

## 2000 YILINDA HERKESE SAĞLIK HEDEFLERİ VE TÜRKİYE 'DEKİ DURUM

Osman Günay \*

**Özet:** Bu yazıda, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefleri ışığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin gelişimi tartışıldı. "2000 Yılında Herkese Sağlık" hareketinin, tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin gelişimine ve sağlık düzeyinin yükselmesine bir ivme kazandırdığı, fakat planlanan hedeflere ulaşamadığı vurgulandı.

**Anahtar Kelimeler:** Herkese sağlık, hedefler. Türkiye

### TARİHÇE

Dünya Sağlık Kurulu, 1977 yılındaki toplantısında, hükümetlerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün asıl sosyal hedefinin "2000 yılında herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamak" olduğunu kabul etmiş ve bu görüş "2000 yılında herkese sağlık" sloganı ile ifade edilmiştir(5). 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da 134 ülke ve 67 uluslararası kuruluşun katılımı ile düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda ise dünyadaki tüm insanlara verilmesi gereken temel sağlık hizmetleri belirlenmiş ve bu hizmetler 2000 yılında herkese sağlık stratejisi için anahtar olarak kabul edilmiştir (8).

### Health For all by the year 2000 and the state in turkey

**Summary:** In this paper, the development of the health services in Turkey was discussed in the light of Health for All Goals of European Region. It was stressed that health for all action accelerated the development of the health services and health level of the community in Turkey as well as in the world but couldn't be reached the goals.

**Key words:** Health for all, the goals, Turkey.

Dünya Sağlık Örgütü 1979 yılındaki toplantısında "2000 Yılında Herkese Sağlık Genel Planı"nı ortaya atmış ve bu plan 1981 yılındaki Dünya Sağlık Kurulu'nda kabul edilerek uygulamaya konmuştur. Bu plan bir yandan, 2000 yılında herkese sağlık hedeflerine ulaşmak için tüm ülkelerin izleyecekleri genel stratejileri belirlerken, öbür yandan da üye ülkelerin kendi ulusal stratejilerini ve Dünya Sağlık Örgütü bölgelerinin bölgesel stratejileri belirlemelerini önermektedir. Bu öneri uyarınca, bölgesel ve ulusal hedef ve stratejiler belirlenmiştir (2).

\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı doçenti.

## AVRUPA BÖLGESİ HEDEFLERİ

Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa Bölgesi, 2000 yılına kadar Avrupa Bölgesi'nde ulaşılması planlanan hedefleri ve bu hedeflere ulaşılabilmesi için izlenecek stratejiyi belirlemiştir(2).

Avrupa Bölgesi'nde, 2000 yılında herkese sağlık hareketinin 4 ana boyutu vardır. Bu boyutları kısaca şöyle özetlemek mümkündür.

1. Ülkeler arasında ve ülke içindeki gruplar arasında sağlık açısından mevcut farklılıkları azaltarak, sağlıkta eşitliği sağlamak,
2. Kişilerin fiziksel ve zihinsel kapasitelerinin tam gelişimini ve kullanımını sağlayarak, yaşama anlam katmak,
3. Hastalık ve sakatlıkları azaltarak, yaşama sağlık katmak,
4. Erken ölümleri azaltıp, beklenen yaşam sürelerini uzatarak, yaşama yıllar katmak.

Bu hedeflere ne ölçüde ulaşılabildiğini izlemek amacıyla, çeşitli göstergeler belirlenmiş ve bu göstergeler yönünden belli hedeflere ulaşılması planlanmıştır. Bu planlamaların kağıt üzerinde kalmasını önlemek için, her ülkenin 2 yılda bir Bölgesel Komite ve Dünya Sağlık Kurulu'na bir rapor vererek, bu alanda sağlanan gelişmeleri izlemesi ve ayrıca 6 yılda bir kapsamlı bir değerlendirme yapılması istenmiştir(2).

Avrupa Bölgesi'ndeki ülkelerin kullanacağı göstergeler ve bu göstergeler için planlanan başlıca hedefler şöyle özetlenebilir(2).

1. 2000 yılına kadar, ülkeler ve ülke içindeki gruplar arasındaki farklılık en az %25 azaltılmalıdır.
2. Önemli sakatlık ve hastalık olmadan yaşanan yıllar 2000 yılına kadar, en az %10 artırılmalıdır.
3. 2000 yılına kadar bölgede, kızamık, polio, difteri, sıtma, yenidoğan tetanozu, konjenital kızamıkçık ve konjenital sifiliz kalmamalıdır.
4. Doğumda beklenen yaşam süresi, 2000

yılında en az 75 yıl olmalı, bu süre hiçbir grupta 65 yıldan az olmamalıdır.

5. 2000 yılında, bölgedeki tüm ülkelerde, bebek ölüm hızı %20'nin altında olmalı, bu hız hiçbir grupta %40'dan fazla olmamalıdır.

6. 2000 yılında, anne ölüm hızı yüzbin canlı doğumda 15'in altında olmalı, bu değer hiçbir grupta yüzbinde 25'in üstünde olmamalıdır.

7. 2000 yılına kadar, 65 yaşın altındaki grupta, dolaşım hastalıklarından ölüm en az %15 azaltılmalıdır.

8. 2000 yılına kadar, 65 yaşın altındaki grupta kanser ölümleri en az %15 azaltılmalıdır.

9. 2000 yılına kadar, kazalardan kaynaklanan ölümler %25 azaltılmalıdır.

10. 2000 yılına kadar, intiharlardaki artış eğilimi tersine çevrilmelidir.

2000 yılına kadar bu hedeflere ulaşılabilmesi için, elbette ki daha önceden gerekli şartların hazırlanması zorunludur. Özellikle, sağlık politikasında uygun değişiklikler olmalı, gerekli yasal düzenleme sağlanmalı, sağlık örgütlenmesi ve personel eğitimi uygun hale getirilmeli, diğer sektörlerin desteği sağlanmalı, çevresel koşullarda ve bireylerin davranışlarında yukardaki amaçlara uygun değişiklikler olmalıdır. Bu amaçla, aşağıda özetlenen hedeflere 2000 yılından önce ulaşılması planlanmıştır.

11. 1990'dan önce, tüm üye ülkelerin sağlık politikaları ve stratejileri, herkes için sağlık ilkelerine uygun olmalıdır.

12. 1990'dan önce, sağlık personelinin planlama, eğitim ve kullanımı, herkes için sağlık politikalarına uygun hale getirilmelidir.

13. 1990'dan önce, herkes için sağlık stratejilerine uygun yasa ve yönetmelikler düzenlenmelidir.

14. 1990'dan önce, sağlıkla ilgili tüm sektörlerde çalışan personelin eğitimi, herkes için sağlık politikaları hakkındaki bilgileri kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

15. 1990'dan önce, herkes için sağlık hedefi doğrultusundaki gelişmeleri desteklemek için gerekli bilginin uygulanmasını ve zen-

ginleşmesini sağlayıcı araştırma stratejileri formüle edilmiş olmalıdır.

16. 1990'a kadar, temel sağlık hizmetlerine dayalı, ikinci ve üçüncü basamaklarca desteklenen, sağlık hizmet sistemi geliştirilmiş olmalıdır.

17. 1990'a kadar, herkese yeterli ve temiz içme suyu sağlanmalı, 1995'e kadar, nehir, göl ve deniz kirliliği insan sağlığı için tehdit unsuru olmaktan çıkarılmalıdır.

18. 1995' e kadar, herkes hava kirliliğinden kaynaklanan tehlikelere karşı etkin biçimde korunmuş olmalıdır.

19. 1995'e kadar, nüfusun en az %80'inin tütün kullanmaması sağlanmalı ve tütün tüketimi %50 azaltılmalıdır.

20. 1995'e kadar, alkol kullunımı en az %25 azaltılmalıdır.

Yukarda sıralanan hedefleri kısaca ifade edecek olursak; 1990 yılına kadar, yasal düzenleme, örgütlenme, eğitim ve finansman sorunlarının çözümlenmesi; 1995 yılına kadar, sağlığı olumsuz yönde etkileyen çevresel faktörlerde ve davranışlarda gerekli iyileşmelerin sağlanması ve bunların sonucu olarak 2000 yılına kadar tüm bölgede, daha uzun, daha anlamlı , daha sağlıklı ve daha eşit bir yaşamın sağlanması planlanmıştır. Buradan da anlaşılacağı gibi, 2000 yılı hedeflerine ulaşabilmek için, daha önceki hedeflere vaktinde ulaşmak zorunludur.

## TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Yukarda sayılan hedefler doğrultusunda, Türkiye'de sağlanan gelişmeleri ve yapılamayanları şöyle özetleyebiliriz.

2000 Yılında Herkese Sağlık Genel Planı ile bölgesel ve ulusal planlar doğrultusunda, Türkiye'de de çalışmalar başlatılmış ve önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1985 yılında uygulanan bağışıklama kampanyası ile 0-5 yaş grubu çocuklarda 5 önemli hastalığa (difteri, boğmaca, tetanoz, polio, kızamık)

karşı bağışıklık oranları %80'in üzerine çıkarılmıştır. Bu kampanya sırasında, sağlık personelinin ve toplumun aşılardan konusundaki bilinç düzeyi yükselmiş ve tüm ülkede soğuk zincir mekanizması kurulmuştur. Kampanya sonrası rutin çalışmalarla, bağışıklık düzeyi %80'in üzerinde tutulmaya çalışılmaktadır. Örnek verilecek olursa, 12-23 aylık çocuklarda bağışıklık oranları, DBT ve polio için %86, kızamık için %82 ve BCG için %67 olarak bulunmuştur(7). Bu çalışmalara bağlı olarak, boğmaca, difteri, polio ve kızamığın morbidite ve mortalite hızları önemli ölçüde azalmıştır (7).

Ne yazık ki, gebelerin tetanoza karşı bağışıklanmasında aynı başarı sağlanamamakta ve bağışıklık oranları çok düşük seyretmektedir. 1989'da en az 1 doz tetanoz aşısı alan gebe oranı %25 olarak bulunmuştur(7). Buna bağlı olarak da, yenidoğan tetanozuna bağlı morbidite ve mortalitede bir azalma sağlanamamıştır(7).

Bugünkü bağışıklık düzeyi ile yılda 1.6 milyon hastalık vakasının ve 15 000 ölümün önlendiği tahmin edilmektedir(7)

Bağışıklama çalışmalarının yanısıra, akut solunum yolu enfeksiyonları ve ishalleri hastalıklara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve aile planlaması çalışmalarının etkinliğini artırmak için kampanyalar başlatılmıştır.

Bütün bu çabaların sonucu, 1979-82 döneminde binde 95 olan bebek ölüm hızı 1990'da binde 60'a düşürülmüştür(3,7). Bebek ölüm hızının 2000 yılında binde 20 düzeyine düşürülebilmesi için 1991-2000 yılları arasında, yılda %11'lik hızla düşürülmesi gereklidir. Bebek ölüm hızının yıllık düşme hızı 1982-90 döneminde %5.8 olarak gerçekleşmiştir. 1974 yılında yüzbinde 208 olarak bulunan anne ölüm hızı 1981 yılında yüzbinde 134'e

düşmüştür(7). Bu hızın 2000 yılında yüzbinde 15 düzeyine indirilebilmesi için yılda %1'lik bir düşme hızı sağlanmalıdır. Anne ölüm hızı 1974-81 yılları arasında, yılda %6.3 dolayında düşüş hızı göstermiştir. Yani bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızlarında 2000 yılı hedeflerine ulaşabilmek için, bugüne kadar sağlanandan daha hızlı bir gelişmeye ihtiyaç vardır.

Doğumda beklenen yaşam süresi halen 65 yıl dolayında olup (10), bu sürenin 2000 yılında 75 yıla çıkması için yılda ortalama 1 yıl dolayında uzaması gereklidir. Bu süre 1983 yılında 63 yıl iken, 1989'da 65 yıla ulaşmış, yani bu süre içinde yılda ortalama 0.3 yıl kadar uzamıştır(9,10). Doğumda beklenen yaşam süresindeki uzamanın 1983-89 dönemindeki hızla devam etmesi halinde, 2000 yılında bu süre 70 yılın altında kalacaktır.

2000 yılına kadar bölgeden eradike edilmesi planlanan hastalık lardan, yenidoğan tetanozunda son 10 yılda önemli bir azalma sağlanamamıştır (7). 1985 yılından sonra hızlı bir düşüş gösteren kızamık vakaları 1989'dan sonra artış göstermiştir. Bu artış beklenmektedir, çünkü kızamığın eradike edilebilmesi için bağışıklık oranının %100'e yakın olması gerektiği bilinmektedir(1). Konjenital kızamıkciğin eradikasyonu için, 1990'dan itibaren kızamık ve kızamıkçık aşılarının birlikte uygulanması düşünüldüğü halde, henüz bu yönde bir uygulama başlatılamamıştır. Konjenital sifiliz ve sıtmanın eradikasyonu için de yeterli çalışma yoktur. Türkiye' de henüz, kalp hastalıkları, kanserler, kazalar ve intihara bağlı ölümlerde bir azalma eğilimi görülmemektedir. Üstelik, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların giderek yaygınlaştığı bilinmektedir. Hava, deniz ve göl kirliliği de artma göstermektedir. 1990 yılında herkese yeterli ve temiz içme suyu sağlanması hedeflenmiş olmasına rağmen, 1988 yılı

verilerine göre, konutların sadece %67.6'sında akarsu vardır. Bu oran kentsel kesimde %96.2, kırsal kesimde ise %25.3 olarak bulunmuştur (4).

Sağlıkta eşitliği sağlama yönünde de yeterli gelişme görülmemektedir. Örneğin, bebek ölüm hızı yönünden, kır/kent oranı 1980-82 döneminde 1.9 iken, bu oran 1985-88 döneminde 2.1 olarak bulunmuştur. Aynı süre içinde, bebek ölüm hızı yönünden doğu/batı oranı ise 1.7'den 2.3'e yükselmiştir(3,4). Bu veriler 1982-88 yılları arasında bebek ölüm hızı yönünden kır-kent ve doğu-batı farkının azalmadığını, aksine arttığını göstermektedir. Burada özetlenen veriler, 2000 yılında herkese sağlık hareketinin, tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık bilincinin güçlenmesine, erken ölümlerin azalmasına ve yaşam süresinin uzamasına önemli bir katkıda bulunduğunu göstermektedir. Ancak, yine aynı veriler, ülkemizde, bugüne kadarki hedeflerin birçoğuna ulaşamadığını ve bundan sonraki hedeflerin de gerisinde kalınacağını göstermektedir. Plan hedeflerinin gerisinde kalınmasının başlıca nedenlerini şöyle sıralayabiliriz.

1. Daha önce de ifade edildiği gibi, plan hedefleri birbirini izleyen ve birbirini tamamlayan bir bütünün parçalarıdır. sonraki hedeflere ulaşabilmek için, önceki hedeflerin vaktinde aşılması zorunludur. Ne yazık ki ülkemizde, yasama, örgütlenme, eğitim ve finansman konularındaki temel sorunlar çözülememiştir. 1990 yılını geride bırakmış olmamıza rağmen, henüz temel sağlık örgütlenmesi ve finansman biçimi konularında fikir birliği bile sağlanabilmiş değildir. Öte yandan, 2000 yılında herkese sağlık stratejilerine uygun yasal düzenleme sağlanamamış ve sağlık personelinin eğitiminde gerekli değişiklikler yapılamamıştır.

2. Sağlık hizmet sisteminin odak noktası olması gereken temel sağlık örgütü

güçlendirilememiş ve temel sağlık örgütünün ikinci ve üçüncü basamaklar tarafından desteklenmesi sağlanamamıştır.

3. Sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında işbirliği çalışmaları sürdürülmekle beraber, bu işbirliği istenen düzeye çıkarılamamıştır.

4. Toplumun sağlık hizmetlerine etkin katılımı sağlanamamıştır. herkese sağlık hareketinin, halk için, halkla beraber ve halk tarafından yürütülmesi gereken bir hareket olduğu gerçeği, hayata geçirilememiştir.

5. Üniversiteler, herkese sağlık hareketi içinde kendine düşen görevleri yerine getirmemiştir. Bu alanda üniversitelere düşen en önemli görevler, tüm eğitim programlarına 2000 yılında herkese sağlık stratejisi ile ilgili konular koymak ve 2000 yılında herkese sağlık stratejilerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli araştırmalara öncelik vermektir (6,11). Ayrıca, üniversite hastanelerinin üçüncü basamak sağlık hizmetlerini verecek şekilde, birinci ve ikinci basamak sağlık örgütleriyle bütünleşmesi gereklidir.

Sonuç olarak denilebilir ki, sağlık sosyoekonomik kalkınmanın bir parçasıdır. 2000 yılında herkese sağlık planlarının başarıya ulaşabilmesi için, toplumu oluşturan tüm fertlerin, ailelerin, sosyal kurum ve kuruluşların katkı ve katılımı sağlanmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Cutts FT et al: Principles of measles control. *Bulletin of World Health Organization* 6(1):1-7,1991.
2. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi: *Herkes için Sağlık Hedefleri*. Kopenhag, 1986.
3. Hacettepe University Institute of Population Studies: *1983 Turkish Population and Health Survey*. Ankara, 1987.

4. Hacettepe University Institute of Population Studies: *1988 Turkish Population and Health Survey*. Ankara 1989.

5. I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (çev): *2000 Yılında Herkese İçin Sağlık Genel Planı*. İstanbul, 1982.

6. Öztürk Y, Günay O: Temel sağlık hizmetlerinde üniversitelerin rolü. *Toplum ve Hekim* 42:38-43,1987.

7. T.C.Hükümeti-UNICEF: *Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi*. Ankara, 1991.

8. UNICEF-TETM: *Alma Ata 1978 Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara, 1980, s 4.

9. UNICEF Türkiye Temsilciliği(Çev): *Dünya Çocuklarının Durumu 1986*. Ajans-Türk Matbaacılık, Ankara,1986.

10. UNICEF: *The State of the Worlds Children 1991*. Oxford University Press, Oxford, 1991, pp 102-116.

11.WHO: *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. Volume II, Geneva, 1985.

güçlendirilememiş ve temel sağlık örgütünün ikinci ve üçüncü basamaklar tarafından desteklenmesi sağlanamamıştır.

3. Sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında işbirliği çalışmaları sürdürülmekle beraber, bu işbirliği istenen düzeye çıkarılamamıştır.

4. Toplumun sağlık hizmetlerine etkin katılımı sağlanamamıştır. herkese sağlık hareketinin, halk için, halkla beraber ve halk tarafından yürütülmesi gereken bir hareket olduğu gerçeği, hayata geçirilememiştir.

5. Üniversiteler, herkese sağlık hareketi içinde kendine düşen görevleri yerine getirmemiştir. Bu alanda üniversitelere düşen en önemli görevler, tüm eğitim programlarına 2000 yılında herkese sağlık stratejisi ile ilgili konular koymak ve 2000 yılında herkese sağlık stratejilerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli araştırmalara öncelik vermektir (6,11). Ayrıca, üniversite hastanelerinin üçüncü basamak sağlık hizmetlerini verecek şekilde, birinci ve ikinci basamak sağlık örgütleriyle bütünleşmesi gereklidir.

Sonuç olarak denilebilir ki, sağlık sosyoekonomik kalkınmanın bir parçasıdır. 2000 yılında herkese sağlık planlarının başarıya ulaşabilmesi için, toplumu oluşturan tüm fertlerin, ailelerin, sosyal kurum ve kuruluşların katkı ve katılımı sağlanmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Cutts FT et al: Principles of measles control. *Bulletin of World Health Organization* 6(1):1-7,1991.
2. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi: *Herkes için Sağlık Hedefleri*. Kopenhag, 1986.
3. Hacettepe University Institute of Population Studies: *1983 Turkish Population and Health Survey*. Ankara, 1987.

4. Hacettepe University Institute of Population Studies: *1988 Turkish Population and Health Survey*. Ankara 1989.

5. I.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (çev): *2000 Yılında Herkese İçin Sağlık Genel Planı*. İstanbul, 1982.

6. Öztürk Y, Günay O: Temel sağlık hizmetlerinde üniversitelerin rolü. *Toplum ve Hekim* 42:38-43,1987.

7. T.C.Hükümeti-UNICEF: *Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi*. Ankara, 1991.

8. UNICEF-TETM: *Alma Ata 1978 Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara, 1980, s 4.

9. UNICEF Türkiye Temsilciliği(Çev): *Dünya Çocuklarının Durumu 1986*. Ajans-Türk Matbaacılık, Ankara,1986.

10. UNICEF: *The State of the Worlds Children 1991*. Oxford University Press, Oxford, 1991, pp 102-116.

11. WHO: *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. Volume II, Geneva, 1985.