir. 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar içinde %36,5'inin bir, %3,7'sinin iki, %0,6'sının üç çocuğu mevcuttur (TNSA 2008).

15-19 yaş grubundaki kadınların %17,6'sı modern bir aile planlaması yöntemi (%9,1 kondom, %3,8 RİA, %4 hap, %0,8 diğer yöntemler), %22,6'sı geleneksel bir aile planlaması yöntemi (%21,1 geri çekme, %1,4 diğer) kullanırken; %59,8'i ise hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (TNSA 2008).

Türkiye'de sadece genç yaş grubunun sağlık sorunu olmasa da; gençlerin önemli risk gruplarından biri olması nedeniyle burada bahsedilmesi gereken bir diğer konu HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)'dir. Türkiye'de CYBE ile ilgili en önemli husus, ülkedeki epidemiyolojik durumun sağlıklı olarak tespit edilememesidir. Türkiye'de HIV/AIDS dahil, CYBE'nin kayıt ve bildirimlerinde önemli eksiklikler söz konusudur. CYBE ile ilgili eldeki veriler incelendiğinde;

- Türkiye'de CYBE'lerden gonore (belsoğukluğu) insidansı 2005 yılı için yüz binde 0,74, 2006 yılı için yüz binde 0,61'dir. Sifiliz (frengi) insidansı ise 2005 yılı için yüz binde 0,56, 2006 yılı için yüz binde 0,79'dur (Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2007).
- Türkiye'de 2004 yılı için ulusal düzeyde meydana gelen 430.459 ölümün 79'undan HIV/AIDS hariç CYBE sorumludur. Yine ulusal düzey hastalık yükü dağılımında HIV/AIDS hariç CYBE toplamda 39.660 sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı (SAYY)'na neden olmaktadır. Toplam hastalık yükünün 31.874 SAYY'ı kadınlara aittir. Her iki cinsiyet için en fazla hastalık yükü, 15-29 yaş grubundadır. Kentsel alan hastalık yükü, kırsal alanın iki katıdır. Bölgesel dağılım incelendiğinde ise, en yüksek hastalık yükü 13.370 SAYY ile batı bölgesindedir (Sağlık Bakanlığı, 2006, Sağlık Bakanlığı, 2007).
- Türkiye'de AIDS görülme sıklığı bir milyonda 0,7'dir. AB ülkelerinde bu sıklık ortalama olarak 12,7 olup; en yüksek Estonya'da (45,5), en düşük ise Slovakya'dadır (0,2) (OECD, 2011; OECD "Bir Bakışta Sağlık - Avrupa 2010", 2011).
- 2000-2005 yılları Türkiye'nin HIV/AIDS insidans hızları incelendiğinde; 2000 yılı insidans hızı yüz binde 0,23 iken; 2005 yılında yüz binde 0,46'dır. Sağlık Bakanlığı 2011 verilerine göre 1985-2011 yılları arasında Türkiye'de toplam 921 AIDS, 4303

HIV vakası tespit edilmiş olup toplam vaka sayısı 5224'tür. Türkiye'de, HIV/AIDS görülme sıklığı düşük olmakla birlikte yıllara göre artma eğilimindedir (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri, 2011).

HIV/AIDS dahil bütün CYBE'nin yol açtığı hastalıklar, meydana gelmesi önlenemeyen hastalıklardır. Özellikle İnsan Papilloma Virüsünün (HPV) servikal kanser oluşmasındaki rolü de düşünülerek; toplumun özellikle de genç yaş gruplarının cinsel sağlık konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması önemlidir. Bunların yanı sıra, tek eşlilik ve kondom kullanımını da içeren güvenli cinsel davranışlar, risk almama gibi önlemlerin bireylerin davranışlarına yansımaları için farkındalık çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Bu konuda, gençler öncelikli hedef grup olmak koşulu ile, sağlık sisteminde ilgili hizmet üretecek ekibin varlığı sağlanmalı ve ayrıca erken tanı, özellikle servikal kanser ilişkisi nedeni ile HPV enfeksiyonlarının önlenmesinin yanı sıra taramaların da yapılabileceği bir alt yapının oluşturulması gerekmektedir.

Gençlere yönelik cinsel/üreme sağlığı hizmetleri, üzerinde önemle durulması ve gençlerin ihtiyaçlarını merkeze alan politikalar üretilmesi gereken bir alandır.

3.3.4. Yetişkin ve İleri Yaş Döneminin Sağlık Durumu

Türkiye gittikçe yaşlanan, genç bir nüfusa sahiptir. Kadınların yaşlı nüfus içerisindeki payı erkeklere oranla daha büyüktür. BM'nin, toplam nüfusunun %15'i yaşlı olan ülkeleri "yaşlı nüfus" olarak adlandırdığı göz önünde bulundurulursa, nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye ancak 2040 yılından sonra "yaşlı nüfus" kategorisine girecektir (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Yetişkin ve ileri yaş dönemleri özellikle sağlık yönü ile önem arz etmektedir. Şöyle ki; bu grubun nüfus içindeki payı artacak olup, özellikle 65 üzeri yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı giderek büyüyecektir. Bugünkü sağlık profilinin yeterli şekilde değerlendirilmesi bir anlamda ileriye yönelik nelerin yapılması gerektiğine de yön verecektir.

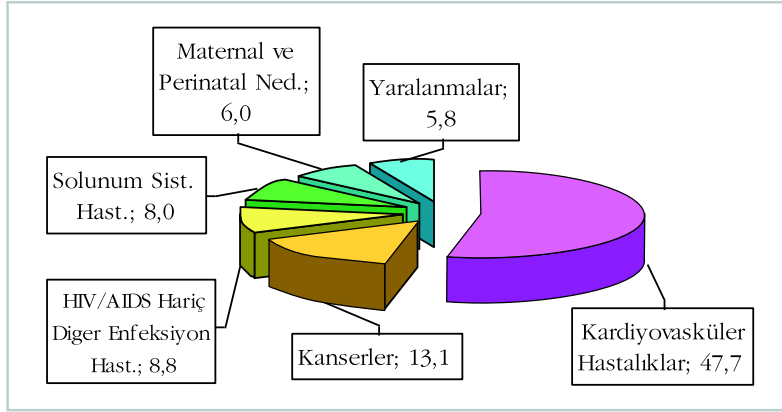
Yetişkin ve ileri yaş döneminin başlıca sağlık sorunları arasında kronik hastalıklar (iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, kanserler, diyabet, obezite, ruh sağlığı sorunları, vb.) önemli bir yer tutmaktadır. Aşağıda bu hastalıklar açısından Türkiye'deki durum incelenmektedir.

Türkiye'de ölüm nedenlerine ilişkin en geniş çalışma Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Ulusal Hastalık Yüku-Maliyet Etkililik (Sağlık Bakanlığı, 2006) çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımında birinci sırayı iskemik

kalp hastalıkları (% 21,7), ikinci sırayı serebrovasküler hastalıklar (%15,0) ve benzer düzeyde olarak üçüncü sırayı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%5,8) ve perinatal nedenler (%5,8) almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2007).

Şekil 3.11.'de görülebileceği gibi Türkiye'de ulusal düzeyde ölümlerin temel hastalık gruplarına göre yüzde dağılımı şu şekildedir: kardiyovasküler hastalıklar % 47,7, kanserler % 13,1, HIV/AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları %8,8, solunum sistemi hastalıkları %8; maternal ve perinatal nedenler %6, yaralanmalar %5,8 (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Şekil 3.11. Türkiye'de Ulusal Düzeyde Ölümlerin Temel Hastalık Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2006 Türkiye

TÜİK verilerine göre ise, 2009 yılında tüm ölüm nedenleri içinde birinci sırayı %39,9 ile dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırayı %21,1 ile iyi ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırayı ise %8,9 ile solunum sistemi hastalıkları oluşturmuştur (Türkiye İstatistik Yıllığı, TÜİK, 2011).

Türkiye'de yaş gruplarına, cinsiyete ve temel hastalık gruplarına göre "ölümlülük yükü" her iki cinsiyette de benzerlik göstermekte olup; 0-4 yaş grubunda en fazla ölümlülük yükü perinatal nedenler ve enfeksiyon hastalıkları iken, 15-29 yaş grubunda yaralanmalar birinci sıraya çıkmakta, 45 yaş ve üzeri grupta ise kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler en fazla ölümlülük yükünü oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün birincil nedenini %19,32 ile yine kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Türkiye'de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün %71'i kronik hastalıklar nedeniyledir. Ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde kronik hastalıklar ilk üç sırayı iskemik kalp hastalığı (%22) serebrovasküler hastalık (%15) ve KOAH (%6) almaktadır.

Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri sıralamasında ilk iki sırada kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler) yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2011; Akalın, 2010).

Morbidite yönünden ise; Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de hastane yataklarını en fazla işgal eden ilk 5 hastalık grubu sıklık sırasına göre; gebelik ve doğumla ilgili durumlar (%13), solunum sistemi hastalıkları (%11,2), dolaşım sistemi hastalıkları (%10,2), genito-üriner sistem hastalıkları (%8,6) ve neoplazmlardır (iyi ve kötü huylu tümörler) (%5,9) (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Türkiye’de başta gelen sağlık sorunları arasında yer alan iskemik kalp hastalıklarının görülme sıklığı ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında %21,7 olup; kentsel, kırsal ve bölgesel dağılımda, toplamda ve her iki cinsiyette birincil ölüm nedenidir. Kalp krizine bağlı ölümlerde AB ortalaması, kadınlar için yüz binde 89, erkekler için ise yüz binde 171’dir. Türkiye’de gelecek 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat, kadınlarda ise aynı nedene bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır. 1990-2005 yılları arasında Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan bir değerlendirmeye göre, koroner kalp hastalığı görülme sıklığı yılda % 5-6 artış göstermiştir. Bu artışın 2005-2015 döneminde %7’ye çıkacağı öngörülmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2010).

Gelişmiş ülkelerde kalp hastalığı ve inme, yetişkin erkek ve kadın nüfusta birincil ölüm nedenidir. İnme Avrupa’da önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Avrupa toplumunun giderek yaşlanması, inme yükünü artıran önemli bir faktördür. Türkiye’de de ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında görülen ilk 10 ölüm nedeni arasında serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır. Türkiye ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk 10 hastalığın yüzde dağılımı incelendiğinde; iskemik kalp hastalıkları (%8) ve serebrovasküler hastalıklar (%5,9) ulusal düzeyde en yüksek DALY’e neden olan perinatal nedenlerden sonra sırasıyla ikinci ve üçüncü hastalık yükü nedenidir. Altmış yaş ve üzerinde ise toplamda ve her iki cinsiyette hastalık yüküne neden olan ikinci hastalıktır (HHA, 2003; Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, 2007).

Kutu 3.13. DALY

DALY: DALY kavramı, çeşitli hastalıkların neden olduğu prematür ölümler (YLL) ile ölümlerle sonuçlanmayan, ancak uzun dönemli hastalık ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün (YLD), tek bir ölçüt ile değerlendirilebilmesini amaçlamaktadır. Bir DALY bir sağlıklı yaşam yılından kayıp anlamına gelir. Kısaca; DALY=YLL+YLD şeklinde hesaplanır.

Kaynak: Türkiye Hastalık Yükü, 2006

Erişkin grupta kan basıncı yüksekliği de (hipertansiyon) sık rastlanan ve sonuçları yönünden önemli olan ciddi bir sağlık sorunudur.

Tablo 3.3. Türkiye’de Çeşitli Araştırma Sonuçlarına Göre Erişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı

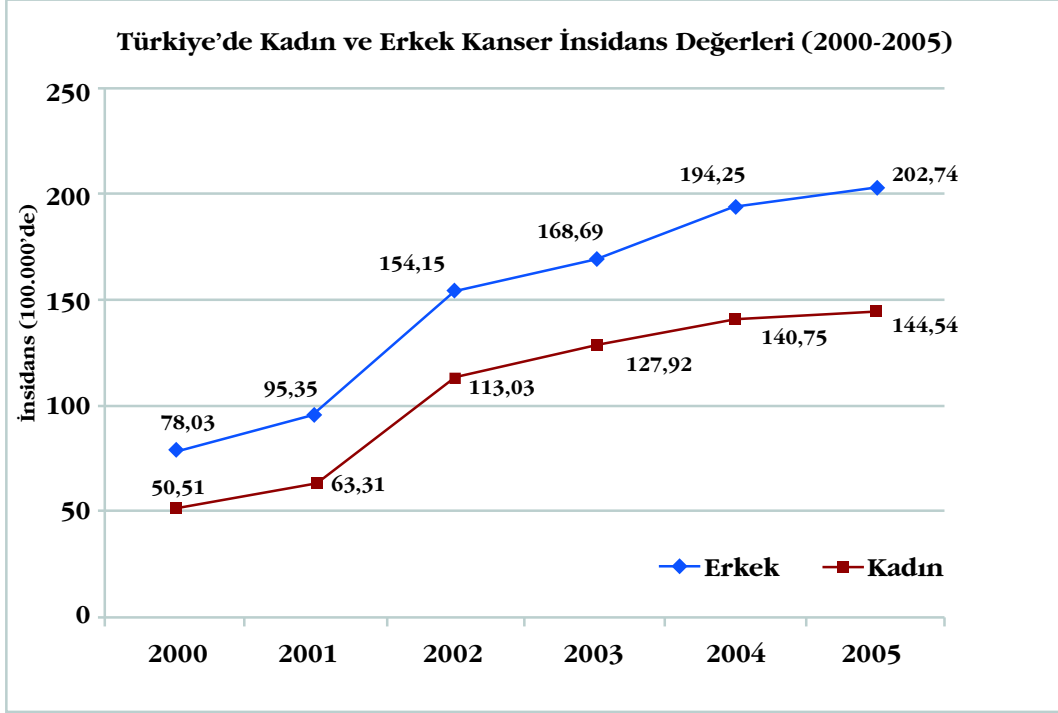
Çalışma Adı	Hipertansiyon Sıklığı (%)		
	Toplam	Kadın	Erkek
Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (%)	31,8	36,1	27,5
Türkiye Obezite ve HT Taraması (/1000)	37,8	38,5	39,0
TEKHARF 2003/2004 (%)	-	49,1	36,3
UHY-ME Çalışması (beyana dayalı) (%)	13,67	18,25	7,57

Türkiye’de hipertansiyonun ender olduğu düşünülen 30 yaş öncesinde prevalans % 11,8, 35-64 yaş grubunda % 42,3; 65 yaş ve üzeri grupta ise %75,1’dir. Türkiye’de halen 3 eriskinden birinde hipertansiyon vardır ancak hipertansif olanların %40,7’si durumunun farkında değildir. TÜİK 2011 verilerine göre 15 ve daha yukarı yaş grubunda, hekimin koyduğu tanıya göre hipertansiyon görülme sıklığı toplamda %12,7, erkeklerde %8,4, kadınlarda ise %16,8’dir (Sağlık Bakanlığı, 2007; TÜİK, 2011).

Birçok çalışma inmenin hipertansiyonun en sık görülen komplikasyonu olduğunu göstermektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülmüş olan Türkiye’de Hipertansif Hastalarda İnme Riski Araştırmasının (THINK) sonuçlarına göre de Türkiye’de hipertansiyon hastalarında 10 yıllık inme geçirme riski ortalaması %17 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010).

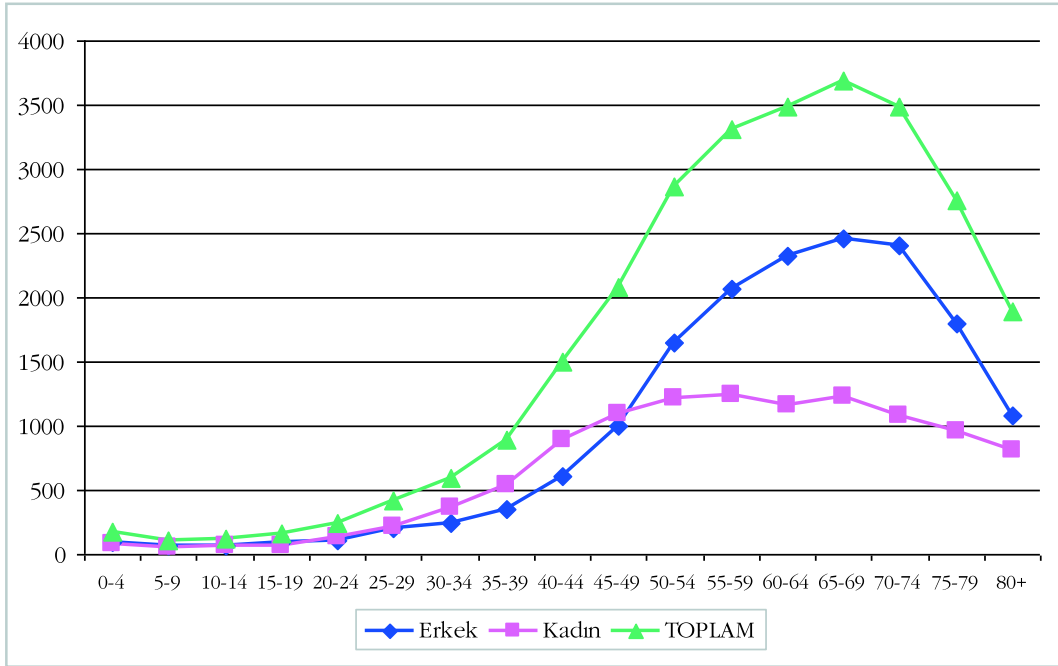
Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen kanser istatistiklerine göre, her iki cinsiyet için de artan bir eğilim söz konusudur (Şekil 3.12.).

Şekil 3.12. Türkiye’de Yıllara ve Cinsiyete Göre Kanser İnsidansları



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007

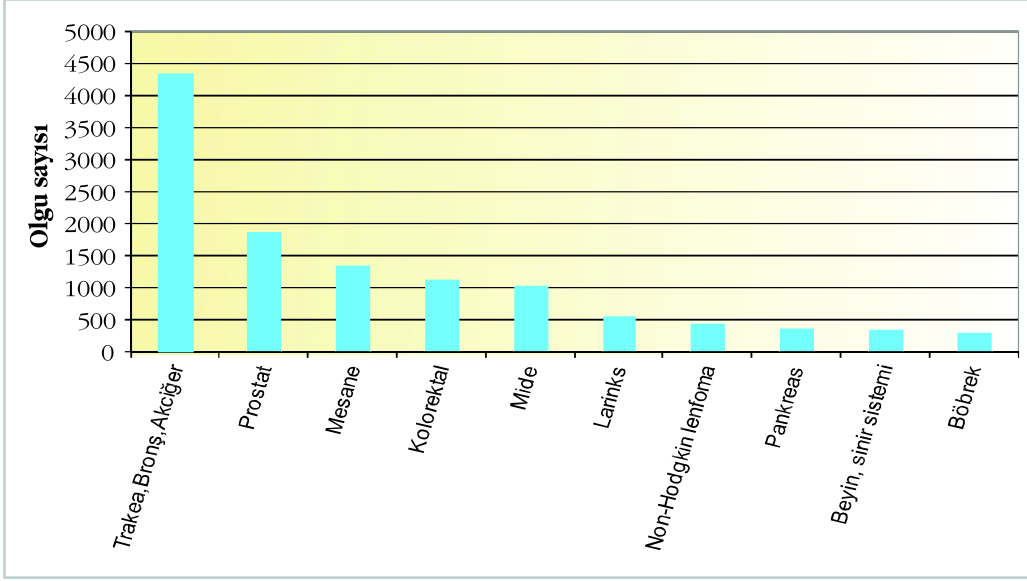
Şekil 3.13. Yaşa ve Cinsiyete Göre Kanser Olgu Sayıları (2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007

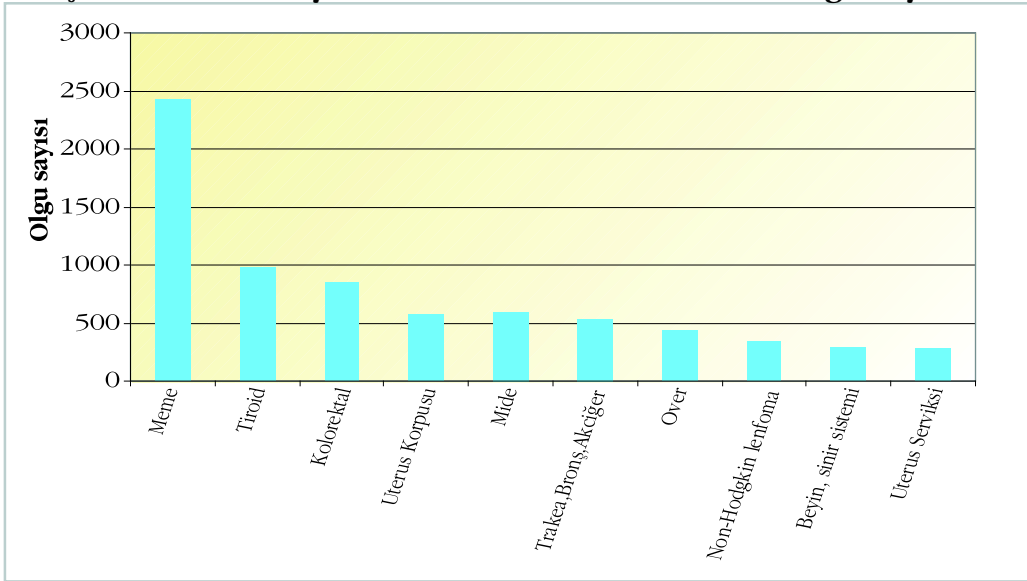
Kanser vakalarının, yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde daha fazla olmak üzere, her iki cinsiyette de 30 yaşından sonra vaka sayıları giderek artmaktadır. Erkeklerde en sık trakea, bronş ve akciğer kanseri görülürken, kadınlarda en sık görülen meme kanseridir (Şekil 3.13.-3.15.) (Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007).

Şekil 3.14. Türkiye’de Erkeklerde İlk 10 Kanser Olgusu Sayısı (2007)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007

Şekil 3.15. Türkiye’de Kadınlarda İlk 10 Kanser Olgusu Sayısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007

Türkiye'deki kanser olguları diğer bazı ülkelerle karşılaştırıldığında (Sağlık Bakanlığı, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2006; Sağlık Bakanlığı, Kanser Dairesi Başkanlığı, 2007; OECD, 2011) aşağıdaki tespitler yapılabilir:

- Türkiye'de, kanser insidansının yüz bin nüfusta 200-220 olduğu; yılda 145-160 bin yeni kanser tanısı konduğu kabul edilmektedir. Buna göre Türkiye'deki kanser insidansı gelişmiş batı ülkelerindeki insidansın 1/2'si, hatta 1/3'ü civarındadır. Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki bu insidans farkının önemli bir nedeni nüfusun yaş dağılımıdır. Kansere asıl olarak orta-ileri yaş hastalığıdır ve yeni kanser tanısı alanların %90'ı 45 yaş ve üzerindeki hastalardır.
- AB ülkelerinde rahim ağzı kanseri tarama sıklığı %54,7 olup; bu taramaların en yüksek olduğu ülke %81,5 ile Avusturya, en düşük olduğu ülke ise %11,8 ile Türkiye'dir. Daha sonra %13,2 ile Letonya gelmektedir.
- AB ülkelerinde meme kanseri tarama sıklığı %51,4 olup; bu taramaların en yüksek olduğu ülke %84,4 ile Finlandiya, en düşük olduğu ülke ise %10,7 ile Türkiye'dir. Daha sonra %15,4 ile Polonya gelmektedir.
- OECD ülkeleri için bildirilen toplam kanser insidansı, yüz bin nüfusta 260 olup; bu sayı Türkiye için 144,8'dir.
- Kadınlarda meme kanseri insidansı OECD ülkelerinde ortalama yüz bin kadında 71,6 iken; Türkiye için 29,3'tür.
- Erkeklerde prostat kanseri insidansı, OECD ülkelerinde ortalama yüz bin erkekte 70 olup; bu sayı Türkiye için 14,9 olarak bildirilmektedir.
- Türkiye'nin ulusal düzeyde, erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları incelendiğinde, kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı, erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı ise 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir.
- Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülen kanserlerin Türkiye'nin demografik yapısına paralel olarak yıllar içinde artacağı beklenmelidir. Buna paralel olarak Türkiye'de ileri yaş grubuna yönelik olarak erken tanı, tarama yöntemlerinin ulaşılabilir olmasının yanı sıra bu gruba uygulanacak tedavi yöntemleri ile ilgili de gerekli kaynakların ayrılması, bakım destek hizmetlerinin de planlanması gerekmektedir.

Türkiye'de 20-79 yaş grubu için ortalama diyabet prevalansı %8 olup, OECD ülkelerinde diyabet görülme sıklığı %6,5 olarak bildirilmektedir (OECD, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2010).

Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, diyabetin toplam kohorttaki prevalansı ise erkeklerde %8,1 ve kadınlarda % 8,9 olarak

bulunmuştur. Türkiye ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde diyabet sekizinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007; TEKHARF, 2009). TEKHARF çalışması 2009'a göre ülkemizde diyabetin artış hızı %6,7 olup; bu, diyabetli nüfusun 10-11 yılda ikiye katlanması anlamına gelmektedir. Aynı araştırma kapsamında, diyabet kaynaklı ölümlerin, erkeklerde ve kadınlarda yıllar içinde ciddi bir artış göstereceği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006; TEKHARF, 2009).

2009 yılı için obezite prevalansı OECD ülkeleri için ortalama % 16,9 ve Türkiye için % 15,2 olarak rapor edilmektedir (OECD ve Dünya Bankası "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri - Türkiye", 2008; OECD 2011). TEKHARF çalışması 2000 yılı değerlendirmesinde obezite sıklığının kadınlarda %43, erkeklerde %21,1'e yükseldiği bildirilmiştir. Türkiye'de hastalık yükü hesaplamalarında üst sıralarda yer alan kronik hastalıkların risk faktörlerinden birisi de obezitedir ve hastalık yükünün azaltılması için yapılacak çalışmalarda dikkate alınması gerekmektedir. TNSA sonuçlarına göre de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Türkiye'de yapılan pek çok epidemiyolojik çalışmada, kadınlarda vücut kitle indeksinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014).

Türkiye'de obezitenin önlenmesi ile iskemik kalp hastalığından ortaya çıkan 29.581 ölüm önlenebilecektir. Önlenebileceği hesaplanan toplam 57.143 ölüm, tüm ölümlerin %13,3'ünü oluşturmaktadır. Obezitenin önlenmesi ile önleneceği hesaplanan DALY sayıları iskemik kalp hastalığında 346.294 olarak hesaplanmaktadır (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014).

Tütün kullanımı çok sayıda hastalığın önemli belirleyicisidir. Sigara içimi Türkiye'de giderek artan bir eğilim göstermektedir. Halen 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 29,5'i sigara içmektedir. Erkeklerde sigara içme % 43,5 iken, kadınlarda % 16'dır. Türkiye'de 17 milyon kişinin sigara içtiği, yılda 100 bine yakın kişinin sigaraya bağlı nedenlerden öldüğü bilinmektedir. Bu yaklaşık her 5 dakikada 1 kişinin sigara nedeniyle ölümü anlamına gelmektedir. Yeterince önlem alınmazsa önümüzdeki 20 yılda bu sayının 250.000'e çıkacağı hesaplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2010; TÜİK, 2011; DSÖ, 2003).

Türkiye'de kamusal alanlarda sigara içme yasağı kısmi olarak 1997'de getirilmiş ve yasak tam olarak Mayıs 2008'de uygulamaya konmuştur. 2008 TNSA'ya göre 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların %30'u daha önce sigara kullanmıştır; kadınların %22'si halen sigara kullanmaktadır. Gebe olan kadınların %11'i sigara içmektedir. TÜİK 2011 verilerine göre 15 yaş üzeri nüfusun %25,4'ü her gün sigara içmektedir. Bu sıklık erkeklerde %39, kadınlarda %12,3'tür. Türkiye'de hiç sigara içmeyenler toplamda %53,4, erkeklerde %33,5, kadınlarda %72,6'dır (TÜİK, 2011).

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM'de kabul edilerek ve 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye'de de yürürlüğe girmiştir.

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınması amacı ile Sağlık Bakanlığı'nca 2006-2010 yıllarını kapsayacak şekilde bir "Ulusal Tütün Kontrol Programı" yürütülmüştür.

Alkol tüketimi de birçok hastalık için risk etkenidir. Türkiye'de alkol tüketimi diğer OECD ülkelerine göre daha düşük düzeydedir. 2006 verilerine göre Türkiye'de kişi başı 1,2 litre olan alkol tüketimi, OECD ortalamasının %15'inden daha azdır (OECD Health at a Glance 2005; Sağlık Bakanlığı, 2007).

OECD Health Data verilerine göre; Türkiye'de ortalama beslenme oldukça iyi düzeyde olup, örneğin 2003 yılında 3328 olan kişi başına düşen günlük kalori tüketimi, 3407 olan OECD ortalamasına yakındır (OECD ve Dünya Bankası, 2008; TSH, 2010).

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yetişkinlerde her 4-5 kişiden birinde tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal hastalık bulunduğunu göstermektedir. Toplumda bir ruhsal hastalığı olan bireylerin ya da sorunlu çocuğu olan ailelerin pek azı tedavi için başvurmakta, başvuranların büyük çoğunluğuna tanı konamamakta, tanı konanların ise küçük bir grubu etkili tedavi alabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Ruh Sağlığı, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2007).

2006 Sağlık Bakanlığı çalışması sonuçlarına göre; 18 yaş ve üstü cevaplayıcılarda depresyon tanısı almış kişi sayısı 831 (%7,43), depresyon tanısı almış kişilerin %79,2'u kadın, %20,8'i ise erkektir. En sık depresyon tanısı alan yaş grubu 35-44 yaş grubu olup, toplam depresyon tanısı alan hastaların %29'unu oluşturmaktadır. Türkiye ulusal düzeyde DALY'e neden olan ilk 20 hastalık dağılımında unipolar depresif hastalıklar dördüncü hastalık yüküdür. Cinsiyete göre ise erkeklerde dokuzuncu hastalık yükü nedeni iken, kadınlarda dördüncü sırada yer almaktadır.

60 yaş üzeri nüfusta karşılaşılan demans sıklığı 2009 yılında OECD ülkeleri için ortalama %5,5, Türkiye için ise %3,5'tür (Health at a Glance 2011, OECD Indicators).

TÜİK tarafından gerçekleştirilen Türkiye Özürlüler Araştırması'na (2002) göre Türkiye'de nüfusun %12,29'u engelli olup bu oran kadınlar için %13,45, erkekler için %11,10'dur. TÜİK-2010 "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması"na göre ise engellilerin %42,4'ünde özür oranı %70 ve üzerindedir (TÜİK, 2011).

Özetle; Türkiye’de kronik hastalıkların hem görülme sıklığı hem de ölüme neden olmaları ciddi boyutlarda olup, nüfusun yaş yapısı "yaşlı grubun payının artması yönünde" değişmektedir. İleri yaş grubunda, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet, KOAH gibi kronik hastalıkların daha yüksek sıklıkta görülmesi, bu tür sorunların gelecek yıllarda daha da artacağına işaret etmektedir. Türkiye’de mevcut verilere göre, ölüme yol açan "yüksek kan basıncı, sigara içme, obezite ve yüksek kolesterol, yetersiz fizik aktivite" faktörlerinin önlenmesi ile ölümlerin %50’si engellenebilecektir. Bu gerçekler ışığında izlenilmesi gereken strateji, her ne kadar ölüme yol açan faktörlerin etkisi kümülatif olarak ileri yaşlarda daha yoğun olarak ortaya çıkıyorsa da önleme programlarının erken/genç yaşları hedef alarak başlatılmasıdır. Bu hastalıklarla ilgili bu günden gereken önlemler alınmadığı takdirde, bu hastalıkların yıllar içinde çok daha ciddi boyutlara ulaşması söz konusudur. Bu durum göz önüne alınarak, sağlığı geliştirici programlarla bu hastalıkların meydana gelmeden önlenmesi ve erken tanısının yapılarak olumsuz sonuçlarının engellenmesi, mevcut verilere göre izlenmesi gereken uygun stratejiler olacaktır. Kuşkusuz hastalık tablosu oluşmuş ileri yaş gruplarında da ortaya çıkan hastalıkların erken tanısı ve tedavisi için bu yaş gruplarının, etken olan faktörlere göre projeksiyonları yapılarak bu gruplara ulaşma, tarama programları, erken tanı ve tedavi programlarının uygulanması ve yeterli kaynağın ayrılması planlanmalıdır. Kaynak tahsisinin demografik değişime paralel uyarlanması gerekmektedir (OECD ve Dünya Bankası, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2011).

3.3.5. Türkiye’de Seçilmiş Sağlık Hizmet Sunumu Göstergelerine Genel Bir Bakış

Tablo 3.4. Türkiye’deki Seçilmiş Sağlık Hizmet Göstergelerinin Uluslararası Verilerle Kıyaslaması		
	OECD Ülkelerinin Ortalaması (2009)	Türkiye (2009)
1000 kişiye düşen hekim sayısı	3,1	1,6
1000 kişiye düşen hemşire sayısı	9,8	1,5
Hemşire sayısının hekim sayısına oranı	2,8	0,9
Kişi başına düşen hekim başvurusu	5,5	7,3
1 hekime 1 yılda başvuran kişi sayısı	2357	4460
1000 kişi için yatak sayısı	4,9	2,5
Yatak işgal oranı (%)	76,1	62,3
Herhangi bir nedenle hastanede ortalama kalış süresi (gün)	7,2	4,3
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (ABD \$)	3233	902
Sağlık harcamalarının gayri safi milli hasıla içindeki payı (%)	9,6	6,1

Tablo 3.4. Türkiye'deki Seçilmiş Sağlık Hizmet Göstergelerinin Uluslararası Verilerle Kıyaslaması (devamı)

	OECD Ülkelerinin Ortalaması (2009)	Türkiye (2009)
Toplam doktor sayısı içinde (%)		
Pratisyen	25,9	22,0
Uzman	57,7	67,7
Diğer (asistan, arş. gör.)	16,4	10,3

Kaynak: OECD ve Avrupa Birliği İşbirliğinde Hazırlanan "Bir Bakışta Sağlık -Avrupa 2010" Ankara, 2011; OECD, 2011.

Türkiye'nin seçilmiş sağlık hizmet göstergelerini uluslararası verilerle kıyaslayacak olursak (OECD "Bir Bakışta Sağlık - Avrupa 2010", 2011; OECD, 2011) aşağıdaki tespitler yapılabilir.

- AB ülkelerinin ortalamasına göre her 1000 kişiye 3,3 doktor düşmektedir. Bu sayı OECD ülkelerinde 3,1, Türkiye'de ise 1,6'dır.
- AB ülkeleri ortalamasında 1000 kişiye 9,8 hemşire düşmektedir. Kişi başına düşen hemşire sayısı en yüksek AB ülkesi Danimarka (24,5), en düşüğü ise Bulgaristan'dır (4,2). Bu oran Türkiye için AB ülkelerine kıyasla oldukça düşük olup; 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 1,5'tir.
- Yüz bin nüfus için ebe sayısı ise OECD ülkelerinde 69, Türkiye'de 136,3'tür.
- Bin kişi için hastane yatak sayısı, OECD ülkelerinde 4,9, Türkiye'de ise 2,5'tir. AB ülkelerinde bu sayı 5,7 olup; kişi başına düşen yatak sayısı en yüksek ülke Almanya (8,2), en düşük ülke İspanya'dır (3,3).
- Türkiye'de 4,3 gün olan ortalama yatış süresi, AB ülkelerine kıyasla daha düşüktür. AB ülkelerinde ortalama yatış süresi 7,2 gündür. Ortalama yatış süresi en yüksek ülke 12,4 gün ile Finlandiya, en düşük ise 4,8 gün ile Norveç'tir.
- Türkiye'de kişi başına yapılan sağlık harcaması 671 Euro olup; AB ülkelerinden daha düşüktür. AB'de ortalama kişi başına yapılan sağlık harcaması 2192 Euro olup; en yüksek sağlık harcaması yapılan ülke Norveç (4294 Euro), en düşük ise Romanya'dır (687 Euro).
- Türkiye'de 2010 yılı verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının %39'u sosyal güvenlikten karşılanırken; %28,8'i merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Toplamda kamunun payı %67,8'dir. Türkiye'de sağlık harcamalarının %21,8'i kişilerin özel bütçelerinden karşılanmaktadır. AB ülkeleri ortalamasında ise toplam sağlık harcamalarının %39'u sosyal güvenlikten karşılanırken, %34,6'sı merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Toplamda kamunun payı %73,6'dır. AB ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamalarının %18'i kişilerin özel bütçelerinden, %5,5'i ise özel sağlık sigortasından karşılanmaktadır. AB'de kamunun payı %90,9 ile en yüksek olan ülke Lüksemburg'dur. Lüksemburg'ta sağlık harcamalarının %70'i sosyal güvenlikten karşılanırken, %20,9'u merkezi bütçeden karşılanmaktadır. Bu ülkede, sağlık harcamalarının %7,2'si kişilerin özel bütçelerinden, %1'i ise özel sağlık sigortasından karşılanmaktadır.

B Ö L Ü M
4

DEMOGRAFİK DEĞİŞİM SÜRECİNİN
SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI

4. DEMOGRAFİK DEĞİŞİM SÜRECİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜNE YANSIMALARI

TÜSİAD ve UNFPA işbirliğinde yürütülen "Nüfusbilim ve Yönetim" çalışması kapsamında Türkiye'nin 2050 yılına kadar olan nüfus yapısının projeksiyonu yapılmış olup; bu projeksiyonlar esas alınarak sağlıkla ilgili konularda ileriye yönelik politika önerileri geliştirilmiştir.

4.1. Nüfus Projeksiyonları İle Elde Edilen Bulgular

Yıllara göre cinsiyet bazında, 2000-2050 yıllarına ait Türkiye nüfusu ile ilgili olarak; düşük düzeyde yapılan projeksiyonlarda Türkiye'nin 2050 nüfusu 46.762.000 erkek, 49.647.000 kadın olmak üzere toplam 96.409.000 kişi olarak tahmin edilmiştir. Yüksek düzeyde yapılan projeksiyona göre ise erkek sayısı 52.063.000, kadın sayısı 50.732.000, toplam nüfus ise 102.795.000 kişi olarak bulunmuştur. Orta düzey olarak nitelendirilen ve bundan sonraki yorumlarda üzerinde durulacak olan projeksiyon modeli ile elde

Tablo 4.1. Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Türkiye Projeksiyon Nüfusları (Orta Düzey)						
Yaş Grubu	2000		2030		2050	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
0-4	3.189.166	3.397.930	3.138.156	3.247.174	2.875.231	3.000.388
5-9	3.271.932	3.487.019	3.145.612	3.243.179	2.961.344	3.081.326
10-14	3.309.072	3.571.961	3.213.438	3.307.534	3.056.278	3.170.629
15-19	3.519.398	3.692.566	3.315.769	3.400.535	3.114.981	3.219.643
20-24	3.264.490	3.427.965	3.388.161	3.456.717	3.132.371	3.222.514
25-29	2.919.771	2.977.517	3.358.980	3.407.221	3.139.731	3.216.375
30-34	2.458.082	2.553.302	3.166.285	3.307.150	3.205.858	3.273.212
35-39	2.401.586	2.454.475	3.246.943	3.389.490	3.304.205	3.357.179
40-44	1.985.869	2.084.292	3.272.544	3.443.876	3.369.502	3.402.354
45-49	1.658.550	1.711.382	3.458.808	3.513.045	3.326.236	3.330.744
50-54	1.361.399	1.356.886	3.174.984	3.191.110	3.110.076	3.184.835
55-59	1.042.506	1.016.625	2.790.079	2.665.220	3.143.709	3.168.987
60-64	965.302	864.615	2.278.350	2.132.995	3.090.214	3.055.163
65-69	850.912	795.171	2.105.271	1.829.687	3.118.306	2.855.062
70-74	654.985	518.059	1.568.401	1.292.345	2.617.544	2.242.613
75-79	323.259	254.536	1.070.718	781.075	1.927.585	1.464.232
80	280.914	182.436	935.250	504.064	1.895.674	1.160.042
Toplam	33.457.193	34.346.737	46.627.747	46.112.418	50.388.844	49.405.297

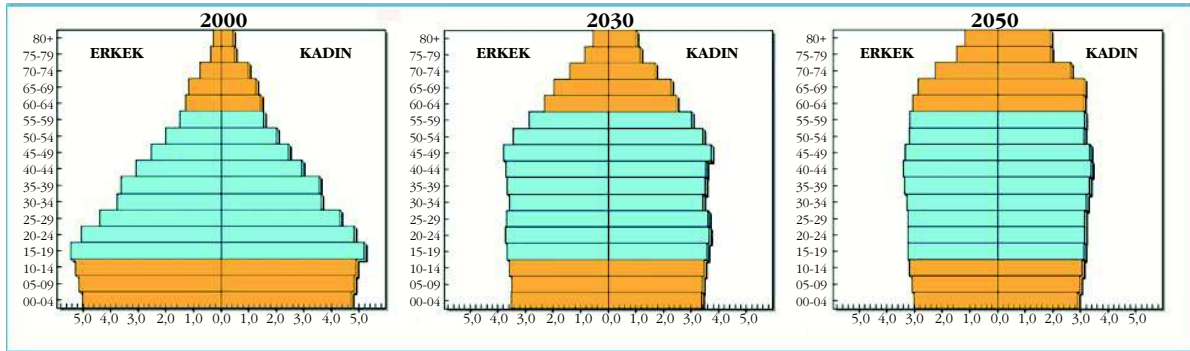
Kaynak: 2000 DİE Nüfus Sayımı; 2010-2050 Hoşgör (2010), Orta Düzey Nüfus Projeksiyonu.

edilen Türkiye nüfusu ise 2050 yılında 49.405.297'si erkek, 50.388.844'ü kadın olmak üzere toplam 99.794.141 olarak tahmin edilmektedir (Tablo 4.1.) (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Projeksiyon nüfuslarının yaş ve cinsiyete göre yapısı incelendiğinde, Tablo 4.1.'den ve nüfus piramitlerinden de izleneceği gibi, her iki cinsiyet için, 0-4 yaş nüfusunun 2010'lu yıllardan itibaren sürekli bir düşüş içinde olacağını söylemek mümkündür.

2000 yılına göre gelecek 50 yıl içinde 80 yaş ve üstü nüfustaki artış, erkeklerde 6,4 kat, kadınlarda ise 6,7 kat olacaktır. 0-14 yaş nüfusun 2000 yılında toplam nüfus içindeki payı %30 iken; 2050 yılında bu pay azalarak % 18 olacaktır. Yani 2000-2050 yılları arasında Türkiye'nin 0-14 yaş grubu nüfusunun toplam nüfus içindeki payı düşmektedir. Diğer taraftan 2000 yılında nüfusun %6'sı 65 yaş ve üzerinde iken yapılan projeksiyonlara göre bu payın giderek artması ve 2050 yılı için %17 olması beklenmektedir. 15-64 yaş erişkin nüfusun, toplam nüfus içindeki payı 2000 yılında %64 iken; 2050 yılında %65 olması beklenmektedir. Bunun anlamı, bu yaş grubunun nüfus içindeki payının çok fazla değişmemesine karşın sayısal boyutunun artacağıdır (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Şekil 4.1. Yıllara Göre Nüfus Piramitleri (Türkiye)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

2000 yılında %46 olan genç bağımlılık oranının, doğurganlığın düşmesine bağlı olarak 2050 yılında %26,8'e düşmesi; yaşlı nüfus bağımlılık oranının ise %9,8'den, beklenen yaşam süresinin uzaması nedeni ile % 26,8'e çıkması beklenmektedir. Toplam bağımlılık oranının ise 2000 yılında %55 iken; 2050 yılında %52 olması öngörülmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Bu sonuçlar Türkiye'nin, 2050 yılında da ekonomi çarkını döndürecek, çalışma yaşında nüfusa sahip olacağını göstermektedir. 2050 yılında daha nitelikli bir genç nüfus yapısına sahip olma şansının yanı sıra, sosyal güvenlik, sağlık ve diğer hizmetlerden yararlanması gereken yaklaşık 17 milyonluk bir yaşlı nüfusa sahip olunacağı da gözden kaçırılmaması gereken diğer bir gerçektir.

Türkiye'nin olası nüfus göstergelerine göre sağlıkla ilgili tehlike ve fırsatları, ileriye yönelik hizmetlerle ilgili düzenlemelerde yöneticilere yardımcı olmak amacı ile irdelenmelidir.

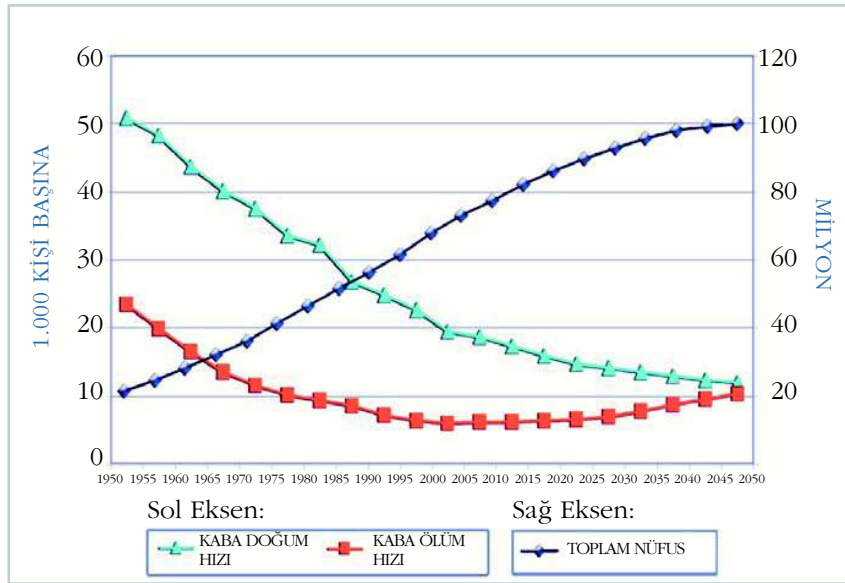
Tablo 4.2. Nüfus Göstergeleri, Orta Düzey Projeksiyon, Türkiye, 2000-2050						
NÜFUS GÖSTERGELERİ	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Doğurganlık						
Toplam Doğurganlık Hızı	2,53	2,12	2,01	1,95	1,9	1,85
Brüt Yenilenme Hızı	1,23	1,03	0,98	0,95	0,93	0,9
Net Yenilenme Hızı	1,2	1	1	0,9	0,9	0,9
Ortalama İlk Doğum Yaşı	27,63	27,32	27,24	27,23	27,23	27,23
Ölümlülük						
Erkek Doğuştaki Yaşam Ümidi	67,6	69,3	71,1	72,6	74,1	75,6
Kadın Doğuştaki Yaşam Ümidi	74,2	76,5	78,8	80	80	80
Toplam Doğuştaki Yaşam Ümidi	70,8	72,9	74,9	76,3	74,1	75,6
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	26,9	20,2	14,4	11	9	7,1
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	32	24	16	12	10	8
Sağlıkla İlgili Hızlar						
Kaba Doğum Hızı (Binde)	21,6	18,1	15,2	14	12,8	11,7
Kaba Ölüm Hızı (Binde)	6,15	6,16	6,34	7,33	9	10,61
Doğal Artış Hızı (%)	1,55	1,19	0,89	0,66	0,38	0,11
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	1,5	1,2	0,9	0,7	0,4	0,1
Nüfusun İkiye Katlanma Zamanı (Yıl)	45	58	78	105	183	619
Yıllık Doğumlar ve Ölümler						
Doğumlar	1.467.026	1.401.046	1.309.374	1.294.360	1.247.493	1.170.936
Ölümler	416.934	477.381	544.608	680.150	877.777	1.059.113
Nüfus						
Toplam Nüfus	67.803.930	77.473.668	85.863.220	92.740.165	97.584.356	99.794.141
Erkek Nüfus	34.346.737	39.012.610	42.978.164	46.112.418	48.332.804	49.405.297
Kadın Nüfus	33.457.193	38.461.058	42.885.056	46.627.747	49.251.551	50.388.844
0-4 Yaş Nüfus Oranı	9,71	8,91	7,62	6,89	6,39	5,89
5-14 Yaş Nüfus Oranı	20,12	17,25	15,84	13,92	13,03	12,29
15-49 Yaş Nüfus Oranı	54,73	55,26	53,69	50,81	47,23	45,71
15-64 Yaş Nüfus Oranı	64,47	67,53	68,61	68,32	66,89	64,5
65+ Yaş Nüfus Oranı	54,42	54,59	52,81	49,77	46,25	44,84
Cinsiyte Oranı	102,66	101,43	100,22	98,89	98,13	98,05
Medyan Yaş (Ortanca Yaş)	25	28	32	35	38	40

Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Türkiye'nin 2000-2050 yılları arasındaki olası nüfus göstergeleri incelendiğinde (Tablo 4.2.); 2000 yılında 2,53 olan toplam doğurganlık hızının, 2010 yılında 2,12'ye 2020 yılında 2,01'e, 2030'da 1,95'e, 2040 yılında 1,9'a ve 2050 yılında ise 1,85'e düşeceği yapılan modellemeler sonunda tahmin edilmiştir. Toplam doğurganlık hızına bağlı olarak nüfusun brüt yenilenme hızı da 2000 yılında 1,23'ten, 2050 yılında 0,9'a düşmektedir. Net yenilenme hızı ise 2000 yılında 1,2 iken, 2020 yılında 0,98'e inmiş, 2040 yılından sonra 0,9'da sabitlenmiştir. Net yenilenme hızı 1'in altına 2020 yılından itibaren düşecektir. Bu düşüş yavaş da olsa 2050 yılına kadar devam edecektir. Nüfus daha az miktarlarda da olsa artmaya devam etmektedir.

Tablo 4.2. ve Şekil 4.2. incelendiğinde, 2000 yılında %21,6 olan kaba doğum hızının, 2050'de %11,7'e düşeceği; 2000'de %6,15 olan kaba ölüm hızının, 2050'de %10,61'e çıkarak kaba doğum hızına yaklaşacağı görülmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010). 2050'ye doğru kaba ölüm hızındaki yükselmenin başlıca nedeninin ileri yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının artması olduğu söylenebilir.

Şekil 4.2. Türkiye'de Kaba Doğum Hızı, Kaba Ölüm Hızı ve Nüfus (1950-2050)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Bu hızların ima ettiği nüfus artış hızı ise 1950'lerde %2,7 iken, 2000 yılında %15 ve 2050'de %0,1'e düşmektedir. Toplam nüfus, 1950'de 21,5 milyon iken, 2000'de 67,8 milyona çıkmıştır ve 2050'de 99,8 milyona çıkması beklenmektedir. Nüfusun ikiye katlanma zamanı 2000 yılında 45 yıl iken; bunun 2050 yılında 619 yıla çıkacağı öngörülmektedir. 2000 yılında 1.467.026 doğum olayına karşılık 416.934 ölüm olayı olduğu tahmin

edilmiştir. 2050 yılına gelindiğinde doğum ve ölüm olayları eşitlenmiş gibidir. 1.170.936 doğum olayına karşılık 1.059.113 ölüm olayının olacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılı için Türkiye'nin nüfusunun yılda yaklaşık 112 bin kişi artacağı söylenebilir.

2000-2050 yılları arasında yapılan projeksiyonlarda varsayım olarak kullanılan doğumdaki yaşam ümidinin, 2000 yılında 70,8 yıl iken, sürekli bir artış göstererek 2050 yılında 77,8'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Doğumdaki yaşam ümidinin yükselmesindeki önemli faktörler, ülkenin genel gelişmişliği ile sağlık koşullarındaki düzelmeler, tıbbi ve teknolojik gelişmeler ile genel eğitim düzeyindeki iyileşmeler olarak yorumlanabilir.

Yine 2000 yılında kadınlar için 74,2 yıl olan doğumdaki yaşam beklentisinin 2030 yılına kadar artarak 80 yıla yükseleceği ve bu tarihten sonra da 2050 yılına kadar sabit kalacağı tahmin edilmiştir. Erkekler için ise bu süre 2000 yılı için 67,6 olup yıllar içinde giderek artarak 2050 yılında 75,6 yıl olacaktır. Bu bulgu, ileri yaş grubu içerisinde kadın nüfusun daha büyük bir paya sahip olacağına işaret etmektedir.

Değişen nüfus yapısının pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektörüne ilişkin getireceği dinamikler, temel başlıklarda aşağıdaki gibi belirtilebilir. Sağlık politikaları oluşturulurken bu dinamikler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

- Uzayan yaşam süresi,
- Yaşlanan nüfus,
- Daha uzun yıllar genç yaş gruplarının önemini koruyacağı gerçeği,
- Kamu sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sistemi harcamalarında baskı ve zorlanmalar,
- Sosyal güvenlik ve sağlık "özel sigorta" sistemleri,
- Görülme sıklığı gittikçe artan kronik hastalıklar,
- Enfeksiyon hastalıkları ve kronik hastalıkların birlikte getireceği "çifte yük",
- Gerek akut gerekse kronik hastalıkların önlenmesinde toplumun sağlık eğitimi, sağlık bilinç düzeyinin yükseltilmesi,
- Hastalık etmenlerine maruz kalmanın önlenmesinde önemli olan "koruyucu, sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri"nin yeterlilik düzeyi,
- Niteliği uygun, gereksinimlere göre yetişmiş sağlık çalışanı ihtiyacı,
- Bugünkü sağlık sisteminin yaşlı nüfusa ve kronik hastalıklara uyum sağlaması ihtiyacı,
- Yaşlı nüfusun bakım hizmetleri gereksinimlerinin karşılanması konusunda çıkabilecek sorunlar, ihtiyaçlar.

Bütün bu nüfus yapısı değişiklikleri anlamlı boyutta olup, bunların Türkiye'nin sağlık profiline ve sağlık hizmet sunumuna yansımaları belirgin olacaktır. Ülkenin sağlık hizmeti vermedeki stratejileri, hizmet içeriği ve niteliğinin bu değişimlere paralel olarak uyarlanması

gerekmektedir. Örneğin insan gücünü planlamasında eğer AB ve OECD ülkelerinin bugünkü düzeyi hedef olarak alınacak ise; Türkiye'deki nüfus artışına paralel olarak hekim ve diğer sağlık personelinin sayılarının, o ülkelerin diğer sosyo-ekonomik durumu, sağlık hizmeti arayış davranışları vb. gibi koşulları da göz önünde bulundurularak hesaplanmaları gerekir. Ancak burada unutulmaması gereken, bu hesaplamalarda nüfustaki değişimin, nüfus büyüklüğü ve nüfusun yaş yapısının son derece önemli olup; dikkate alınması gereken bir faktör olduğudur.

B Ö L Ü M
5

GENEL DEĞERLENDİRME VE
SEKTÖREL POLİTİKA ÖNERİLERİ

5. GENEL DEĞERLENDİRME VE SEKTÖREL POLİTİKA ÖNERİLERİ

5.1. Genel Değerlendirme

Türkiye'nin 2000-2050 yılları arasındaki nüfus yapısı incelendiğinde, 2050 yılı Türkiye'sinde yaklaşık 0-4 yaş grubu kadar 65-69 yaş grubunda yaşlı kişinin bulunduğu bir nüfus yapısına ulaşılabileceği tahmin edilmektedir. 2050 yılında Türkiye, "çok az da olsa nüfus artışına sahip, ancak nüfusu neredeyse sabit bir ülke olarak" kabul edilmeli ve nüfus politikalarını bu eğilimi göz önüne alarak şekillendirmelidir.

Türkiye'nin nüfus projeksiyonları, çocuk ve üreme dönemi kadın grubunun toplam nüfus içindeki payının yıllar içinde azalacağını gösterse de bu grupların sayısal büyüklüğü azalmadan, çok uzun yıllar devam edecektir. Bunun anlamı, çocuk ve kadın grubuna verilen doğum öncesi, doğum, aile planlaması ve erken tanı gibi koruyucu hizmetlerin 2050'li yıllara dek önemini koruyacağıdır (Hoşgör ve Tansel, 2010).

Birleşmiş Milletler'in, toplam nüfusunun %15'i yaşlı olan ülkeleri "yaşlı nüfus" olarak adlandırdığı göz önünde bulundurulursa, nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye ancak 2040 yılından sonra "yaşlı nüfus" kategorisine girecektir. Diğer yandan, nüfusun azalan bir hızla da olsa artacak olması, gelişmiş ülkelerin günümüzde yaşadığı "nüfus azalması" endişesini Türkiye'nin en azından bu yüzyılın ortalarına kadar yaşamayacağını göstermektedir. Dolayısıyla, nüfusla ilgili politikaların bu gerçeği dikkate alarak ve ülkeye özgü olarak şekillenmesi gerekmektedir. Bu esnada, insan hakları temelli bir yaklaşım gözetilerek, bireylerin sağlık haklarının korunması ve teşvik edilmesi önem taşımaktadır. Örneğin, doğurganlığa karar verme ve doğurganlık davranışındaki seçim, Türkiye'nin de kabul ederek imzaladığı uluslararası belgelerde de belirtildiği gibi "kadın ve erkeğin", ancak özellikle de gebelik, doğum ve lohusalık gibi her anında risklerin de yaşanabileceği çok uzun bir süreyi yaşayan kadının temel bir "insan hakkıdır". Bu hakkın teslimi ise devletin anayasal görevi olmak durumundadır.

Türkiye nüfusunun ortanca yaşının, 2000 yılında 25 iken 2050 yılında 40 olacağı tahmin edilmektedir. 2050 yılı Türkiye nüfusunun yaşlandığı, ancak nüfusu azalma eğilimine geçmek üzere iken bile, ekonomi çarkını döndürebilecek düzeyde, çalışma çağında nüfusa sahip olacağı hatırlanması gereken bir husustur.

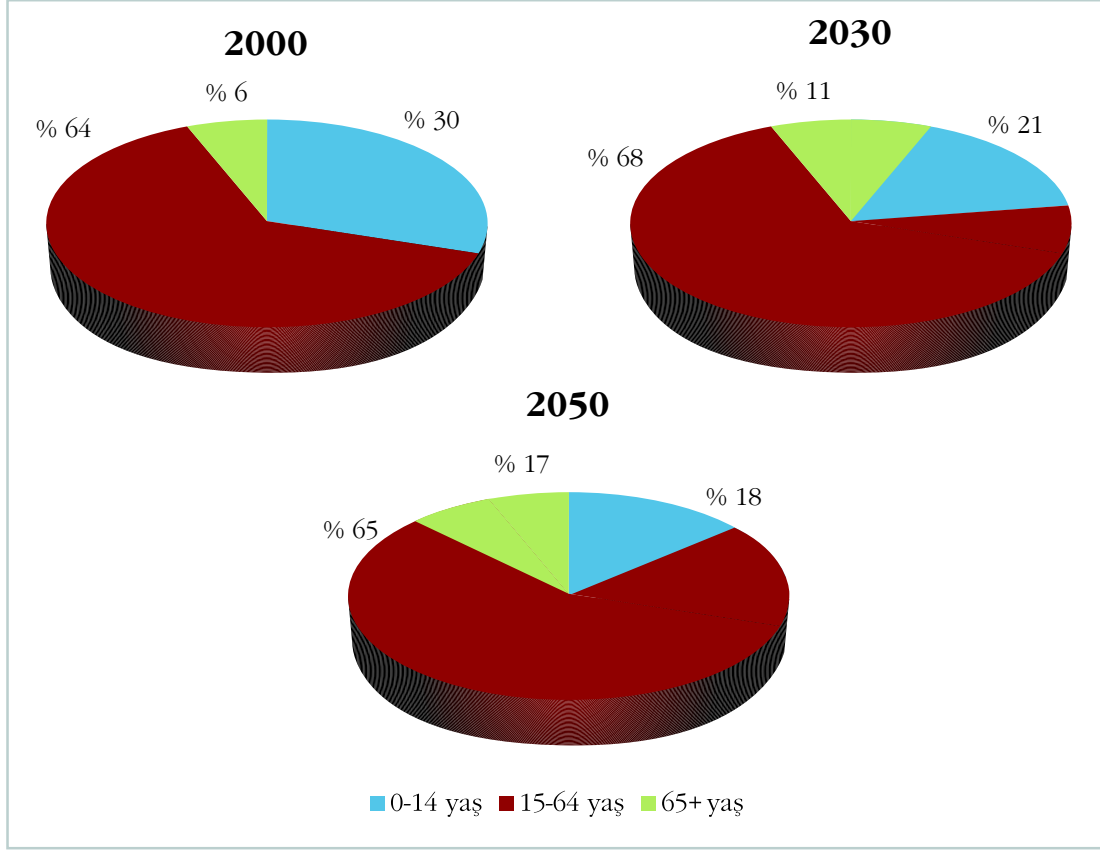
Türkiye'nin bu fırsattan yararlanabilmesi, yöneticilerin günümüzden itibaren doğru kararları almalarına bağlı olacaktır. Bu nedenle çalışabilir çağ nüfusunun eğitimi ve istihdam edilebilirlikleri sağlık yönü ile de önemli olacaktır.

2050 yılı Türkiye'sinin fırsat ve üstünlüklerine bakılırsa, toplam nüfus içindeki oranı azalmış, dolayısıyla bağımlılık oranı azalmış, 0-15 yaş aralığındaki genç nüfustan söz edilebilir. Bu yaş grubunun bir fırsata dönüştürülebilmesi için Türkiye bu yaş grubunun eğitimine ve sağlığına yatırım yapmalıdır.

Genç bağımlılık oranı azalırken, yaşlı bağımlılık oranının artacak olması çok yönlü toplumsal sorunlara işaret eder. Sağlık sisteminin bu duruma uyum sağlaması gerekmektedir. Türkiye genç nüfusun getirdiği sorunlar ile uğraşma deneyimi olan bir ülkedir, oysa nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak ortaya çıkacak olan sorunlar Türkiye'nin daha önce karşılaşmadığı, alışılmadık sorunlar olacak ve başa çıkılması yeni yöntemler geliştirilmesini gerektirecektir. Bazı sorunları önceden tahmin etmek çok zordur. Bir örnek vermek gerekirse, gelecekte hangi tür aile yaygınlık kazanacaktır sorusu sorulabilir. Günümüzde gittikçe azalan çok kuşaklı ataerkil aile türü, azalmaya devam edecek mi? Artan yaşlı nüfus, aile yapısı içerisinde kendisine yer bulabilecek mi? Yoksa çekirdek ailenin dışında kalarak, huzurevlerine ve bakımevlerine mi ihtiyaç duyacak? Bu sorulara yanıt vermek zordur ve bir projeksiyon yapma imkânı da yoktur.

Türkiye'nin 2050 yılına doğru durağanlaşan ve yaklaşık 100 milyon civarında olacak nüfusu, kalkınma hamleleri ve iyi ekonomi yönetimi sonucunda yaşam kalitesi her geçen gün daha yükselen bir Türkiye nüfusu olabilir. 2050 yılında yaklaşık doğan bebek sayısı kadar, ölümlerin gerçekleşeceği Türkiye, ölümlerin doğal ve yaşlılıktan meydana geldiği, sağlık sorunlarını çözümlenmiş bir ülke konumunda olabilir. Dikkate alınması gereken husus, nüfusun %17,32'sini oluşturan 64 yaş üstü insanların sosyal güvenlik sorunlarının, sağlık hizmeti gereksinimlerinin ve bakım ihtiyaçlarının artmış olacağı ve çözüm süreçlerinin bugünden planlanıp uygulamaya konulması gereğidir. Türkiye'nin 2050 yılında bu konudaki ihtiyaçları planlı ve zamana yayılarak giderilemezse, olası ilk sonuç sosyal güvenlik sistemi ile beraber yaşlılara yönelik sağlık sisteminin yetersizliği olur ki; fırsatlar değerlendirilirken, yaş yapısındaki değişimin işgücü piyasasına yansımaları yanında bütüncül bir kalkınma yaklaşımı içerisinde de ele alınması uygun olacaktır. Bu bağlamda, işgücü, eğitim, sosyal güvenlik ve sağlık alanlarının hepsinde birbirleri ile bağlantılı olarak gerekli düzenlemelerin yapılması ve önlemler alınması yöneticilerin önceden planlamaları gereken işlevlerdir.

Şekil 5.1. Nüfus Projeksiyonlarına Göre Türkiye’de Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Payları (2000-2050)



Kaynak: Hoşgör ve Tansel, 2010

Türkiye'nin, 2050 yılına kadar olan demografik yapısındaki değişimlerin irdelendiği TÜSİAD-UNFPA çalışması sağlık sektörü yönünden son derece önemli bulgular ortaya koymaktadır. Şöyle ki; 2000 - 2050 yılları arasında her iki cinsiyette de, Türkiye'nin 0 - 14 yaş grubu ve 15 - 64 yaş grubu nüfusunun toplam nüfus içindeki payları düşmektedir. Buna karşılık, 65+ yaş nüfusunun payı, 2000 yılında %5,69 iken, bu oranın 2050 yılında %17,32 olacağı tahmin edilmektedir. 2000 - 2050 periyodunda genç nüfusun aksine yaşlı nüfusta oransal artış her iki cinsiyet için de üç kattan fazladır (Tablo 4.2, Şekil 5.1).

Sadece bu bulgular bile Türkiye’de, ileriye yönelik sağlık sektöründe hizmet programlarının planlanmasında yol gösterici olmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye’de bugüne kadar ağırlık ve öncelik verilmeyen, ancak toplam nüfus içindeki payı giderek artan ileri yaş grubunun gereksinimlerinin de dikkate alınmasını gerekmektedir. İleri yaş gruplarında beklenen bulaşıcı olmayan (dejeneratif, kardiyovasküler, serebrovasküler, diyabet, malignansiler, vb.) hastalıkların ve yine yaşlı grubun evde bakımı gibi hizmet ihtiyaçlarının, yıllara göre yaşlı grubun nüfus büyüklüğüne uygun öngörülmesi, hesaplanması

ve özellikle "koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlığın geliştirilmesi, tarama programları, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin" planlanması yapılmalıdır.

Yine yapılan nüfus projeksiyonlarına göre, Türkiye'de daha uzun bir süre genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı önemini koruyacaktır. Bunun anlamı bu yaş grubunun gereksinimi olan sağlık eğitimi, sağlığın geliştirilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerinin de koruyucu önlemlere ağırlık verilerek sürdürülmesi gerekeceğidir.

Kuşkusuz, bütün bu planlamalarda "sağlığın doğuştan sahip olunan bir insan hakkı" olduğu anlayışı ile; uygun nitelikli insan gücü dahil, sağlık alt yapısı, uygulanması gereken hizmet yaklaşımları ve programları ve ihtiyaç duyulan sağlık bütçesinin de nüfusbilim verilerine dayalı ve objektif olarak planlanması gerekmektedir.

Türkiye'de, yıllar içerisinde yaşlanan bir nüfus beklenmesine rağmen, çeşitli kaynaklarda da belirtildiği gibi, mevcut sağlık sistemi, yaşlanan nüfusun sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde değildir (Sağlık Bakanlığı, 2007; Sağlık Bakanlığı, Yaşlı Sağlığı, 2011; HASUDER Yaşlı Sağlığı, 2012). Sağlık yöneticileri ve karar vericiler, bu özel yaş grubuna verilecek sağlık bakımı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili hazırlıklı olmalı ve özellikle bu gruba hizmet verebilecek meslek profesyonellerinin nicelik ve nitelik yönü ile planlamalarını yapmalıdırlar. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yönünden önemli olan sağlık eğitimi programlarının içerisinde bu yaş grubu mutlaka dahil edilmelidir. Yaşlı bireylerde gençlere göre biyolojik ve yaşa bağlı fonksiyonel farklılıklar bulunması nedeni ile bu bireylerin farklı bir şekilde tedavi edilmesi ve sağlık bakım hizmetinin verilmesi gerekeceği ve bu hizmetlerin artacak olan mali yönü de mutlaka dikkate alınmalıdır.

Eğitim ve sağlık arasındaki iki yönlü ilişki asla unutulmamalıdır. Sağlıklı bir toplum için, toplumun çağdaş bir eğitim sistemi ile ulaşacağı genel eğitim düzeyi önemli bir belirleyicidir; çünkü eğitim, bireyde sağlık bilincinin oluşmasını sağlarken, sağlık hizmeti arama ve ulaşma davranışını da olumlu yönde etkilemektedir. Ancak eğitimin sağlığı bu yönde etkileyebilmesi için özellikle temel eğitimin, çağdaş, gelişmiş ülkelerde uygulanan sürede ve sürekli olması, eğitim imkanlarına ulaşmada cinsiyetler arası eşitlik sağlanması, özgür kişilik yapısının gelişimini destekleyici nitelikte olması gibi faktörlerin önemi göz ardı edilmemelidir. Sağlık, birey için temel insan hakkı olmasının yanı sıra yaşamın olmazsa olmazı olup, sağlıklı bir bireyin eğitim dahil yaşamın her alanında daha başarılı olacağı yadsınamaz bir gerçektir.

Yaşlanan nüfus hem zengin hem de yoksul, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin ekonomik büyümesini ciddi bir şekilde yavaşlatacak bir faktördür. Sosyal güvenlik ödemelerinde, sağlık harcamalarının karşılanmasında güçlükler ortaya çıkacak, kamu harcamalarının yeniden yapılması gerekecektir. Diğer taraftan yoksulluk da

sağlığın en önemli temel belirleyicilerinden olup etkisi yine eğitimde olduğu gibi çift yönlü olmaktadır.

Yapılan nüfus projeksiyonları göz önüne alınırsa, bugün 3.860.272 kişi olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılında 17.219.003 kişiye çıkması beklenmektedir. Türkiye'nin hem sağlık sisteminin hem de sosyal güvenlik sisteminin buna hazırlıklı olması gerekmektedir.

Yaşlı nüfusun getirdiği en önemli sağlık sorunu "kronik hastalıklar"dır. Daha önceleri gelişmiş ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olarak görülen kronik hastalıklar DSÖ'nün raporlarına göre artık gelişmekte olan ülkelerin de önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Bu ülkelerde kronik hastalıkların görülme sıklığı çok hızlı bir artış göstermektedir. Türkiye'nin günümüzdeki nüfus yapısında bile bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar vb.) ciddi boyutlarda olup, yaşlanan nüfusla birlikte bu boyut daha da artacaktır. Kronik hastalıklar artan sağlık harcamalarını, özel bakım hizmetlerini de beraberinde getirmektedir. Dolayısı ile sağlık ve ekonomik gücü olmayanların desteklenmesi, yaşlı bakım hizmetlerinin sosyal hizmetlerle ilişkilendirilmesi sistem içinde mutlaka sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Konuya, Bölüm 3'teki Türkiye'nin Sağlık Profili bölümünde de değinildiği gibi; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 yılı "Türkiye'de Bulaşıcı olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları" yayınındaki verilere göre; Türkiye'de 22 milyon kişi bir veya daha fazla kronik hastalığın etkisi altındadır. Rapora göre 15 milyon kişide hipertansiyon, 4 milyon kişide diyabet, 3 milyon kişide KOAH ve 2 milyon kişide de koroner kalp hastalığı olduğu belirtilmektedir. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, ülkemizde erişkin nüfusta yaklaşık 15 milyon hipertansif birey olduğunu (prevalans %31,8), bunların yalnız %40'ının kan basıncı yüksekliğinin farkında olduğunu, %31'inin antihipertansif tedavi aldığını göstermiştir. Türk Diyabet Vakfı'nın çalışmasında, erişkinlerde diyabet prevalansı %7,2, hipertansiyon prevalansı %29, obezite prevalansı %22 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2007). Yapılan çalışmalar sağlıklı bir kişinin yıllık sağlık harcamalarının yaklaşık 1.000 dolar olmasına karşılık, kronik hastalığı olanlarda yıllık sağlık harcamalarının 6000 ila 16.000 dolar arasında değiştiğini göstermektedir. Sağlık harcamalarının % 75'i kronik hastalığı olan nüfusa yapılmaktadır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada genel nüfusta ortalama yıllık sağlık harcamaları kişi başına 1100 Avro iken, kronik hastalıklı bir kişinin hayatının son yılındaki sağlık harcamaları ortalama 14.906 Avro olarak saptanmıştır. Ulusal sağlık harcamalarının %10'unun hayatın son senesini yaşayan kronik hastalığı olan kişilere yapıldığı ortaya konulmuştur (Akalin, 2010).

Kronik hastalıkların topluma olan yükü de (doğrudan ve dolaylı maliyetlerin toplamı, yani tıbbi harcamalar + üretime olan etkileri) çok yüksektir.

Türkiye’de yapılan "Hastalık Yüğü Çalışması"nda, 60 yaş ve üstü nüfusta hastalık yüğü en fazla olan 10 hastalığın 9’unun, 15-59 yaş grubunda ise 10 hastalığın 7’sinin kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun getirdiği sağlık sorunları ile baş edebilmek için yeni/uygun bir sağlık stratejisinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sorunları göğüsleyebilmek için tüm dünyada ve Türkiye’de kamu sağlık kurumları, sivil toplum örgütleri, özel sektörle de gerekli işbirliği içinde bugüne kadar enfeksiyon hastalıkları, ana/çocuk sağlığı gibi konulara ayırdıkları kaynaklara ek olarak, yaşlı erişkinlerde sağlıklı kalmayı teşvik eden, engelli/özürlü hale gelmeyi önleyici ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik "koruyucu sağlık ve sağlığı geliştirici programlar" geliştirmeli ve bunun için yeterli kaynaklar ayırmalıdır.

Kronik hastalıkların iyi yönetilmesi hem sağlık hizmetinin kalitesini yükseltecek, hem de sağlık harcamalarının daha verimli yapılmasını sağlayacaktır. Bunun için kronik hastalık bakım programları uygulanmaktadır. Bu programların en yaygın kullanılanı, "kronik hastalık yönetimi" modelidir. Hastalık yönetimi, sağlık hizmetlerinin ve ilgili iletişimin koordine edildiği ve hastanın kendi bakımını üstlenmesinin önemli olduğu hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir (Akalin, 2010).

Sözü edilen "kronik hastalık yönetimi" daha iyi sağlık sonuçlarına, daha verimli bir şekilde erişebilmek için hizmet sunumu süreçlerini entegre etmekte, böylece daha iyi klinik sonuçlarının elde edilmesi sağlanmaktadır. Bu modelde sağlık harcamaları azalır ve süreç daha iyi yönetilir; klinik uygulamalarda kanıt-dayalı rehberler ve protokollerin kullanımı ön plana geçer; hasta ve hekim, ekip çalışması kavramı ile desteklenir.

5.2. Nüfustaki Değişim Açısından Sağlık Sistemine İlişkin Sektörel Politika Önerileri

Genel Öneriler

Uzun yıllardan beri Türkiye’nin, "çocuk sağlığı, kadın/üreme sağlığı" alanlarında sağlık sorunlarını ortaya koyan, güvenilirliği yüksek, periyodik olarak yapılan araştırmalara dayalı istatistiki verileri olmasına karşın, ne yazık ki diğer alanlarda mevcut sağlık profiline yıllar içindeki değişimlerini yansıtabilecek istatistiki veriler tam olmadığı gibi güncel de değildir. Şöyle ki en yetkili makamların yaptıkları son yıllara ait yayınlarda bile birkaç yıl öncesinin istatistik verileri kullanılmaktadır. Eksik olan verilerle ileriye yönelik hastalıkların projeksiyonunu yapmak, özellikle de değişen sağlık sistemi, toplumun sağlık arayış davranışları, yaşam biçimi ve uygulanacak teknolojinin ne yönde gelişeceğini ve toplumun bundan ne yönde etkilenebileceğinin öngörüsünü yapmak oldukça güçtür. Sadece nüfus yapısına paralel bazı öngörülerde bulunmak bu konuda yapılacak tahminlerin

ciddi bir kısıtlılığdır. Bu yapıtta buraya kadar belirtilen bütün bilgiler ışığında genel olarak; Türkiye’de gelecek 20-30 yıl içinde toplum ve sağlık sisteminin karşılaşacağı önemli sorunun, "yaşlanan nüfus ve bunun getireceği sonuçlar" olacağı söylenebilir. Potansiyel sorunları ve bunların sonuçlarını iyi algılayan ve hazırlık yapan toplumlar, hem sağlık hem de ekonomik sorunların üstesinden gelmeyi başarabilecekler, toplumun üyelerine daha kaliteli bir yaşam sağlayacaklardır. Ancak bu süre içinde kadın, anne, çocuk ve ergen nüfusun toplam nüfus içindeki payları bir miktar azalsa da bu grupların sayısı artarak devam edecektir. Dolayısı ile Türkiye’nin sağlık politikalarında bu gruplara yönelik kaynakların ayrılması ve sağlık hizmetleri yönünden bu grupların önemini aynen sürdüreceği gözden uzak tutulmamalı, dikkatlerden kaçmamalıdır.

Sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri üretimi yoluyla toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için maddi kaynakların ve insan kaynaklarının planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifade ile sağlık yönetimi, "insan ve diğer kaynaklar aracılığıyla önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formal örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbiriyle ilişkili sosyal ve teknik işlev ve faaliyetleri içeren bir süreç" olarak tanımlanmaktadır. Yönetici ise yönetim görevini üstlenen kişiyi ifade etmektedir. Yönetimin temel görevi, bilimsel yönetimin ortaya koyduğu ilkelere dayalı olarak sağlık örgütünün/kurumunun verimliliğine ve etkililiğine etkisi bulunan değişkenleri belirlemek ve bu değişkenlere müdahale ederek, sağlık sisteminin / kurumunun verimliliğini yükseltmektir (Öztek ve Eren, 2006). Sağlık sistemlerinin giderek büyümesinin ve karmaşık hale gelmesinin yanında, sağlık harcamalarının artışı, yükselen maliyetler, sağlık kurumlarının işleyişinde görülen aksamalar; devlet ve toplumsal grupları harekete geçirerek, sağlığın bilimsel yönetim ilkelerine dayalı olarak yönetilmesi yönünde baskılara yol açmıştır. Günümüz Türkiye’sinde birinci basamakta verilen temel sağlık hizmetleri ve hastane sisteminin, arzulanan sonuçları sağlamada henüz yetersiz olduğu ileri sürülebilir. Diğer taraftan sağlık, sadece "hastalık"la başlayan bir süreç olmayıp onun öncesinde "sağlıklı olma durumunun" korunması da gerekmektedir. Özellikle de kaynak sorununun olduğu gelişmekte olan ülkelerde her yaş grubunda, "sağlığın korunmasına" ağırlık ve öncelik verilmelidir. Sağlık sistemi, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetleri birinci basamakta güçlü bir örgütlenme ve ekip hizmeti ile sunabilecek şekilde biçimlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin "hastalık odaklı" olmasının çağdaş yaklaşımlara ters düştüğü hatırlanması gereken bir husustur.

Günümüzde bilgiye en çok gereksinim duyan sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Bilgi sisteminin süratli ve teknoloji temelli olarak gelişmesini, teknolojik buluşlar ve faktörler ile sosyal, ekonomik ve politik yapının değişimi etkilemiştir. Bilgisayar teknolojisinin gelişmesi ve yaygınlaşması, veri ve bilgi sistemlerinde en büyük devrimi gerçekleştirmiştir. Sağlıkta veri ve bilgi sistemlerinden başta kronik hastalıklar olmak üzere hastalık yönetim sürecinde yararlanılması ve sağlık sisteminin performansının geliştirilmesine katkıda bulunulması sağlanmalıdır (Akalin, Durusu-Tanrıöver, Sayran, 2012).

Sağlık hizmetlerinde etkililiği sağlamaya, kamu ve özel sektörde sağlık hizmeti sunumunda maliyet etkinliğe yönelik adımlar da atılmalıdır. Bu adımların doğru atılması, epidemiyologların, nüfusbilimcilerin, sosyologların, analistlerin, yöneylem araştırması uzmanlarının ve çevre sağlığı uzmanlarının katılım ve işbirliğini gerektirecektir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör bünyesinde bu kapasitelerin geliştirilmesi, yeterli iletişim ve işbirliği sağlanması sağlık sistemi reformlarının temel bir parçası olmalıdır.

Tıp eğitimi veren kurumlar, uzmanlık eğitimini kısaltmak, birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek, güçlendirmek ve sağlık hizmetlerini bütüncül ve temel sağlık hizmeti yaklaşımı ile verebilmek için yeniden yönlendirilmeli ve yapılandırılmalıdır. Sağlık eğitim kurumları toplum tabanlı ve problem tabanlı öğrenmeyi vurgulayan müfredat reformlarını benimsemelidir.

Demografik değişime paralel olarak yapılacak düzenlemelerde sağlık sisteminden yeterli yanıtların alınması için sağlık hizmetlerinin farklı düzeyleri arasında olduğu kadar sağlık ve sosyal hizmetler arasında da daha iyi bir koordinasyonun sağlanması çok önemlidir.

Sağlık sistemi ve bağlantılı olarak "sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler, yeni uygulamalar, verilen hizmetler" mutlaka oluşturulan mekanizmalarla, güvenilir, rutin kayıtlı bildirimler ve gerekli durumlarda araştırmalarla (memnuniyet araştırmaları vb.) periyodik olarak ve somut ve spesifik göstergeler kullanılarak değerlendirilmelidir. Objektif olarak yapılan değerlendirme sonuçları, toplumun ve ilgili bütün sektörlerin kullanımına, bilgisine açık olmalı, paylaşılmalıdır. Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı'nın rasyonel, güçlü ve kapsamlı bir ulusal sağlık insan gücü politikası izleyebilmesi için Kalkınma Bakanlığı, TÜİK ve Yüksek Öğretim Kurulu ile işbirliği içerisinde ülke ve il düzeyinde, epidemiyolojik ve demografik verilere dayanarak daha iyi bir sağlık insan gücü planlaması yapılmalı ve yetiştirilmelerin planlı yapılması sağlanmalıdır.

Yukarıdaki genel önerilerin dışında demografik dönüşüme paralel olarak özel nüfus gruplarına ilişkin politika önerileri şu şekilde ele alınabilir:

Kadın, Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı ile İlgili Öneriler

- Türkiye'nin 1930'lerden beri kadın-anne, çocuk sağlığında izlediği politikalar ve programlar bu grubun nüfus içindeki payının büyüklüğü, sağlık düzeyinin düşüklüğü ve yaşadığı sağlık sorunlarının türleri nedeniyle, doğru ve etkili olmuştur. Gelecek yıllarda nüfus içindeki payı ve sağlık sorunlarının türü değişecek olsa da sağlık durumlarının özelliği ve sayısal büyüklüğünün devam edecek olması nedeniyle bu grup, sağlık hizmetlerindeki önem ve önceliğini koruyacaktır.

Şöyle ki; kadın sağlığı/üreme sağlığı doğum öncesi dönemden başlayıp ölüme dek süren tüm yaşam dönemlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda düşünüldüğünde, demografik yapıda 15-49 yaş kadın grubunun payı azalsa da koruyucu ve erken tanı hizmetleri bütün kadın nüfusunu kapsayacağından, 2010 yılı için 33,4 milyon civarında olan kadın nüfusunun, 2030 yılında 46,6 milyon, 2050 yılında ise 50,3 milyon olacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Özetle kadınlara verilecek üreme sağlığı hizmetlerinde, hizmet verilecek nüfusun büyüklüğü artarak devam edecektir. Bu husus karar vericiler tarafından mutlaka dikkate alınmalıdır.

- Doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım hizmetlerine gereksinimi olan 15-49 yaş grubunun mutlak sayısı yıllar içinde azalmayıp aksine artacaktır. Bu yaş grubunun nüfus içindeki payı ise yıllara göre biraz azalacaktır. Toplam doğurganlık hızının 2010 yılında 2,1'den 2050 yılında 1,8'e düşeceği tahmin edilmektedir. Dolayısıyla obstetrik hizmetlere olan gereksinim oransal olarak azalacaktır. Bunun diğer bir anlamı ise aile planlaması hizmetlerine olan talebin artmasıdır. Çünkü doğurganlığın düzenlenmesi, bireylerin özgürce karar vermeleri gereken en temel insan haklarından olup gereksinimleri olan hizmetin verilmesi ise hükümetlere düşen bir görevdir. Sonuç olarak kadın-anne, çocuk ve toplum sağlığının çok önemli koruyucu yönü olan bu tür hizmetlere ayrılan kaynaklar benzer şekilde devam ettirilmeli; toplum sağlığında çok önemli olan bu koruyucu hizmetlerin tümü sosyal güvenlik kurumlarının ödeme kapsamına alınmalıdır.
- Değişen normlar ve teknolojik gelişmeler paralelinde kadın-anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin niteliği artırılmalıdır.
- Benzer şekilde çocuk nüfusunun sayısal boyutu yıllar içinde çok fazla değişmeyecek olsa da çocukluk dönemi hastalıklarının profilinde, bazı önlenebilir hastalıkların yürütülen programlara bağlı olarak azalacak olması nedeni ile verilecek hizmetlerin türü ve niteliğinin ortaya çıkacak gereksinimlere göre uyarlanması, sağlık alt yapısının da (insan gücü vb.) buna uygun olarak planlanması gerekecektir.
- Kadın ve çocuk sağlığının önemli bir belirleyicisi, kadın ve çocuğun statüsü ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığının varlığıdır. Bu yönü ile Türkiye'de kadın ve çocuk sağlığını iyileştirmede "gender mainstreaming" olarak ifade edilen, toplumsal cinsiyet eşitliği bakışının ülkenin bütün plan, program ve yasalarına entegre edilmesi, bu hususun ülkenin kalkınma planlarında bütün başlıklar altında ortak kesen bir konu olarak vurgulanması ve kuramsal olarak hazırlananların uygulamalara yansıtılması acilen sağlanması gereken bir husustur. Bu yapılmadığı takdirde günümüzde Türkiye'de yaygın olarak var olan "kadına yönelik şiddet ve sözde namus adına işlenen cinayetlerin" engellenmesi mümkün olmayacaktır. Kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda, şiddet gören kadınların destek ve danışmanlık alacağı kurum sayılarının artırılması gerekmektedir. Çok sektörlü olarak ele alınması gereken bu konunun önemli bir ayağını sağlık alanı oluşturmaktadır. Sağlık alanında çalışan meslek elemanlarının mutlaka bu konuda eğitim ve sorumluluğa sahip olması gerekmektedir.

- Ergenleri de kapsayan genç yaş grubu (10-24) genellikle sağlıklıdır; ancak bu yaş grubunun sağlığına önem verilmesi hem bugün için hem de gelecek nesillerin sağlığı yönünden çok önemlidir. Bilindiği gibi ileri yaşlarda kronik hastalıklar olarak ortaya çıkan pek çok durumun temelleri genç yaş grubunda atılmaktadır. Dolayısı ile genç yaş grubunun sağlığı, özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme (health promotion) önlemleri yönünden (sağlık bilinci, farkındalığın sağlanması, koruyucu önlemler, erken tanı vb.) ihmal edilmemeli, uygun hizmet modeli ve yeterli kaynak bu anlayışla sağlanmalıdır. Diğer taraftan Türkiye'nin nüfus projeksiyonlarında bu yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı 2050 yılına dek giderek azalsa da nüfus büyüklüğü gerçek anlamda azalmayacaktır. Gençler toplam nüfusun kayda değer bir kısmını oluşturacak ve bu nüfusun bulunduğu yaş dönemine özel ergen sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi hizmet ihtiyaçları devam edecektir.
- Yine uluslararası belgelerde vurgulandığı ve Türkiye'nin de taahhüt ettiği gibi genç yaş grubuna yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri de "genç dostu hizmet modeli" ile sağlık hizmetlerinin entegre bir bölümü olarak kolay ulaşılabilir ve kabul edilebilir olarak sunulmalıdır. Bu grubun genel olarak sağlıklı olmasına karşın Türkiye'de yapılan araştırmalar sağlık bilgilerinin eksik ya da yanlış olduğunu ve sağlık yönünden "riskli davranışlarının" yaygın olduğunu göstermektedir (ICC, 2003; Akın, 2004, 2006; UNFPA 2004, 2006).
- 2050 yılı için yapılan projeksiyonlara göre genç nüfus Türkiye için bir fırsattır; ancak bu fırsat bu yaş grubunun eğitime ve sağlığına yapılacak yatırımlarla değerlendirilmelidir.

Erişkin ve Yaşlı Grubun Sağlığı ile İlgili Öneriler

- Yaşlı sağlığı, yaşlılara yönelik geliştirilen politika, eylem planı ve uygulama stratejilerinin mutlak bir parçası olmalıdır.
- Birinci basamakta çalışan "aile hekimlerinin" esasen bütün yaş grupları için söz konusu olmakla beraber özellikle de ileri yaş grubuna yeterli hizmet verebilmeleri için kendi eğitimleri kapsamında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları sağlanmalıdır.
- Aile sağlığı elemanları da kronik hastalıkların izlenmesi, yaşlı bakımı ve evde bakım gibi konularda toplumdaki ihtiyacı karşılayacak sayıda ve nitelikte yetiştirilmelidir.
- Yaşlılıkta ortaya çıkabilecek hastalıkların önceden önlenmesine yönelik daha genç yaş gruplarında sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, tütün, alkol, madde kullanımı ile mücadele, yeterli dengeli beslenme, yeterli fizik aktivite yapılması, osteoporoz ve malignansilerle ilgili etyolojik faktörlerle mücadele gibi çalışmalar yapılmalıdır.
- Yaşlı özürülere yönelik özel politikalar geliştirilmelidir.
- Geriatri bölümleri artırılmalı ve geriatri alanında uzmanlaşma özendirilmelidir.

- Yaşlı sağlık bakımına ilişkin ihtiyaç duyulan diğer meslek grupları tanımlanmalı, bu meslek gruplarının eğitimleri, istihdamları ve denetimlerine ilişkin planlamalar ve uygulamalar yürütülmelidir.
- Birçok yaşlı insanın hastanede yatırılarak tedavi edilmesi yerine, hastane dışında tedaviye imkân sağlayacak bazı önlemler uygulanabilir (bakımevi, evde bakım hizmetleri vb.).
- Evde yaşlı bakım hizmeti verecek kişilerin sayı ve nitelik yönünden yeterli olabilmesi için önlemler alınmalıdır. Evde sağlık bakımına ilişkin kentsel ve kırsal alanlar için hizmet modelleri geliştirilmeli, bunlar uygulanmalı, değerlendirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.
- Yaşlıların eğer yoksa sağlık güvenceleri mutlaka sağlanmalıdır.
- Aktif yaşlanma desteklenmeli, yaşlıların sosyal yaşama katılmalarının özendirilmesi, özgüvenlerinin artırılmasına yönelik programlar oluşturulmalı ve üretkenliklerini artıracak ortamlar yaratılmalıdır. Hastalık riskini azaltmaya ve fonksiyonların devam etmesini, kendine güveni ve çalışmayı teşvik etmeye yönelik önlemler geliştirilerek sağlıklı yaşlanma desteklenebilir ve sağlık sistemleri üzerindeki olası baskı azaltılabilir.
- Ekonomik ve sosyal entegrasyonun desteklenmesi boyutunda, sağlık sistemini finanse etmesi gereken olan çalışma çağındaki nüfusun payındaki azalış daha fazla yaşlı insanın işgücüne katılımını teşvik etmeye yönelik önlemlerle de giderilebilir. Sağlıklı yaşlanmayı destekleyen politikaların aynı zamanda yaşlı insanların sosyal uğraş ihtiyaçlarını da dikkate alması gerekir.
- Kent planlamalarında yaşlılar özne olarak tanınmalı, yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıracak faktörler (ulaşım, asansörlü sistemler, ücretsiz servisler, vb.) desteklenmelidir.
- Yeterli uzun dönemli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve uygun bir çerçevenin sağlanması çok önemli kabul edilmektedir. Yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetleri iyileştirilmeli; alzheimer, demans, fiziksel yeti kaybı, bulaşıcı hastalığı vb. özel sağlık hizmet ihtiyaçları olan yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetleri özel olarak planlanmalı, bunların standartları belirlenmeli ve denetimleri yapılmalıdır.
- Yaşlılara hizmet veren kurumlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır.
- Genellikle ileri yaşlarda daha sık görülen kanser türü (malign) hastalıkların Türkiye'nin nüfus yapısına paralel olarak yıllar içinde artacağı beklendiğinden; buna paralel olarak Türkiye'de ileri yaş grubuna yönelik erken tanı, tarama yöntemlerinin ulaşılabilir olmasının yanı sıra, bu gruba uygulanacak tedavi yöntemleri ile ilgili de gerekli kaynakların ayrılması ve bakım destek hizmetlerinin planlanması gerekmektedir. Ayrıca günümüzde "malign- habis" hastalıkların pek çoğunun, erken yaşlarda yaşam koşullarının iyileştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi, sigara/tütün gibi etyolojik faktörlerle mücadele, yeterli dengeli beslenme, çevresel etkenlere maruz kalmanın önlenmesi gibi "halk sağlığı" yaklaşımları ile önlenebileceği de unutulmamalıdır.

- Türkiye’de hastalık dokusu ve yaşa bağlı değişkenliği bilinmemesine rağmen yaşlanan nüfus yapısına yönelik olarak öncelikle hastane yatakları başta olmak üzere mevcut kaynakların gereksinimlere uygun yönlendirilmesi, maliyet etkin kullanımı, ayrıca sürekli bakım, kronik hastalık yönetimi ve evde bakım gibi çağdaş yaklaşımlar sağlık hizmetleri sisteminin bir parçası olarak değerlendirilmeli ve bu hizmetlerin sunumuna yönelik eğitim başta olmak üzere gerekli altyapı oluşturulmalıdır.
- Sağlığın iyileştirilmesi ve morbidite ve erken ölümlerin temel sebeplerini hedefleyen özellikle obezite, hipertansiyon ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklardan korunma programlarına daha fazla yer verilerek kapsayıcılıkları artırılmalıdır.
- Toplumun sağlık bilincini geliştirici bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine, çocukluk döneminden başlanarak bütün yaşam dönemlerinde öncelik ve ağırlık verilmelidir. Bu bağlamda, ülkedeki sağlık hizmetleri, "temel sağlık hizmeti yaklaşımı" ile özellikle birinci basamakta güçlü, nitelikli, ulaşılabilir, uygun bir ekiple yukarıda belirtilen hizmetleri sağlayabilecek bir sistemle verilmelidir.

Sonuç olarak, ülke kalkınmasının da önemli bir unsuru olan sağlık çok yönlü, çok faktörlü ve pek çok disiplini ve sektörü de içine alan çalışmalar gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri bilimsel, çağdaş, sağlığın belirleyicilerini de dikkate alan, kanıta dayalı, ülke gerçeklerine uygun programlarla verildiği takdirde sonuç alınabilecektir. Bir toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ve sağlık bakımı arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Sağlık ve sağlık bakımı kavramlarının zaman içindeki gelişimi demografik süreçteki değişime paralellik gösterir, esasen sağlık sistemi ve verilmesi gereken hizmetlerin içeriği, demografik yapıya ve bu yapıya bağlı olarak ortaya çıkacak sorunlara paralel olmak durumundadır. Bu bağlamda ülkenin/bölgenin demografik yapısı, bu yapıda ileriye yönelik beklenen değişimler ve buna bağlı beklenen sağlık sorunları göz önüne alınarak yapılacak sağlık plan ve programlarının başarı şansı kuşkusuz çok daha fazla olacaktır. Sağlık yöneticisinin temel görevi, hizmet verilen toplumun sağlık durumunu geliştirmek amacı ile kaynakları yönetmektir. Bunu gerçekleştirmek için bir yönetici; toplum tabanlı bir perspektife sahip olmalı, nüfusun sağlık durumu ile yönetsel faktörler veya sağlık olanakları arasındaki ilişkiyi anlayabilmeli, yönetim işlevlerinde demografik ve epidemiyolojik yaklaşımları mutlaka uygulayabilmeli, kararlarını kanıta dayalı bilgiler ışığında alabilmelidir. Merkezi ve yerel düzeydeki sağlık yöneticileri ve hizmet sunanların, Türkiye’nin 2050 yılına kadar olan nüfus yapısındaki değişimi dikkate alarak, merkezi düzeyde ya da kendi bölge ve hizmet alanları için hazırlayacakları plan ve programlarda benzer değerlendirmeleri yapmaları kuşkusuz başarılarını artıracak bir unsur olacaktır.

5.3. Sağlık Sisteminde Destekleyici Ortamın Oluşturulması için Ortam Faktörleri

Türkiye'nin demografik dönüşümüne paralel olarak oluşturulan politika önerilerinin uygulamalarda olumlu sonuç verebilmesi için mutlaka göz önüne alınması gereken birtakım faktörler bulunmaktadır. Bunlar ve sağlık sisteminde destekleyici ortamın oluşabilmesi için yapılması ve dikkate alınması gereken faktörler, kısa, orta ve uzun vadeli öneriler olarak aşağıda sunulmaktadır:

Ortam Faktörleri

Sağlık; hazırlayıcı pek çok faktörden etkilenen, pek çok sektörün çalışmalarının etkilediği bir sonuçtur. Dolayısı ile bu sonuçta etkili olabilecek temel faktörler ele alınmadığı takdirde sadece ülkenin demografik yapısındaki olası değişime göre oluşturulacak politikalar sağlıkta istenilen sonucu vermeyecektir. Bu bağlamda sağlık için ön koşul olarak dikkate alınması gereken sağlık politikalarının oluşturulacağı ve uygulanacağı ortam, özellikle ekonomik ve politik faktörler, politikanın başarısını belirleyecek temel unsurlardır. Ülkenin nüfus yapısından bağımsız olarak aşağıda sıralanan iyileştirmeler sağlık politikalarının başarısını etkileyecektir.

Ulusal ekonomi: Dengeli ve sürdürülebilir ekonomik büyüme, işsizlik sorununun minimum düzeye indirilmesi, yüksek çalışan verimliliği ile artan üretimin sağlanması ve uluslararası rekabete açık bir ekonomik yapı oluşumu,

Politik istek ve irade: Diyalog ve uzlaşma içerisinde sürdürülebilir, güçlü ve sağlam siyasi taahhüt ve uzun vadeli politik istikrarın sağlanması,

İstihdam ve yatırım durumu: Yeni yatırım alanlarının geliştirilmesi, iş ve istihdam imkânlarının artırılması, kayıt dışı istihdam ve kayıt dışı ekonominin önlenmesi yoluyla aynı zamanda sosyal güvenlik sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin de sağlanması,

Güçlü kurumsal çevre ve politika ortamı: Çıkar gruplarının toplumsal fayda ve gelişme paydasında uzlaştığı, kamu katılım ve desteğinin sağlandığı demokratik bir ortamın varlığı,

Nüfusun eğitim düzeyinin yükselmesi: Nüfusun eğitim düzeyinin yükselmesi ile işgücünün nitelikli hale getirilmesi, işsizliğin azalması, işgücüne katılımın yükselmesi, ayrıca işletmelerin ulusal ve uluslararası rekabet gücünü artırarak ulusal ekonomiye katkı sağlaması temel varsayımlardır.

Sağlık Sisteminde Destekleyici Ortamın Oluşturulması için Kısa Vadeli Öneriler

Aşağıdaki önerilerin bir kısmının ilk üç yıl içinde hayata geçirilebileceği düşünülmektedir. Önerilerin diğer bir kısmının hayata geçmesi için ise gerekli altyapı çalışmalarının bu süre zarfında tamamlanması öngörülmektedir.

- Nüfus konusunda yapılan projeksiyonların epidemiyolojik araştırmalarla desteklenmesinin sağlık alanında yapılacak politika önerileri ve öngörüler için bir ön şart olduğu dikkate alınarak bu araştırmaların yürütülmesi için kurum ve kaynaklar yönlendirilmelidir.
- Türkiye’de tüm hastanelerde Uluslararası Hastalık Sınıflaması Kodları (ICD) kullanılarak hastalıkların sistematik kodlanmasının gerçekleştirildiği dikkate alınarak, bu yapının gerek sağlık hizmetleri yönetimi gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanımı kolaylaştırılmalı, hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar yaygınlaştırılmalı ve sağlıkla ilgili uluslararası karşılaştırma yapma imkanı sağlanmalıdır.
- "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi" projesinin sürekli geliştirmeye ve iyileştirmeye açık dinamik bir yapı içerisinde tamamlanarak uygulamaya geçmesi ve bu sistem aracılığıyla kanıta dayalı karar alma mekanizmalarının işlerlik kazanması sağlanmalıdır.
- Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarının, sektörde çalışan ve çalışmaya aday kişilerin bilgi toplama, değerlendirme ve karar sistemlerinde bilişim teknolojilerini kullanmalarını sağlamak için güçlü bilişim teknolojileri eğitimi sunmaları, donanım ve yazılım yatırımı yapmaları ve kapasite geliştirmeleri sağlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen proje, faaliyet ve çalışmalarda üniversitelerin teorik ve pratik araştırma kapasitelerinden yararlanılmasını böylece çalışmaların bilimsel bilgi ışığında gerçekleştirilmesini sağlayacak güçlü işbirliği fırsatları oluşturulmalıdır.
- Olumsuz çevresel ve diğer koşullarla bağlantılı olarak artan hastalık yüklerinin azaltılması ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesinde sadece daha iyi sağlık hizmetlerinin yeterli olamayacağı bilinciyle Sağlık Bakanlığı diğer kilit bakanlıkları da içeren sektörler ve disiplinler arası kapsamlı halk sağlığı eylem planlarını koordine etmeli ve uygulanmasını sağlamalıdır.
- Toplumun sağlık hizmetleri konusunda farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik bireysel sağlıklı davranış alışkanlıklarını kazanmaları sağlanmalıdır. Bu konuda başlatılan çalışmalar kapsayıcılığı da artırılarak sürdürülmelidir (tütün, alkol ve madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik sürekli toplum eğitimi gibi).
- Hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerin tüm çıkar gruplarının temsil edildiği bir ortamda uluslararası bildirgeler ve tıp etiği çerçevesinde güncellenmesi ve konunun toplum, hekimler, akademisyenler ve hukukçular arasında anlayış ve farkındalığının geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması sağlanmalıdır.

- Hastalıklara göre kanıta dayalı tıp ve tedavi protokollerinin uygulanmasına yönelik çalışmalar geliştirilmeli ve denetimle ilgili yasal düzenlemeler hazırlanmalıdır.
- Genel Sağlık Sigortası'nın herkesi kapsama, dayanışma ve hakkaniyet ilkelerini sağlamaya dönük amaçlarına ulaşması için öncelikle sağlıklı bir gelir tespiti ile prim ödeyemeyecek nüfus grupları doğru olarak belirlenmelidir. Bu konuda başlatılan çalışmalar hızla sonuçlandırılarak uygulamalar denetlenmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın, kamu-özel ayrımı yapmadan tüm sağlık kuruluşlarına yönelik, "Hizmet Kalite Standartları"na uygun şekilde, objektif ve kanıta dayalı olarak geliştirilmiş, bulgu ve sonuçlarını sürekli denetleyeceği, yönetsel kararları destekleyici tarzda bir denetim mekanizması için yasal düzenlemeleri oluşturması sağlanmalıdır.
- Merkezi yönetimle yerel yönetimler arasında sağlık hizmetlerinin yönetim işlevleri (planlama, örgütleme, yönlendirme, eşgüdüm ve denetleme) anlamında işbirliği olanakları somut, gerçekçi ve uygulanabilir şekilde geliştirilmelidir.
- Temel ilaçlara erişimin kolaylaşmasını, uygun olmayan temin, depolama ve dağıtımın denetlenmesini, ilaçların maliyet etkili kullanımının sağlanmasını, akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesini ve gerekli eğitimlerin verilmesini sağlayacak ulusal ilaç politikalarının oluşturulmasına yönelik çalışmalara hız verilmelidir.

Sağlık Sisteminde Destekleyici Ortamın Oluşturulması için Orta Vadeli Öneriler

Aşağıdaki önerilerin bir kısmının ilk beş yıl içinde hayata geçirilebileceği düşünülmektedir. Önerilerin diğer bir kısmının hayata geçmesi için ise gerekli altyapı çalışmalarının bu süre zarfında tamamlanması öngörülmektedir.

- Toplumun sağlık düzeyini (yaşam kalitesinin artırılması, doğuştan beklenen yaşam süresinin artması, bebek ve anne ölümlerinin düşürülmesi gibi) geliştirecek/iyileştirecek politikalara yer verilmelidir.
- Birinci basamakta hekim ve diğer sağlık personelinin oluşan ekiple verilen "temel sağlık hizmeti yaklaşımı" ilke olarak sürdürülmeli ve bu ekipteki yetersiz insan gücü sorununun giderilerek çağdaş bir yaklaşım olan temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Hizmet basamakları arasında gerekli iletişim, işbirliği ve destek bağı oluşturulmalıdır.
- Hastalıklara göre kanıta dayalı tıp ve tedavi protokollerinin tüm sağlık kuruluşlarında uygulanması sağlanmalı ve etkin bir denetim mekanizması ile kontrolü yapılmalıdır.
- Hastanelerdeki performans yönetimi sistemi verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vererek güncellenmeli ve geliştirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin sağlık personeline yapılan ödemelere esas teşkil eden performans puanına göre yönlendirilmesi engellenmeli, bu uygulamalar gözden geçirilmelidir.
- Kamu-özel ayrımı yapılmadan tüm sağlık kuruluşlarında rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemlerinin uygulanması amacıyla, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından

başlatılan "tanı ilişkili gruplandırma" (DRG) projesi tamamlanmalı, ülke geneline yaygınlaştırılmalı ve risklerin hizmet sunuculara planlı hizmet ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmelidir.

- Sağlık sistemlerinin temel hedeflerinden biri olan sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması için yoksulluk ve düşük sağlık düzeyi ilişkisine odaklanılmalı, yoksulların sağlık harcamaları nedeniyle daha fazla gelir kaybına uğramamalarını sağlamaya yönelik stratejiler, yoksulların sağlık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik stratejilerle birlikte değerlendirilmelidir. İzlenecek stratejilerde "sağlığın doğuştan sahip olunan bir insan hakkı olduğu", bu hakkın yeterince kullanılmasını sağlamanın ise "devletin görevi" olduğu ilkeleri asla göz ardı edilmemelidir.
- Kırsal alandaki nüfus yoğunluğunun düşmesi ve kentsel göç alan illerdeki- ilçelerdeki hızlı/çarpık yapılaşma ve sağlıksız yaşam koşulları potansiyel sorun alanlarıdır. Temel sağlık hizmetleriyle ilgili sunum modellerinin gözden geçirilerek; göçe bağlı yoksulluk, işsizlik, kötü barınma koşulları, eğitim düşüklüğü ve yeterli sağlık bilincinden yoksun kitlelerin sorunlarına yönelik, kent tipi birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla hizmet sunum modeli geliştirilmeli, var olanlar hizmet niteliği ve kapsayıcılığı yönünden değerlendirilmelidir.
- Temel sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ulaşılabilirliğini güçlendirmeye yönelik tüm çabalar, bölgeler ve aynı il içerisindeki farklı yerleşim yerleri (kırsal, kentsel) ve haneler arasında sağlık düzeylerindeki farklılıkları azaltabilecek kadın, anne, çocuk, yaşlı sağlığı hizmetlerine ve temel koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımı geliştirmeye yönelik çabalarla birleştirilmelidir.
- Sağlık harcamalarının, uluslararası kabul edilmiş alt başlıklar altında, "ulusal sağlık hesapları" anlayışıyla, kıyaslanabilir ve standardize edilmiş yöntemlerle, yıllık olarak hazırlanması ve paylaşılması sağlanmalıdır.
- "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü dikkate alınarak rehberlik kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmeli ve bazı yetkilerinin yerel yönetim otoritelerine aktarılması sağlanmalıdır.
- Hızla gelişen ve değişen sağlık ve tıp biliminin insan hayatına olumlu katkılar yapması ve toplumun bundan faydalanması için, profesyonellerin sürekli gelişim içinde olmaları ve kendi uzmanlık alanlarında ileri ve sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.
- Sağlık sistemi performansının artırılması için formel sağlık yönetimi eğitimi almış kişilerle kanıta dayalı rasyonel kararlar alma kapasitesi geliştirilmelidir.
- Ebe-hemşire sayısının artırılmasına ve hemşirelerin hekimlerle birlikte bir ekip içerisinde hizmet verme açısından daha büyük bir rol üstlenmeleri için iş gücü becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları gerçekleştirilmelidir.
- Türkiye'de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi eşitsizliklerin giderilmesi ve ortalama sağlık durumunun geliştirilmesi için sağlık çalışanlarının yoksun bölgelerde çalışmalarını teşvik edecek ekonomik, fiziksel ve sosyal mekanizmalar geliştirilmelidir.
- Sağlıkla ilgili meslek örgütlerinin ve kuruluşlarının güçlenerek mesleki ölçüt ve standartları geliştirmelerine elverişli idari ve yasal ortam hazırlanmalıdır.

Sağlık Sisteminde Destekleyici Ortamın Oluşturulması için Uzun Vadeli Öneriler

Aşağıdaki önerilerin bir kısmının ilk on yıl içinde hayata geçirilebileceği düşünülmektedir. Önerilerin diğer bir kısmının hayata geçmesi için ise gerekli altyapı çalışmalarının bu süre zarfında tamamlanması öngörülmektedir.

- Sağlık sektöründe araştırma geliştirme faaliyetleri ve altyapı, teknoloji ve insan gücü yatırımları ile ilgili şeffaf ve sürdürülebilir bir planlama anlayışı geliştirilmeli ve bu sürece ilgili tüm paydaşların dâhil edilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetleri sunumunda ve finansmanında dayanışmayı, hakkaniyeti, herkesi kapsamayı ve erişimi önemseyen ve önceleyen politika önlemleri alınmalıdır.
- Yaygınlaştırılmış, güçlendirilmiş ve etkinleştirilmiş birinci basamak temel sağlık hizmetleri, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, işlerlik kazandırılmış sevk sistemi, özerkleştirilmiş hastaneler ve profesyonel yönetim temelinde sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması sağlanmalıdır.
- Toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi amacıyla yapılan faaliyetlerin başarılı olabilmesinin önkoşulu toplumun kendi sağlığını koruma bilincini kazanmasıdır. Bu nedenle halkın sağlık hizmeti talep etme ve sağlığını koruma bilincini geliştirmeye ve ayrıca sağlığın geliştirilmesine yönelik halk sağlığı hizmetlerinin ve eğitim programlarının geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanmasına daha fazla kaynak ayrılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde emek yoğun tanı ve tedavi imkânlarından teknoloji yoğun hizmete dönüşümü destekleyecek AR-GE faaliyetleri yapılmalı, bu faaliyetlere yönelik kurum ve kuruluşların da desteklenmesi için teşvik mekanizmaları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

2 Kasım 2011 Tarihli ve 28103 Sayılı Resmî Gazete - Mükerrer KHK / 663 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri. www.resmigazete.gov.tr/main.aspxhome <http://> (erişim Mayıs 2012).

Akalın E., Tanrıöver, D. M.ve Sayran, F., 2012, "Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalıklar Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü". Yayın No. TÜSİAD-T/2012-06/529.<http://www.tusiad.org/komisyonlar/sosyal-isler-komisyonu/rapor/surdurulebilir-saglik-sistemi-icin-kronik-hastalik-yonetiminde-elektronik-saglik-kayitlarinin-rolu/>

Akalın, E. 2010. "Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları". <http://saglikekonomisi.blogspot.com/2010/02/yaslanan-nufus-ve-saglk-sorunlar.html>

Akdağ, R. 2010. "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu". T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 807. Ankara.

Akdağ, R. 2008. "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri". T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 770. Ankara.

Akdur, R., "Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi". Toplum ve Hekim. Sayı: 28, İstanbul, 1980, s: 36-43.

Akın, A., ve Ark., "Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler". T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını. Afşaroğlu Matbaası. Ankara, 2008.

Akın, A., "Emergence of the Family Planning Program in Turkey". The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A. The World Bank. Washington DC, 2007.

Akın A. (Ed.) "Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları", Hacettepe Üniversitesi, Kadın Sorunları, Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM), WHO, UNFPA. Aralık 2006, Ankara.

Akın, A., Sevcençan, F., "Türkiye’de Kadın Sağlığı Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu". Türkiye Klinikleri, Cerrahi Bilimleri, Jinekoloji Obstetrik, Vol:2, No:13, 2006.

Akın A., Özvarış B., Ş. "Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve Dünya Sağlık Örgütü, 2004.

Akın, A., Mihçioğur, S. "Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri". Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın kitabı içinde, s. 127-141, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM). Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara, 2003.

Akın, A. "Implementing the ICPD Programme of Action: The Turkish Experience" in Sexual and Reproductive Health; Recent Advances, Future Directions. Edited by Chander P.Puri and Paul F. A. Van Look. Vol II. New Age International (p) Limited, Publishers, 2001.

Arat G., Türkes M. "Vizyon 2023: Bilim ve Teknoloji Stratejileri Teknoloji Öngörü Projesi Çevre ve Sürdürülebilir Kalkınma Paneli Uluslararası Sözleşmeler" Ön Rapor. Ankara, 2002. Bertan, M., Güler, Ç. "Halk Sağlığı Temel Bilgiler". 2. Baskı. Güneş Kitabevi. Ankara, 1997.

Bilgili N., Akın, A.; "Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu". Sağlık ve Toplum SSYV Yayını. Sayı: 3-4 Temmuz-Aralık 1998, Ankara.

Bülbül, S. H. "Binyıl Hedefleri": Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48.

CETAD, 2006. "Bilgilendirme Dosyası 7: Gençlik ve Cinsellik".
http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835-bilgilendirme_dosyasi_7.pdf

Çelik, Y., "Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:1. Ankara, 2006.

Çobanoğlu, Z., "Çocuk Hakları Sözleşmesi"; Güneş Cep Kitapları Dizisi No. 6. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. yayını. Ankara, 1998.

Çobanoğlu, Z., "Kadın Hakları", Güneş Cep Kitapları Serisi No: 5, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 1998, Ankara.

DİE, "2000 Genel Nüfus Sayımı- Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri", T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayın No.2759, Ankara 2003.

DPT ve BM, "Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye 2010". Ed. Süleyman Alata, Hacı Mahmut Arslan, Berna Bayazıt Baran, Nuri Duman. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilâtı Müsteşarlığı ve Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü yayını. Ankara, 2010.

DPT: 2556 Nüfus, "Demografi Yapısı, Göç", ÖİK - 572, Ankara, 2001. (Erişim Ocak 2011).

Ergöçmen, B. ve ark. "Türkiye’de Binyıl Kalkınma Hedefleri: Demografik Bakış". HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü ve UNFPA yayını. Ankara, 2004.

Ersoy, K. ve Çolak, M., "Sağlık Yönetiminde Karar Verme ve Bilgi Gereksinimi". Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı. Cilt II: 1736-1740, 2001.

Fişek N. H. "Halk Sağlığına Giriş". Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını. No: 2. Çağ Matbaası. Ankara, 1983.

Fleming, S.T., Scutchfield, F.D. and Tucker, T.C. 2000. Managerial Epidemiology. Chicago: Health Administration Press.

HASUDER, "Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler" (ISBN: 978-975-97836-1-7). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yayını. Ankara, 2012.

Hoşgör, Ş., Tansel, A. 2010., "2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar". Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD)- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Yayın No: TÜSİAD-T/2010.11.505. İstanbul.

ICC, "Adolescence and Adolescent Reproductive Health". International Children’s Center (ICC). "Teaching Materials for the Training Courses". Ankara, 2003.

ICC, İKGV ve UNFPA, "Seçilmiş Üniversitelerde Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Modeli" Projesi, Uluslararası Çocuk Merkezi (ICC), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV), UNFPA, 2002-2005.

KA-DER (Kadın Adayları Destekleme Derneği). "Kadın İstatistikleri Raporu 2011-2012",. İstanbul.

Kavak, Y. 2010, TÜSİAD ve UNFPA. "2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim Sistemine Bakış". Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Yayın No: TÜSİAD-T/2010.11.506. İstanbul.

Koç, İ., Eryurt, M.A., Adalı, T., Seçkiner, P. "Türkiye’nin Demografik Dönüşümü" Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler: 1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010, Ankara.

KSGM, "Türkiye’de Kadının Durumu" Nisan 2012, Ankara

KSGM, "Türkiye’de Kadının Durumu Raporu", Ocak 2009, Ankara.

KSGM, "Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması". Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü yayını. ICON, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, BNB Consulting. Ankara, 2009.

KSGM, "Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu", TC. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını- Ankara 1996.

Mullen, R. "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayırimcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW)". UNICEF Türkiye yayını, Ankara, 2004.

OECD Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en,

OECD. "Bir Bakışta Sağlık - Avrupa 2010". (OECD ve Avrupa Birliği işbirliğinde hazırlanan "Bir Bakışta Sağlık-Avrupa 2010" adlı yayının özeti). Ağustos 2011, Ankara.

OECD ve Dünya Bankası, "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri - Türkiye": OECD ve IBRD/Dünya Bankası (ISBN 978-975-590-282-1) yayını 2008

OECD Health at a Glance 2005: OECD Indicators, OECD publishing, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2005_9789264012639-en

Öztek Z., Eren N., "Sağlık Yönetimi"; Halk Sağlığı Temel Bilgiler" içinde, Ed.: Güler Ç., Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara, 2006.

Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health. Guidance Note for the UN Resident Coordinator System. Unpublished report. August, 2000.

Sağlık Bakanlığı HIV/AIDS veri tabloları, 1985-2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıkların Kontrolü Daire Başkanlığı, Zührevi Hastalıklar Şubesi. Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yaşlı Sağlığı Modülleri. Ankara. 2011

Sağlık Bakanlığı. "Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları". TC: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayını. Ed. Erkoç Y., Yardım N. (Yayın No. 809, ISBN: 978-975-590-340-8). Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı. "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" (2011-2023). ISBN: 978-975-590-391-0. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847. Ankara, 2011.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, ISBN: 978-975-590-332-3. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803, 2010.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2010.

Sağlık Bakanlığı, "2010-2014 Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı", Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın no: 812. ISBN: 978-975-590-341-5. Ankara, 2010.

Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı İstatistikleri. Ankara, 2007

Sağlık Bakanlığı. "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007". T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 710. Ankara. 2007

Sağlık Bakanlığı. "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006". T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 2007

Sağlık Bakanlığı. "Türkiye Hastalık Yükü Çalışması". T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 701. Ankara. 2006.

Sağlık Bakanlığı, "Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular". T.C. Sağlık Bakanlığı - Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü yayını. Editörler: Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S.,Yardım, N.,Başaran, B., B. Aydoğdu Ofset Matbaacılık, Ankara, 2006.

Sağlık Bakanlığı'nın Diğer Referansları için - www.saglik.gov.tr (Erişim Ocak 2012).

Savaşan, F. ve Çetintaş, H. "Kamu Eğitim-Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme". Maliye Sempozyumu, 19-23 Mayıs, 2009.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus, Demografi ve Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu. <http://ekutup.4.dpt.gov.tr/nufus/oik/572.pdf>

SSYB, "Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl" Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü. Yayın no:422. Ayyıldız Matbaası AŞ. Ankara, 1973.

Taban, S. ve Kar, M., "Beşeri Sermaye ve Kalkınma", Kalkınma Ekonomisi: Seçme Konular, Ed. Taban, S., Kar, M., Ekin Kitabevi, Bursa, 2004

Tan, M., Ecevit Y., Sancar-Üşür, S., ve Acuner, S., 2008. TÜSİAD ve KAGİDER, "Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri". Yayın no: TÜSİAD - T /2008-07/468 ve KAGİDER Yayın no: KAGİDER-001.

TEKHARF, "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri", 2009. Onat, A. (Ed.) Onat, A., Hergenç, G., Can, G., Yüksel, H., Sansoy, V., Erinel- Ünaltona, N., Aslan, P. <http://tekharf.org/2009.html> , <http://tekharf.org/images/2009/bolum7.pdf> (Erişim 22.12.2012).

Toros, A. "Türkiye'de Nüfus Konuları - Politika Öncelikleri". Ed., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Ankara, 1993.

TÜİK. Türkiye İstatistik Yıllığı (Turkey's Statistical Yearbook) 2011. TÜİK Yayın No: 3665 ISSN 0082-691X Türkiye İstatistik Kurumu. Turkish Statistical Institute, Ankara, 2012. <http://www.tuik.gov.tr> veya <http://www.turkstat.gov.tr> (erişim Ağustos 2012).

TÜİK, "İstatistik Göstergeler (Statistical Indicators)" 1923-2009. Yayın No: 3493 ISSN 1300-0535. Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. 2010

Türk Kardiyoloji Derneği, "Ulusal Kalp Sağlığı Politikası". Türk Kardiyoloji Derneği yayını, 2006. <http://www.tkd-online.org/UKSP/UKSP> (Erişim Ağustos 2012).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. HÜ Hastanesi Basımevi. Ankara, 2009.

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, 2006.

UN RIO+20 Conference on Sustainable Development 2012. www://uncsd2012.org/rio20/ (Erişim Mayıs 2012).

UN, "The Beijing Declaration and The Platform for Action" Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. United Nations, Department of Public Information UN, New York, 1996.

UN ICPD "Population and Development/ Nüfus ve Kalkınma ICPD-94" Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1995, United Nations, Birleşmiş Milletler. İngilizce -Türkçe Birleşik Doküman. Tisamat Matbaası. Ankara, 1995.

UN. <http://www.un.org/en/development/devagenda/population.shtml> (Erişim Nisan 2012).

UN. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#intro>) (Erişim Aralık 2011).

UN. <http://www.un.org/en/development/devagenda/habitat.shtml> (Erişim Ocak 2011)

UNFPA ve Nüfusbilim Derneği, "Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması", Aralık 2007, Ankara.

UNFPA, "Adolescents and Young People". State of World Population 2004. UNFPA. <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch9>

UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/MDGs> (Erişim Nisan 2012).

UNICEF. http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html) (Erişim Şubat 2012).

Ünalın, T. "Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri- Ulusal ve Uluslararası Uygulamalar", Türkiye Bilimler Akademisi, UNFPA, TÜBİTAK Matbaası. Ankara, 2003.

WEF Global Gender Gap Report 2011. Country Report -Turkey.

WEF, "The Global Competitiveness Report 2010-2011". Ed. Klaus Schwab, World Economic Forum. Geneva, Switzerland, 2010.

WHO, "Health 21- Health for All in the 21st Century": WHO/EURO's Publication. European Health for All. Series No. 5 and 6, 1999.

WHO, "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems (Second Edition). WHO publication. Geneva, 2012.

WHO. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ (Erişim Mayıs 2012).

WHS-World Health Statistics 2009. World Health Organization, Part I. Health-Related Millennium Development Goals, Part II. Global Health Indicators, Cause-Specific Mortality and Morbidity.

World Bank, "World Development Indicators 2009". Publication of the World Bank, Washington, D.C., USA. www.worldbank.org veya www.worldbank.org/data.

EKLER

Sık kullanılan, sağlıkla ilgili, sağlık hizmetlerinin yönetimi için yöneticiler yönünden önemli olan ve metin içerisinde geçmeyen, tanımı yapılmayan diğer nüfusbilim göstergeleri (World Bank, 2009; Ünalın, 2003; Hoşgör ve Tansel, 2010):

- Ortanca Yaş (Median Age): Herhangi bir nüfusu sayısal olarak iki gruba bölen yaşdır.
- Çocuk-Kadın Oranı (child-woman ratio): Sayımda kaydedilen 0 veya 0-4 yaşlarındaki çocukların doğurganlık çağındaki kadınlardan oldukları göz önünde tutularak, bu yaşlardaki çocukların sayısının 15-49 yaşlarındaki kadın nüfusa bölünmesiyle hesaplanır ve doğum çağındaki 1000 kadına düşen ortalama çocuk sayısı olarak ifade edilir.
- Brüt (Katkılı) Yenilenme Hızı (Gross Reproduction Rate): Toplam doğurganlık hızı, bir anneden doğan kız ve erkek çocuk doğumlarının tamamını kapsar. Toplam doğurganlık hızının, yalnız bir cinsiyetin üyeleri için hesaplanması, yani kız çocuk doğumları ile kadınlar (anneler) ya da erkek çocuk doğumları ile erkekler (babalar) arasında hesaplanması katkı yenilenme hızını verir. Bu hız çoğunlukla kadınlar için hesaplanır. Katkı yenilenme hızı, toplam doğurganlık hızı ile doğumdaki kız oranının çarpımına eşittir.
- Net Yenilenme Hızı (Net Reproduction Rate): Bu hız, brüt yenilenme hızının, kız çocukların her yaşta, belli bir oranda karşılaşacakları ölüm tehlikesine göre düzeltilerek katkısız duruma getirilmesidir. Bunun için katkı yenilenme hızında "X" yaşındaki kadınlara özgü doğum oranını, doğan kız çocukların, annelerinin doğum anındaki yaşına kadar yaşayabilme olasılığı ile çarptıktan sonra toplanması ile hesaplanır.
- Bölgeler Arası Kıyaslamalar: Sağlıkta gösterge olarak sık kullanılır ve uygulanan programların, meydana gelen ilerlemelerin değerlendirilmesinde önemlidir. Örneğin bebek ölüm hızı, 1978 yılında Türkiye'nin batı bölgesinde bin canlı doğumda 108, doğu bölgesinde 147 iken aynı hızlar 2008 yılı için sırası ile 10 ve 26'ya düşmüştür. Yıllar içindeki değişimleri de gösteren bu kıyaslama uygulanan programların başarı ya da etkililik düzeyini de göstereceğinden sağlık yöneticileri için son derece yol göstericidir. Bölgeler arası farkları gösteren örneklere bakacak olursak; 2008 yılı için doğum öncesi bakım alma Batı Anadolu'da %96,8, Doğu Anadolu'da %79,1'dir. 2005 yılı verilerine göre Kuzeydoğu Anadolu'da bir kadının annelik nedeni ile yaşam boyu ölme riski 439 kadında bir iken bu risk, Batı Anadolu'da 6947 kadında birdir. Bu tür kıyaslamalar özellikle yöneticilere son derece yol gösterici olmakta, yapılabileceklerin planlanmasına katkı sağlarken, nedenlerinin ortaya konulması için ileri araştırmaların yapılması gerektiğine de işaret etmektedir.

- Binyıl Kalkınma Hedefleri Göstergeleri: 2000 yılında toplanan "Binyıl Zirvesi"nde 2015 yılına dek sekiz temel amacın gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır (Bkz. Bölüm 2) (BM, 2000).

Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesinde benimsenmiş olan Binyıl Kalkınma Amaçlarında belirtilenler, sosyal kalkınmayı da tüm boyutlarıyla kapsayan hedefleri ve göstergeleri içermektedir (Alata, 2010; Ergöçmen, 2010). Bu Amaçlardan, hedef ve göstergelerden, sağlık yönünden özellikle önemli olanlar aşağıda belirtilmektedir:

Amaç 3: Toplumsal Cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak

Hedef 4. Tercihen 2005 yılına kadar ilk ve ortaöğretimdeki, 2015 yılına kadar ise her türlü toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırmak. Bu bağlamdaki göstergeler:

- o İlk ve orta öğretimdeki cinsiyet oranı
- o 15-24 yaş grubunda okur-yazarlıkta cinsiyet oranı
- o Tarım dışı faaliyetlerde ücretli olarak çalışan kadınların oranı
- o Parlamentoda kadın milletvekillerinin oranı

Amaç 4: Çocuk ölümlerinin azaltılması

Hedef 5. 1990 ve 2015 yılları arasında beş yaş altı çocuk ölümlerinin üçte iki oranında azaltılması. Bu bağlamdaki göstergeler:

- o Beş yaş altı ölüm hızı
- o Bebek ölüm hızı
- o Kızamık aşısı olan bir yaşın altındaki çocukların oranı

Amaç 5: Anne sağlığının iyileştirilmesi

Hedef 6: 1990 ve 2015 yılları arasındaki anne ölümlerini dörtte üç oranında azaltmak. Bu bağlamdaki göstergeler:

- o Anne Ölüm Oranı
- o Eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranı
- o 2015 yılına kadar, üreme sağlığında evrensel erişimin sağlanması.
- o Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı
- o Ergen doğum oranı
- o Doğum öncesi bakım alanların oranı (en az bir ziyaret ve en az dört ziyaret)
- o Karşılammamış aile planlaması ihtiyacı

Amaç 6: HIV/AIDS, sıtma ve diğer salgın hastalıklarla mücadele edilmesi

Hedef 7: 2015 yılına kadar HIV/AIDS hastalığının yayılmasını durdurmuş olmak veya geriletmeye başlamak. Bu bağlamdaki göstergeler:

- o 15-24 yaşlarındaki gebe kadınlar arasında HIV'in yaygınlık oranı
- o Gebeliği önleyici yöntem kullanımı içinde kondom kullanma oranı
- o En son yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanma oranı
- o 15-24 yaş grubunda HIV/AIDS'ten korunmada doğru bilgilere sahip olanların oranı
- o 2010 yılına kadar HIV/AIDS için gerekli olan tedaviye ihtiyaç duyanların tedaviye erişiminin sağlanması
- o Anti Retroviral (ARV) kombinasyon tedavisi uygulanan ilerlemiş HIV enfeksiyonu olgularının oranı
- o 2015 yılına gelindiğinde sıtmanın ve diğer salgın hastalıkların yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak
- o Sıtma yaygınlık oranı ve sıtmayla ilişkili ölüm hızları
- o Beş yaş altı çocuklardan ensektisitli cebinlikte uyuyanların oranı
- o Beş yaş altı ateşi olan çocuklardan uygun anti malarya tedavisi verilenlerin oranı.
- o Tüberküloz insidans ve prevalansları ile tüberküloza ilişkin ölüm hızları
- o Tespit edilen ve kısa süreli doğrudan gözlem altında tedavi edilen tüberküloz vakalarının oranı

Yine yeni binyıl kalkınma hedefleri arasında sağlığı dolaylı olarak ilgilendirilen ve yukarıda belirtilmeyen "amaçlar" ise;

Amaç 1: Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması

Amaç 2: Herkesin temel eğitim almasının sağlanması

Amaç 7: Çevre ve doğal kaynakların sürdürülebilirliğinin sağlanması

Amaç 8: Kalkınma için küresel işbirliğinin oluşturulmasıdır.