

DOSYA/DERLEME**DEMOKRATİK ALMAN CUMHURİYETİ'NDE SAĞLIK SİSTEMİ**

Cavit Işık YAVUZ*

Sosyalist ülkelerde sağlık politikaları, Sağlık Bakanlığı aracılığı ile merkezi örgütlenme, tıbbi ve sosyal verilen tüm hizmetlerin entegrasyonu, ekip hizmeti, geniş düzeyde kapsayıcılık, ücretsiz sağlık hizmetleri başlıklarında ortaklaşmaktadır (Bakırcı, N., 1995). Ana çerçeveyi oluşturan bu özellikler, sosyalist geçmişte, ülkeden ülkeye çeşitli farklılıklar göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası kurulan sosyalist ülkelerde farklılıklar, kurulan sağlık sistemlerinin kendi tarihsel süreçleriyle, ortaklıkları Sovyetler Birliği deneyim ve birikimlerinden yararlanmaları, hatta yer yer sağlık sisteminin Sovyet uzmanlarca oluşturulması ile ilişkili görünmektedir. Bin dokuz yüz kırk dokuz yılında başlayan ve 1989 yılına kadar süren sosyalist deneyiminde Demokratik Alman Cumhuriyeti, sağlık alanına ilişkin olarak diğer sosyalist ülkelerden bazı yönleriyle ayrılmaktadır.

Savaş sonrası 23 Mayıs 1949'da ayrışan iki Almanya'dan Doğu bölgelerinde "Demokratik Alman Cumhuriyeti" adıyla kurulan ülkede sağlık sistemi oluşumunda Sovyetler Birliği'nin önemli etkisi olmuştur. Sovyetler Birliği'nden gelen altmış uzman yeni modelin oluşumunda görev almış ve sağlık hizmetleri merkezi olarak devletleştirilmiştir. Bu modelin oluşum süreci, sınıfsal hareketlere katkı sağlayan hastalık ve yardım fonları yapı ve biçimlerini barındıran Weimar döneminden (1883-1933) gelen, toplum sağlığı hizmetlerinde "sosyal hijyen" geleneğinden ve 1920'li yıllarda buldukları ülkelerdeki (özellikle İngiltere, İsveç ve Sovyetler Birliği) sağlık sistemlerinin oluşumunda önemli rol oynamış Alman doktorların bu ülkeleri terk ederek Almanya'ya dönüşlerinden etkilenmiştir (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Weimar dönemine kadar, Almanya'da tarihçesi on üçüncü yüzyıla kadar uzanan,

çoğunluğu küçük, informal, gönüllü ve bölgesel özellikler taşıyan yardım fonları gelişmiştir. Bu yardım fonları, fon yönetimi ve dayanışma konusunda önemli deneyimler kazandırmış ve sonraki programların öncüsü olarak Bismarck'ın, öncüllerine benzer bir biçimde kendi kendini yöneten, kısmen işçinin ve kısmen işverenin katıldığı, zorunlu sigortanın önceden var olduğu bir çok kent/ belediye fonları oluşturmasında etkili olmuşlardır. Bismarck'ın oluşturduğu plan, dönemin sosyalist parti ve sendikalarını güçsüzleştirmek için yürütülen kampanyanın bir parçası olmuş ve Bismarck bu güçsüzleştirmenin "aşırılıkların baskılanması" ile değil "işçilerin pozitif olarak geliştirilmesi ile başarılabilirliğini" ifade etmiştir. On dokuzuncu yüzyılın sonlarına gelindiğinde, Bismarck'ın kendi düzenlemeleri ile karşı durmaya çalıştığı, özel sektöre hizmet için para ödemeksizin tüm hizmetleri kendisi sunan, yer yer uzmanlaşmış hizmetlerin verildiği, iş dışı saatlerde de çalışan, farklı programların bir arada yürütüldüğü sağlık kurumlarına sahip olan ve büyük oranda sendika üyelerinden seçilen kişilerin yönettiği fonlar karşımıza çıkmaktadır (Light, W.D., Leibfried, S., Tennstedt, F., 1986). İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemin ilk yıllarında Batı Almanya'da sağlık hizmetlerinin kısıtlı kaynaklarının dağıtımı ve özellikle salgınlarla mücadele çalışmaları üzerinde durulmuş, giderek geçmiş tarihsel yapı bütünüyle yok edilerek hastalık fonları, tıp birliklerinin izni ve onayı olmaksızın hizmet veremez bir yapıya sokulmuştur. Kendini yöneten çok düşük düzeyde (%3-5) fon kalmış ve üyelerin fon yöneticilerini direk seçim sistemi yok edilmiş, "ayaktan tedavi hizmetlerinde çalışan hekimler, klinisyenler ve uzmanlara, hastane hizmetlerine kapıcılık" yapmaya başlamışlardır (Light, W.D., Leibfried, S., Tennstedt, F., 1986; European Observatory on Health Care Systems, 2000). Batı'da bunlar olurken Doğu'da kurulan sosyalizmin kuruluşu ile yeni bir sağlık sistemi oluşturmuştur.

* Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Demokratik Alman Cumhuriyeti sağlık sistemi diğer sosyalist ülkelerdeki ve özellikle Sovyetler Birliği'ndeki sağlık sisteminden yapısal farklılıklar göstermektedir. Bu yapısal farklılıklardan ilkinin sağlıkta özel sektörün varlığı oluşturmaktadır. Demokratik Almanya'da, 1972 yılına kadar sanayide ve daha uzun süreli olarak sağlıkta, özel sektör varlığını sürdürmüştür. Diğer bir farklılık da sosyal sigortacılığın sistemin temelini oluşturması ve primlerin hem işveren hem de işçiden alınmasıdır. Gerek sigorta fonları ile yapılan anlaşmalar gerekse hükümet tarafından getirilen düzenlemeler ile kişi ve dinsel topluluklara ait sağlık kurumlarının ulusal sağlık politikasına entegrasyonu sağlanmıştır ilk olarak 1951 yılında başlatılan beş yıllık planlama çalışmaları ile merkezi planlama ilkesi, "Tıp Bilimleri Planlama ve Koordinasyon Konseyi" danışmanlığında yürütülmeye başlanmıştır(Aksakoğlu, G., 1978; Kaser, M., 1976).

SOSYAL GÜVENLİK

Tarihsel süreçte, 1883 yılında sosyal sigorta kapsamı içinde bulunan nüfus % 10 iken Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde 1949 yılında tüm nüfus kapsama alınmış, Batı Almanya'da ise 1987 yılında oran %88'e ulaşmıştır. Sigorta kapsamı bu sürede sektör ve çalışanlara göre de değişiklikler göstermiştir(European Observatory on Health Care Systems, 2000). Sigorta ile ilgili düzenleme ilk olarak 1961 yılında yapılmış, üç sigorta fonu oluşturulmuş(biri taşıma ve iletişim hizmetlerinde çalışan işçileri, biri diğer tüm işçiler, kooperatif üyeleri, emekliler ve öğrencileri, sonuncusu ise kendi hesabına çalışanları kapsamıştır), 1968'de fon sayısı ikiye indirilmiş ve ülkede sadece iki büyük hastalık fonunun yönetilmesi söz konusu olmuştur. Bu fonlardan biri işçileri(%89), diğeri de çeşitli meslekleri, tarım kooperatifleri üyelerini, sanatçıları vb. grupları(%11) kapsamıştır. Toplam 7.71 milyon çalışanın 1967 yılında 5.79 milyonu işçi statüsündedir. Diğer sosyalist ülkelerden farklı olarak sosyal sigorta sistemi içinde primler tümüyle işverenden değil işçilerden de alınmıştır. İşçiler, ücretlerinin %10'unu prim olarak ödemişlerdir. Kendi hesabına çalışanlarda bu oran %14 olarak belirlenmiştir. Sigorta, tüm yataklı ve ayakta tedavi, diş hizmetlerini, reçete edilen ilaç, protez ve cihazları kapsamına almıştır. Harcamalar sigorta tarafından ve gerektiğinde devlet ve belediye kurumları aracılığı ile vergilerden desteklenerek yapılmıştır. Demokratik Alman Cumhuriyeti, sigorta kapsamında işsizlik yararlanımlarının ve sigortalıların ekonomik olarak bağımlı aile bireylerinin de bulunması ile Doğu Avrupa bölgesinde özel bir yer edinmiştir(Kaser, M., 1976; Aksakoğlu, G., 1978; European Observatory on Health Care Systems, 2000). Toplanan prim miktarı sağlık hizmeti maliyetinin ve harcamalarının artışına karşılık 1971 yılı sonrasında sürekli olarak sabit kalmış ve arttırılmamıştır(Lüschen, G., Niemann, S., Apelt P., 1997). İki Alman ülkesinin 1989 yılında birleşmesi sonrası 1992 yılı verileri eski Demokratik Alman cumhuriyeti sınırları içinde bulunan eyaletlerde kamusal fonlara üyeliğin Batı'ya göre çok daha fazla oranda olduğunu göstermektedir. Doğu'da özel sigortaya üyelik %3 iken aynı oran Batı'da

%16'dır. Birleşme sonrası Demokratik Alman Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan 5 eyalette işsizlik 1989-1994 yılları arasında 3.5 milyondan 6.7 milyona yükselmiştir. 1999 yılında işsizlik bu bölgelerde Batı'ya göre iki kat fazladır(%17.6) ve 1999 yılında işsizlik oranı %10'un üzerinde seyretmektedir(European Observatory on Health Care Systems, Germany, 2000, WHO Regional Office for Europe, 1999).

ÖRGÜTLENME

Sağlık politikalarının yürütülmesinde sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na verilmiş, ülkede mevcut bulunan, kendi içlerinde "Bezirke" olarak adlandırılan bölge ve "Kreise" denilen alt birimlere ayrılan 14 ilde "Sağlık ve Sosyal Güvenlik Departmanı" kurulmuştur. Bu departmanlar, Bakanlığın, parlamento ve yerel konseylerin denetiminde çalışmış, eğitim hastaneleri dışında tüm sağlık kuruluşları yerel düzeyde yönetilmiştir. Getirilen özel düzenlemelerle eğitim hastaneleri ve 8 üniversite kliniği "Yüksek ve Uzmanlaşmış Eğitim Bakanlığı"na bağlanmıştır. Sağlık planları, koruma ve sağlık eğitimi öncelik verilerek yapılmış, planlamada sağlığı etkileyen faktörlerin gelişimi, araştırma sonuçları, toplum sağlığının olası gelişme düzeyi esas alınmıştır. Çeşitli yaş gruplarında tüberküloz, infeksiyöz hepatit, çiçek, kızamık, tetanoz, difteri, boğmaca, çocukfelci, kanserler, kalp-damar hastalıkları ile ilgili korunma, erken tanı ve tedavi programları uygulanmıştır(Aksakoğlu, G., 1978). Sağlık hizmetleri, çok sınırlı olarak tek başlarına çalışan özel hekimlik olanağı tanınarak, çoğunlukla toplum ya da işyeri tabanlı, çeşitli sağlık meslek disiplinlerinden ve diğer meslek çalışanlarından oluşan merkezlerde yürütülmüştür. Yerel düzeyde, sağlık eğitimi ve ana çocuk sağlığı alanlarında koruyucu hizmetler, kronik hastalıklar için uzman bakımı sağlanmıştır(European Observatory on Health Care Systems, 2000). Koruyucu hizmetler, ana çocuk sağlığı hizmetleri Kreise düzeyinde yürütülmüştür. Poliklinik hizmeti hem ilk basamakta hem de hastanelerde verilmiş, ilk basamakta aile hekimi fonksiyonunda çocuk ve iç hastalıkları uzmanları çalışmıştır. Sağlık kurumları örgütlenmesinde, kırsal bölgelerde sağlık hizmetleri veren merkezler, bağımsız poliklinikler olarak çalışan kentsel sağlık merkezleri, poliklinik hizmeti veren yerel hastaneler, poliklinik hizmeti veren Kreise hastaneleri ve Bezirke hastaneleri yer almaktadır. Hastaneler, A,B,C,D grubu olarak isimlendirilmiştir. A grubu poliklinik hizmeti veren yerel hastaneleri, B grubu poliklinik hizmeti veren Kreise hastanelerini, C grubu Bezirke hastanelerini, D grubu da eğitim hastanelerini kapsamaktadır. Hastaneler, 1954 yılında yapılan yasal düzenleme ile ulusal düzeyde örgütlenmiştir. Bin dokuz yüz yetmiş üç yılı verilerine göre ülkede devlete ait 490, dinsel kuruluşlara bağlı 82 ve kişi mülkiyetinde 16 özel hastane, 1968 yılı verilerine göre ise 44'ü bağımsız, 210'u hastanelerle bağlantılı, 90'ı Üniversitelere bağlı, 92'si de fabrikalarda hizmet veren toplam 436 poliklinik, ayrıca 98'i hastanelere bağlı, 122'si kentsel, 368'i kırsal ve 222'si fabrikalarda yerleşmiş ayakta tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü merkezler bulunduğu görülmektedir. Yıllar içerisinde hastane ve toplam yatak

sayıları azaltılmış, 1974 yılında toplam 584 hastanede 184.200'e düşürülmüştür. Kişi mülkiyetindeki hastanelerde 1960-1974 döneminde %74.5'lik bir azalma dikkati çekmektedir. (Tablo I, II). Bu 584 hastanenin %67.3'ünün genel hastaneler, %19.1'inin Üniversite Hastaneleri, %7.7'sinin psikiyatri ve nöroloji hastaneleri, %4.8'inin tüberküloz hastane, klinik ve bakım evleri olduğu görülmektedir. Yatak sayıları azaltılırken tedavi hizmetlerinin yerel polikliniklerin de içinde bulunduğu ve en az 10 uzmanlık bölümünü içeren "hastane kompleksleri"ne odaklandırıldığı görülmektedir. İleri uzmanlık gerektiren tedaviler Üniversite Hastaneleri'nde yürütülmüştür. Yatak sayılarında en önemli azalma tüberküloza ayrılan yataklarda olmuş, kadın-doğum, çocuk, kardiyoloji, psikiyatri, nöroloji, üroloji, ortopedi, radyoloji dallarına ayrılan yatak sayısı ise artırılmış ve yoğun bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Böylece merkezi ve yukarıda belirtilen anlayışla yapılan planlama ile sistem düzenlenmiştir. Kişi başına düşen yıllık muayene sayısının, özel hekimler dışarıda tutulduğunda 1972 yılında 7.2 gibi oldukça yüksek bir düzeyde bulunduğu görülmektedir (Aksakoğlu, G., 1978; Kaser, M., 1976).

Hastanede ortalama kalış süresi 1969 yılında devlet hastanelerinde 23.7, dinsel topluluklara bağlı hastanelerde 20.9 gün, özel hastanelerde ise 17.3 gün olarak gerçekleşmiştir. Birleşme sonrası yapılan, her iki Almanya'ya ait verilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada 1989'da bu ortalama Demokratik Almanya için 17.3 gündür (Tablo 3) (Kaser, M., 1976; Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997).

Oranlar genel olarak tıbbi olanak, kullanım ve mevcut durum açısından gerek Batı Almanya oranları ile gerekse diğer gelişmiş ülkelerle benzerlik göstermektedir. Analizler iki Almanya açısından ayrıntılandırıldığında, Batı Almanya'da hastaneye yatırılanların nüfusun %21.5'i, Doğu da %15.3'ü olduğu görülmektedir. On bin kişiye

Doğu'da 98, Batı'da 109 yatak düşmektedir. Bu bulgular, kabaca bir karşılaştırma sunmakta ve her iki ülkede de yeterli bir durumun olduğunu göstermektedir. Dikkati çeken bir farklılık da Doğu Almanya'da 100 bin kişiye düşen diş hekimi sayısının (72.3) Batı'dan yüksek (65.1), yatak işgal oranının düşük oluşudur (Batı'da %86) (Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997).

Acil sağlık hizmetleri, kamu hastanelerine konuşlandırılmış mobil sağlık ekipleri ile yürütülmüştür. Mobil sağlık ekipleri arasında; bir hekim, bir yoğun bakım hemşiresi ve bir şoförün yer aldığı bir mobil yoğun bakım ünitesi, ayaktan tedavi hizmetlerini yürüten hekimlerden birinin görev aldığı ve evlerde sağlık hizmetleri sunan bir ünite ve hasta nakilleri yapan ambulanslardan oluşan bir ünite yer almaktadır (Kentsch, M. ve ark., 2000). Sunulan sağlık hizmetleri, devlet tarafından sosyal amaçlı yürütülen iskan, çocuk gündüz bakım evleri, kreşler gibi hizmetlerle yaygın olarak desteklenmiştir (European Observatory on Health Care Systems, 2000).

İNSAN GÜCÜ

Sağlık personeli devlet tarafından çalıştırılmıştır. 1972 yılında sağlık kurumlarında çalışan 381 bine yakın sağlık personeli ile çalışan nüfusun %4.7'sini oluşturmuş, bu oran 1982'de %5.5'e yükselmiştir. Hekimler sağlık çalışanlarının yaklaşık %8.5 - 9'unu oluşturmuştur. Yıllara göre hekim, diş hekimi ve eczacı sayıları Tablo IV'de izlenmektedir. On bin kişiye düşen hekim sayısının 1960'da 8.5'den 1974'de 18.2'ye, 1989'da ise 24.1'e, diş hekimi sayısının ise aynı yıl sırasıyla 3.7'den 4.5 ve 7.2'ye yükseldiği görülmektedir. Tıp eğitimi eğitim hastanelerinde, Sağlık Bakanlığı ile anlaşmalı yürütülmüş, Üniversiteler, "Yüksek ve Uzmanlaşmış Eğitim Bakanlığı"na bağlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hizmetleri yürütmekle yükümlü kılınmıştır (Aksakoğlu, G., 1978; Soyer, A., 1993; Lüschen, G., Niemann, S., Apelt P., 1997).

Tablo 1. Yıllara ve mülkiyete göre demokratik Alman Cumhuriyeti'nde hastane sayıları

Hastaneler	Yıllara Göre Hastane Sayıları					
	1960		1968		1974	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devlet ve Belediye	679	82.6	550	83.7	488	83.6
Dinsel Topluluklar	88	10.7	84	12.8	82	14.0
Kişi Mülkiyeti	55	6.7	23	3.5	14	2.4
Toplam	822	100.0	657	100.0	584	100.0

Kaser, M., 1976

Tablo 2. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde yıllara göre on bin kişi başına düşen yatak sayısı

Yıl	On Bin Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı
1960	121
1973	109
1989	98

Aksakoğlu, G., 1978; Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997

Tablo 3. 1989 Yılında Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde tıbbi personel ve hastaneye yatma oranları

Hastanede Çalışan Personel Sayısı	170 532
Hastaneye Yatan Kişi Sayısı	2 542 041
Hastanede Kalış Süresi (Ortalama gün)	17.3
Yatak İşgal Oranı (%)	74.6

Lüschen, G., Niemann, S., Apelt P.

Tablo 4. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde yıllara göre hekim dış hekimi ve eczacı sayıları

Meslek	Yıllara Göre Sayılar					
	1960		1968		1974	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim	14 555	62.9	24 620	71.8	30 798	74.3
Dış Hekimi	6 361	27.5	6 823	19.9	7 600	18.3
Eczacı	2 240	9.6	2 828	8.3	3 028	7.4
Toplam	23 156	100.0	34 271	100.0	41 426	100.0

Sağlık personelinin ücretlendirilmesi iki kategoride gerçekleştirilmiştir. İlk kategoride hekim, dış hekimi, biyolog, kimyager ve diğer yüksek okul mezunu sağlık personeli, ikinci kategoride ise hemşire ve yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Bu kategorilerde ücretlendirme, hizmet süresi, yapılan işin tipi, sorumluluk ve işlevler, mesleki deneyim gibi kriterlere göre çeşitli alt gruplar (ücret grupları) oluşturularak yapılmıştır. "Tehlikeli ve zor çalışma performansı" ek olarak ücretlendirilmiştir. Sağlık personeli haftada 5 gün çalışmakta, yılda 18 gün yıllık ücretli izin hakkına sahip bulunmaktadır. Demokratik Almanya, İsveç ve Sovyetler Birliği ile birlikte toplam sağlık çalışanları içinde %89.9 ile kadın oranının en yüksek olduğu ülkeler arasında yer almıştır (Soyer, A., 1993).

FINANSMAN

Yukarıda da değinildiği gibi Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde sigorta finansmanın temelini oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarına ait net bir çerçeve çizilememekle birlikte, 1968 yılına ait verilere bakıldığında, %48.8'inin devlet tarafından, %47.7'sinin sigorta tarafından, %3.5'inin de cepten karşılandığı görülmektedir. (Aksakoğlu, G., 1978; Kaser, M., 1976). Demokratik Almanya'da, ulusal geliri düşük bir ülke olmasına karşın sağlık harcamaları, Batı Almanya düzeyinde gerçekleşmiştir. İki ülkenin birleşmesi sonrası, Batı'da 1975-1990 arasında sabit kalan ulusal gelir içindeki sağlık harcamalarının payının (%8.7) 1990 sonrası artışının nedeni, Doğu Almanya'daki sağlık harcamalarının yüksekliği olduğu belirtilmektedir. Yıllara göre sağlık ve sosyal harcama miktarları Tablo V'de görülmektedir. 1972 yılı harcama miktarının dağılımı incelendiğinde toplam harcamanın %59.0'unun sağlık harcamaları olduğu, bu miktarın da %57.4'ünün yataklı tedavi hizmetlerine, %33.9'unun ayaktan tedavi hizmetlerine, %11.7'sinin de koruyucu sağlık hizmetleri ile araştırma ve eğitim çalışmalarına ayrıldığı görülmektedir. Sosyal harcamaların da %59'unun anne çocuklara "devlet desteği" olarak harcandığı dikkati çekmektedir (Kaser, M., 1976; Belek, İ., 2001). Genel olarak sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetler ile desteklenmesi dikkat çekicidir. Bugün Avrupa Birliği ülkelerinde okul öncesi çocuklara yönelik kamusal tesisleri olmayan tek ülke olan Almanya'da bu sosyal desteklerin özellikle iki ülkenin birleşmesi sonrası giderek azalması ve birleşme öncesinde uluslararası düzeyde en yüksek kadın çalışma oranlarına sahip Demokratik Almanya'da birleşme sonrası işsizler arasında %53'lük bir orana sahip kadınların pazar ekonomisinde iş bulma ve çalışmayla ilgili yaşadıkları sıkıntılarının, doğurganlık oranlarının düşüşünde önemli etkenler olabileceği belirtilmektedir (WHO Regional Office for Europe, 1999; Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997).

Tablo 5. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde yıllara göre sağlık ve sosyal harcama miktarları

Yıllar	Harcama Miktarı (Milyon Mark)
1968	5737
1970	6186
1972	6499

Kaser, M., 1976.

GÖSTERGELER

Nüfus

İkinci dünya Savaşı sonrasında 1948 yılında 19 milyon ile en yüksek düzeyine ulaşan nüfus, savaş sonrası yeniden yerleşmeler ve özellikle 1949-1961 yılları arasında Federal Alman Cumhuriyeti'ne yaşanan yoğun göç ile 1964 yılında 16 983 000 kişi ile en düşük dönemini yaşamıştır. Bu göç sağlık hizmetlerini, göç edenler arasında işçi ve köylülere göre meslek sahiplerinin oransal olarak daha fazla olması nedeniyle etkilemiştir (Kaser, M., 1976).

Yıllara göre nüfus ve kaba doğum, kaba ölüm ve bebek ölüm hızları Tablo 6'da izlenmektedir.

Tablo 6. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde yıllara göre nüfus, KDH, KÖH, BÖH verileri

Yıllar	Nüfus	Kaba doğum hızı binde	Kaba ölüm hızı binde	Bebek ölüm hızı binde
1949	18 892 000	12.1	15.2	78.1
1959	17 298 165	16.9	13.3	38.7
1969	17 076 488	14.0	14.3	20.3
1979	16 744 692	14.0	13.9	12.9
1989	16 629 750	12.0	12.4	7.6

UN Demographic Yearbook

1950 yılı verileri incelendiğinde 18 388 172 kişiden oluşan nüfusun % 55.6'sını kadınların oluşturduğu %72.9'unun kentsel alanda yaşadığı görülmektedir. Bu kentsel bölgelerde nüfusu 100 bini aşan kentlerde yaşayanların oranı toplam nüfusun %21.4'ü kadardır. Nisan 1960 sonrası gerçekleştirilen tarım kolektivizasyonu kentleşmeyi hızlandırmıştır ve kentli nüfus oranı seksenli yılların başında % 76.4'e yükselmiştir (UN 2000; Kaser, M., 1976).

Tablo 7. Demokratik Alman Cumhuriyeti 1971 yılı nüfusunun yaş gruplarına dağılımı

Yaş Grubu	%
0-14 yaş	23.2
15-39 yaş	34.2
40-64 yaş	26.9
65 yaş üstü	15.7
TOPLAM	100.0

Kaser M., 1976.

Kaba doğum hızı, 1960 yılında Doğu Avrupa'nın en düşük doğum hızı olarak binde 17.0 olarak gerçekleşmiştir, 1969-1971 döneminden başlayarak doğum ve ölüm hızları eşitlenmeye başlamış ve 1974 yılında doğal nüfus artış hızı binde -2.9 olmuştur. Bu değişimlerin etkisiyle, nüfusun yarısı 1950'de 37.3 yaşın üzerinde ve altında iken 1971'de bu yaş 34.4 olmuştur (Tablo 7). 1950-1965 yılları arasında Demokratik Alman Cumhuriyeti, güçlü bir pronatalist nüfus politikası izlemiştir. Bu dönemde her dört gebelikten birinin yasal olmayan şekillerde sonlandırıldığı, 1965 yılı sonrası bölgesel komisyon tarafından izin verilen hastanelerde serbest olarak uygulanmaya başlayan kürtajla ilgili 1972 yılında yasal düzenleme yapıldığı ve bunu izleyen dönemde de kürtaj oranlarının oldukça fazlalaştığı izlenmektedir (Kaser, M., 1976). Kadın çalışma oranlarının yüksek olduğu bir ülke olması kürtaj oranlarının yüksekliğinde etkili görünmektedir.

Gelir Dağılımı

GDR'ye ilişkin dikkat çekici bir nokta, gelir dağılımı ile ilgilidir. Bir çalışmada Doğu Almanya, gelişmiş toplumlardan oluşan bir örnekte gelir dağılımının en eşitlikçi olduğu ülke olarak saptanmış, aynı sıralamada Batı Almanya ise 5. sırada yer almıştır (Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997). Tam gün çalışan bir işçinin 1985 yılı verilerine göre ayda 400 Mark'lık bir kazanç elde ettiği, ücretsiz sağlık hizmeti, devlet desteği ile temel gıda maddeleri, ulaşım, barınma giderlerinin düşük fiyatlarda tutulduğu görülmektedir (Soyer, A., 1993).

Sağlık Göstergeleri

1989 yılına değin Demokratik Almanya'nın çeşitli sağlık göstergeleri incelendiğinde, bazı göstergeler yönünden diğer sosyalist ülkelerden daha iyi durumda olduğu görülmektedir. 1970-1985 döneminde sosyalist ülkeler arasında kalp damar hastalıklarının görülme sıklığının azaldığı tek ülke olmuştur (Standardize mortalite hızı 100 binde 407). Ana Ölüm Hızı, 1980'de yüz binde 17.5 iken %29'luk bir azalma ile 1987'de 12.4'e gerilemiştir, ana ölümlerinin %25'ini düşüklere bağlı ölümler oluşturmaktadır. 1986-1989 döneminde Avrupa'da 2 yaş altı çocuk aşılama oranları %95-100 arasında bulunan ilk 5 ülke arasında yer almıştır. Birleşme sonrası eski Doğu Almanya sınırları içindeki eyaletlerde, çocuk bağıışıklama oranları genel olarak daha yüksek olmuştur (Soyer, A., 1995; WHO Regional Office for Europe, 1999).

Demokratik Almanya'da yıllara göre doğuştan beklenen yaşam süreleri Tablo VIII'de görülmektedir. 1949-1953 döneminde Batı Almanya'ya göre erkeklerde +0.5, kadınlarda +0.6 olan fark zamanla Doğu Almanya aleyhine artmıştır. 1990'a gelindiğinde fark, erkekler için -3.5, kadınlar için -2.9'dur (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Kendi içinde ise Doğu Almanya kadın ve erkekler arasındaki fark ise yıllar içinde kadınlar lehine açılmıştır. Bu fark 1949-53 döneminde 4 iken 1990 yılında 7.1 olmuştur. 1949-1990 yılları arasında erkeklerin beklenen yaşam süreleri 4.1 yıl, kadınların beklenen yaşam süreleri 7.2 yıl artmıştır.

Tablo 8. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde yıllara göre doğuştan beklenen yaşam süresi

Yıllar	Erkek	Kadın
1949/1953	65.1	69.1
1980	68.7	74.6
1990*	69.2	76.3
1992/1994*	70.3	77.7
1995/1997*	71.8	79.0

* 1990 öncesi Demokratik Almanya sınırları içerisinde yer alan bölgelerde

European Observatory on Health Care Systems. Germany, 2000.

Yaşam beklentisi 25 gelişmiş ülke ile karşılaştırıldığında GDR, 7 sosyalist ülkenin önünde olmasına karşın sona yakın bir sırada yer almaktadır. Mortalite verileri karşılaştırıldığında, Demokratik Almanya'da kardiyovasküler hastalıklar, Batı Almanya'da kanser ön plana çıkmaktadır (Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P.). 1973 yılında tüm ölümlerin %53'ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuş ve bu oran tüm Avrupa'nın en yüksek oranı olmuştur (Tablo 9) (Kaser, M., 1976). Doğu Almanya'da intihar oranlarının Batı Almanya ile karşılaştırıldığında yüksek oranlara sahip oluşu da dikkat çekicidir. Ancak bu oranın, Sosyalizm öncesi dönemde de Almanya'nın bu bölgesinde yüksek olduğu izlenmektedir. Bir diğer indikatör olarak bebek mortalitesinde, 1989'da ise kız bebeklerde Doğu Almanya'da daha iyi oranlar olsa da açık bir seyir izlenmemektedir. 0-64 yaş kadınlarda meme kanseri mortalitesi Batı Almanya'ya göre düşüktür (Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., 1997; WHO Regional Office for Europe, 1999)

Tablo 9. Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde 1973 yılında en sık görülen beş ölüm nedeni ve hızları

Ölüm nedenleri	Hız (on binde)
Dolaşım sistemi	72.2
Malign Tümörler	25.9
Serebro vasküler hastalıklar	9.8
Kazalar	5.9
Diğer Nedenler	16.1
Tüm Ölümler	136.6

Kaser, M., 1976

En sık görülen hastalıklar incelendiğinde 1960 yılı için enfeksiyöz hepatit(on binde 26.3) ve tüberküloz(on binde 13.6) dikkati çekmekte ve sıklıklarının yıllar içinde azaldığı görülmektedir(1974 yılında sırasıyla on binde 8.9 ve on binde 3.9). Cinsel yolla bulaşan hastalıklara(CBYH) yönelik olarak 1945-1947 yıllarında Sovyetler Birliği tarafından başlatılan iki büyük kampanya, Şubat 1961'de çıkarılan CYBH Mücadele ve Korunma Yönetmeliği ve 1965 yılında çıkarılan bir yasa ile 5 bölgede 271 "Dermatoloji ve CYBH" ünitesi kurulması çalışmaları yürütülmüştür. Bu süreçte sifilizde 1947'de on binde 22 olan yeni vaka sıklığı 1965'de on binde 0.2'ye inmiştir(Kaser, M., 1976).

Su ve kanalizasyon durumu açısından Doğu Almanya, kırsal kesimlerde su şebekesine bağlılıkta %80, kanalizasyon şebekesine bağlılıkta da %90'ların altında oranlara sahiptir(Soyer, A., 1995).

Böyle bir sağlık sistemi yapılması içerisinde, 1960'lı yılların sonuna kadar, Demokratik Almanya, çabalarını Federal Almanya ve diğer batı ülkelerinde de bu "politik olarak solda duran" sağlık sistemini oluşturmaya yoğunlaştırmıştır. Ne var ki 70'li yıllardan itibaren yatırımsızlık, finansman sorunları, sağlık personeli ve modern teknoloji ile ilgili sorunlarla batılı endüstrilemiş ülkelerin standartlarından uzaklaşmaya başlamıştır. Berlin duvarının yıkılışı ve 1989'da toplanan Ulusal Sağlık Konferansı sonrası, sağlık sistemi ile ilgili derin reformlar yapılması ve yatırımların ve personel kaynaklarının artırılması kararlaştırılmıştır (European Observatory on Health Care Systems. Germany, 2000).

Sonuç olarak Demokratik Alman Cumhuriyeti sosyalist deneyiminde sağlık sistemi açısından özgün bir örnek oluşturmaktadır. Bu özgünlük, tarihsel birikim ve deneyimlerin şekillendirdiği sosyal sigorta sisteminin uygulanışı ile sağlık sisteminin yapısal farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yaygın, basamaklı, toplum ve işyeri tabanlı, koruma ve sağlık eğitimi önceliklenerek yürütülmesi, yüksek düzeyde sağlık insan gücü ve sağlık harcamaları, tüm nüfusun sosyal güvenlik kapsamında yer alması, devletin geniş bir sosyal destek politikası yürütmesi, Demokratik Alman Cumhuriyeti'nin tarihsel süreci içerisinde sağlık düzeyinin olumlu değişimine katkı sağlamıştır. Sağlık hizmetleri sağlığı etkileyen faktörlerin gelişimi, araştırma sonuçları, toplum sağlığının olası gelişme düzeyi esas alınarak merkezi planlama ile örgütlenmiş ve bu yönde gerek sağlık kurumları gerek sağlık insan gücüne ilişkin politikalar yürütülmüştür. Veriler, özellikle kırsal alanda yaşanan altyapı sorunlarına rağmen bazı ölçütler yönünden diğer sosyalist ülkelerden daha iyi durumda olduğunu ve Avrupa ülkelerine benzer özellikler taşıdığını, gelir dağılımının

oldukça eşitlikçi olduğunu, yüksek kadın çalışma oranlarına sahip olan ülkede sağlanan sosyal desteklerin sağlık göstergelerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

Bakırcı N. (1995), "Eski Sovyetler Birliği Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, (9),64-65:138-44.

Health Care Systems in Transition: Germany (2000), European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, www.who.dk/countryinformation, Kasım 2002.

Light, W.D., Leibfried, S., Tennstedt, F. (1986), Public Health Then and Now. Social Medicine vs Professional Dominance: The German Experience. American Journal of Public Health (76): 78-83

Aksakoğlu, G. (1978), "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri". Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 7:17-30

Kaser M., (1976), The German Democratic Republic. İçinde: Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe. Croom Helm, London:147-65

Lüschen, G., Niemann, S., Apelt, P., (1997) The integration of two health systems: Social stratification, work and health in East and West Germany. Social Science and Medicine, 44(6): 883-99.

Kentsch, M. ve ark. (2000), Out-of Hospital Cardiac Arrest in North-east Germany: Increased Resuscitation Efforts and Improved Survival, Resuscitation. 43: 177-83

WHO Regional Office for Europe (1999), Hightlights on Health in Germany, www.who.dk/countryinformation, Kasım 2002.

Soyer, A. (1993), Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Sorunları, TTB Yayını.

Soyer, A. (1995) "Dünden Bugüne Sosyalist Ülkelerde Sağlık Hizmetleri", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, (9),64-65:122-37.

Belek, İ. (2001) Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul.

UN (2000) Demographic Yearbook Historical Supplement 1948-1997 http://unstats.un.org/unsd Aralık,2002.