

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, ülkelerin resmi bildirimlerine dayanarak diğer bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi kızamıkla ilgili çalışmaları ve açıklamaları olduğu biliniyor. Son açıklaması ise ülkelerin 11 Ocak 2024'e kadar paylaşılan kızamık vaka bildirimlerini kapsıyor. Türkiye, 2023'ün Kasım ve Aralık ayları için henüz bildirimde bulunmamasına karşın, aynı yılın ilk 10 aylık döneminde 11.101 şüpheli, 4.559 doğrulanmış kızamık vakası tespit edildiğini bildirmiştir. Bu olguların büyük çoğunluğu 1-4 yaş grubunda ve aşısız çocuklardır. Oysa, uygulamadaki aşı takvimine göre, Türkiye'de yaşamakta olan bütün bebeklere 12. ayın sonunda kızamık aşısının (kızamık, kızamıkçık ve kabakulaktan oluşan üçlü aşı olarak) birinci dozunun yapılmış olması gerekiyor. Bildirimi yapılan 10 ay içinde Temmuz ve Haziran ayları en fazla vaka bildirimi yapılan ilk iki ay. Bunları Ağustos ve Mayıs ayları izliyor. Yalnızca bir yıla ait verilerle değerlendirme yapmanın sınırlılıklarına ve yaratabileceği hataya engel olmak, bunun için de yıllara göre karşılaştırma yapabilmek için Türkiye'de kızamık vakalarının yıllara göre dağılımını incelememiz gerekiyor.

Aşıyla korunulabilir bir hastalık olan kızamık, hâlâ dünya genelinde yaygın olarak görülüyor olmasının yanında, bebek ve çocuk ölümleri ile birçok ağır seyirli komplikasyona da sebep oluyor. Bu nedenle elimine edilmesi hedeflenen ve bunun için de çaba gösterilen bulaşıcı hastalıklardan bir tanesidir. DSÖ de bu amaçla, kızamıkla ilgili durum ve gelişmelerin görünür olabilmesi için 2006 yılından itibaren ülkelerin kızamık hasta sayılarını ve bunlar üzerinden hesaplanan hızları paylaşıyor.

Söz konusu veriler, her yıl benzer veri toplama ve değerlendirme tekniği ile sağlandığı için değerlendirme yapabilmek için gerekli olan asgari standardizasyona sahip olduğu kabul edebilir.

Türkiye'de DSÖ'ye bildirim yapılmış, doğrulanmış kızamık vaka sayıları; 2006 yılında 34, 2007 ve 2008'de 3, 2009'da 8 ve 2010 yılında 15 iken 7 kat artarak 2011 yılında 105 oluyor. Bu sayı 6,7 kat artarak 2012 yılında 698'e, 2013 yılında da 2012 yılına göre 10,6 kat artarak 7.415'e ulaşıyor. Bu verilere göre, Türkiye'de 2011-2013 yıllarında kızamık salgını yaşanmıştır. Ve vaka sayıları daha sonraki üç yıl boyunca, salgının bilinen doğallığı ile azaldığını izliyoruz; 2014'de 572, 2015'de 342 ve 2016 yılında da 9 kızamık vakası bildirimi yapılmış.

Buna karşın, bildirimi yapılan kızamık vakalarının 2017 yılında önceki yıla göre 7,7 kat artarak 69'a, 2018 yılında önceki yıla göre 10,4 kat artarak 716'ya ve 2019 yılında da yine bir önceki yıla göre 4 kat artarak 2892'ye yükseldiğini görüyoruz. Türkiye'de üç yıl aradan sonra kızamık salgını 2017-2019 yıllarında gerçekleşmiştir. Daha sonraki iki yıl içinde de bir önceki salgında izlediğimiz gibi vaka sayıları salgının kendi doğallığında azalarak; 2020 yılında 603, 2021'de de 51 kızamık vakası bildirilmiştir.

Bununla birlikte, vaka sayısı bir önceki yıla göre, 2,5 kat artarak 2022 yılında 127'ye yükselirken, 2023 yılının ilk 10 ayında da bir önceki yılın ilk 10 ayına göre 54,3 kat artarak 4559'a ulaşmıştır. DSÖ'nün verilerine göre 2022 yılında milyonda 1,48 olan kızamık insidansı da 2023 yılında 30 kat artarak milyonda 53,42'ye yükselmiştir. Türkiye'de AKP'li yıllarla

birlikte, aralarındaki sürenin daralma eğilimi gösterdiği üçüncü kızamık salgını yaşanmaktadır. Öyle ki salgının doğal seyri dik-kate alındığında, 2024 yılında da vaka sayısı daha da artarak devam etmesi beklenmelidir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmakta olan "Sağlık İstatistikleri Yıllığı" verilerine göre, kızamık aşılama oranı 2006 yılında %98, 2007'de %96, 2008 ve 2009 yılında %97, 2010 yılında %95, 2011 yılında %98, 2012 yılında %96, 2013 yılında %97, 2014 yılında %96, 2015 yılında %97, 2016 yılında %98, 2017 ve 2018 yılında %96, 2019'da %97, pandemiye karşın, 2020 yılında %95, 2021'de %96 ve 2022 yılında da %95'dir. Oysa, bulaşıcı hastalıklar alanında henüz yaşanmamış bilimsel bilgiye göre, hedef nüfusun %92-95 düzeyinde aşılanması, kızamık virüsünün dolaşımını durdurduğundan kızamık salgını oluşmaması gerekiyor. Halbuki söz konusu yıllar içinde Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre kızamık aşılama oranı yıllar için %95 ile %98 arasında değişiklik gösteriyor.

Dönemlerinin sağlık bakanları tarafından "salgın değil, vaka artışı" olarak tanımlanan, vaka artışının da "yerli değil, yabancı vakalar" olduğu iddia edilen kızamık salgınlarıyla karşı karşıyayız. Öncelikle, "salgın" olarak tanımlanmamış olması da dahil olmak üzere, "salgınla mücadele" için herhangi bir bilimsel adım atılmadığı kızamık salgınlarının nereden kaynaklandığının sorgulanması gerekiyor. Bu düzeylerdeki kızamık aşılması eğer doğru bilgiye dayanıyorsa, o zaman, ya aşılar bozuk ve/veya eksik dozajlı olarak ithal ediliyor ya da soğuk zincir sorunu olmalıdır. Aksi halde aşılama yapılmadığı için biriken aşısız olgular bu kadar kısa

periyotta salgın ortaya çıkacak sayıda olmaması gerekiyor. Bu nedenle, son yıllardaki kızamık hasta sayıları göz önünde bulundurulduğunda, en başta Sağlık Bakanlığı verilerinin doğruluğunun incelenmesi bir zorunluluktur.

İkinci olarak, TTB ve TTB-UDEK başta olmak üzere, uzmanlık dernekleri ve aile hekimleri hem toplumu bilgilendirmeli ve ülkede yaşayan tüm çocukların hiçbir ayırım gözetilmeksizin aşılmasını için ailelere çağrı yapılmalıdır. Eş zamanlı olarak, Sağlık Bakanı doğrudan uyarılmalıdır. Pandemi ile ilgili veriler başta olmak üzere, bakanlığı ile ilgili haber ve bilgileri kişisel Twitter hesabından paylaşmasıyla bilinen Sağlık Bakanı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı Fahrettin Koca'dan yakın zamana kadar ne kızamık vakaları ne kızamık salgını ne de kızamık aşılması hakkında herhangi bir haber alınmış değil. Oysa, sorumlu makamın sahibi olarak bir an önce kızamık salgınının 2024 yılında da devam etmemesi ve Türkiye'de kızamık hastalığının eliminasyonu için çalışmaya başlamalıdır. Sorumluluklarından kaçamaz...

Sorumluluk demişken bizlerin de hem hekimlere hem sağlık emekçilerine hem meslek örgütümüz TTB'nin kurumsallığına hem de topluma karşı sorumluluklarımız var. Bunlardan TTB'nin kurumsallığına yönelik olarak bir konuyu ele almak istiyoruz. TTB ve sağlık alanını hem yazılanlar hem de söylemler üzerinden ve biraz daha yakından izlemeye çalıştığımızda birbiri yerine kullanılan kavramlar dikkatimizi çekiyor. Yıllar önce "fırsat eşitliği" talebimizin, toplumsal sınıflar ve katmanlar arasındaki eşitsizlikleri gidermeyle ilgili olmadığı, yoksulları ve ezilenleri görmeyen bir kavram olduğu ve özünde eşitsizlik barındırdığı

yine bu dergi sayfalarında yazılmış, "fırsat eşitliği" yerine, "eşitlik" kavramının kullanılması gerektiği önerilmişti. "Sağlıkta eşitlik" talep etmeliyiz, fırsat eşitliği değil. Çünkü, tarihsel olarak, burjuvaların aristokratlarla aynı yasal haklara sahip olmak için talep ettikleri "fırsat eşitliği"; ticaret yapma, mülk edinme, çocuklarının eğitimi vb. haklara sahip olabilmekle sınırlıdır. Oysa bu hakları kullanabilmek ekonomik ön koşula dayalıdır. Paranız varsa mülk edebilirsiniz, ticaret yapabilirsiniz ya da okul parasını ödeyebildiğiniz okulda çocuğunuzu okutabilirsiniz. Bu ön koşul nedeniyle "fırsat eşitliği" yaşamak için çalışmak zorunda olanları -işçileri, emekçileri, ezilenleri, yoksulları- doğal olarak kapsamayan bir içeriğe sahiptir. Sağlıkta fırsat eşitliği talebi de hiç kimsenin sağlık hizmetlerine erişiminin önünde yasal bir engel bulunmaması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin meta karakteri ve parası olmayanın ulaşamamasını sorun olarak kabul etmeden.

Şimdi de başka iki kavram üzerinde duracağız. İlki, "sağlık" ve "sağlık hizmeti". Şöyle ki eğer bir insanın ve/veya toplumun sağlık durumundan bahsediliyorsa elbette "sağlık" kullanılmalı. Bununla birlikte, hastalanmamak için ya da hastalanıldığında ulaşılması, kullanılması gereken(ler)in ise "sağlık hizmet(ler)i" olarak adlandırılması gerekiyor. O nedenle, sağlık hizmetine ulaşmak-kullanabiliyor olmak talebiyle, "sağlıklı toplum" talebi birbirinden ayrılarak, söz konusu farklı anlamlar için kullanılmalıdır. Bu saptamadan da yararlanarak, ikinci olarak "parasız sağlık hizmeti" ile "ücretsiz sağlık hizmeti" arasında da net bir tercih yapılması gerektiğini belirtmemiz gerekiyor. Kısa yoldan ifade edilecek olursa, her ücretsiz/ücret ödemedi ulaşılan/kullanılan sağlık hizmeti, parasız/para ödemedi

ulaşılabilen/kullanılabilen sağlık hizmeti değildir. Olamaz da. Örneğin, "ücretsiz sağlık hizmeti" talebi muayene olmadan önce, ilaç için vb. herhangi bir sağlık hizmetinin karşılığında para ödememeyi kapsar. "Ücretsiz sağlık hizmeti" talebi karşılığında bu durum sağlansa bile, örneğin, genel sağlık sigortası ya da Türkiye'deki uygulamasıyla neoliberal kamu sağlık sigortasının primini ödemeye devam ediyorken, her hizmet, karşılığında ücret ödenmeyen ancak, paralı olmaya (bu hakkı kazanabilmek için ücretini önceden prim adı altında ödemek gerektiği için) devam edecektir. Ne hizmeti kullanabilmek için ne katılım payı ne fark bedelleri vb. doğrudan ne de sağlık sigortası primi vb. önceden (dolaylı) ödeyerek kullanılan hizmet "parasız sağlık hizmeti" olarak tanımlanamaz. Çünkü kullanılan hizmetin bedeli doğrudan ya da dolaylı olarak, önceden ya da hizmeti kullanırken kullanan kişi tarafından ödenmektedir. Ancak, kişinin gereksinimi olan sağlık hizmetine ulaşabilmesi ve kullanabilmesi için doğrudan ya da dolaylı ödeme yapmaması hizmetin "parasız" olması-sunulması demektir. Bunun için de talebimiz "parasız sağlık hizmeti" olarak dile getirilmelidir. Bu da yalnızca sağlık sistemi genel bütçeden finanse edildiğinde gerçekleşebilir (genel bütçenin nasıl oluştuğuyla ilgili tartışmaları saklı tutarak).

Dosya editörlüğünü Osman Öztürk ve Cegergun Polat arkadaşımızla birlikte yaptığımız "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları" başlıklı dosyanın birinci bölümünü bu sayımızda paylaşıyoruz. Nitelikli ve geliştiren bir tartışmaya basamak olabildiğini diliyoruz.