

DOSYA/DERLEME

KAPİTALİSTLEŞEN AVRUPA BÖLGESİ ESKİ SOSYALİST ÜLKELERİNİN SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Bülent KILIÇ*

Avrupa'nın en iyi saklanan sırrı:

"Çatısı akan ve ısıtması olmayan bir sağlık kuruluşunda, herhangi bir tıbbi malzeme olmadan ayda 15 dolara çalışan ve son 5 aydır maaş alamamış bir doktora hangi ülkede muayene olabilirsiniz? Afrika'nın uzak bir köşesinde mi?

Hayır, bahsedilen yer Doğu Avrupa'dır ve bu Avrupa'nın en iyi saklanan sırrıdır". Ellen Rosskam-ILO İş Güvenliği Uzmanı (Walgate, 2002: 421)

I. GİRİŞ

1917 Ekim Devrimi'nden sonra yaşama geçirilen sağlık örgütlenmesi 1970'li yıllara kadar sosyalist ülkelerde örnek denebilecek bir model yarattı. Avrupa'nın Doğu'sundan Orta Asya steplerine kadar sağlık hizmetlerinden yoksun ve yoksul toplumlara ilk kez ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti götürüldü. Daha önce hiç bir hizmetten yararlanma olanağı bulamayan kitleler beslenme, barınma, eğitim, ulaşım, sağlık başta olmak üzere en önemli hizmetleri almaya ve toplumsal sorunlar çözülmeye başladı. Sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi göstergeleri hemen sanayileşmiş Avrupa ülkeleri düzeyine gelemede bu ülkelerdeki koruyucu hizmetler uygar bir toplum görünümünü yansıtıyordu. Her şeyden önce sosyalist sağlık örgütlenme sistemine duyulan bir güven ve bu modelinin özünde istenen sonuçları oluşturabilecek dinamikler vardı (Aksakoğlu, 1999: 16).

Reel sosyalizmin çözülüşü ise 1980'li yıllarda başladı ancak çöküşle ilgili ilk ipuçları 1970'lerde ortaya çıkmaya başlamıştı. Önce SSCB'de yürürlüğe giren yeni sağlık yasası ileri teknoloji ve uzmanlaşmayı ön plana çıkardı. Daha sonra Rusya'da sanatoryumlarda kullanılan annelik izni için kadınlardan belli bir ücret alınmaya başlandı. Buna daha sonra okullar ve kreşlerdeki yemekler için de ailelerden ücret alınmaya başlanması eklendi (Sol Meclis,

2002:16). Bu arada bütçeden sağlığa ayrılan pay yeterince artılamadı ve sağlıkla ilgili alt yapı giderek yetersiz kalmaya başladı. Sağlık kuruluşlarındaki fiziksel donanım sorunlarına ek olarak teknolojik donanım sorunları eklendi (Bakırcı, 1995:140). 1978 yılında SSCB tarafından önerilen ve Kazakistan'da yapılan Alma-Ata toplantısı ile de sonun başlangıcına gelindi. Tüm bu gelişmeler SSCB'de reel sosyalizmin çözülüşünün ilk belirtileri idi (Hamzaoğlu, 2002:107). 1980'li yıllarda ise ilaç bedeli için alınan katkı payı ve kullanıcılar tarafından yapılan diğer cepten ödemeler başladı. 1983 yılında ilk özel poliklinikler ve dispanserler açıldı ve 1987 yılında da ilk özel hastane Moskova'da çalışmaya başladı (Sol Meclis, 2002:105).

1980'li yıllarda başlayan DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) SSCB yakınlaşması ise, 1990'lı yıllarda devreye Dünya Bankası'nın da girmesi ile yeni bir boyut kazandı. Dünya Bankası'nın 1993 yılı "sağlığa yatırım" raporundaki kendi deyimleri ile "Rusya'daki aşırı merkeziyetçi, çok sayıda doktor ve hastane içeren sistemi reforme etme konusunda yeni Rus hükümeti ile beraber yakın bir çalışma" içine giren Dünya Bankası SSCB'de sağlık hizmetlerinin reorganizasyonunu başlattı (World Bank, 1993, s:164). DSÖ zaten tüm eski sosyalist ülkelerde yapısal değişiklikler için uzman raporları hazırlıyordu. Öneriler her zamanki gibi hem uluslar arası kuruluşların uzmanlarından hem de bu ülkelerin içindeki uzmanlardan gelmeye başladı. Rusya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Makedonya ve Bulgaristan'da olduğu gibi tüm eski sosyalist ülkelere getirilen öneriler; sigorta sistemi (bireysel sorumluluk), aile hekimliği (doktorunu seçebilme hakkı), katkı paylarının artırılması (katılım) ve özelleştirme (merkezi yönetimin dezavantajlarının yok edilmesi) üzerineydi (Szatmari, 1993), (Sheiman, 1994), (Borissov, 1996), (Drobniewski, 1992) (Ryan, 1991), (Nordyke, 2002). Bu önerilerin Türkiye gibi gelişmekte olan kapitalist ülkelere ve hatta Avrupa'nın sanayileşmiş kapitalist ülkelerine de aynen yapıldığı çok yakından bilinmektedir.

*Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Böylece 1980'li yıllarla başlayan sosyalist ülkelerdeki sosyalizmden kapitalizme geçiş aşaması aradan geçen yaklaşık 20 yıllık sürede en belirgin ve en dramatik düzeyde bu ülkelerin sağlık sistemlerini etkilemiş oldu. Sosyalizm zamanında herkese ve ücretsiz olarak ulaştırılan sağlık hizmetleri artık ücretli hale getirildi. Hükümetler aralarında Dünya Bankası'nın da bulunduğu kuruluşların önerileri doğrultusunda sigorta sistemi, özelleştirme ve katkı paylarının artırılması planlarını uygulamaya başladılar.

Eski sosyalizmden kalan sağlık sistemi geçiş aşamasında bu ülkeleri bir süre idare etti. Ancak sadece parası olanın ulaşabildiği bir sağlık hizmeti, ağır ekonomik kriz ve sağlığın bu ülkelerin öncelikli politikası olmaktan çıkmasıyla bu ülkelerde giderek artan bulaşıcı hastalıklar ve yüksek ölüm hızları gerçekleşti. Bir çok eski sosyalist ülkede toplumun çoğunluğu en temel sağlık hizmetlerini dahi alamamaya başladı. İnsanlar hayatta kalabilmek için 2 hatta 3 işte çalışmaya başladılar. Yaşam beklentisi özellikle erkeklerde ortalama 10 yıl düştü. Şiddet sonucu ölümler, cinayetler, intiharlar, bebek ve anne ölümleri inanılmayacak oranlarda arttı.

İşsizlik ciddi bir sorun ve korku halini aldı. Batı Avrupa ülkeleri "absenteeism-işe gelmeme" sorunundan yakınırken, ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) raporlarına göre Doğu Avrupa ülkelerinde "presenteeizm-hasta olanın dahi işe gelmesi" durumu yaşanmaktaydı. Çalışanlar işimi kaybederim korkusuyla hasta dahi olsalar işlerini aksatmıyordu. Üstelik bu çaba devletin verdiği aylık 15-20 dolarlık düşük maaş için değil, başvurulardan alınacak "bahşiş veya rüşvet" uğrunaydı. Bu facia sadece Moldova, Kırgızistan, Ermenistan gibi yoksul ülkelerde değil, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Polonya, Litvanya, Ukrayna gibi görece daha iyi ve Avrupa'ya yakın ülkelerde de yaşanmaktaydı (Walgate, 2002).

Sosyalizmden kapitalizme geçiş aşamasında yaşanan önemli bir kirlilik noktasıydı "bahşiş" ya da "rüşvet". Bu değişim ile bir yandan kamu harcamaları kısıyor, öte yandan cepten harcamalar başlıyor ve halk da para verdiğinde daha iyi bir hizmet alacağı inancına kavuşuyordu, yani sistem bir anlamda özelleşiyordu (Soyer, 1997).

Bu çarpıcı gelişmelerin sağlık düzeyine olan etkileri gene uluslararası kuruluşlarca yayınlandı. DSÖ, ILO ve UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) gibi örgütlerin raporları dikkatleri çekmekte gecikmedi. Özellikle DSÖ Avrupa Bölgesel Bürosunun 1994 yılında yayınladığı "Avrupa'da Sağlık" raporu önemli ip uçları içeriyordu (WHO, 1994a). 2002 yılında yayınlanan aynı kurumun "Avrupa Sağlık Raporu" (WHO, 2002a), ve UNDP'nin yıllık raporunda da (UNDP, 2002) eski sosyalist ülkelerle ilgili oldukça çarpıcı sonuçlara ve sağlık düzeylerindeki gerilemeye yer verildi.

Ancak uluslar arası örgütlerin raporları sorunları satır aralarında eski sosyalist ülkelerin demokrat olmayışına, sosyal yapısına (alkol kullanımı vb) veya yoksulluklarına bağlıyordu. Örneğin Dünya Bankası yetkilileri tarafından

hazırlanan bir makalede Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki durum şöyle özetleniyordu: "...bu ülkeler pazar ekonomisine geçişin ve demokratikleşmeye adaptasyonun bir sonucu olarak reel gelirden azalma, gelir dağılımında bozulma, çevresel ve mesleki risklerin, stres faktörlerinin artışı ve temel sağlık hizmetlerinin aksaması sonuçlarına bağlı olarak kısa süreli bir bozulma yaşamaktadırlar" (Adeyi, 1997). Ayrıca aralarında Dünya Bankası'nın da bulunduğu kuruluşlar eski sosyalist ülkeleri yönlendirenler sanki başkalarıymış gibi çözüm olarak hep daha da sıkı bir iş birliğini öneriyorlardı (!). Sihirli sözcükler ve parlak etiketli öneriler Türkiye'de de sık görüldüğü gibi ön plana çıkarılmıştı: "yeniden yapılanma", "özelleştirme" ve "demokratikleşme".

İçine düşülen durumun analizinde ve çözüm önerilerinde ironik bir tablo hakimdi. Eski sosyalist ülkelerde toplumsal sağlık düzeyinin giderek kötüleşmesi kapitalizmin getirdiği bir sorun olmaktan çok eski sosyalist kalınlara bağlıydı. Sosyalizmin aşırı merkezîyetçi, kaba ve hantal politikaları, sistemin kriz ve stresle başa çıkmakta yetersiz olan yapısı sağlık düzeyini bozuyordu. Dolayısıyla "keremeti kendinden menkul" kurumlara göre sorun bu ülkelerde sosyalist politikaların terkedilmesinden kaynaklanmıyordu, tam tersine sorun sosyalizmin tam olarak temizlenmemesine bağlıydı.

Daha sonra bu görüşü destekleyecek yeni bir suçlu daha bulundu:Yaşam stili. Rusya'da aşırı sosyal stres ve kötü bir sağlıklı yaşam anlayışı (stili) olması, aşırı alkol ve sigara tüketimi ve egzersiz yapmama ölümleri artırmakta idi. Daha da önemlisi bu olumsuz yaşam stili aslında sosyalizmden kaynaklanmaktaydı. Çünkü sosyalizm döneminde insanlar "bireysel" davranışı öğrenememekte ve şimdi de bu geçiş döneminde değişen koşullara adapte olamayıp kendi sağlıklarını koruyamamakta idiler (Cockerham, 1997 ve 2002). Kısacası eski sosyalist ülkelerde insanların bireysel sorumlulukları eksikti ve sağlıklarını korumak için yeterli çabayı göstermiyorlardı (!).

İşte böylesi bir aşamada 1970'lerden 2000'li yıllara geldiğimiz bu günlerde eski sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi değişimi, temel göstergeleri ve bu değişimin nedenleri yeniden analiz edilmeye ciddi bir şekilde gereksinim duymaktadır. Çünkü eski sosyalist ülkelerin kapitalizme geçişi bize iki sistemi sağlık düzeyi açısından kıyaslama olanağı da yaratmıştır. İşte bu nedenle makalenin amacı Avrupa Bölgesinde yer alan eski sosyalist ülkelerdeki bugünkü toplumsal sağlık düzeyini ve son 30 yıldaki değişimi ortaya koymaktır.

Makalede Avrupa'da yer alan eski sosyalist ülkeler 2 büyük grup halinde ele alınacaktır:

1-Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri (ODA): Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Polonya, Macaristan, Slovenya, Hırvatistan, Yugoslavya, Makedonya, Bosna Hersek, Bulgaristan, Romanya ve Arnavutluk'tan oluşan 12 ülkedir.

2-Yeni Bağımsız Devletler (YBD): Rusya Federasyonu, Belarus, Ukrayna, Estonya, Letonya, Litvanya, Moldova, Gürcistan, Azerbaycan, Ermenistan, Kazakistan, Kırgızistan, Tacikistan, Türkmenistan ve Özbekistan'dan oluşan 15 ülkedir.

Tabloların standart ve karşılaştırılabilir olması için her tabloda 20 ülkeye yer verilmiştir. ODA ülkelerinden Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Polonya, Macaristan, Hırvatistan, Bulgaristan, Romanya ve Arnavutluk. YBD ülkelerinden Rusya Federasyonu, Belarus, Ukrayna, Estonya, Letonya, Litvanya, Moldova, Gürcistan, Azerbaycan, Ermenistan, Kazakistan ve Kırgızistan.

II. DEMOGRAFİK DEĞİŞİMLER

1970-2000 yılları arasında geçen 30 yıllık sürede eski sosyalist ülkelerdeki en çarpıcı demografik gelişme doğuştan beklenen yaşam sürelerinde oldu. Eski sosyalist ülkelerin bir çoğunda beklenen yaşam süreleri azaldı. Sahra Altı Afrika ülkeleri hariç tüm dünya ülkeleri bu 30 yıl içinde beklenen yaşam sürelerini artırırken Avrupa'nın yeni kapitalist ülkeleri yaşam umutlarını ve doğan yeni bir neslin

geleceğini yitiriyorlardı. Rusya Federasyonu, Ukrayna, Bulgaristan, Letonya, Estonya, Belarus, Ermenistan ve Kazakistan'da yaşam beklentisi son 30 yılda 2 yıl azaldı (bakınız Tablo 1).

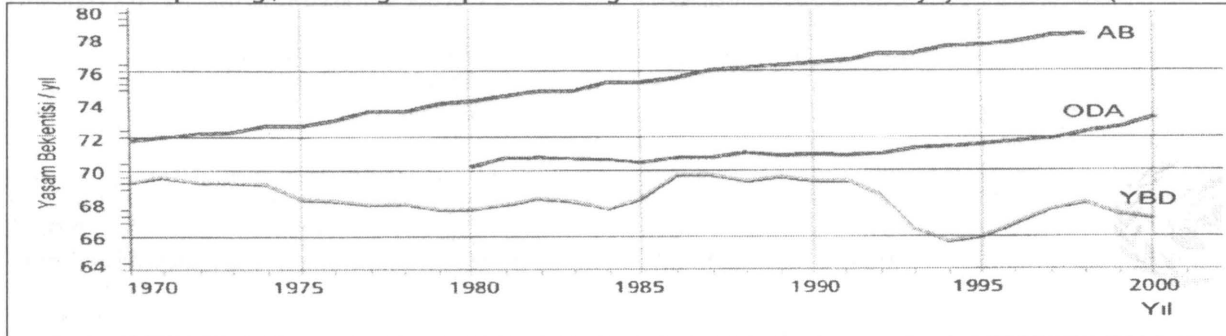
Artış olan ülkelerde ise bu artış AB ülkelerinin çok altındaydı. Çünkü aynı 30 yıllık dönemde AB ülkelerinde doğuştan yaşam beklentisi ortalama 6.4 yıl artmıştı. 1970 yılında AB ülkeleri ile hemen hemen aynı düzeyde olan sosyalist ülkelerin yaşam beklentisi 1990'da 5.5 yıl, 1998'de 6.5 yıl geriye düşmüştü (bakınız Grafik-1). Eşitsizlik sadece ülkeler arasında değil ülke içinde bölgeler ve cinsiyetler arasında da çok belirgindi. YBD ülkelerinde kadın erkek arasında yaşam beklentisi farkı erkekler aleyhine 11 yıla, Rusya Federasyonu'nun "oblast"ları arasında ise 15 yıla kadar çıktı. Oysa İsveç'te 2 "county" arasındaki en büyük fark 2 yılı geçmiyordu (WHO, 2002a).

Tablo 1. Eski sosyalist ülkelerde demografik gelişim (1970-2000)

	Nüfus (milyon)	Yıllık Nüfus Artış Hızı(%)	Kentsel Nüfus (%)	15 Y. Altı Nüfus (%)	65 Y Üstü Nüfus (%)	Toplam Doğurganlık Hızı (1 kadın için)		Doğuştan Beklenen Yaşam (Yıl)	
						1970-75	1995-00	1970-75	1995-00
Rusya Fed.	145.5	0.3	72.9	18.0	12.5	2.0	1.2	69.7	66.1
Ukrayna	49.6	0.0	67.9	17.8	12.8	2.2	1.3	70.1	68.1
Çek C.	10.3	0.1	74.5	16.4	13.8	2.2	1.2	70.1	74.3
Slovakya	5.4	0.5	57.4	19.5	11.4	2.5	1.4	70.0	72.8
Polonya	38.6	0.5	62.3	19.2	12.1	2.2	1.5	70.4	72.8
Macaristan	10.0	-0.2	64.5	16.9	14.6	2.1	1.4	69.3	70.7
Bulgaristan	7.9	-0.4	67.5	15.7	16.1	2.2	1.1	71.0	70.8
Romanya	22.4	0.2	55.1	18.3	13.3	2.6	1.3	69.2	69.8
Hırvatistan	4.7	0.4	57.7	18.0	14.1	2.0	1.7	69.6	73.3
Litvanya	3.7	0.5	68.5	19.5	13.4	2.3	1.4	71.3	71.4
Letonya	2.4	-0.1	60.4	17.4	14.8	2.0	1.1	70.1	69.6
Estonya	1.4	-0.1	69.4	17.7	14.4	2.1	1.2	70.5	70.0
Belarus	10.2	0.3	69.4	18.7	13.3	2.2	1.3	71.5	68.5
Moldovya	4.3	0.4	41.6	23.1	9.3	2.6	1.6	64.8	66.6
Arnavutluk	3.1	1.1	42.3	30.0	5.9	4.7	2.6	67.7	72.8
Gürcistan	5.3	0.3	56.3	20.5	12.9	2.6	1.6	69.2	72.7
Azerbaycan	8.0	1.4	51.9	29.0	6.8	4.3	1.9	69.0	71.0
Ermenistan	3.8	1.2	67.2	23.7	8.6	3.0	1.4	72.5	72.4
Kazakistan	16.2	0.5	55.8	27.0	6.9	3.5	2.1	64.4	64.1
Kırgızistan	4.9	1.6	34.4	33.9	6.0	4.7	2.9	63.1	66.9

UNDP (2002), sf:162-165 ve 174-178

Grafik 1. Avrupa Birliği, Orta-Doğu Avrupa ve Yeni Bağımsız Devletler ülkelerinde yaşam beklentisi (1970-2000)

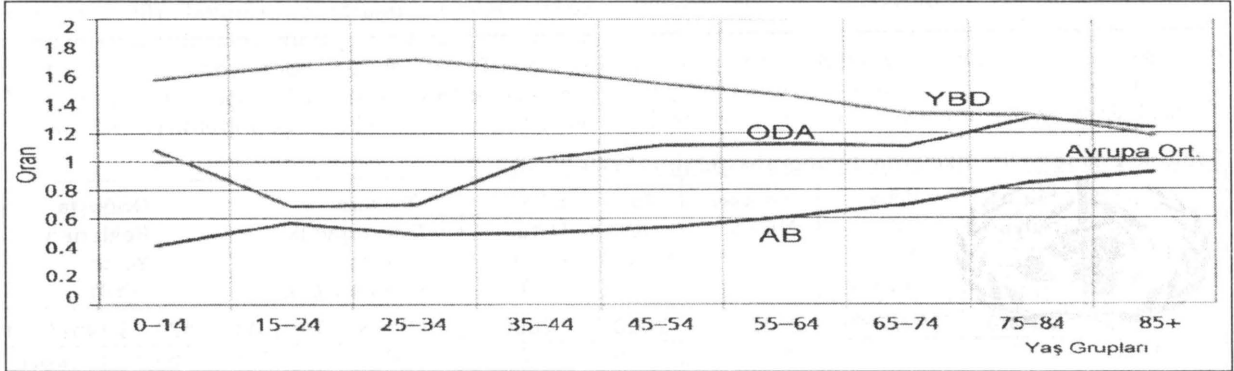


WHO (2002a), sf: 10

Ayrıca yaş gruplarına özel mortalite hızlarının AB ortalamasına oranına bakıldığında yaş gruplarında da benzer eşitsizlikler saptanmış oldu (bakınız Grafik-2).

Yaşam beklentilerindeki en ciddi düşüşler ise Rusya Federasyonu, Ukrayna ve Belarus gibi eski SSCB ülkelerinde olmuştur. Bu 3 ülkede 1990-2000 arasında fazladan 4 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir (Cornia, 2001).

Grafik 2. Avrupa Birliği, Orta-Doğu Avrupa ve Yeni Bağımsız Devletler ülkelerinde yaşa özel mortalite oranları (1970-2000)



WHO, (2002) a:12

grubundaki erkeklerin zamansız ölümleri eski sosyalist ülkelerde "barış" döneminde "savaş" dönemi gibi bir farklılık yaratmaktadır.

Bu bulgu DSÖ'nün Sağlıklı Yaşam Beklentisi (HALE-Healthy Life Expectancy) hesabında da görülmektedir. Buna göre Rusya Federasyonu'nda kadınlarda Sağlıklı Yaşam Beklentisi 2000 yılı için 60.6 (Avrupa ortalamasından 5 yıl az), erkeklerde 50.3 yıldır (Avrupa ortalamasından 9.6 yıl az). Böylesine dramatik bir azalma ancak çok büyük sosyo-ekonomik değişimlerle ve çok yüksek bebek ölümleri ile meydana gelebilir. Yapılan derinlemesine mortalite çalışmaları Rusya Federasyonu başta olmak üzere eski SSCB ülkelerindeki alkol tüketimi, kardiyovasküler hastalıklar ve external nedenlerle ölümler üzerine yoğunlaşmaktadır (Shkolnikov 2001 ve WHO 2002a). Moldova, Kazakistan, Rusya Federasyonu, Belarus, Türkmenistan, Ukrayna, Kırgızistan ve Özbekistan da sırasıyla tüm Avrupa'da en yüksek mortalite hızlarına sahip ülkelerdir (WHO, 2002a). İleri yaş gruplarındaki yaşa özel ölüm hızlarının ODA ve YBD ülkeleri arasında benzer olması da ölümlerin daha çok orta yaş grubu ve çocuklarda olduğunu göstermektedir. Bu durum Tablo-1'deki 65 yaş ve üzeri nüfusun oranlarının benzer olmasını da açıklayabilir. Bu noktada gene de ölüm hızlarında Çek Cumhuriyeti, Polonya, Hırvatistan gibi ülkeler başta olmak üzere ODA ülkelerinin YBD ülkelerinden genellikle daha iyi bir konumda olduğu da dikkati çekmektedir. Bunun nedeni büyük olasılıkla bu ülkelerin halen sağlık harcamalarının %80-90'ını kamu kaynaklarından karşılamasıdır (ayrıntılı veri için bakınız VI. Bölüm-sağlık harcamaları).

Eski sosyalist ülkelerde 1975-2000 arası dönemde çarpıcı bir diğer değişim de doğurganlığın Batı'lı ülkelere

Grafik 2'de de görüldüğü gibi YBD ülkelerinde yaşa özel mortalite oranlarında Avrupa ortalamasına göre en büyük fark 25-34 yaş grubunda görülmekte, bu grubu 0-14 yaş takip etmektedir. Bu durum en yüksek ölüm hızlarının da bu gruplarda olduğunu göstermektedir. ODA ülkelerinin 20-30 yaş grubunda AB ülkelerine yakın hızlara sahip olması ise bu yaş grubunun cinayet ve şiddete bağlı ölümler açısından YBD ülkelerinden çok daha iyi olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle orta yaş

göre daha büyük oranda azalmasıdır. Kadınlar ortalama olarak doğurganlıklarını yarı yarıya azaltmışlar ve kadın başına düşen 2.0-2.6 arası doğum sayısı 1.2-1.5 arasına inmiştir (bakınız Tablo-1). Oysa aynı dönemde ABD'de toplam doğurganlık hızı değişmemiş (2.0), İsveç, Norveç, Kanada'da 0.4 azalma ile 1.5-1.8'e inmiştir. Diğer Batı'lı ülkelerde de genellikle bu ülkelere benzer oranda küçük düşüşler gerçekleşmiştir.

Eski sosyalist ülkelerin doğum hızlarındaki bu ani düşüş sağlığın sosyal bir hak olmaktan çıktığı, paralı hizmetlerin başladığı döneme denk gelmektedir. Bu nedenle insanların gelecekle ilgili güvenlerini kaybettiği bir dönemi de göstermektedir (Aksakoğlu, 1996).

III. BULAŞICI HASTALIKLAR

Eski sosyalist ülkelerde bulaşıcı hastalıkların 1990'lı yıllarda hızla artmasının çeşitli nedenleri vardır. En başta gelen neden 1980-90 arası giderek artan yoksulluktur. Bu durum beraberinde artmış çevresel riskleri ve olası bulaşma yollarının kontrol altına alınamamasını getirmiştir (güvenli gıda, su ve konut sorunu). Ek olarak aşı eksikliği, sağlık hizmetlerindeki eksiklikler ve kötü beslenme de salgınların doğmasında rol oynamıştır.

UNICEF verilerine göre Bulgaristan, Polonya, Macaristan, Çekoslavakya, ve Romanya'da 1981-88 arası dönemde DBT, Polio, Kızamık aşı oranları hep %90'ın üzerinde hatta %99'larda olmuştur (UNICEF, 1990). Ancak parçalanmadan hemen önceki dönemde ve parçalanma sonrasında SSCB'de Difteri Boğmaca Tetanoz aşısı oranı %95'ten %68'e, polio aşı oranı %95'ten %75'e, kızamık aşı oranı ise %95'ten %85'e inmiştir (WHO,

1994b). Bu nedenle 1990'lı yıllarda yeni adıyla Rusya Federasyonunda ortaya çıkan difteri salgını 1990-95 arasında tüm bağımsız devletler topluluğuna ve Baltık Cumhuriyetlerine yayılmıştır (Dittmann, 2000). 1972 yılında SSCB'de onbinde 0.02 olan difteri insidansı (Kaser, 1976), 1995 yılında 100 katlık bir artışla onbinde 2.2'ye (50,000 olgu) ulaşmıştır. Alınan önlemlerle 1999 yılında olgu sayısı 1603'e düşürülebilmektedir (WHO, 2002a). Salgını doğuran faktörler aşılammış çocuk sayısındaki ani artış, sosyo ekonomik gerilik ve sağlık sistemindeki salgın kontrol eksikliğidir (WHO, 1997).

1990-99 arası dönemde ise eski sosyalist ülkelerin aşı oranları tekrar yükselmiş ve ortalama %77'den %93'e çıkmıştır. Son 10 yıllık dönemde 3 doz DBT aşı oranı Bosna Hersek'te %58'den %90'a, Rusya Federasyonu'nda %83'ten %95'e, Litvanya'da %86'dan %93'e, Kırgızistan ve Kazakistan'da %80'den %98'e ulaşmıştır (UNICEF, 2002a). 2001 yılı itibarıyla ise DBT3, OPV3 ve kızamık aşı oranları Gürcistan, Tacikistan ve Moldova'da %80'inin; diğer tüm eski sosyalist ülkelerde ise %90'ın üzerindedir (UNICEF, 2003). Ancak 2001 yılında Bulgaristan'da saptanan 3 vahşi polio virusu olgusu (Kuzey Hindistan'dan göç) ve yerel olarak meydana gelen kızamık salgınları halen aşıyla korunulabilir hastalıklar açısından tehlikenin sürdüğünün kanıtıdır (WHO, 2002a).

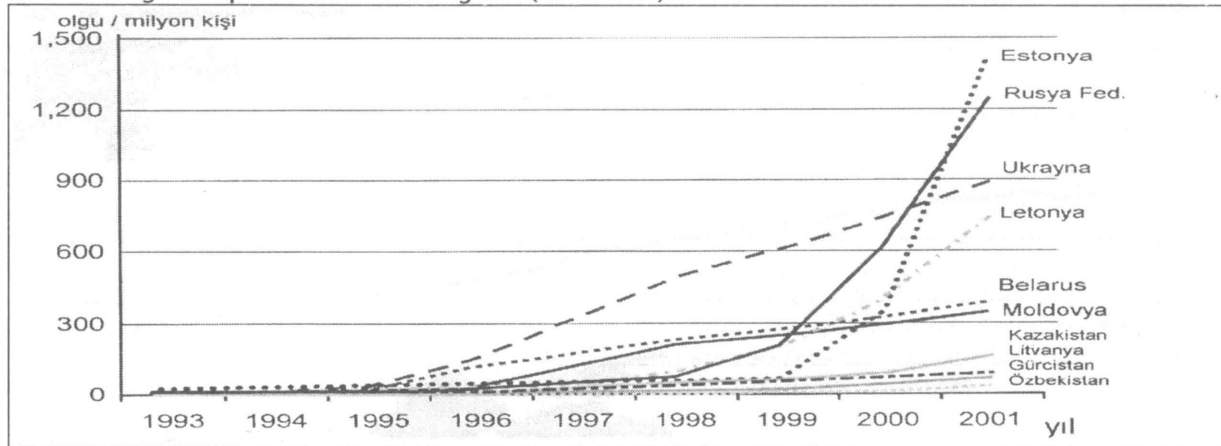
Tüberküloz halen eski sosyalist ülkelerde oldukça yaygın ve kontrolü de giderek zorlaşan bir hastalıktır. 1990 yılına kadar düzenli olarak azalan tüberküloz hastalığı, difteri salgınları ile birlikte 90'lı yıllarda kıpırdanmaya başladı. 2000'de yıllık insidansı YBD ülkelerinde yüzbinde 90'a, ODA ülkelerinde yüzbinde 50'ye kadar çıktı. Aynı yıl AB ülkelerinde insidans yüzbinde 10'un altına düşmüştü. Üstelik DSÖ tarafından yapılan hesaplamalara göre her yüzbin kişide Kazakistan'da 30, Kırgızistan'da 28, Rusya Federasyonu'nda 20 tüberküloz ölümü önlenemezdir. Oysa bu rakamlar Batılı ülkelerde yüzbinde 1 ölüm bile değildir. Yani eski sosyalist ülkelerde artık insanlar önlenilebileceği halde tüberkülozdan ölmeye başlamışlardır. Öte yandan çoklu ilaca dirençli tüberküloz olguları da ayrı

bir sorun oluşturmaktadır. Tedavisi daha güç ve 100 kez daha pahalı olan dirençli tüberküloz Estonya'da %14, Letonya ve Rusya Federasyonu'nda ise %9 oranındadır. Özellikle hapisanelerde son derece yaygındır (%20) ve kontrolü giderek güçleşmektedir (WHO, 2002a). Hapishaneler tüberkülozun yayılması konusunda en ciddi kaynaklardan biridir. Tüberküloz olgularının %42'sinin hapisanelerde olduğu, her yıl 300,000 kişinin hapisaneye girmesi nedeniyle bulaşmanın da süratli olduğu bilinmektedir. Çökmüş adalet sistemi ve artan adli olaylar hapisanelerin kontrolünü zorlaştırmıştır. Hastalığın diğer artış nedenleri izlem ve tedavilerin yetersizliği, laboratuvar, ilaç ve aşı eksikliği, eğitilmiş sağlık çalışanlarının giderek azalması, binaların ısıtma-havalandırma sorunları gibi nedenlerdir (Ergönül, 2001).

Bir başka ciddi sorun HIV/AIDS hastalığıdır. Rusya Federasyonu'nda 1995 yılından beri her yıl HIV/AIDS hastası 2 katına çıkmaktadır. Estonya, Letonya ve Ukrayna'da da benzer bir artış gözlenmektedir. Artıştaki korkunç hız karşın bu durumun henüz başlangıç olduğu düşünülmektedir (WHO, 2002a). Özellikle Ukrayna'nın ani ve düzenli bir artışa sahip olduğu dikkati çekmektedir. 1994 ve öncesinde son derece düşük olan HIV pozitifliği (yılı 40-50 olgu), 1995 yılında 1489 olguya, 1996 yılında ise 5422 olguya erişmiş ve olguların %66'sının iv uyuşturucu kullanıcısı olduğu saptanmıştır (Barnett, 2000). Ayrıca 15-24 yaş çocuklarda da HIV oranı en yüksek Avrupa ülkesi Ukrayna'dır (UNICEF, 2000). Bu durum gelecekle ilgili çok ciddi bir tehlikeyi göstermektedir. Ukrayna AIDS açısından en ciddi tehdit altında olan ülkedir ve en iyimser tahminlerle günümüzde 60,000-180,000 HIV pozitif kişi olduğu sanılmaktadır (Barnett, 2000).

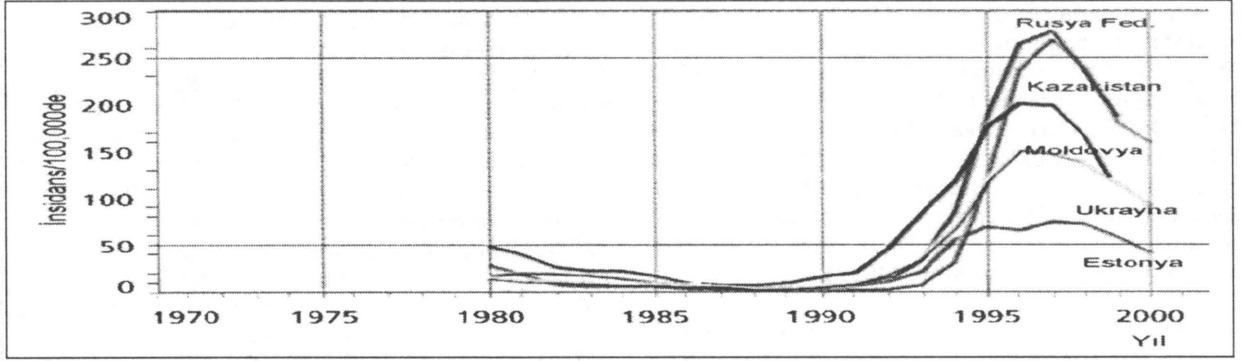
Her 1 milyona karşılık gelen kümülatif HIV enfeksiyonları ise ülkelere göre Grafik-3'de görülmektedir. Benzer bir tehlike sifiliz için geçerlidir. Grafik-4'te de görüldüğü gibi sifilizin yıllık insidansı 1997-98'de Rusya Federasyonu, Moldova, Kazakistan, Ukrayna ve Estonya'da yüzbinde 250'ye kadar çıkmıştır (WHO, 2002a).

Grafik 3. Doğu Avrupa ülkelerinde HIV olguları (1993-2001)



UNAIDS/WHO, 2002:14

Grafik 4. Sifiliz insidansı (1980-2000)



WHO, 2002a:23

IV. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR

Bulaşıcı olmayan hastalıklar genellikle kronik durum olarak da adlandırılmakla birlikte bulaşıcılık özelliği olmayan tüm hastalıkları içermektedir. Bu grubun içinde en başta kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter, hipertansiyon, inme, kalp yetmezliği vb), kanserler ve diyabet gelmektedir. Ayrıca kazalar, intiharlar vb durumlar da bu başlık altında incelenecektir.

Kardiyovasküler Hastalıklar:

ODA ve YBD ülkelerinde kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler AB ülkelerine göre 2-3 kat daha fazla oranda görülmektedir. Ancak iddiaların aksine bu hastalıkların sosyo ekonomik durum ve insan yaşam biçimi kadar sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile de yakından bir ilişkisi vardır. Grafik-5'te kardiyovasküler hastalıklardan ölüm hızları görülmektedir. AB ülkelerinin 1970'den günümüze ölüm hızlarını yarı yarıya azalttığı görülürken eski sosyalist ülkelerin tamamında herhangi bir azalma saptanamamıştır.

Kanserler:

Kanserlerle ilgili veriler eski sosyalist ülkelerde diğer hastalıklardan bir farklılık göstermektedir. 1990'lı yıllara kadar olan süreçte 65 ve üzeri yaş grubunda AB ülkeleri

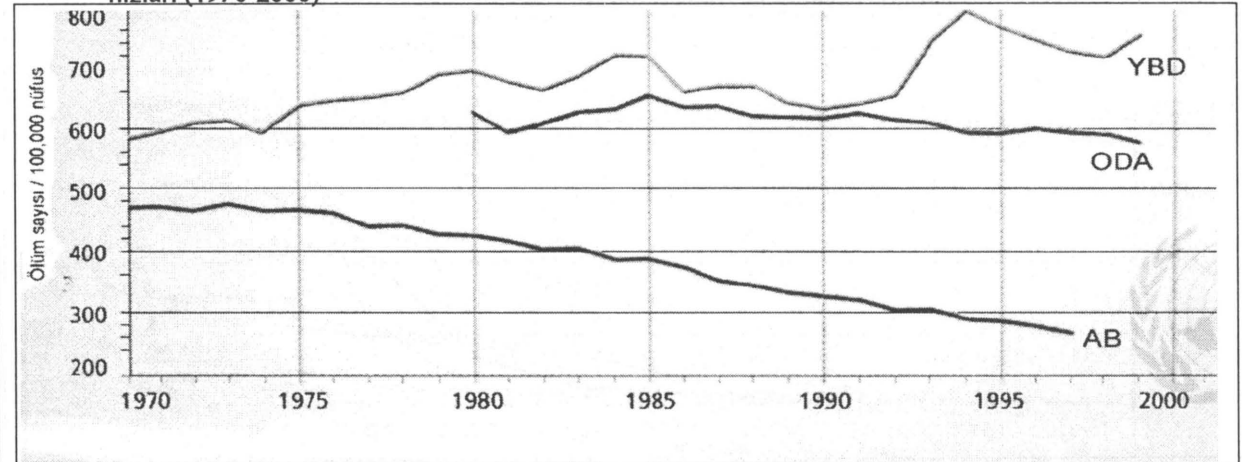
eski sosyalist ülkelere göre daha yüksek kanser mortalite hızlarına sahip olmuştur. Ancak 1990 sonrası dönemde AB ülkelerinde kanser mortalitesinin giderek düştüğü oysa ODA ülkelerinde hızın giderek arttığı dikkati çekmektedir. Öte yandan YBD ülkeleri ise 65 yaş üzeri grupta her zaman daha düşük kanser mortalite hızlarına sahip olmuştur. Bunun nedeni bu yaş grubundaki tanı eksiklikleri olabilir. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise 0-64 yaş arası grupta kanser mortalite hızı AB ülkelerinde yüzde 79, YBD ülkelerinde 99 ve ODA ülkelerinde 104'tür. 65 yaş üstü nüfusta ise bu hız AB için yüzde 1065, YBD için 785 ve ODA için 1024'tür. 1980-2000 yılları arasında serviks kanserinden ölüm oranı da ODA ülkelerinde yüzbin kadında 9 ve üzerinde gerçekleşirken AB ülkelerinde ise yüzde 5'ten 3'ün altına indirilmiştir (WHO, 2002a).

Grafik-6'da DSÖ Avrupa Bölgesindeki ülkeler 2 gruba ayrılarak yapılan bir karşılaştırma görülmektedir. 1981-92 arası dönemde meme kanserleri hariç tüm ölümlerde eski sosyalist ülkelerde belirgin artışlar gözlenmektedir. Özellikle cinayetler 9 kat, anne ölümleri 4 kat ve bebek ölümleri 2 kat artmış bulunmaktadır.

İntihar ve Şiddet:

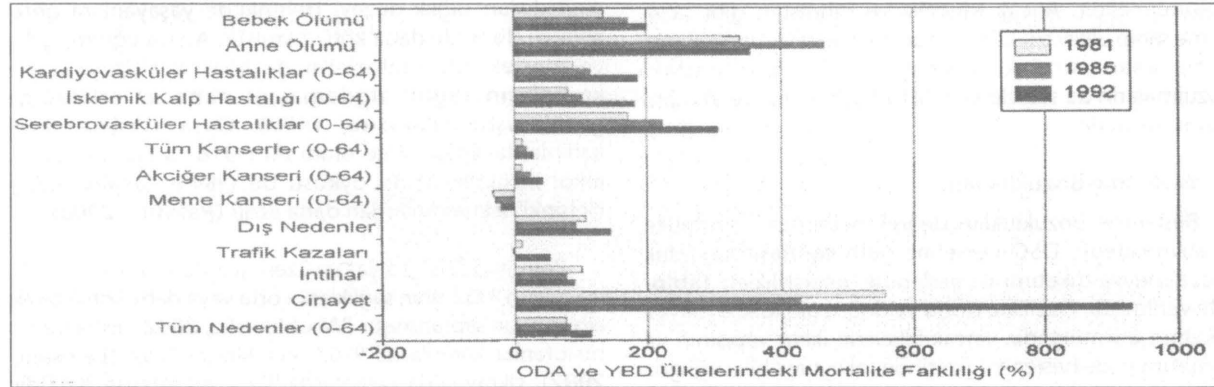
Tablo-2'de de görüldüğü gibi eski sosyalist ülkelerde 1984-89 yılları ile 1989-94 yılları arasında yapılan bir

Grafik 5. Avrupa Birliği, Orta-Doğu Avrupa ve Yeni Bağımsız Devletler ülkeleri kardiyovasküler hastalık ölüm hızları (1970-2000)



WHO, 2002a:33

Grafik 6. Avrupa Birliği, Orta-Doğu Avrupa ve Yeni Bağımsız Devletler ülkelerinde ölüm nedenlerindeki artış oranları (1981-1992)



WHO, 1994:9

karşılaştırma bir çok ülkede intiharların arttığını göstermiştir (Makinen IH, 2000). Özellikle 1989 öncesi dönemde intihar oranlarını azaltmış olan Litvanya, Estonya, Letonya, Rusya, Polonya, Ukrayna, Moldova, Kazakistan, Belarus, Bulgaristan ve Hırvatistan'ın 1989-94 arasında intihar oranlarının artmış olması dikkati çekmektedir.

İntihar oranlarının artışını etkileyen faktörler içinde en önemlileri olarak ekonomik kriz ve alkolizm görülmektedir (Makinen IH, 2000). Örneğin Baltık Cumhuriyetlerinden Letonya'da 1980-98 arasında önemli demografik-sosyal değişiklikler ve intiharlarda hızlı bir artış meydana geldi. 1970-84 arasında yüzde 28 ile 34 arasında olan intihar hızı, perestroika döneminde önce düştü ancak Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın (GSYİH) giderek düşmesi ve işsizliğin

Tablo 2. Eski sosyalist ülkelerde intihar oranlarındaki değişim (1984-94)

Ülke	1984-89 Değişim Yüzdesi	1989-94 Değişim Yüzdesi
Rusya Fed.	-32.1	+62.0
Ukrayna	-20.0	+26.4
Çek C.	-9.3	-2.2
Slovakya	+10.9	-20.9
Polonya	-19.3	+26.5
Macaristan	-9.4	-15.1
Bulgaristan	-3.6	+6.1
Romanya	?	+16.5
Hırvatistan	-1.8	+4.1
Litvanya	-25.1	+69.0
Letonya	-24.6	+58.4
Estonya	-22.5	+60.4
Belarus	-26.7	+40.6
Moldova	-27.0	+5.9
Arnavutluk	?	+9.5
Gürcistan	-4.2	-43.5
Azerbaycan	-31.1	-80.6
Ermenistan	+20.0	+29.2
Kazakistan	-25.5	+21.9
Kirgizistan	-17.4	+6.5

Makinen IH (2000), sf:1406

artması ile yeniden hızlı bir artışa geçti ve 1988'de yüzde 23 iken, 1993'de yüzde 42'ye ulaştı (Rancans, 2001). İntihar hızlarındaki bu çarpıcı değişimin GSYİH'nın keskin şekilde düştüğü bir döneme denk gelmesi dikkat çekiciydi. Bir diğer bulgu ise Letonya'da da aynen Rusya Federasyonunda gözlemlendiği gibi intiharlara paralel olarak artış gösteren alkolizmdi.

DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı "şiddet" üzerine hazırlanmış raporuna göre Rusya'da 1998 yılında şiddet sonucu ölüm hızı yüzde 21.6 ile Fransa ve Almanya'nın 27 katı, ABD'nin ise 3 katı büyüklüktedir (WHO, 2002b). The Moscow Times gazetesine göre ise Rusya İçişleri Bakanlığı rakamları cinayete kurban gidenlerin oranının 2001 yılında daha da artarak yüzde 24.2'ye yani yılda 34,000 kişiye çıktığını göstermektedir. Rusya Güvenlik Komitesi Başkanı Gurov'a göre DSÖ raporunda belirtilen resmi rakamların dışında ayrıca yılda 40,000 kişi daha silahlı saldırı sonucu yaralanmakta ve bir bölümü de daha sonra ölmektedir. Ancak bunlar DSÖ raporlarına şiddet sonucu ölüm olarak geçmemektedir. Ayrıca yılda yaklaşık 20,000 kişinin ölümü de "nedeni bilinmiyor" olarak kayıtlara geçmektedir. Ek olarak kaçırılan ve bulunamayanlar grubu da var ki bunların çoğunluğunun öldürüldüğü ve cesedinin bulunamadığı tahmin edilmektedir. Kısacası Rusya'da 1 yılda cinayete kurban gidenlerin sayısının yaklaşık 100,000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamlar da DSÖ rakamlarının yaklaşık 3 katı ve Rusya aslında cinayetler sıralamasında dünya birincisidir. Güvenlik Komitesi Başkanı Gurov'a göre bu cinayetlerin yüzde 40'ünün nedeni "para"dır (Haber Sağlık, 2002).

Ancak intihar ve şiddet artışı ile ilgili yorumlarda dikkatli davranılmasını gerektiren bulgular da vardır. DSÖ'nün 2001 yılı raporunda yer alan ve nüfusu 100 milyonun üzerinde olan ülkelerdeki yaşa standardize intihar oranları incelendiğinde Rusya Federasyonu'nda %5.3'lük artış saptanmasına karşın (1980-98 yılları), Çin'de %17.2 oranında azalma görülmüştür (1988-98 yılları). Oysa hemen hemen aynı dönemde Meksika'da intiharlar %61.9, Hindistan'da ise %54 oranında artmıştır (1981-95 yılları) (WHO, 2001). İskandinav ülkelerindeki

yüksek intihar hızları da dikkate alındığında intiharların sadece eski sosyalist ülkelere özgü olmadığı düşünülmelidir. Ancak Meksika ve Hindistan gibi sıcak iklime sahip ülkelerdeki intihar artışları özellikle kapitalizme geçiş aşamasındaki ülkelerin gelir dağılımındaki bozulmaların da son derece dikkatli izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Beslenme Bozuklukları:

Beslenme bozuklukları değişik nedenlerle önemüze çıkabilmektedir. DSÖ verilerine göre kişi başına günlük sebze-meyva tüketimi ve beslenme yetersizlikleri **Tablo-3**'te verilmiştir. Özellikle Doğu'ya doğru gidildikçe meyve tüketimi düşmektedir. Ancak ülkelerin iklim yapısının ve kültürünün de beslenme üzerinde rol oynayabileceği göz ardı edilmemelidir. UNDP verilerine göre 1997-99 arası yıllar için eski sosyalist ülkelerde genel olarak bir beslenme yetersizliği söz konusudur. Azerbaycan ve Ermenistan'da tüm toplumun %35'i beslenme yetersizliği çekmektedir. Bu oran Gürcistan'da %18, Hırvatistan'da %15, Bulgaristan, Moldova, Kazakistan, Kırgızistan ve Arnavutluk'ta %10'dur (**UNDP, 2002**). Çocuk beslenmesi ile ilgili veriler bir sonraki bölümde incelenecektir.

Tablo 3. DSÖ Avrupa bölgesi ülkelerinde beslenme (2002)

Ülke	Sebze (g/kişi gün)	Meyve (g/kişi gün)	Yağ (gün alım %)
Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan	159	40	28
Ukrayna, Moldova, Azerbaycan	157	97	24
Litvanya, Letonya, Estonya	198	176	41
Çek C., Slovakya, Macaristan	239	180	35
Hırvatistan, Slovenya, Makedonya	241	155	37
İtalya, Portekiz	243	196	30
İskandinav Ülkeleri	104	168	36
Avusturya, Belçika, Fransa	177	167	38

WHO 2002a, sf:78

İlginç olan bir başka bulgu ise obezite ile ilgili verilerdir. MONICA programı (Kardiyovasküler Hastalıkların Monitarizasyonu) çerçevesinde izlenen bazı Avrupa kentlerinde 1980'den 90'a geçen 10 yıllık sürede örneğin Moskova'daki erkeklerde obezite oranının %13.6'dan %8.3'e, kadınlarda ise %32.1'den %22.2'ye düştüğü saptanmıştır. Oysa aynı dönemde Finlandiya'da Kuzey Karelia'da erkeklerde obezite yüzdesi 17.3'ten 22.7'ye çıkmış, kadınlarda değişmemiştir (%23.5) (**WHO, 2002a**). Bu değerler Karelia'da bir program çerçevesinde elde edilirken Moskova'da herhangi bir girişimde bulunulmadığı dikkate alınmalıdır.

Algılanan Sağlık:

Sağlık düzeyini ölçme ve doğru verilere ulaşma güçlüğü genellikle algılanan sağlık üzerine yapılan araştırmaların gündeme gelmesine yol açmaktadır. Eski sosyalist ülkelerle ilgili olarak yayımlanan çok sayıda algılanan sağlık araştırması vardır. Aşağıda bunlardan bir kısmına değinilecektir:

Moskova ve Helsinki'de kadınların algıladığı sağlık üzerine yapılan bir araştırmada Moskovalı kadınların algıladıkları sağlık düzeyi Helsinki'de yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha kötü çıkmıştır. Ayrıca eğitim, gelir ve meslek gibi faktörlerin de Moskova'da yaşayan kadınların sağlık algılamasını daha az etkilediği görülmüştür (**Palosuo, 1998**). Oysa Moskova'daki kadınlarda sigara içme oranı da (%16'ya karşılık %25), alkol intoksikasyonu öyküsü de (%4'e karşılık %22) Helsinki'deki kadınlardan daha azdır (**Palosuo, 2000**).

Polonya'da ise 15 yaş ve üzeri grupta kadınların %61, erkeklerin %52'sinin sağlıklarını orta veya daha kötü olarak algıladıkları saptanmıştır (**Wroblewska, 2002**). Estonya'da bu oranlar kadınlarda %67, erkeklerde %62 (**Leinsalu, 2002**), Ukrayna'da kadınlarda %89, erkeklerde %67'dir (**Gilmore, 2002**). Rusya Federasyonu'nda ise 1998 yılı itibarıyla fiziksel sağlık %79, duygusal sağlık %83 oranında orta veya daha kötü olarak algılanmıştır (**Rose, 2000**).

Algılanan sağlık üzerine yapılan başka bir araştırmada ise 20-60 yaş arası nüfusta sağlığını ortalamadan daha kötü olarak tanımlama (kötü veya çok kötü) oranları Macaristan'da %19, Letonya'da %16, Rusya Federasyonu'nda %15, Litvanya'da %13, Estonya'da %12, Polonya'da %10 ve Çek Cumhuriyeti'nde %8 olarak bulunmuştur (**Bobak, 2000**).

V. ANA ÇOCUK SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ

Son 30 yıllık dönem içinde eski sosyalist ülkelerdeki Bebek Ölüm Hızı (BÖH) bir düşme eğiliminde olmakla beraber BÖH'nin Azerbaycan, Kazakistan ve Ermenistan'da arttığı, Rusya Federasyonu, Ukrayna, Bulgaristan, Gürcistan, Romanya, Letonya, Estonya, Belarus ve Moldova gibi ülkelerde ise BÖH'nin binde 10'un altında olduğu diğer Avrupa ülkelerine kıyasla yeterli bir düşüş gösteremediği dikkate alınmalıdır (bakınız **Tablo-4**).

Çocuk ölümleri açısından daha da önemli olan bir diğer gösterge ölüm hızındaki düşüş oranıdır. 1990-2000 yılları arasındaki 10 yıllık değerlendirilmede çocuk ölümlerindeki en az azalma Sahra Altı Afrika ülkelerinden sonra (%4 azalma ile binde 172'ye inmiştir), eski sosyalist ülkelerde gerçekleşmiş ve %15 azalma ile binde 40'tan 34'e inmiştir. Oysa aynı dönemde sanayileşmiş ülkeler %33'lük bir azalma ile 5 yaş altı çocuk ölümlerini binde 6'ya indirebilmişlerdir (**UNICEF, 2002b**).

Ana çocuk sağlığı açısından başka bir önemli gösterge olan Ana Ölüm Hızı (AÖH) **Grafik-7**'de ve **Tablo-4**'te de görüldüğü gibi halen YBD ülkelerinde yüzbin canlı doğumda 20 ile 80 arasında, ODA ülkelerinde ise yüzbinde 6 ile 42 arasında değişmektedir. AB ülkelerinde ise ortalama değer yüzbinde 5-10 arasındadır. 1980-90 arasında eski sosyalist ülkelerin AÖH belirgin bir düzelleme göstermemiş ancak son 10 yılda ODA ülkeleri AÖH'yi yüzbinde 50'den 15'e düşürebilmişlerdir. Anne ölümlerinin temel nedenleri arasında istenmeyen gebelikler, düşükler ve adölesan gebelikler gelmektedir. 15-19 yaş arası kadınlarda

Tablo 4. Eski sosyalist ülkelerde bebek ve ana ölüm hızları (1970-2001)

	5 yaş altı ölüm hızı (binde)		Bebek ölüm hızı (binde)		Perinatal ölüm hızı (binde)	Ana ölüm hızı ****(yüzbinde)
	1970*	2001**	1970 *	2001**	2000***	1985-2001**
Rusya Fed.	36	21	29	18	12	44
Ukrayna	27	20	22	17	10	25
Çek C.	24	5	21	4	4	9
Slovakya	29	9	25	8	7	9
Polonya	36	9	32	8	11	8
Macaristan	39	9	36	8	10	15
Bulgaristan	32	16	28	14	12	15
Romanya	56	21	46	19	12	42
Hırvatistan	42	8	34	7	9	6
Litvanya	28	9	23	8	8	18
Letonya	26	21	21	17	9	45
Estonya	26	12	21	11	7	52
Belarus	27	20	22	17	6	20
Moldovya	61	32	46	27	15	28
Arnavutluk	82	30	68	26	11	?
Gürcistan	46	29	36	24	24	50
Azerbaycan	60	105	30#	74	12	80
Ermenistan	30	35	24	31	16	35
Kazakistan	57#	76	33#	61	16	65
Kırgızistan	146	61	111	52	13	65

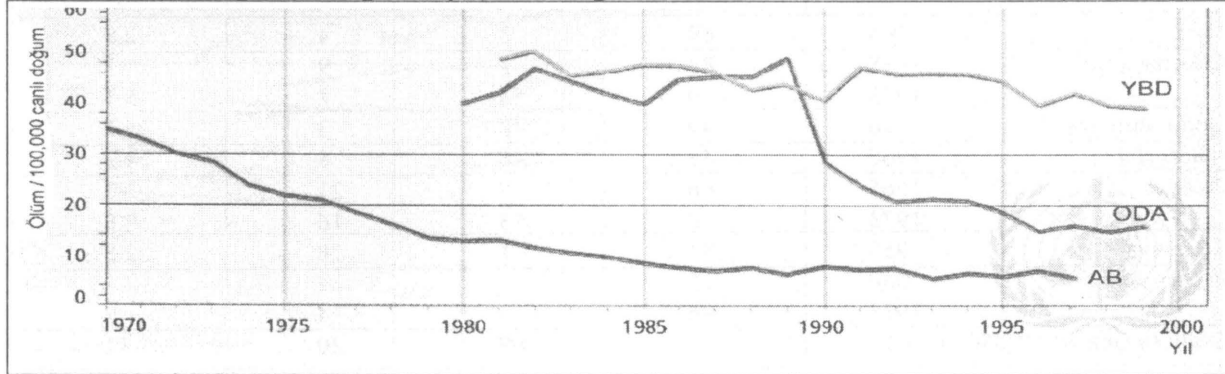
*UNDP(2002),sf:174-178; **UNICEF (2003),sf:86-87 ve 108-111, ***WHO (2002a), sf:153, ****1985-2001 arası o ülke için elde edilen son ulusal veri. #1980 yılı verisidir (Kaynak:Sol Meclis,2002 s:109-110)

istemeyen gebelik ve istemli düşük oranı bazı ülkelerde oldukça yüksektir. Ukrayna'da 15-19 yaş arası her 1000 kadında yılda 60 canlı doğum ve 50 istemli düşük, Rusya Federasyonu'nda ise 35 canlı doğum, 45 istemli düşük meydana gelmektedir. Bulgaristan, Romanya, Moldovya, Belarus ve Estonya gibi ülkeler de benzer hızlara sahiptir (WHO, 2002a).

Ancak eski sosyalist ülkelerin en temel özelliği halen kır-kent, zengin-yoksul arasındaki eşitsizliklerin daha az yaşandığı ülkeler olmalarıdır. Örneğin bebek ve anne ölümlerinin en yüksek olduğu Orta Asya'daki eski sosyalist ülkelerde bile antenatal bakım oranları oldukça yüksek, kır-kent arasındaki eşitsizlik düşüktür. Kazakistan ve Özbekistan'da doğumların eğitimli kişiler gözetiminde

gerçekleşmesi kentsel alanda %100, kırsal alanda %99 ve %96 oranlarındadır. Aynı rakamlar Kırgızistan'da %99'a %98'tir. Türkiye'de ise doğumların eğitimli kişilerce gerçekleştirilmesi oranı aynı kaynaklarda kentte %89, kırdaki %73 olarak geçmektedir (UNICEF, 2002a). Benzer bir veri UNFPA tarafından 44 ülkede yapılan bir araştırmada da saklıdır. Buna göre zengin ve yoksul aileler arasında antenatal bakım açısından en az fark tamamı eski sosyalist ülkeler olan Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerindedir. Antenatal bakım oranları yaklaşık rakamlarla en zengin ailelerde ortalama %98, en yoksullarda ise %80'dir. Oysa zengin-yoksul arasındaki antenatal bakım farklılığı zenginler lehine Güney Asya'da %70'e %20, Latin Amerika'da %96'ya %60, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da ise %77'ye %15'tir (UNFPA, 2002).

Grafik 7. Avrupa Birliği, Orta-Doğu Avrupa ve Yeni Bağımsız Devletler ülkeleri ana ölüm hızları (1970-2000)



WHO, 2002a:60

Çocuk sağlığı açısından beslenme göstergeleri son derece önemlidir. Artık tüm dünyada çocuk ölümlerinin temel nedeni olarak malnutrisyon kabul edilmekte, diğer nedenler bunun üzerine eklenmiş kabul edilmektedir. Kronik beslenme yetersizliği göstergesi olan "bodur"luk (yaşa göre boy kısalığı) oranı 5 yaş altı çocuklarda Arnavutluk'ta %32, Kırgızistan'da %25, Azerbaycan'da %20, Ukrayna'da %15'tir. Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Romanya hariç eski sosyalist ülkelerin çocuklarının %10'undan fazlasında akut veya kronik beslenme bozukluklarına rastlanmaktadır (bkz. Tablo-5).

Tüm eski sosyalist ülkelerde olduğu gibi hızlı politik, ekonomik ve sosyal değişime bağlı olarak kadınların sağlığı da en az erkeklerinki kadar etkilenmiştir. Aslında kadınların

sağlık düzeyini etkileyen temel faktörler eşitsizlikleri doğuran nedenlerle aynıdır. Örneğin Doğu ve Batı Almanya'da karşılaştırmalı yapılan bir çalışmada anne eğitiminin SGA bebek doğumu riskini (gebelik yaşına göre küçük bebek) aynı oranda azalttığı ve aslında Doğu Almanya'da daha yüksek olan bu riskin ülkelerin ideolojilerinden çok sosyal eşitsizliklerden kaynaklandığı görülmüştür (Raum, 2001 ve Nadisauskiene, 2000).

VI. SAĞLIK HARCAMALARI, EKONOMİK DURUM VE İNSANİ GELİŞİM

Çek Cumhuriyeti ve Slovakya hariç eski sosyalist ülkelerdeki en çarpıcı gelişmelerden biri sağlık harcamaları içindeki kamu payının son yıllarda giderek azalmasıdır. Tablo-6'da da görüldüğü gibi sosyalist ülkelerin sağlık harcamalarının kaynakları 1960-73 arasında büyük oranda kamu kaynaklarıdır. Örneğin SSCB'de bu oran %96'dır. SSCB hariç Doğu Avrupa ülkeleri ortalaması %89'dur. Tablo-7'ye bakıldığında SSCB'den doğan Rusya Federasyonu, Ukrayna ve Baltık Cumhuriyetlerinde kamu oranının %96'dan %70'lere gerilediğini, Orta Asya'daki Cumhuriyetlerde ise %40'lara indiğini görmekteyiz. Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve Hırvatistan hariç ODA ve YBD ülkelerinin tamamının kamu kaynaklı harcamaları %60-80 arasındadır ve eskiye oranla azalmıştır. Sağlık harcamalarındaki kamu oranı Gürcistan'da %10, Azerbaycan ve Ermenistan'da ise %40 ile dikkati çekmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise eski sosyalist ülkelerin sağlık sistemlerinin bugün bile Avrupa'nın en ucuz sistemlerinden birisi olduğunu göstermektedir. En çok para harcayan ülkelerde bile rakam kişi başına 350 ABD dolarını aşmamaktadır. GSMH veya GSYİH'den sağlığa ayrılan pay ise son 30 yılda %4-5'den ancak %7-8'lere kadar çıkmıştır. Çek C. ve Hırvatistan bu artışı kamu kaynakları ile yaparken, Gürcistan ve Ermenistan'ın cepten harcamaları öne çıkardığı dikkati çekmektedir. Doğal olarak bu durum ülkelerin sağlık düzeyi göstergelerine de yansımakta ve tablolardaki farklı sağlık düzeylerini açıklamaktadır.

Tablo 5. Eski sosyalist ülkelerde 5 yaş altı çocuklarda beslenme (1995-2001)

Ülke	Zayıf* (%)	Bodur** (%)	Kavruk*** (%)
Rusya Fed.	3	13	4
Ukrayna	3	15	6
Çek C.	1	2	2
Macaristan	2	3	2
Romanya	6	8	3
Hırvatistan	1	1	1
Moldovya	3	10	3
Arnavutluk	14	32	11
Gürcistan	3	12	2
Azerbaycan	17	20	8
Ermenistan	3	13	2
Kazakistan	4	10	2
Kırgızistan	11	25	3

* yaşa göre düşük ağırlıklı (2 st. sapma ve altı) çocuk yüzdesi

** yaşa göre kısa boylu (2 st. sapma ve altı) çocuk yüzdesi

*** boya göre düşük ağırlıklı (2 st. sapma ve altı) çocuk yüzdesi UNICEF (2003), sf:88-91

Not: Slovakya, Polonya, Bulgaristan, Litvanya, Letonya, Estonya ve Belarus hakkında bilgi yoktur

Tablo 6. Sosyalist ülkelerde sağlık harcamaları (1958-1973)

Ülke	Yıl	Sağlık Harcamalarının Kaynakları			GSMH'den** sağlığa ayrılan pay
		Genel Bütçe(%)	Sosyal sigorta (%)	Doğrudan* harcama(%)	
SSCB	1968	89	7	4	2.8
Çekoslovakya	1958	84	7	9	?
	1973	70	23	7	5.1
Doğu Almanya	1968	49	48	3	5.7
Macaristan	1968	48	46	6	4.9
Polonya	1965	66	13	21	?
	1973	70	13	16	4.8
Romanya	1968	81	1	18	2.8
Bulgaristan	1960	95	-	4	?
	1973	96	-	4	?
Doğu Avrupa ort.***(SSCB hariç)			69	20	11 ?

*Cepten Harcama, **GSMH:Gayri Safi Milli Hasıla, ***Nüfusa ağırlıklı hesaplanmıştır, Kaser (1976), sf:31-33

Tablo 7. Eski sosyalist ülkelerde sağlık harcamaları (1995-2000)

Ülke	GSYİH'dan* sağlığa ayrılan toplam pay(%)		Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (%)		Kişi Başına Düşen toplam sağlık harcaması (ABD\$)	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Rusya Fed.	5.5	5.3	81	72	126	92
Ukrayna	5.8	4.1	84	70	42	26
Çek C.	7.3	7.2	93	91	367	358
Slovakya	7.0	5.9	82	90	239	210
Polonya	6.0	6.0	73	70	198	246
Macaristan	7.5	6.8	84	76	327	315
Bulgaristan	4.4	3.9	82	78	69	59
Romanya	2.8	2.9	66	64	44	48
Hırvatistan	8.6	8.6	81	85	348	353
Litvanya	5.2	6.0	86	72	84	185
Letonya	6.5	5.9	65	60	115	174
Estonya	8.6	6.1	91	77	206	218
Belarus	5.7	5.7	85	83	58	57
Moldovya	6.2	3.5	93	82	21	11
Arnavutluk	3.3	3.4	77	62	26	41
Gürcistan	4.6	7.1	13	10	26	41
Azerbaycan	2.7	2.1	78	44	9	14
Ermenistan	7.8	7.5	40	42	27	38
Kazakistan	6.0	3.7	82	73	63	44
Kırgızistan	7.8	6.0	88	62	26	16

*GSYİH:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla, WHO (2002c), sf:202-217

Tablo 8. Eski sosyalist ülkelerde ekonomik durum, gelir dağılımı, işsizlik, yoksulluk oranları (2001)

Ülke	GSYİH* (kişi başı PPP\$)**	Gini*** katsayısı	İşsizlik oranı Oranı(%)	Yoksul nüfus yüzdesi**** (1993-95)
Rusya Fed.	7.473	48.7	13.4	50
Ukrayna	3.458	29.0	11.9	63
Çek C.	14.012	25.4	9.0	1
Slovakya	10.591	19.5	18.8	1
Polonya	9.305	31.6	13.0	20
Macaristan	12.213	24.4	7.0	4
Bulgaristan	5.071	26.4	16.0	15
Romanya	6.041	28.2	10.5	59
Hırvatistan	7.387	29.0	17.0	?
Litvanya	6.656	32.4	11.5	30
Letonya	6.264	32.4	7.8	22
Estonya	8.355	37.6	13.7	37
Belarus	6.876	21.7	2.1	22
Moldovya	2.037	40.6	2.1	66
Arnavutluk	3.189	?	18.4	?
Gürcistan	2.431	37.1	10.8	?
Azerbaycan	2.850	36.0	1.3	?
Ermenistan	2.215	44.4	11.7	?
Kazakistan	4.951	35.4	3.9	65
Kırgızistan	2.573	40.5	3.0	88

*GSYİH:Gayri Safi Yurt İçi Hasıla,

**PPP:Satın Alma Gücü Paritesi Doları,

***Gini: Gelir Dağılımı Eşitsizliği (0-100 arasındadır ve yüksek olması eşitsizliği gösterir),

****günde 4 ABD\$'dan az kazanç,

WHO (2002a), sf:148-149

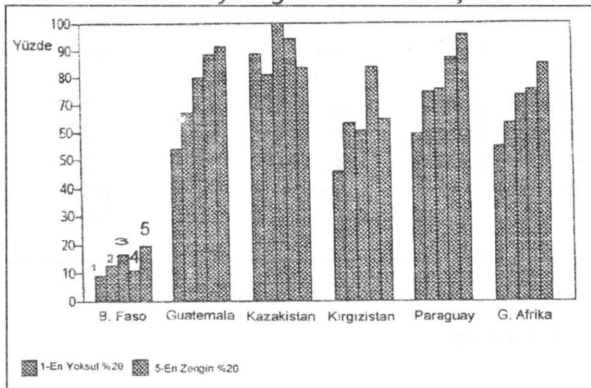
Eski sosyalist ülkelerin ekonomik açıdan da giderek yoksullaştığı görülmektedir. UNDP verilerine göre 1990-2000 arasında en büyük oranda küçülme bu ülkelerde meydana gelmiştir. Son 10 yılda Rusya Federasyonu, Kırgızistan, Azerbaycan, Türkmenistan, Ukrayna % 4-8 arasında, Gürcistan ise %12 oranında küçülmüştür. Bu oranlar Kongo, S. Leone, Burundi gibi Sahra Altı Afrika ülkeleriyle eş değerdedir (UNDP, 2002).

Ekonomik küçülme işsizlik, evsizlik, açlık, yoksulluk gibi ciddi sorunlarla beraber gitmektedir. Slovakya %18, Hırvatistan %17, Bulgaristan %16, Rusya Fed., Estonya ve Polonya %13, Ukrayna, Ermenistan ve Litvanya %11 işsizlik oranına sahiptir (WHO, 2002a). Gelir dağılımdaki eşitsizlik göstergesi olan Gini katsayısı Rusya Fed.da 49, Ermenistan'da 44, Moldova ve Kırgızistan'da 41, Estonya ve Gürcistan'da 37'dir. Yoksulluk oranları çoğu ülkede toplumun yarısını kapsamaktadır (bakınız Tablo-8).

Sağlık hizmetlerinin kullanımında da bir takım eşitsizliklerin olduğu ve bunun da kapitalist ülkelerde gelir düzeyi ile doğrudan bağlantılı olduğu bilinmektedir. Grafik-8'de 2 eski sosyalist ülke (Kazakistan ve Kırgızistan) ile 4 gelişmekte olan kapitalist ülke (Paraguay, Guatemala, Burkina Faso, G. Afrika) arasında 1995 yılında yapılan bir karşılaştırma görülmektedir. Grafik-8'de görüldüğü gibi bu ülkelerde bir kişi hasta olduğunda doktor tarafından muayene edilebilme oranı gelir gruplarına göre farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde her zaman zenginler yoksullara göre daha fazla oranda doktora ulaşabilmektedir. Ancak yoksullarla zenginler arasında saptanan bu eşitsizlik eski sosyalist ülkeler olan Kazakistan ve Kırgızistan'da beklenen düzeyde değildir. Örneğin Guatemala'da doktor tarafından muayene oranı en yoksulda %55, en zenginde %90 iken, Kazakistan'da bu oranlar yaklaşık %88 ve %85'tir. Kırgızistanda ise 2, 3 ve 5. gelir düzeyindekiler birbirine eşit orandadır (Makinen M, 2000). Bu durum halen eski sistemin etkisinin bir göstergesi olabilir.

Eski sosyalist ülkelerin son 20 yıl içindeki İnsani Gelişim İndeksi-HDI değerleri de yeterince iyi değildir. HDI ülkelerdeki yaşam beklentisi, eğitim oranı ve kişi başına düşen gelir düzeyi ile doğru orantılı olarak artmakta ve 0

Grafik 8. Gelir düzeyine göre doktora ulaşma oranları



Makinen M. 2000: 59

ile 1 arasında değişmektedir. Tablo-9'da da görüldüğü gibi Rusya Federasyonu, Ukrayna, Bulgaristan, Romanya, Litvanya, Letonya, Belarus, Moldova ve Ermenistan'da HDI değerleri 2000 yılı itibarıyla düşmüştür. Buna karşın Çek C., Slovakya, Polonya, Macaristan ve Hırvatistan'da HDI değerleri yükselmiştir. Bu ülkelerin sağlık harcamalarındaki kamu payının yüksekliliği büyük olasılıkla HDI değerlerine de yansımaktadır.

VII. SONUÇ

Büyük Geri Sıçrama:

"...Rusya'da çoğu insan eczanelerde ve büfelerde serbestçe satılan ilaçları reçetesiz satın alarak kendi kendilerini tedavi etmeye çalışıyorlar. Eğer kendilerini gerçekten kötü hissederlerse müşterilerini dağıttıkları el ilanları ile metro kalabalığı içinde aramak zorunda kalan tıp profesörleri ya da emekli uzmanlardan oluşan yoksul hekimlere baş vuracaklar...". Henri Alleg (1998)

Sosyalist ülkelerin sağlık örgütlenmesi 3 temel özelliğe üzerine oturuyordu: Hizmetin herkese ulaştırılması, ücretsiz ve eşit olması. Bunun için de sağlık hizmetleri devlet tarafından, merkezi bir planlama ile ve öncelikler belirlenerek sunuluyordu. Nitelik ise "katılım"ın ön plana çıkarılması, "basamaklı" sistem, "eğitim"li ve "yeterli" sağlık personeli ile sağlanıyordu. Her şeyden önce, sağlık alınıp satılan bir mal değildi (Aksakoğlu 1978a,b).

Sosyalist ideolojiye sahip ülkelerin, benzer koşullar altındaki kapitalist ülkelere sağlık alanında olan üstünlüğü daha önce bir çok makale, kitap ve araştırmaya konu olmuş ve çok sayıda Türkçe eser yayımlanmıştır. Konu ile ilgili olarak Sol Meclis 2002, Belek 1999, 2001, 2002a,b; Navarro 1992 ve Soyer'in 1992, 1993, 1995, 1998 tarihli makale ve kitapları önemli kaynaklar olarak sayılabilir. Ergönül'ün 1999 "Rusya'da Sağlıkın Öyküsü" ve Aksakoğlu'nun "Sağlıkta Özelleştirme" ve "DSÖ" üzerine olan makaleleri de konu ile ilgili önemli ip uçları vermektedir (Aksakoğlu, 1996 ve 2002). Toplum ve Hekim dergisinin "Sağlık Sistemleri", "Sosyalizm ve Sağlık" özel sayıları ile Sağlıkta Sınıf Tavrı dergisinin "Sosyalizm ve Sağlık" özel sayıları da okurlara mutlaka okuması önerilen kaynaklardır (Toplum ve Hekim, 1995) (Toplum ve Hekim, 2003) (Sağlıkta Sınıf Tavrı, 1999).

Bu yayınlarda ortaya konan bir gerçek vardır; Çin, Hindistan'ı; Küba, Brezilya'yı; Bulgaristan, Türkiye'yi benzer koşullar altında ve sahip oldukları sosyalist sağlık anlayışı sayesinde geçmiş, kısa bir zaman diliminde sağlık düzeyi göstergeleri ile üstünlük sağlamışlardır.

Sosyalist ülkelerdeki sağlık düzeyi göstergeleri ile ilgili yorumlar 2 başlık altında özetlenebilir (Belek, 1999):

1)Eski sosyalist ülkeler 1970'lerin ortalarına kadar olan dönemde kapitalist ülkelere daha iyi sağlık düzeyi göstergelerine ulaşmışlardır. Özellikle SSCB ve Doğu Avrupa ülkeleri merkez kapitalist ülkeleri yakalamışlardır.

2)1980'lerle başlayan duraklama ve daha sonra

Tablo 9. Eski sosyalist ülkelerde insani gelişim indeksi (1980-2000)

Ülke	İnsani gelişim indeksi (HDI)*		
	1980	1990	2000
Rusya Fed.	0.809	0.824	0.781
Ukrayna	?	0.795	0.748
Çek C.	?	0.835	0.849
Slovakya	?	0.820	0.835
Polonya	?	0.792	0.833
Macaristan	0.793	0.804	0.835
Bulgaristan	0.763	0.786	0.779
Romanya	0.788	0.777	0.775
Hırvatistan	?	0.797	0.809
Litvanya	?	0.816	0.808
Letonya	0.790	0.804	0.800
Estonya	?	?	0.826
B. Rusya	?	0.809	0.788
Moldovya	0.720	0.759	0.701
Arnavutluk	0.673	0.702	0.733
Gürcistan	?	?	0.748
Azerbaycan	?	?	0.741
Ermenistan	?	0.759	0.754
Kazakistan	?	?	0.750
Kırgızistan	?	?	0.712

*HDI: Human Development Index, UNDP (2002), sf:153-156

bozulma dönemi özellikle kapitalizme geçiş aşamasından sonra yani 1990'lı yıllarda aniden dibe vuran sağlık düzeyi göstergeleri ile sonuçlanmıştır.

Bu noktada eski sosyalist ülkeler için çokça sorulan soru şudur: "Sağlık düzeyindeki kötüleşme mi kapitalizme geçişi hızlandırmıştır?" yoksa "kapitalizme geçiş mi sağlık düzeyini kötüleştirmiştir?" Oysa yanıt açıktır:

"Sağlık düzeyi göstergeleri eski sosyalist ülkelerde esas olarak 1990'lardan sonra ani bir kötüleşme göstermiş ve kapitalizme geçiş sağlık düzeyini daha da kötüye götürmüştür".

Bunun bir diğer kanıtı da esasen sosyalist ülkelerin 1970-85 arası zaten durağanlaşmış bir ekonomik yapı içinde olmasıdır. Oysa ekonomik kötüleşmeye rağmen bu dönemde sağlıkta kötüleşme hiçbir zaman bu boyutuyla yaşanmamıştır. Kapitalizm dönemeciyle birlikte ortaya çıkan tablo ise son derece vahimdir ve kapitalizmin ve sermayenin kural tanımayan saldırganlığıyla ilintilidir (Belek, 1999).

Öte yandan bazı kaynaklarca sağlık alanında ortaya çıkan bu kriz sosyalist ülkelerin ekonomik geriliğine bağlanmakta ve verilerin sağlıklı olmadığı veya şu anda kapitalizm sosyalizm karşılaştırmasının doğru olmayacağı da iddia edilmektedir. Yani bu dönemin bir geçiş dönemi olduğu, biraz beklenmesi gerektiği söylenmektedir. Oysa tam tersine tam da şu anda bu karşılaştırmaya büyük bir gereksinim vardır ve karşılaştırmanın önümüzdeki yıllarda yapılmasına da bir engel yoktur.

Açık bir sonuçla ve saklanamayacak gerçeklerle karşı karşıyayız. Eski sosyalist ülkelerde insanların yaşam süresi azalmıştır. Bulaşıcı hastalıklar artmış, salgınlar çıkmıştır. Cinayetler, intiharlar artmıştır. İnsanlar kendilerini hasta ve mutsuz hissetmektedir. Neden sonuç ilişkileri kurarken ortaya atılan kafa karıştırıcı faktörler bilinçli bir ideolojik yanılmadır, çarpıtmadır. Gerçeği değiştiremeyenler yanılısına yaratmaya çalışmaktadır.

Oysa bilinmektedir ki bir ülkenin sağlıktaki performansı kişi başına düşen gelire değil daha çok o ülkenin ulusal politikasıyla ilgilidir. Yani işin özü o ülkenin yöneticilerinin sahip olduğu niyette yatmaktadır.

Eski sosyalist ülkelere son yıllarda küreselleşmeyle birlikte sürekli dayatılan "özelleştirme" ve "sağlık sigortası" biçiminde özetlenebilecek "eskimiş" öneriler bu ülkelerin gelişmesine ve toplumsallaşmasına katkıda bulunabilecek öneriler değildir. Bu öneriler sadece bu ülkelerin daha kolay sömürülebilmelerine olanak sağlayacaktır.

Eski sosyalist ülkelerin toplumsal sağlık düzeyi üzerine yapılan bu değerlendirme hiç şüphesiz bazı kısıtlılıklar içermektedir. Doğru, güncel ve tüm verilere ulaşmaktaki zorluk bir yandan, çok sayıdaki değişkenin etkisi öte yandan hata payını artırmaktadır. En önemlisi de önümüzde dinamik bir yapı ve sürekli bir değişim vardır. Bu nedenle değerlendirmelerin belirli aralıklarla düzenli olarak yapılmaya devam edilmesi ve değişen sonuçların tekrar yorumlanması gerekmektedir.

Teşekkür:

Sayın Dallya Güriş ve Seyhan Aydınlgil'e DSÖ, UNDP ve UNICEF kaynaklarını sağlamadaki yardımlarından ötürü teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

Adeyi O, Chellaraj G, Goldstein E. et al. (1997) "Health status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse?" Health Policy Plan 1997 Jun;12(2):132-45.

Aksakoğlu G. (1978a) "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi" Toplum ve Hekim, s:7, sf:17-30.

Aksakoğlu G. (1978b) "Sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri-II" Toplum ve Hekim, s:8, sf:28-37.

Aksakoğlu G, Elçi Ö. (1996) "Sağlıkta özelleştirme ve sonuçları" Sağlıkta Sınıf Tavrı, Temmuz-Ağustos 1996, sayı:8, sf:4-11.

Aksakoğlu G. (1999) "Sosyalist ülkelerde sağlık örgütlenmesi:Yirmi yıl sonra geriye bakış" Sağlıkta Sınıf Tavrı, Ocak-Şubat 1999, sayı:17, sf:16-17.

Aksakoğlu G. (2002) "Herkes için sağlıktan hedef

21'e:DSÖ değişiyor" Toplum ve Hekim, c:17, s:2, sf:91-100.

Alleg H. (1998) "Büyük geri sıçrama:Yıkıntı ve umut Rusya'sında röportaj" Evrensel Basım Yayın, No: 57, İstanbul.

Bakırcı N. (1995) "Eski Sovyetler Birliği'nde sağlık" Toplum ve Hekim, c:9, s:64-65, sf:138-144.

Barnett T., Whiteside A., Khodakevich L. et al. (2000) "The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: Its potential social and economic impact" Soc. Sci. Med. Vol:51, pp:1387-1403.

Belek İ. (1999) "Sağlıkta kapitalizm, sosyalizm:Hangi ülkeler daha başarılı" Sağlıkta Sınıf Tavrı, Ocak-Şubat 1999, sayı:17, sf:18-31.

Belek İ. (2001) "Sosyal devletin çöküşü ve sağlığın ekonomi politikası" Sorun yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

Belek İ., Belek H. (2002a) "Ülkelerin sağlıktaki performansını hangi etkenler belirliyor?" Toplum ve Hekim, c:17, s:5, sf:332-337.

Belek İ. (2002b) "Küba'da sağlık, sosyalizmin başarısı" Nazım Kültürevi Kitaplığı, Sol Meclis Dizisi, İstanbul.

Bobak M., Pikhart H., Rose R. et al. (2000) "Socio-economic factors, material inequalities and perceived control in self-rated health:Cross-sectional data from seven post-communist countries" Soc. Sci. Med. Vol:51, pp:1343-1350.

Borissov V., Rathwell T. (1996) "Health care reforms in Bulgaria:An initial appraisal" Soc. Sci. Med. Vol:42, No:11, pp:1501-1510.

Cockerham WC. (1997) "The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation" J Health Soc Behav 1997 Jun;38(2):117-30.

Cockerham WC, Snead MC, Dewaal DF. (2002) "Health lifestyles in Russia and the socialist heritage" J Health Soc Behav 2002 Mar;43(1):42-55.

Cornia GA, (2001) "Globalization and Health:Results and options" Bulletin of the World Health Organization, 79:834-841.

Dittmann S, Wharton M, Vitek C, et al. (2000) "Successful control of epidemic diphtheria in the states of the Former Union of Soviet Socialist Republics:Lessons learned", J Infect Dis 2000 Feb;181 Suppl 1:s10-22.

Drobniewski F. (1992) "Health in the Czech Republic" J of the Royal College of Physicians of London, Vol:26, No:4, pp:393.

Ergönül, Ö. (1999) "Rusya'da sağlığın 80 yıllık öyküsü" Sağlıkta Sınıf Tavrı, Ocak-Şubat 1999, sayı:17, sf:32-38.

Ergönül, Ö. (2001) "Eski sosyalist ülkelerde sağlık sistemini çökerten "Görünmez El"" Sağlık Toplum Siyaset, Temmuz 2001, sayı:7, sf:41-42.

Gilmore ABC, McKee M, Rose R.. (2002), "Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine" Soc. Sci. Med. Vol:55, pp:2177-2188.

Haber Sağlık (2002) "Şiddet sonucu ölümlerin en sık yaşandığı yer: Rusya" <http://www.habersaglik.com/haber/25121.asp>.

Hamzaoğlu O. (2002) "Reel sosyalizmin çözülüşünün ipucu:Alma Ata bildirgesi" Toplum ve Hekim, c:17, s:2, sf:107-110.

Kaser M (1976) "Health care in the Soviet Union and Eastern Europe", Croom Helm Ltd, London.

Leinsalu M. (2002), "Social variation in self-rated health in Estonia:a cross-sectional study" Soc. Sci. Med. Vol:55, pp:847-861.

Makinen M, Waters H, Rauch M, et al. (2000) "Inequalities in health care use and expenditures:empirical data from 8 countries and countries in transition", Bulletin of the WHO, 2000, 78, 1):55-65.

Makinen IH. (2000) "Eastern European transition and suicide mortality" Soc. Sci. Med. Vol:51, pp: 1405-1420.

Nadisauskiene RJ, Padaiga Z. (2000) "Changes in women's health in the Baltic republics of Lithuania, Latvia and Estonia during 1970-1997", Int J Gynaecol Obstet 2000 Jul;70(1):199-206.

Navarro V. (1992) "Has socialism failed? An analysis of health indicators under socialism" Int J Health Serv, vol:22, no:4:583-601.

Nordyke Rj., Peabody JW. (2002) "Market reforms and public incentives:finding a balance in the Republic of Macedonia" Soc. Sci. Med. Vol:54, pp: 939-953.

Palosuo H, Uutela A, Zhuravleva I. et al. (1998) "Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow: results from a comparative survey in 1991". Soc Sci Med 1998 May;46(9):1121-36.

Palosuo H. (2000) "Health related lifestyles and alienation in Moscow and Helsinki". Soc Sci Med 51(2000):1325-41.

Rancans E, Salander RE, Jacobsson L. (2001) "Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98" Acta Psychiatr Scand 2001;103:275-81.

Raum E, Arabin B, Schlaud M, et al. (2001) "The impact of maternal education on intrauterine growth: a comparison of former West and East Germany" *Int J Epidemiol.* 2001 Feb;30(1):96-8.

Rose R. (2000) "How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians". *Soc Sci Med* 51(2000):1421-1435.

Ryan M. (1991) "Health care insurance in the Soviet Union" *BMJ*, 1991;302:170-171.

Sağlıkta Sınıf Tavrı (1999) "Sosyalizm ve Sağlık", Ocak-Şubat 1999, sayı:17.

Sheiman I. (1994), "Forming the system of health insurance in the Russian Federation" *Soc. Sci. Med.* Vol:39, No:10, pp:1425-1432.

Shokolnikov V. et al. (2001) "Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s" *Lancet*, 357:917-921.

Sol Meclis Sağlık Komisyonu (2002) "Sosyalist Türkiye'de Sağlık" Nazım Kültürevi Kitaplığı, Sol Meclis Dizisi, İstanbul, sf:105-120.

Soyer A. (1992) "Dr. Navarro ile söyleşi", *Tıp Dünyası*, TTB yayını, sayı:8.

Soyer A. (1993) "Sosyalizm mi kapitalizm mi ? Halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta hangisi başarılı" *Toplum ve Hekim*, sayı:53, sf:27-40.

Soyer A. (1995) "Dünden bugüne sosyalist ülkelerde sağlık hizmetleri" *Toplum ve Hekim*, c:9, sayı:64-65, sf:122-137.

Soyer A. (1997) "Sağlıkta yeniden yapılanma:Ha Türkiye Ha Romanya", *Emek Gazetesi* ("Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık" kitabı içinde, Öteki yayınevi, Ekim 1998, Ankara, sf:125-6.

Soyer A. (1998) "Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık", Öteki yayınevi, Ekim 1998, Ankara.

Szatmari M. (1993) "Structural changes in Hungarian health care" WHO Regional Office for Europe, ICP/PHC/513/13.

Toplum ve Hekim (1995) "Sağlık Sistemleri" Özel Sayı, Türk Tabipleri Birliği yayını, c:9, sayı:64-65.

Toplum ve Hekim (2003) "Sosyalizm ve Sağlık" Özel Sayı, Türk Tabipleri Birliği Yayını c:18, Sayı:1

UNAIDS/WHO (2002) "AIDS epidemic update ", UNAIDS/02.46E, Geneva.

UNDP (2002) "Human Development Report 2002-Deepening democracy in a fragmented world", Oxford University Press, New York.

UNFPA (2002) "State of world population 2002-People, poverty and possibilities", E.02.III.H.1, New York.

UNICEF (1990) "Dünya Çocuklarının Durumu-1990", UNICEF Türkiye Temsilciliği, sf:81.

UNICEF (2000) "Ulusların Gelişimi-2000", NewYork, sf:5.

UNICEF (2002a) "İlerleme-Çocuklar için dünya zirvesinden bu yana istatistik değerlendirme", BM Özel Çocuk Oturumu İçin Hazırlanmıştır-UNICEF Türkiye Temsilciliği, sf:17, 23.

UNICEF (2002b) "The State of the world's children-2002-Leadership", NewYork, sf:10.

UNICEF (2003) "The State of the world's children-2003", NewYork, sf:88-95.

Walgate R. (2002) "Crisis in East European health systems-Europe's best kept secret" *Bulletin of the WHO*, 2002, 80(5):421.

WHO (1994a) "Health in Europe", WHO Regional Office for Europe, No:56, Copenhagen.

WHO (1994b) "WHO Progress towards health for all, Statistics of member states 1994", WHO/HST/GSP/94.1, Geneva, pp:85,95.

WHO (1997) "European health care reform, analysis of current strategies", WHO Regional Office for Europe, Çeviren:SB Sağlık Projesi Gen. Koord;"Avrupa Sağlık Reformu", Aralık 1998, Ankara.

WHO (2001) "The World health report, 2001/Mental health:New understanding, new hope", Geneva.

WHO (2002a) "The European health report, 2002", WHO Regional Office for Europe, No:97, Copenhagen.

WHO (2002b) "World report on violence and health", Geneva, Switzerland.

WHO (2002c) "The World health report, 2002/Reducing risks, promoting healthy life", Geneva.

World Bank (1993) "World development report, 1993/Investing in health", Oxford Univ. Press, New York, sf:164.

Wroblewska W. (2002), "Women's health status in Poland in the transition to a market economy" *Soc. Sci. Med.* Vol:54, pp:707-726.