

DOSYA/DERLEME**KORE DEMOKRATİK HALK CUMHURİYETİ
SAĞLIK SİSTEMİ***Selim YÜKSEL*, Nilay ETİLER***

Doğu Asya'da, Kore yarımadasının kuzey yarısında, Kore Körfezi ve Japon Denizi kıyısında, Çin ve Güney Kore arasında yer alan Kuzey Kore'nin yüzölçümü 120.540m² ve nüfusu 22.384.000'dir. Ülke Sosyalist Cumhuriyet'le yönetilmektedir.

Kuzey Kore'nin yakın tarihine baktığımızda, Rusya ile yaptığı savaşı kazanan Japonya'nın 1905 yılında Kore üzerinde koruyuculuk kurduğu ve 1910'da da yarımadayı ülkesine kattığı görülmektedir. 1945 yılında Japonya'nın savaşı kaybetmesinden sonra, ABD ile Sovyetler Birliği arasındaki anlaşmazlığın ortaya çıktığı yerlerden biri olmuştur. Bu iki devlet Japonya'dan aldıkları Kore toprakları üzerinde yerli ama kendilerine bağlı hükümetler kurduktan sonra, 1948-1949 yıllarında işgal orduları ülkeden çekildi. Sovyet yanlısı Kuzey Kore ile Amerikan yanlısı Güney Kore kuruldu, 1950 yılında bu iki devlet arasında başlayan savaşa Çin, Birleşmiş Milletler, Rusya, ABD gibi birçok ülke müdahil olmuştur. 1953 yılında sonlanan savaş sonucunda Kuzey Kore, sosyalist blok ile batı arasında tampon devlet haline gelmiştir (Sander, 1989). Sosyalist yönetim biçimini kabul eden Kuzey Kore'nin de bundan sonraki sağlık politikaları buna göre şekillenmiştir.

1990'ların başında SSCB ve Doğu Avrupa ülkelerinde sosyalist ekonomik sistemin çökmesi ile Kuzey Kore büyük

ekonomik güçlüklerle karşılaşmış ve 1990'ların ortasında ciddi doğal afetlerden (sel vs.) zarar görmüştür (WHO, 2003a). 1995 ve 1996 yıllarında Kuzey Kore'de meydana gelen şiddetli sel baskınları 186 kişinin ölümüne, 550.000 insanın evlerini terk etmesine ve 1.2 milyon ton tarım ürününün (toplam üretimin %12'si) hasar görmesine yol açmıştır. Bu seller, Kuzey Kore'deki ekonomik sorunlar ile birlikte şiddetli gıda kısıtlılığına yol açmıştır ve halk sağlığına yönelik riskleri artırmıştır (CDC, 1997).

Bu ekonomik güçlükler, Kuzey Kore nüfusunun sağlık ve beslenme durumu üzerine oldukça olumsuz etki yaratmıştır. Ayrıca bu güçlükler devletin sağlık ve sosyal hizmet sunma olanaklarının daralmasını da beraberinde getirmiştir. Bunun sonucunda, sağlık hizmetleri, temel ilaçlar ve tıbbi araç-gereç yönünden kıtlık çekmeye başlamıştır (WHO, 2003a). 1995 ve 1996 yıllarında meydana gelen sel felaketleri, sağlık alt yapısına da zarar vermiştir. Toplam 298 sağlık kuruluşu zarar görmüştür. Bunların arasında ülkenin tek ORS (oral rehidratasyon sıvısı) üretimi yapan fabrikası da bulunmaktadır (CDC, 1997).

Ülkede okur yazarlık oranı %100'e yakındır ve nüfusun %61'i kentsel bölgelerde yaşamaktadır (UNICEF, 2006). Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti ekonomisi tarım, hafif sanayi ve dış ticarete dayanmaktadır ve ülke son yıllarda artan ekonomik güçlüklerle karşı karşıyadır. Ağır kış şartları ve seller tarım ürünlerinin harap olmasına neden olmuş ve ciddi kıtlıklar yaşanmıştır. Ülkenin 1991 yılında 970

*Dr., Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi
**Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

dolar olan kişi başına düşen ulusal geliri 1996 yılında 479 dolara gerilemiştir. Kaynak sıkıntısı ülkenin sağlık sistemini de olumsuz yönde etkilemekte ve hastalık yükünü arttırmaktadır. Bu süreç sonunda Kuzey Kore ekonomisi çok ciddi biçimde daralmıştır, 2002 yılı itibari ile tahmin edilen kişi başına düşen ulusal gelir 480 dolardır (WHO, 2003a).

Sağlık Göstergeleri

Devlet tarafından finanse ve idare edilen halk sağlığı sisteminin kurulması, Kuzey Kore halkının sağlığının gelişmesini ve yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Her iki cinsiyet için de 1936-1940 döneminde doğuştaki yaşam beklentisi 38 yıl iken, 1986 yılına gelindiğinde doğuştaki yaşam beklentisi 74 yıla çıkmıştır. Ancak Kuzey Kore Nüfus Araştırmaları Enstitüsü'nün bildirdiğine göre 2002 yılında 67 yaşına düşmüştür. Bununla birlikte CIA World Factbook tarafından yapılan araştırmalarda yaşam beklentisinin tekrar arttığını göstermektedir (Weingartner, 2007).

1993-1998 yılları arasında yaşanan besin kıtlığına bağlı olarak bebek ölüm hızı %014'ten %024'e, 2004 yılında ise %042'ye çıkmıştır. Beş yaş altı ölüm hızı ise %027'den %050'ye yükselmiştir. Çocuk ölümlerinin başlıca nedeni ishal ve ASYE'dir ve bu ölümlerin yarısında altta yatan neden malnutrisyondur. Aynı çalışmanın 2004 yılı sonuçlarına göre ise beslenme düzeyinde düzenli bir iyileşme gözlenmektedir ve bodurluk %37, düşük ağırlık %23 ve zayıflık %7 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte bu oranların halen yüksek olduğu görülmektedir. Tüberküloz yılda 2300 kişinin ölümüne yol açmakta ve başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Tüberküloz insidansı 1994-2001 yılları arasında %600'lük bir artış göstermiştir (Weingartner, 2007). Tüberküloz olgularının %70'ini en üretken çağıdaki 15-54 yaş arası kişilerin oluşturduğu tahmin edilmektedir. Ülkede Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) stratejisi uygulamaya konmuştur. Ülkede sıtma ile ilgili durum da oldukça ciddidir. Kuzey Kore Hükümeti bu

hastalıkla kontrol çabalarına büyük önem vermektedir. 1999 yılında altı ilde 100.000 sıtma vakası olduğu tahmin edilmektedir (Gogvadze, 2007). Diğer sağlık göstergeleri ise Tablo 1'de özetlendiği gibidir.

Sağlık Hizmetinin Örgütlenmesi

Kuzey Kore sosyalist yönetime geçmesinden sonra Sovyet Modeli olarak bilinen finansmanın ve hizmet sunumunun bütünüyle kamu tarafından yapıldığı bir sağlık sistemine sahip olmuştur. 1950'lerde halk sağlığı hizmetlerinin alt yapısı kurulmaya başlanmış, 1960 ve 70'li yıllarda ülkenin her yerine ulaştırılmıştır. Sağlık altyapısı en uzak bölgelere bile ulaşabilecek derecede yaygındır (WHO, 2003a).

İdari olarak ülke üç düzeye ayrılmıştır: merkez, il, ilçe. Coğrafi olarak üçü büyükşehir belediyesi olmak üzere 12 il, 212 ilçe ve kırsal alanlarda "Ri" kentsel alanlarda "Dong" olarak adlandırılan daha küçük idari birimlere ayrılmıştır. Bakanlar Kurulu'nun Ulusal Sağlık Komitesi'nin denetiminde sağlık sisteminden Halk Sağlığı Bakanlığı sorumludur. Bununla birlikte sağlık altyapısının faaliyetleri merkezi, il, ilçe ve daha alt birimler (ri ve dong) seviyesinde iki grubun sorumluluğundadır.

1. Halk Sağlığı Bakanlığı (Merkez)

2. Eyalet ve şehirlerde yerel idari organlar, ilçe ve daha küçük yerleşim yerlerinde Halk Komiteleri'nin kontrolündedir.

Ülkede Halk Sağlığı Bakanlığı'nın yönetimi altında merkezi, il ve ilçe düzeyinde 800 genel ve uzmanlık hastanesi, ri ve dong'larda yaklaşık 1000 hastane, 6500 birinci basamak birimi mevcuttur (WHO, 2003b).

Ülkede 1955-1986 yılları arasında hastane sayısı 285'ten 2401'e, il, ilçe, ri ve dong seviyesinde kliniklerin sayısı ise 1020'den 5644'e yükselmiştir (Weingartner, 2007). Genellikle büyük kentlerde bulunan özel dal hastaneleri, tüberküloz, hepatit ve ruhsal hastalıkları tedavi

Tablo 1. Temel göstergeler

Nüfus	2004	22.384.000
Kaba ölüm hızı (binde)	2004	11
Kaba doğum hızı (binde)	2004	16
Doğuşta yaşam beklentisi (yıl)	2004	63
Toplam doğurganlık hızı	2004	2.0
Anne ölüm hızı (düzeltilmiş) (yüz binde)	2000	67
Bebek ölüm hızı (1 yaş altı) (binde)	2004	42
5 yaş altı ölüm hızı (binde)	2004	55
Başlıklama (2004) (%)		
BCC	DBT1	DBT3
95	75	72
Polio3	Kızamık	HepB3
99	95	98

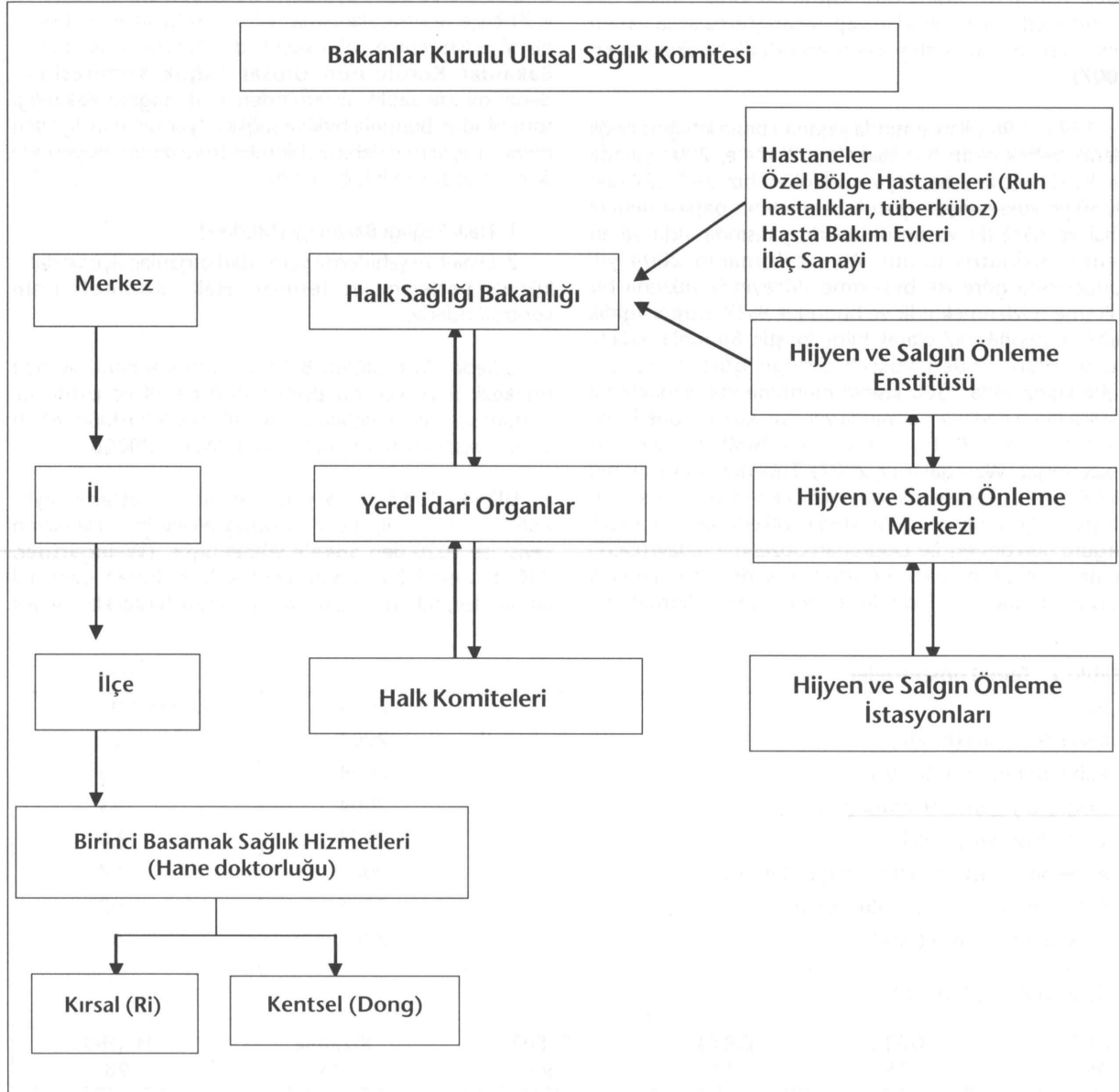
Kaynak: UNICEF 2006

Tablo 2. Nüfusa göre sağlık çalışanı sayısı, 2003

	Toplam sayı	1000 kişiye düşen sayı
Hekim	74 597	3.29
Hemşire	87 330	3.85
Ebe	6084	0.27
Diş doktoru	8315	0.37
Eczacı	13 497	0.60
Halk ve çevre sağlığı çalışanı	2 685	0.12
Laboratuvar teknisyeni	950	0.04
Diğer sağlık çalışanları	67 957	3.0

Kaynak: WHO, 2006b

Şekil. Sağlık örgütlenmesi



Kaynak: WHO, 2003a; WHO, 2003b

etmeye yönelik olarak örgütlenmiştir. Bunların dışında diğer bakanlıkların bazıları (örneğin Demir Yolları Bakanlığı) kendi sağlık kuruluşlarına sahiptirler (WHO, 2003b). Büyük çiftliklerin ve fabrikaların da klinik ya da hastaneleri mevcuttur (WHO, 2003a).

Pek çok gelişmekte olan ülkenin aksine sağlık hizmetlerine erişimdeki kırsal-kent eşitsizlikleri asgari düzeydedir. Devlet her yerde ücretsiz sağlık hizmetini Anayasa ve Halk Sağlığı Kanunu ile garanti etmektedir. 1980 tarihli Halk Sağlığı Kanunu, eşit derecede koruyucu ve tedavi sistemini öngörmektedir (Weingartner, 2007).

Bu sağlık kuruluşlarına ek olarak hasta bakım evleri ve ilaç sanayi de Halk Sağlığı Bakanlığı'na bağlıdır. Ülkede hane doktorluğu sistemi yürütülmektedir. Bir hane hekimi bir bölgede yaklaşık 130-140 haneye hem sağlığın geliştirilmesi hem de tedavi edici hizmeti kapsayan bir sağlık hizmeti sunmaktadır (WHO, 2003b). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan başlıca sağlık çalışanı, kendi bölgesindeki hanelere hizmet sunabilecek nitelikte olan bir doktor ya da feldşer'dir (hekim yardımcısı). Bu sistem daha üst düzey hizmete yönlendiren bir sevk sistemi ile desteklenmektedir (WHO, 2006a).

Hijyen ve salgın önleme istasyonları merkezi, bölgesel ve kırsal seviyede koruyucu sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalık surveyanı ve çevresel hijyen ile gıda hijyeninden sorumludurlar. Dikey örgütlenmiş olan bu hizmetler ülke genelinde 70.000 kişi ile yürütülmektedir (WHO, 2003a). (Şekil).

Ülkedeki sağlık politikası, koruyucu hekimlik temelinde örgütlenmiştir. Halk Sağlığı Yasası'na göre "devlet, halkının sağlığını korumak için gerekli önlemleri alır". Koruyucu sağlık hizmetleri, topluma sanitasyon ve sağlıklı yaşam eğitimi verilmesi ve bölge temelli hekimlik hizmeti verilmesi esasıyla yürütülmektedir. Yılda iki kez sağlık muayenesi yapılmaktadır, kayıtlar bölge hastanelerinde korunmaktadır. Ülke genelinde bölge hastanesindeki personelden oluşan ve sağlık muayenesi yapan ekipler (*kmjindae*) ve bölge doktorları saha ziyaretleri yaparak sağlık koşullarını değerlendirmektedir (US Department of Army, 2007).

Şaman, tıbbi batıl inanç olarak yadsınmasına karşın, Doğu Tıbbi (*Tonguihak*) olarak bilinen bitkisel tıp (*herbal medicine*) toplumda hala saygı görmektedir. Doğu tıbbında, hem ağzından ve *moxibustion* (bitkilerin yakılması ve deriye uygulanması) şeklindeki preparatları ile hem de akupunktur kullanılmaktadır. Merkez Doğu Tıbbi Hastanesi (Pyongyang'ta), Kuzey Kore Tıp Bilimleri Akademisindeki Doğu Tıbbi Araştırma Enstitüsü ve bazı eczanelerde geleneksel bitkisel ilaçlar hazırlanmaktadır. (US Department of Army, 2007).

Bedensel eğitim, Kore kültüründe halk sağlığının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Çocukların okullarında, yetişkinlerin ise işyerlerinde düzenlenen

fiziksel egzersizlere katılmaları beklenmektedir. Grup halinde yapılan egzersizler, hem disiplin hem de eğitim şekli olarak kabul edilmektedir (US Department of Army, 2007).

Kuzey Kore'de kadın ve çocukların refah ve sağlığı, kapsamlı sosyal hizmetlerle desteklenen öncelikli hizmetlerin başında gelmektedir (Weingartner, 2007).

Sağlık İnsangücü

Ülkede, sağlık insangücü planlaması, eğitim programlarının yürütülmesi ve sağlık çalışanlarının ülke geneline eşit dağıtılması, Halk Sağlığı Bakanlığı ve Planlama Komisyonu tarafından yapılmaktadır (WHO, 2006a).

Hekim ve hemşireler başta olmak üzere ülkede 300.000'e yakın sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının nüfusa göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir (WHO, 2006b).

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

2003 yılı verilerine göre, genel bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay bütçenin %7.3'üdür. Bunun yanı sıra son yıllarda toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmı dış kaynaklı yardım fonlarından oluşmaktadır. 1999 yılında %0.2 olan yardım oranı 2002 yılında %17.3'e çıkmış, 2003'te toplam sağlık harcamalarının beşte birine ulaşmıştır (WHO, 2006b).

Toplam ulusal sağlık harcaması kişi başına yıllık 74 dolar olup, GSYİH (gayrisafi yurt içi hasıla)'nın %5.8'ine denk gelmektedir. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların 68 doları (%91.2'si) genel devlet bütçesinden karşılanmakta olup toplam sağlık harcamalarının %8.8'ine karşılık gelen özel harcamalarının (6 dolar) ise tümü cepten yapılmaktadır (WHO, 2006b). Devlet sağlık hizmetlerini tamamen parasız olarak sunmaktadır (Smith, 2002).

Sağlık harcamalarında büyük payı birinci basamak sağlık hizmetleri almakta ve sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanımına özen gösterilmektedir (WHO, 2006a).

Kuzey Kore yönetimi ve halkı tarafından sağlık tüm toplum ve ulusun sorumluluğu olarak kabul edildiğinden, sağlık sektörü ve diğer sektörler arasında yakın işbirliği mevcuttur (WHO, 2003b) Sağlık kurumları, kentsel ya da kırsal olduğuna bakılmaksızın insanların yaşadığı ve çalıştığı her yerde eşit bir biçimde dağılmıştır (WHO, 2006a).

Kuzey Kore'de insanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli bir hükümet politikasıdır. Ülkedeki bütün sağlık kuruluşları devlete aittir ve devlet halkın sağlığından sorumludur. Kuzey Kore ulusal sağlık politikasının temel prensipleri herkese ücretsiz tıbbi hizmet sağlanması, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere önem verilmesi ve *juche* yönelimli tıp bilimi ve teknolojinin

geliştirilmesi olarak özetlenebilir (WHO, 2006a) *Juche ideolojisi*, bir bireyin değerinin, topluma nasıl hizmet ettiği ile ölçülebileceğini öğretir. Bu ideoloji ücretsiz eğitim ve sağlık hizmetine ek olarak ücretsiz barınak giyecek v.s. bünyesinde barındırmaktadır (Weingartner, 2007).

Kuzey Kore 1980'li yılların sonunda yaşanan reel sosyalizmin çözülüşü nedeniyle uluslararası ekonomik ve sosyal dayanışmasını yitirmiştir. Kuzey Kore kendi sistemini koruyor olmasına rağmen 1990 sonrası yaşanan doğal afetler, alt yapı ve hammadde kısıtlı olması ve uluslararası paylaşımı da kaybettiğinden dış yardıma muhtaç hale gelmiştir.

KAYNAKLAR

CDC (1997), "Status of Public Health -Democratic People's Republic of Korea, April 1997", <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00048030.htm>, Erişim Tarihi: 22.12.2006

Gogvadze L. (2007), "Highlights of The Red Cross Health Activities in DPR Korea", <http://www.mi.infn.it/~landnet/corea/proc/021.pdf>, Erişim Tarihi: 15.01.2007

Sander O. (1989). Siyasi Tarih. İmge Kitabevi

Smith H. (2002), "Overcoming humanitarian dilemmas in the DPRK (North Korea)". United States Institute of Peace, Report 90, p. 1-25., <http://www.usip.org/pubs/specialreports/sr90.pdf>, Erişim Tarihi: 10.01.2007

UNICEF (2006), "Dünya Çocuklarının Durumu 2006. UNICEF Türkiye Temsilciliği", Ankara.

US Department of Army (2007), "North Korea Public Health" <http://www.country-studies.com/north-korea/public-health.html>, Erişim Tarihi:15.01.2007

Weingartner E. (2007), "Social development issues: education, health and social protection" <http://www.stanleyfoundation.org/initiatives/eenk/papers/Weingartner.pdf>, Erişim Tarihi: 12.01.2007

WHO (2003a), "Health and Humanitarian Situation in DPR Korea July 2003", <http://www.who.int/disasters/repo/10415.pdf>, Erişim Tarihi: 22.12.2006

WHO (2003b), "WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008 Democratic People's Republic of Korea", http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy/prk_en.pdf, Erişim Tarihi:22.12.2006

WHO (2006a), "Country Health Profile DPR Korea", http://www.searo.who.int/LinkFiles/DPR_Korea_korea.pdf, Erişim Tarihi: 22.12.2006

WHO (2006b), The World Health Report 2006: Working together for health 2006. WHO Geneva