

1970'Lİ YILLARDA DÜNYANIN SAĞLIĞI VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

Bülent KILIÇ*

Öz: 1970'li yılların en temel özelliği 1978 yılında düzenlenen Alma-Ata konferansını içeren tarihsel bir dönem olmasıdır. Alma-Ata öncesi ve sonrasında yaşanan süreç dünyada sağlık hizmetlerinde önemli değişimlere yol açmıştır. Bu dönemin ikinci özelliği SSCB sağlık sisteminin parlak dönemlerinin artık son yıllarını yaşıyor olmasıdır. Üçüncü özellik ise sağlık hizmetlerinde "başarı" ve "kriz"i bir arada içeren bir paradoksu içermesidir. Bir yandan uzayan yaşam süreleri, öte yandan dünya nüfusunun yarıdan fazlasının düzenli bir sağlık hizmeti alamadığı görülmektedir. Özellikle ülkeler arasında ve gelişmiş ülkelerin kendi içinde bile eşitsiz ve yetersiz bir kaynak dağılımından bahsedilmekte ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanması için tüm hükümetlerin bundan sorumlu olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla 1970'li yıllar tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılık, kamu kaynaklarının sağlık hizmetlerine daha fazla ayrılması ve sağlıkta eşitlik hedeflerine odaklanırken diğer yandan ekonomik kriz nedeniyle özellikle yoksul ülkelerde bulaşıcı hastalıklar ve eşitsizlikler alanında başarısızlıklar yaşanmıştır. Ayrıca DSÖ Avrupa Bölgesi ve OECD ülkeleri de giderek artan sağlık harcamaları nedeniyle, sosyal sigorta ve gönüllü/tamamlayıcı özel sağlık sigortası uygulamaları başta olmak üzere sağlık finansman yöntemlerinde bazı değişikliklere gitmeye başlamışlardır. Bu nedenle kapitalist dünyada Beveridge ve Bismarck sistemlerinin harmanlandığı karma modeller ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemin en acı sonuçları ise SSCB'nin parçalanmasıyla birlikte Semashko sağlık sisteminin bırakılması ve eski sosyalist Asya devletlerinin sağlık sistemlerindeki çöküş olmuştur. Sonuç olarak tüm dünyada sağlık sistemlerinin bu dönem sonrasında sigorta ve bütçe uygulamalarını karma bir şekilde uygulayan kapitalist finansman modellerine dönüştüğünü görmekteyiz.

Anahtar sözcükler: sağlık sistemleri, sağlık politikası, temel sağlık hizmetleri, halk sağlığı

Health of The World and Health Systems in The Years of 1970

Abstract: The main feature of the 1970s is that it includes the Alma-Ata conference held in 1978. The process that took place before and after Alma-Ata caused important changes in health services in the world. The second feature of this period is that the last years of bright periods of the health system of the USSR. The third feature is that it includes a paradox that includes "success" and "failure" in health services. On the one hand, prolonged life expectancy, on the other hand, more than half of the world's population cannot be accessed to receive regular healthcare. Especially among countries and even within developed countries, an unequal and insufficient resource distribution is mentioned in Alma-Ata and it is stated that all governments are responsible for ensuring equity in health services. Therefore the 1970s, focused on universal coverage in healthcare in all countries, greater allocation of public resources to healthcare and equity in health. However, due to the economic crisis, especially in poor countries, there were failures in the field of communicable diseases and inequalities. In addition, the WHO European Region and OECD countries have begun to make some changes in health financing methods, particularly in social insurance and complementary/voluntary private health insurance practices, due to increasing health expenditures. For this reason, mixed models with the blend of Beveridge and Bismarck systems started to emerge in the capitalist world. The most painful consequences of this period were the abandonment of the Semashko health system with the disintegration of the USSR and the collapse in the health systems of the former socialist Asian states. As a result, we see that the health systems all over the world have turned into capitalist financing models, which have applied the insurance and budget practices in a mixed manner.

Key words: health systems, health policy, primary health care, public health

Giriş

Tarihsel açıdan bakıldığında 1970'li yıllar, yapısal değişim döneminin bittiği, sanayileşmenin tamamlandığı, sosyal devlet uygulamalarının azaltılmaya başladığı bir döneme denk gelmektedir. 1970'ler kapitalist ekonomik gelişmenin yeni sömürgeci bir dönemle tanımlandığı, 1974 petrol krizinin yaşandığı, üçüncü dünya ülkelerinin yoksul kalmaları sayesinde merkez kapitalist ülkelerin zenginliklerinin

devam ettirildiği bir dönemdir. Ekonomik açıdan özellikle 1970'lerin ikinci yarısından başlayarak sonraki dekatlarda ciddi ekonomik krizlerin ve kapitalist depresyon dalgasının yaşandığı dönemin öncü yıllarıdır. Politik açıdan ise soğuk savaşın devam ettiği, Sovyetlerin Afganistan'ı işgal ettiği, İran'da İslam devriminin gerçekleştiği, Nikaragua'da Sandinist gerillaların gücü ele geçirdiği, Kamboçya,

*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
(ORCID No: 0000-0001-7032-1422)

Geliş Tarihi / Received : 05.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 08.08.2020

Angola ve Etyopya'da bağımsızlık hareketlerinin başladığı, Arap-İsrail çatışmalarının devam ettiği ve Şili'de askeri darbenin gerçekleştiği bir on yıllık dönemdir (Thomas, 1995).

1970'li yıllar dünya sağlık sistemleri ve sağlık tarihi açısından da en ilginç dönemlerden birisidir. Bunun 3 önemli nedeni vardır. En başta gelen özelliği bu dönemin 1978 yılında düzenlenen Alma-Ata konferansını içermesidir. Alma-Ata öncesi ve sonrasında yaşanan süreç dünyada sağlık hizmetlerinde önemli değişimlere yol açmıştır. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin (SSCB) daveti üzerine Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Alma-Ata'da düzenlenen konferansta bütünsel/kapsamlı (comprehensive) ulusal sağlık sistemlerinin çerçevesinde Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) gelişimi ve deneyim paylaşımı amaçlanmıştır (WHO, 1978). Aynı dokümanda TSH tarif edilerek bütünsel yani kapsamlı sağlık hizmeti olarak tüm sağlık hizmetlerinin kastedildiği ve bu nedenle tek amaçlı sağlık programlarının bir an önce TSH içine entegre edilmesi gerektiği, eşitsizliklerle mücadele, devletlerin sorumluluk üstlenmesi, toplum katılımının sağlanması ve sektörler arası işbirliği önerilmiştir.

Bu dönemin ikinci önemli özelliği ise SSCB sağlık sisteminin parlak dönemlerinin artık son yıllarını yaşıyor olmasıdır. Özellikle 1920-1960 arasında işçi sağlığı açısından önemli başarılar kazanan ve toplumcu bir yönelimle sunulan sosyalist sağlık hizmetleri SSCB ve Avrupa'daki diğer Doğu Bloku ülkelerinde morbidite ve mortalite de önemli düşmeler sağlamıştır. Özellikle nitelikli ve yaygın bir sağlık insan gücü yetiştirme açısından döneminin en başarılı örnekleri SSCB özelinde görülmüştür (Kaser, 1976; Sol Meclis Sağlık Komisyonu, 2002). Ancak 1970'li yıllarda ilk işaretlerini veren gerileme dönemi özellikle 1980'li yıllarda SSCB'nin ekonomik ve ideolojik olarak çözülmesi ve sosyalist sağlık sistemlerindeki önemli gerilemelerle sonuçlanmıştır. Nitekim dünya sağlık tarihinde de ilk kez bir ülkeler grubunda, Asya'daki SSCB cumhuriyetlerinin sağlık düzeyinde önemli bir kötüye gitme dönemi yaşanmış, salgınlar, cinayetler ve intiharlar artarak doğuştan beklenen yaşam süreleri bu ülkelerde azalmıştır (WHO, 1994; Kılıç, 2003).

Üçüncü özellik ise sağlık hizmetlerinde "başarı" ve "başarısızlık" durumlarını bir arada içeren ve günümüzde de hâlen süren ilginç bir dönemi başlatmasıdır (Field, 1989). Bu paradoksta başarı sağlık teknolojisindeki ilerleme ve küresel sağlık düzeyindeki düzelmelerle örneğin beklenen yaşam sürelerindeki

artışlar ve bebek-çocuk ölümlerindeki düşmelerle kendini gösterirken, kriz ve yetersizliklerse sağlıkta eşitsizliklerin artmasıyla ve zenginlerle yoksullar arasındaki uçurumun daha da büyümesiyle görülmektedir. Nitekim 1970'lerden sonraki dönem tüm dünyada bu gerekçelerle sağlık reformlarının başlangıç yılları olmuştur.

1970'li yıllarda sağlık sistemlerindeki değişimler

Sağlık sistemi, birbirleriyle mantıksal ve işlevsel bir bütünlük sağlayan temel bileşenlerin bir araya gelerek oluşturduğu ve birbirleriyle karşılıklı ve dinamik bir etkileşim içinde olan bir modelin, bir ülkenin veya ülkelerden oluşan bir grubun tamamına yayılmış hâlidir. 1970'lerden önce sağlık sistemleri Karl Evang'ın (1960) sınıflamasında olduğu gibi Batı Avrupa, Amerika, Sovyet Rusya ve Gelişmemiş Ülkeler gibi basitçe coğrafi ve ekonomik anlamda sınıflanıp 2-3 gruba ayrılırken, 1970-80'li yıllarda sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasıyla ilgili yaklaşımlar genellikle ekonomik ve ideolojik temeller üzerinde şekillenmeye başlamıştır. İlk kez Navarro 1978'de sağlık sistemlerinde Marx'a atıf yaparak bir sınıflama yapmak gerektiğini belirtmiş ancak kendisi bir sınıflama yapmamıştır. Daha sonra Ray Elling (1980) sağlık sistemlerini Marxist bakış açısıyla 5 gruba ayırmıştır (tam kapitalist, sosyal yönelimli kapitalist, kapitalist bağımlı, endüstrileşmiş sosyalist, sosyalist bağımsız). Milton Roemer (1991 ve 1993) ise 2 ciltlik sağlık sistemleri kitabında sağlık sistemlerini ekonomik (sanayileşmiş, gelişmekte olan, yoksul, petrol zengini) ve politik (girişimci, refah yönelimli, bütünsel, sosyalist) değişkenlere göre bir matriks şeklinde 16 gruba ayırarak en kapsamlı sınıflamayı yapmıştır. Mark Field (1989) tipolojisi (kendiliğinden, çoğulcu, sigorta, ulusal, sosyalist) ve Milton Terris (1980) sınıflaması da (ulusal, sigorta, kamu) literatüre geçen diğer sınıflama yöntemleri olmuştur (Rosenthal ve Frenkel, 1992; Kılıç ve Bumin 1993; Kılıç ve Aksakoğlu 1995). Dolayısıyla 1970 ve 80'li yıllar uluslararası sağlık kuruluşları ve sağlık politikası alanında çalışan yazarların sağlık sistemleri üzerine yoğun çalışmalar yaptığı yılların başlangıcı olarak dikkati çekmektedir.

1970'li yıllarda sağlık sistemlerinin 3 ana gruptan oluştuğunu görmekteyiz. Birinci grup ülkeler 1883 yılından beri Batı ve Orta Avrupa ülkelerinde yaygınlaşan ve "risk yaklaşımı" temeline oturan sosyal sigorta sistemlerinin (Bismarck Modeli) uygulandığı ülkelerdir. İkinci grup ülkeler 1917 Ekim Devrimiyle birlikte başlayan ve "toplum yaklaşımı" temeline oturan sosyalist sistemlerin (Semashko Modeli)

uygulandığı ülkelerdir. Üçüncü grup ise 1942 yılıyla birlikte Birleşik Krallık ülkelerinde başlayan ve sonra İskandinav ülkelerine de yayılan “*yurttaşlık temelli*” Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (Beveridge Modeli) uygulandığı ülkeler grubudur. Dolayısıyla 1970’li yıllar aslında dünyadaki sağlık sistemleri içinde artık en klasik şekilde belirginleşmiş bu 3 sağlık sisteminin bir anlamda birbirleriyle karşılaştırıldığı ve birbirlerine üstünlük sağlamaya çalıştığı, yarıştığı bir dönem olmuştur. Bir başka deyimle sosyalist blokla (Semashko Modeli) kapitalist blok (Bismarck-Beveridge Modelleri) arasındaki soğuk savaş sağlık sistemleri alanında da yaşanmıştır.

1970’li yıllarda dünyada sağlığın durumu

1970’li yıllarda dünyada sağlığın durumuna bakıldığında bunun en iyi 1978 yılındaki Alma-Ata konferans raporunda tarif edildiği görülmektedir. Konferans raporunun girişinde dünyada sağlığın varolan durumunun özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan yüzlerce milyon insan için kabul edilemez bir durumda olduğu ve dünya nüfusunun yarıdan fazlasının düzenli bir sağlık hizmeti alamadığına dikkat çekilmektedir. Özellikle ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde eşitsiz ve yetersiz bir kaynak dağılımından bahsedilmekte ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanması için tüm hükümetlerin bundan sorumlu olduğu belirtilmektedir (WHO, 1978).

Sağlık alanındaki eşitsizlikler 1970’li yıllarda en çok gündeme gelen konulardan birisidir. Özellikle 1980 yılında İngiltere’de yayınlanan “Black Report” (Kara Rapor) sanayileşmiş Batılı ülkelerde de sınıflar arası ciddi eşitsizlikler olduğunu göstermesi açısından çok çarpıcı olmuştur (Townsend ve Davidson, 1982). İngiltere ve Galler toplumunda yapılan çalışmada en üst sınıfla en alt sınıf arasında ölüm hızları açısından 2.5 kat fark bulunmuştur (bakınız Tablo 1). Bu durum en üst sınıfla en alt sınıf arasında yaşam süresi açısından erkeklerde 5.5, kadınlarda 5.3 yıla denk gelmektedir.

Eşitsizliklerle ilgili bir diğer çarpıcı veri doğuştan beklenen yaşam sürelerinde görülmektedir. Bu dönemde tüm dünyada doğuştan beklenen yaşam sürelerinin giderek artmakla birlikte bölgelere göre ülkeler arasındaki büyük farklılıkların devam ettiği görülmektedir (bakınız Tablo 2). Sahra Altı Afrika ülkelerinde beklenen yaşam süresi 1970-80 yılları arasında 43 yıldan 47 yıla çıkabilmişken, Avrupa, Kuzey Amerika, SSCB, Japonya ve Avustralya’da doğuştan beklenen yaşam süresi 1980 yılında 73 yıldır ve Afrika ülkeleriyle gelişmiş ülkeler arasında yaklaşık 30 yıl fark vardır (Thomas, 1995; World Bank, 1993). Bu dönemde Avrupa, Amerika, SSCB, Avustralya ve Japonya’daki beklenen yaşam süreleri en yakın grup olan L. Amerika ve D. Asya grubundan

Tablo 1. İngiltere ve Galler’de mesleki sınıflara göre ölüm hızları (1971)

Mesleki sınıf	Erkek (binde)	Kadın (binde)	BÖH* (binde)
I (Profesyonel)	3.98	2.15	12
II (Orta sınıf)	5.54	2.85	14
III N (Eğitilmiş-kol gücü olmadan)	5.80	2.76	15
III M (Eğitilmiş-kol gücü)	6.08	3.41	16
IV (Kısmen eğitilmiş)	7.96	4.27	20
V (Eğitimsiz)	9.88	5.31	31
Oran (V/I)	2.5	2.5	2.6

Kaynak: Townsend ve Davidson, 1982:49,63, *BÖH: Bebek ölüm hızı

Tablo 2. Bölgelere göre yaşam beklentisi (1960-1990)

Ülkeler	Doğuştan yaşam beklentisi Kadın		Doğuştan yaşam beklentisi Erkek	
	1970	1990	1970	1990
Sahra Altı Afrika	45	52	42	49
Orta Doğu-K. Afrika	54	65	52	63
Latin Amerika	63	71	58	65
Güney Asya	48	59	50	59
Doğu Asya-Pasifik	60	66	58	66
Yüksek gelir grubu	75	80	68	73
Tüm dünya ülkeleri	60	65	57	64

Kaynak: Thomas, 1995:56 ve World Bank, 1993:301

10-15 yıl, Orta Doğu-K. Afrika ülkelerinden 15-20 yıl, G. Asya ülkelerinden 20-25 yıl, Afrika ülkelerinden yaklaşık 30 yıl daha fazladır.

Doğuştaki beklenen yaşam süresini etkileyen en önemli faktörler gelir ve eğitim düzeyidir. Gerek yoksul, gerekse eğitimsiz toplumlarda başta bebek-çocuk ölümleri ve kazalar olmak üzere erken ölümler çok fazla görülmektedir. 1970'lerde Batı Avrupa, Kuzey Amerika, SSCB, Avustralya gibi bölgelerde okur yazarlık oranı %80-90 civarındayken, Orta Doğu ve Afrika ülkelerinde okur yazar oranının en iyi olduğu ülkelerde bile bu oranın %50'lerin üstüne çıkamadığı görülmüştür. Türkiye'nin okur-yazarlık oranının ise 1960-1980 arasında %40'dan %70'in üzerine çıkarken, yaşam süresinin ise 50'li yaşlardan ancak 60'lı yaşlara geldiği saptanmıştır (Thomas, 1995). Bu durum doğuştaki beklenen yaşam sürelerinin eğitim durumuyla çok yüksek oranda uyumlu olduğunu göstermektedir.

1970 yılların önemli dönüm noktalarından birisi de 1974 petrol krizidir. 1974 krizinden itibaren tüm ülkelerde kişi başına düşen gelir artışında bir yavaşlama olmuştur. Tablo 3'de bölgelere göre ülkelerdeki gelir artış hızıyla nüfus artış hızı arasındaki ilişki incelenmektedir. Yoksul ülkelerde kriz dönemlerinde dahi yüksek nüfus artışı olduğu görülmektedir. Nüfus Artış Hızları, Sahra Altı Afrika, Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde bu dönemde düzenli olarak artarken kişi başına düşen ulusal gelir artışı ise aynı dönemlerde Sahra Altı Afrika, Latin Amerika, Ortadoğu ve K. Afrika ülkelerinde keskin düşüşler göstermiş, 1980'den sonra eksilere gelmiştir. Bu durum ekonomik sıkıntı yaşayan ülkelerdeki nüfus artışının klasik bir kısır döngü yarattığını göstermektedir. Yoksul ülkeler toplumu, yüksek doğurganlık ve genç nüfusla ayakta tutmaya çalışmaktadır.

Dolayısıyla nüfus artışının yüksek olduğu Afrika ve Asya ülkelerinde dikkati çeken temel özellik yüksek bebek ölümleridir. Bebek ölümünün yüksek olması

bu ülkelerde ailelerin daha fazla doğurgan olmasına yol açmaktadır. Özellikle aile içi emeğin yoğun olduğu kırsal alanlarda çok çocuk doğurmak ve yüksek çocuk ölümleri ne yazık ki bir kısır döngü yaratmaktadır. Nitekim 1970'li yıllarda nüfus artış hızlarına bakıldığında özellikle Afrika ülkelerinde nüfus artış hızının yıllık %2.5-3 arasında seyrettiği ve tüm dünyada en yüksek hıza sahip olduğu ve hızla artmaya devam ettiği görülmektedir. Bu dönemde diğer tüm bölge ülkelerinde nüfus artış hızı düşmeye başlamıştır (UNICEF, 1983).

1970'li yılların en önemli özelliklerinden birisi sağ-lıkta eşitsizliklerin azaltılması yönünde ortak bir karar birliğine varılmış olmasıdır. Nitekim Alma-Ata toplantısında ve sonuç bildirgesinde eşitsizliklerle mücadeleye özel bir yer ayrılmıştır. Ancak UNDP (United Nations Development Programme) verilerine göre 1960-1990 arasındaki 3 dekatlık dönemde Kuzey (Birinci Dünya Ülkeleri) ile Güney (Üçüncü Dünya Ülkeleri) arasındaki eşitsizlik kısmen azalsa da büyük oranda devam etmiştir. Bu dönemde bebek ölümlerinin 3. Dünya ülkelerinde binde 150'nin üzerinde olduğu (Kuzey'in 3 katından fazla), sağlıklı suya erişimin Kuzeyde %100 iken, Güney ülkelerinde %50'lerde kaldığı, günlük beslenme gereksiniminin tam olarak karşılanamadığı saptanmıştır. UNDP'nin aynı çalışmasında ülkeler arasında özellikle bilim ve teknoloji alanındaki (telefon, bilgisayar, araştırma-bilim bütçeleri vb) eşitsizliklerin ise daha da büyük olduğu görülmektedir. Beklenen yaşam süresi, gelir ve eğitim değişkenlerine göre hesaplanan İnsani Gelişim İndeksi (HDI) verilerine göre de ülkeler arasında eşitsizlikler bu dönemde ciddi bir düzeydedir. Birinci Dünya ülkelerinin HDI verileri 0.8-0.9 arasında değişirken (en üst değer 1.0) aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 3. Dünya ülkelerinde bu değer 0.2-0.6 arasında değişmektedir. Nijer, Nijerya, Zaire ve Bangladeş gibi ülkelerin HDI değerleri ise 0.1-0.2 arasında olup en alt değer olan 0'a çok yakındır (UNDP, 1992).

Tablo 3. Dünyada nüfus ve kişi başına düşen ulusal gelir artış hızları (1965-90)

Ülkeler	Nüfus (milyon kişi)			Nüfus artış hızı (%)		Kişi başı ulusal gelir artışı (%)		
	1965	1973	1980	1965-73	1973-80	1965-73	1973-80	1980-90
Sahra Altı Afrika	233	288	351	2.7	2.9	1.7	0.9	-1.3
Orta Doğu-K.Afrika	114	141	173	2.8	3.0	6.0	1.7	-2.5
Latin Amerika	249	305	358	2.6	2.4	4.6	2.2	-0.4
Güney Asya	632	765	903	2.4	2.4	1.2	1.7	3.2
Doğu Asya-Pasifik	1009	1240	1399	2.6	1.7	5.0	4.8	6.2
Yüksek Gelir Grubu	671	725	766	1.0	0.8	3.7	2.1	2.3
Tüm Dünya Ülkeleri	3281	3895	4428	2.2	1.8	2.8	1.3	1.2

Kaynak: World Bank, 1993: 199

Gerek doğuşta beklenen yaşam süresi, gerek doğurganlığın aşırı artışı, gerekse HDI değerlerinin düşüklüğü aslında daha önce de vurgulandığı üzere bebek ölümleriyle yakından ilişkilidir. Tüm ülkelerde Bebek Ölüm Hızı (BÖH) düştükçe diğer sağlık düzeyi göstergelerinin de düzeldiği görülmektedir. 1975-80 arasında dünyada en çok bebek ölümünün Hindistan'da (yılda yaklaşık 3 milyon bebek ölümü) olduğu görülmektedir. Daha sonra Çin yıllık 1 milyon bebek ölümü ile gelmekte. Bunu Bangladeş, Nijerya, Endonezya ve Pakistan izlemektedir. Hindistan bu dönemde dünyadaki tüm bebek ölümlerinin %27.6'sının gerçekleştiği bir ülkedir. Nitekim Güney Doğu Asya ülkeleri de toplam bebek ölümlerinin yarısından fazlasının gerçekleştiği bir bölge olarak dikkati çekmektedir. Türkiye yıllık 195.000 bebek ölümüyle 1970'li yıllarda dünyada en çok bebek ölümü görülen ülkeler arasında 10. sıradadır (UNICEF, 1983). Bebek, Çocuk, Anne ölüm hızları bölgelere göre toplu olarak Tablo 4'te verilmiştir. Sahra Altı Afrika ülkelerindeki anne ölüm hızı yüksek gelir grubunun yaklaşık 20 katı fazladır. Afrika ülkelerinin düşük nicelik ve nitelikteki gebe izlemi ve yetersiz koşullardaki doğumlar nedeniyle neredeyse her yüz gebelikten birisi annenin ölümüyle sonuçlanmaktadır. Toplam Doğurganlık Hızı ise 7 civarındadır. Aynı durum Güney Asya bölgesinde yer alan Hindistan ve Bangladeş gibi ülkeler için de geçerlidir. Tüm çabalara karşın 1960-90 arası 30 yıllık dönemde bu alanda çok fazla bir ilerleme sağlanamamıştır (bakınız Tablo 4).

Bu dönemde bebek ölümlerinin altında yatan en önemli neden 2500 gramın altında doğan bebekler yani düşük doğum ağırlığıdır (DDA). Bu dönemde DDA olan bebeklerin %90'ının da Asya ve Afrika ülkelerinde olduğu saptanmıştır (UNICEF, 1983). DDA'lı bebeklerin immün sistemleri daha yetersiz olmakta ve enfeksiyonlar daha ciddi seyretmektedir. İkinci neden bu bebeklerin emzirilse bile daha

çok malnutrisyon yaşamalarıdır. Bunun da temel nedeni aslında annelerin de kötü beslenmesidir. 1970'li yıllarda yapılan bir çalışmada Hindistan'daki annelerin gebelik sırasında günlük 2500 kalori yerine ortalama 1400 kalori alabildikleri saptanmıştır (UNICEF, 1983). Annenin düşük sosyo-ekonomik düzeyi yeterince beslenememesine neden olmakta, böylece hem gebelik sırasında annede anemi olmasına ve DDA bebeğe hem de bebek doğduktan sonra laktasyon yetersizliğine ve malnutrisyona yol açmaktadır. Ayrıca bu anne ve bebeklerin sıtma, dizanteri, parazitler, tüberküloz gibi hastalıklarla daha çok karşılaşması ölümleri artırmaktadır. Dolayısıyla annelerin beslenme sorunları, DDA ve enfeksiyonlar bebek ölümlerini artırırken, bu ülkelerdeki annelerin yüksek doğurganlık hızı da bir kısır döngüye yol açmaktadır. İki yıldan daha kısa sürede tekrarlayan gebelikler hem annelerde, hem bebeklerde ölüm hızlarını artırmaktadır. Bebek ölümlerinin azalması ve bu kısır döngünün kırılması ancak sosyo-ekonomik düzeyin geliştirilmesi ile mümkün olabilir. 1970-88 arasında 58 ülkede yapılan bir çalışmada kişi başına düşen gelirin her %10'luk artışında 5 yaş altı çocuk ölümlerinde yaklaşık %2-3.5 arasında bir düşme sağlandığı saptanmıştır (World Bank, 1993).

Alma-Ata toplantısı sonrası DSÖ tarafından yapılan değerlendirme toplantılarında tüm çabalara karşın ana-çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere sağlıkta sorunların devam ettiği saptanmıştır. Örneğin bağışıklama oranları gelişmekte olan ülkelere 1980'li yılların başında bile hâlen %50'lere çıkamamıştır (WHO, 1997). Karma aşı ve çocuk felcinde aşılı çocuk oranı Sahra Altı Afrika ülkelerinde ise ancak 1995 yılında %51 olabilmiştir (UNICEF, 1997). Bir diğer önemli kadın sağlığı sorunu Afrika ülkelerinde görülen kadın genital mutilasyonudur. UNICEF'in 2006 yılı raporuna göre 1970'li yıllarda Afrika'da kız çocuklarının genital mutilasyon

Tablo 4. Bölgelere göre sağlık düzeyi göstergeleri (1960-1991)

Ülkeler	BÖH ¹ (binde)		AÖH ² (yüzbinde)	5YAÇÖÖ ³ ort. yıllık düşüş (%)	TDH ⁴
	1970	1991	1988	1960-1990	1970
Sahra Altı Afrika	144	104	686	1.3	6.6
Orta Doğu-K.Afrika	135	60	151	3.7	6.8
Güney Asya	138	92	444	2.1	4.2
Doğu Asya-Pasifik	76	42	195	4.3	2.7
Latin Amerika	82	44	162	3.5	5.2
Yüksek Gelir Grubu	20	8	30	4.5	2.5
Tüm Dünya Ülkeleri	85	53	237	2.4	5.0

Kaynaklar: World Bank, 1993:293, 301, 291 ve UNICEF, 2004:145

¹BÖH:Bebek ölüm hızı, ²AÖH:Anne ölüm hızı, ³5YAÇÖÖ: 5 yaş altı çocuk ölüm oranı, ⁴TDH:Toplam doğurganlık hızı

Tablo 5. Bölgelere göre sağlık insangücü ve sağlık harcamaları (1970-1990)

Ülkeler	Hekim (nüfus başına)		Hemşire (nüfus başına)		Sağlık harcamaları (%GDP ¹)	
	1970	1990	1970	1990	1970	1990
Sahra Altı Afrika	31.730	23.540	3.460		0.7	2.4
Orta Doğu-K.Afrika	6.410	2.240	1.940		1.0	2.9
Güney Asya	6.120	2.930	10.150		0.5	1.4
Doğu Asya-Pasifik	15.760	6.170	2.720		1.0	2.2
Latin Amerika	2.020	1.180	2.640		1.3	2.4
Yüksek Gelir Grubu	710	420	220		5.3	8.0
Tüm Dünya Ülkeleri	7.640	3.980	3.940		?	?

Kaynaklar: World Bank, 1993:293, 259; UNDP, 1998:207 ve OECD, 1994:37, ¹GDP:Gross Domestic Product-Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

oranları Gine'de %99, Mısır'da %97, Mali'de %92, Sudan'da %90, Eritre'de %89, Etyopya'da %80, Burkina Faso'da %77'dir. Yoğun çabalara ve yasaklanmasına karşın kız çocuklarında genital mutilasyon oranları 2000'li yıllarda bile Afrika'da hâlen %24 oranındadır (**UNICEF, 2006**).

Bu dönemde ilginç bir gelişmede anne sütü ve emzirme konusunda yaşanmıştır. 1970'li yıllardan önce Batılı zengin ülkelerde annelerin emzirme oranları azalmış, bebekler mama ile beslenmeye başlamıştır. Kuzey Avrupa ülkelerinde 1970'lerin başında emzirme oranı %30'a kadar düşmüştür. Norveç'te yapılan bir çalışmada 1950'de %70 olan emzirme oranının 1970'de %20'ye düştüğü saptanmıştır. Ancak 1970'ler bu hatadan dönülme dekatı olmuş, 1980'lerin başında tüm endüstrileşmiş ülkelerde emzirme oranı tekrar %90'a çıkmıştır (**UNICEF, 1983**).

1970'li yıllar açlık ve kıtlık tarihi açısından da üzücü verilere sahiptir. Bangladeş'in neredeyse yarısını etkileyen 1974 sel baskınından sonra pirinç fiyatlarındaki artış ve hükümetin depolardaki pirinç yok-sullara dağıtmak yerine Hindistan'a satması sonucu Bangladeş'te sokak ölümleri meydana gelmiş ve toplam 70.000 kişi ölmüştür. Benzer şekilde 1973 yılında Etyopya'daki kuraklık sonrası hükümet turizm gelirleri etkilenmesin diye bunu gizlemiş ve ilk aşamada 100.000 kişi, toplamda ise bir milyon kişi açlıktan ölmüştür. Aynı dönemde Sudan'daki kuraklık sonrası iki dekat boyunca toplam 20 milyon insan açlıktan hayatını kaybetmiştir. 1975-79 yılları arasında Kamboçya'da Kızıl Kimer'lerin isyan hareketi sırasında 1 milyon kişinin açlıktan hayatını kaybettiği sanılmaktadır (**Thomas, 1995**). Bu dönemde Afrika ve Asya'da kadınların yaklaşık %30-50'sinin beslenmeye bağlı anemi sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Kuşkusuz bu felaketler aynı zamanda günümüzde daha yoğun bir şekilde fark ettiğimiz çevre sorunlarının

da aslında 1970'lerde başladığını göstermektedir. İklim değişikliği ve yol açtığı felaketler sanayileşmenin tamamlandığı ve en yoğun şekilde yaşandığı 1970'li yıllarda açlık, göç ve buna bağlı iç savaşlarla kendisini göstermeye başlamıştır. Sanayileşmenin getirdiği bir başka sağlık sorunu kuşkusuz işçi sağlığı üzerinedir. Bu dönemde maden işçilerinin %7-30'unda, pamuk işçilerinin %5-30'unda pulmoner problemler ve silikozis görülmektedir. Latin Amerika ülkelerinde yapılan bir çalışmada çiftçilerin %6'sının pestisitlerden etkilenerek nörolojik sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Fabrika işçilerinin %67'sinde gürültüye bağlı işitme sorunu, kimya sektöründe çalışan işçilerin ise %17-86'sında kontakt dermatit saptanmıştır. Yapılan çalışmalar işçilerdeki kanserlerin de en az %5'inin çalışma ortamındaki zararlılardan kaynaklandığını göstermektedir (**WHO, 1997**).

Bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar 1970'lerde de sorun olmaya devam ediyordu. Büyük çoğunluğunu Afrika ülkelerinin oluşturduğu iki milyardan fazla insan bu dönemde sıtma hastalığıyla yaşamış ve her yıl 2 milyon insan sıtmadan yaşamını kaybetmiştir. Kolera salgınları G. Asya ve L. Amerika'da milyonlarca ölüme yol açmış, basit bir göz enfeksiyonu olan trahom hastalığı yaklaşık yarım milyar insanı etkilemiş ve 6 milyon kişi trahom nedeniyle görmesini kaybetmiştir (**Thomas, 1995**). Sıtma, kolera, tüberküloz hastalıkları salgınlar yapmaya devam ederken, diğer yandan yaşanan dünya nüfusu ve yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklarda da artışlar yaşanmaya başlamıştır. Özellikle diyabetes mellitus, kanserler, kalp-damar hastalıklarının hastalık yükü tüm dünyada bu dönemde artmaya başlamıştır. Ancak 3. Dünya ülkelerinin esas sorunlarından birisi zaten kısıtlı olan bütçelerinin %10-30'unu askeri harcamalara ayırmalarıdır. 1960-1988 arasında Irak, İran, Yemen, Angola, Ürdün, Libya ve Suriye gibi yoksul ülkeler bütçelerinin %10-30'unu askeri harcamalara ayırırken, sağlık ve

eğitim harcamaları %5-15 arasında gerçekleşmiştir. Bu dönemde yapılan çalışmalarda 3. Dünya Ülkelerinin askeri harcamalarının Batı ülkelerinden daha hızlı arttığı saptanmıştır. Türkiye bu dönemde yaklaşık %5 askeri harcama yaparken sağlık ve eğitime toplam %2.5 pay ayırmıştır. ABD ise bu dönemde askeri harcamalara %6, Fransa %4 pay ayırmıştır (Thomas, 1995).

1970'li yılların özellikle üçüncü dünya ülkeleri açısından en büyük sorunu kuşkusuz yetişmiş sağlık insangücü ve özellikle doktor sayısındaki azlıktır. Bu dönem sanayileşmiş Batılı kapitalist ülkeler ve sosyalist blokta SSCB ve Küba hariç diğer tüm ülkeler için insangücü açısından sıkıntılı olmuştur. Tablo-5'de de görüldüğü gibi Sahra Altı Afrika ülkelerinde 1970 yılında yaklaşık her 30.000 kişiye bir hekim düşerken, Doğu Asya ülkelerinde bu oran 15.000 kişiye bir hekim olmuştur. Oysa aynı dönemde sanayileşmiş yüksek gelir grubu ülkelerinde her 710 kişiye bir hekim düşerken, SSCB'de ise her 317 kişiye bir hekim düşmekteydi (Kaser, 1976).

Benzer şekilde sağlık harcamaları da 1970 yılında Gayri Safi Yurt İçi ulusal gelir içinde yüksek gelir grubu hariç tutulduğunda dünyanın geri kalmış ülkelerinde %1 civarındaydı ve aynı oran 1990'larda %2-3 arasında ancak gerçekleşebilmişti. Oysa yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay 1970'de %5.3, 1990'da %8.0 olmuştur. SSCB'de ise bu oran 1970'de %2.8 olmuş, Comecon ülkelerinde ise en yüksek olarak %5.7 ile D. Almanya'da gerçekleşmiştir (Kaser, 1976). Ek olarak sağlık harcamalarında en önemli belirleyicilerden bir başkası sağlık harcamalarının kamu tarafından karşılanma oranlarıdır. Bu oran 1973 yılında SSCB'de %96 ve diğer Comecon ülkelerinde ise ortalama %89 olarak gerçekleşmiştir (Kaser, 1976). Aynı dönemde bu oran Batılı Avrupa ülkelerinde yaklaşık %75, Türkiye'de ise %60 dolayında gerçekleşmiştir (WHO, 1994; OECD, 1994). Oysa sağlık harcamalarında kamu oranı 1970'li yılların sonu ile 1980'li yılların başında Bangladeş'te %13, Uganda'da %20, Filipinler'de %26, Gana'da %27, Pakistan'da %29, Endonezya'da %38, Sri-Lanka'da %55, Çin %68, Meksika'da %69'dur. Bu tabloya Batılı gelişmiş ülkelerden aykırı tek veri %42 kamu oranıyla ABD'den gelmiştir (Roemer, 1991).

1978-81 yılları arasında özel hastane yatağı oranı gelişmiş ülkelerden Kanada'da %2, İsveç'te %5, İsviçre'de %7, İngiltere'de %8, ABD'de %10, Almanya'da %12, Fransa'da %16, İspanya'da %18, Yunanistan'da %41, Japonya'da %59'dur. Gelişmekte olan ülkelerde ise Gana'da %2, Kosta Rika'da %2, Türkiye'de %4,

Tayland'da %5, Guatemala'da %7, Şili'de %7, Peru'da %12, Pakistan'da %16, Suriye'de %20, Endonezya'da %26, Ürdün'de %28 ve Filipinler'de %54'tür (Roemer, 1993). Ancak özel hastane yatak sayıları bu dönem için dikkatle değerlendirilmelidir. Örneğin ABD'de kâr amacı gütmeyen hükümet dışı kuruluşların yatakları özel hastane statüsünde değerlendirilmemiştir. Gana gibi Afrika ülkelerinde ise zaten yatak sayısı çok kısıtlıdır ve özel sektör bu alanda faaliyet göstermemektedir.

Sonuç

Alma-Ata konferansıyla şekillenen 1970'li yıllar tüm ülkelerde bir TSH hareketinin başlamasına yol açmıştır. Bu hareket özellikle sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılık, kamu kaynaklarının sağlık hizmetlerine daha fazla ayrılması ve sağlıkta eşitlik hedeflerine odaklanmıştır. Bu hedeflerin başarılmasında TSH hareketi özellikle toplum katılımı, sektörler arası işbirliği ve kaynakların maliyet etkili bir şekilde kullanılmasını önermektedir (WHO, 1997). Ancak bu dönem başarı kadar başarısızlıkların da yaşandığı bir dönem olmuştur. TSH yaklaşımının tüm dünyada benimsenmesi, sağlık düzeyi göstergelerinin giderek iyileşmesinin yanı sıra 1970'lerin ortasında başlayan ekonomik kriz nedeniyle özellikle yoksul ülkelerde en ciddi başarısızlıklar bulaşıcı hastalıklar ve eşitsizlikler alanında yaşanmıştır. Özellikle DSÖ tarafının Alma-Ata sonrası dönemi sürekli masaya yatırdığı ve bu alanda pek çok değerlendirme yaptığı görülmektedir (Kılıç, 2009). Ayrıca bu dönem sonrasında ekonomik kriz nedeniyle DSÖ Avrupa Bölgesi ve OECD ülkeleri de giderek artan sağlık harcamaları nedeniyle, sosyal sigorta ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası uygulamaları başta olmak üzere finansman yöntemlerinde bazı değişikliklere gitmeye başlamışlardır. Bu nedenle kapitalist dünyada Beveridge ve Bismarck sistemlerinin harmanlandığı karma modeller ortaya çıkmaya başlamıştır (Kılıç, 2007). Bu dönemin en acı sonuçları ise SSCB'nin parçalanmasıyla birlikte ortaya çıkan Yeni Bağımsız eski sosyalist Asya devletlerinin (Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan, Kazakistan, Türkmenistan, Kırgızistan) sağlık harcamalarında son derece yetersiz kalmaları olmuştur. Bu ülkelerde cepten yapılan harcamalar hâlen %70-80 oranlarıyla dünyadaki en yüksek miktarlardadır. Rusya Federasyonu'nda ise alkol sorunu, cinayetler, intiharlar ve kazalarda önemli bir artış meydana gelmiştir (WHO, 1994; Kılıç, 2003). Sonuç olarak 1970'li yıllar tüm dünyada sağlık sistemlerinde eşitsizliklerin artarak devam ettiği, finansmanda ise sigorta ve bütçe uygulamalarını karma bir şekilde uygulayan kapitalist finansman modellerine dönüştüğü bir dönem olarak görülmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın kuşkusuz önemli kısıtlılıkları vardır. Bunun başında 50 yıl öncesine dair bir değerlendirme yapmak gelmektedir. Döneme ait güvenilir kaynaklara ulaşma zorluğu kadar, 1970-80'lerde toplanan sağlık istatistiklerinin güvenilirliği de ayrı bir kısıtlılıktır. Ülkelerin tarihsel ve kültürel özelliklerini, insanların gündelik yaşam koşullarını dikkate almadan sadece sağlık istatistiklerini karşılaştırmak her zaman sorunlu bir alan olmuştur. Toplanan verilerin hangi tekniklerle toplandığı, ne ölçüde standardize edildiği bildik diğer sorunlardır. Bu nedenle gerek verilerle ilgili, gerekse ülkelerle ilgili değerlendirmelerin bu eksiklikler dikkate alınarak yapılması rica olunur.

Kaynaklar

- Elling, R.H.** (1980) *Cross National Study of Health Systems*. Transaction Inc, NJ.
- Evang, K.** (1960) *Health Service, Society and Medicine*. Oxford Univ Press, London.
- Field, M.** (1989) *Success and Crisis in National Health Systems: A comparative approach*. Routledge, NewYork.
- Kaser, M.** (1976) *Health care in the Soviet Union and Eastern Europe*. Croom Helm Ltd, London
- Kılıç, B., Bumin, Ç.** (1993) Sağlık Sistemleri. *Toplum ve Hekim*; 1993; c:8, no:53, s:41-47.
- Kılıç, B., Aksakoğlu, G.** (1995) Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar. *Toplum ve Hekim*; 1995; c:9, no:64-65, s:4-13.
- Kılıç, B.** (2003) Kapitalistleşen Avrupa Bölgesi Eski Sosyalist Ülkelerinin Sağlık Düzeyi Göstergeleri. *Toplum ve Hekim*; c:18, sayı:3, s:217-231.
- Kılıç, B.** (2007) Sağlık sistemlerinde finansman ve ödeme biçimleri (ABD ve Almanya örnekleri). V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Sempozyum kitabı içinde, sayfa:13-23, Manisa.
- Kılıç, B.** (2009) Alma-Ata'dan 30 yıl sonra gelinen nokta: Temel sağlık hizmetleri kavramı değişti. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Sempozyum kitabı içinde, sayfa:2-7, İzmir.
- Navarro, V.** (1978) *Class, Struggle, State and Medicine*. Prodist, NewYork.
- OECD** (1994) *The reform of health care systems, a review of seventeen OECD countries*. France.
- Roemer, M.I.** (1991) *National Health Systems of the World. vol 1: The Countries*, Oxford Univ.Press, NY, USA.
- Roemer, M.I.** (1993) *National Health Systems of the World. vol 2: The Issues*, Oxford Univ. Press, NY, USA.
- Rosenthal, M.M., Frenkel, M.** (1992) *Health Care Systems and Their Patients*. Westview Press, USA.
- Sol Meclis Sağlık Komisyonu** (2002) *Sosyalist Türkiye'de Sağlık*. Nazım Kültürevi Yayınları, İstanbul.
- Terris, M.** (1980) *The Three World Systems of Medical care: Trends and Prospects*. *World Health Forum*, 1:78-86.
- Thomas, A.** (1995) *Third World Atlas. 2nd ed.* Taylor&Francis, USA.
- Townsend P, Davidson, N.** (1982) *The Black Report*. Pelican Books, London.
- UNDP** (1992) *Human Development Report 1992*. Oxford University Press, NY, USA.
- UNDP** (1998) *Human Development Report 1998*. Oxford University Press, NY, USA.
- UNICEF** (1983) *The State of The World's Children 1984*. Oxford University Press, NY, USA.
- UNICEF** (1997) *The State of The World's Children 1997*. Oxford University Press, NY, USA.
- UNICEF** (2004) *The State of The World's Children 2005*. Oxford University Press, NY, USA.
- UNICEF** (2006) *The State of The World's Children 2006*. Oxford University Press, NY, USA.
- WHO** (1978) *Alma-Ata 1978, Primary Health Care*. *Health for All series no:1*, Geneva.
- WHO** (1994) *Health in Europe*. WHO Regional Office for Europe, No:56, Copenhagen.
- WHO** (1997) *Primary health care concepts and challenges in a changing world, Alma-Ata revisited*. *Current Concerns ARA paper no7*, WHO/ARA/CC/97.1, Geneva.
- World Bank** (1993) *World Development Report 1993, Investing in Health*. Oxford University Press, NY, USA.