

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ TOPLUM SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ AÇISINDAN PERFORMANSI

Kayıhan PALA*

Özet: Bu makalede, Sağlıkta Dönüşüm Programının toplum sağlığı göstergeleri açısından performansı değerlendirilmiştir. Değerlendirmede doğumda beklenen yaşam ümidi, bebek ölüm hızı, sağlıkla ilgili sosyal güvencenin kapsamı, aşılama oranı, bulaşıcı hastalıklar, tarama programları ve sağlık hizmetlerine özgü kalite göstergeleri kullanılmıştır. Elde edilebilen verilere göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı toplum sağlığı göstergelerinde önemli bir iyileştirme sağlamamıştır. Türkiye bugün toplum sağlığı ile ilgili göstergelerde gelişmiş ülkelerin epeyce gerisindedir.

Anahtar sözcükler: sağlıkta dönüşüm programı, toplum sağlığı göstergeleri, performans

The Performance of The Health Transformation Program in Terms of Public Health Indicators

Abstract: In this paper, the performance of the Health Transformation Program in terms of public health indicators are evaluated. In this assessment life expectancy at birth, infant mortality rate, the scope of social security related to health, immunization rates, infectious diseases, screening programs and healthcare quality indicators are used. According to available data, the Health Transformation Program has not provided a significant improvement in community health indicators. Today, Turkey is far behind the developed countries in public health indicators.

Key words: health transformation program, community health indicators, performance

Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adıyla yürürlüğe konulan neoliberal sağlık reformları, temel olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması, kamusal birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve bunun yerine birinci basamağın özelleştirilmesi yaklaşımına uygun bir aile hekimliği modeline geçilmesi ve kamu hastanelerinin işletme haline dönüştürülerek piyasalaştırılması uygulamalarını içermektedir.

Bu yazıda, Sağlıkta Dönüşüm Programının toplum sağlığı göstergeleri açısından performansı değerlendirilecektir. Ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programının toplum sağlığı göstergeleri açısından değerlendirilmesinden önce, ülkemizdeki sağlık istatistikleri ile ilgili yaşanan sorunlara kısaca göz atmakta yarar bulunmaktadır.

Sağlık istatistiklerine ilişkin sorunlar

Ülkemizde sağlık istatistikleri uzun yıllardır sorunludur (Pala, 2013; Pala, 2014a). 1990 yılında

gerçekleştirilen Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması, ülke çapında mevcut veri kaynaklarının ciddi eksik sayım ve raporlama hatalarına sahip olduğunu, demografik ve epidemiyolojik verilerin birbirleriyle uyumlu olmadığını, eksik veya hiç bulunmadığını ortaya koymuştur (DPT, 1990).

Aradan uzun yıllar geçmiş olmasına karşın, bugün halen Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistik yıllıklarının kimi sorunlar içerdiği gözlenmektedir. 2014 yılının sonuna doğru yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, bu sorunları bir kez daha ortaya çıkarmıştır. AKP iktidarı döneminde gözlenen sağlık istatistikleriyle ilgili sorunlar ana başlıklarıyla şöyle sıralanabilir (Pala, 2014a):

1. Aynı yıllara ilişkin sağlık istatistikleri Sağlık Bakanlığı tarafından istatistik yıllıklarında farklı sayılarla yayınlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012). Örneğin; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010’da 2008 yılı için binde 17,0 olarak verilen bebek ölüm hızı, bir sonraki yıl yayınlanan istatistik yılığında binde 12,1 olarak verilmiştir (Tablo 1).

*Prof., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarında bebek ölüm hızı

İstatistik Yıllığı	Bebek ölüm hızı (Binde)		
	2008	2009	2010
Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010	17,0	13,1	10,1
Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011	12,1	10,2	7,8

2. İstatistik yıllıkları kuramsal yanlışlar içermektedir. Bir örnek olarak Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013'te 24. sayfada yer alan "Beş yaş altı ölüm hızı" verilebilir (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). Beş Yaş Altı Ölüm Hızının hesaplanmasında paydada beş yaş altı çocuk sayısı değil, aynı yıl içerisinde gerçekleşen canlı doğum sayısı yer almalıdır. Benzer biçimde bebek ve çocuk ölümlerinin hesaplanması da yanlışlıklar içermektedir. Sağlık Bakanlığı "*Bebek, Perinatal, Neonatal, Postneonatal ve Beş yaş altı çocuk ölüm hızları hesaplanırken 28 hafta ve üzeri veya 1.000 gr ve üzeri ölümler dikkate alındı*" açıklamasıyla sağlık istatistiklerinin bilimsel olarak hesaplanmadığını itiraf etmektedir. Çünkü bebek ve çocuk ölümleri hesaplanırken 28 hafta ve 1.000 gr ve üzeri ölümler gibi kurallar söz konusu değildir. Eğer 1.000 gr ve üzeri ölümler dikkate alınacaksa hesaplanan hız bebek ölüm hızı olarak değil, "Doğum ağırlığına özgü ölüm hızı (The Birth Weight Specific Mortality Rate)" olarak verilmelidir.

3. İstatistik yıllıklarında yer alan bazı kaynaklar belirsizdir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011'de bebek ölüm hızı için kullanılan verinin kaynağını 14. sayfada "*Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012*" olarak açıklamaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2012**). 2011 yılı verisinin 2012 araştırması ile sunulması bir yana, bu adla yayınlanmış her hangi bir araştırma yoktur.

4. Ülkemizde toplanan veriler, çeşitli yöntemlerle yapılan kestirimler ve saha araştırmalarının sonuçları Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerinden farklılık göstermektedir. Bir örnek olarak, bebek ölüm hızı verilebilir. Sağlık Bakanlığı 2010 yılı için bebek ölüm hızını binde 7,8 olarak açıklarken (**Sağlık Bakanlığı, 2011**) aynı yıl için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) binde 12,1 olarak açıklamaktadır (**TÜİK, 2012**). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından toplanan veriler Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan değere göre ülkemizde bebek ölüm hızının en azından %57 daha yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'de bebek ölüm hızı OECD tarafından 2010 (ya da en yakın yıl) için binde 13,6 (**OECD, 2012**), Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise 2010 yılı için binde 12 olarak açıklanmaktadır (**WHO, 2012**). Tüm bu sonuçlar Sağlık Bakanlığı

tarafından Türkiye için 2010 yılında binde 7,8 olarak açıklanan bebek ölüm hızının gerçeği yansıtmaktan uzak olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. 2013 yılı verilerine bakıldığında da benzer bir sonuç gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı 2013 yılı için bebek ölüm hızını binde 7,8 olarak açıklarken (**Sağlık Bakanlığı, 2014**), TÜİK binde 10,8 (**TÜİK, 2014**) ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması binde 13,6 olarak açıklamaktadır (**TNSA, 2014**). TÜİK, 2014 yılı için bebek ölüm hızının binde 11,1'e yükseldiğini belirterek artışa dikkat çekmiştir (**TÜİK, 2015**).

5. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiklerdeki yanlışlıklar yalnızca bebek ölüm hızı ve diğer hızların hesaplanmasıyla sınırlı değildir. Hastalıkların olgu sayılarıyla ilgili de sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı yurt çapındaki tifo olgu sayısını 2008 yılı için toplam 183 olgu olarak yayınlamıştır (**THSK, 2014**). Oysa aynı yıl içerisinde yalnızca Van Ercek salgınında tanı konulan tifo olgu sayısı 867'dir (**Aypak, 2010**).

6. Sağlık Bakanlığı bazı olumsuz verileri gözden kaçırmak/saklamak amacıyla istatistik yıllıklarında yöntem değişikliği yapmaktadır. Bu konuda çarpıcı örnek olarak ameliyat sayıları verilebilir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010'da 2010 yılı için 8,6 milyon olarak verilen toplam ameliyat sayısı; aynı yıl için Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011'de 3,8 milyon olarak verilmiştir (Tablo 2).

Sağlık Bakanlığı bu farklılığı ameliyat sınıflandırmalarında Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Sağlık Müdahalesi Sınıflamasının baz alınmasıyla açıklamaktadır. Bu sınıflamaya göre tanı amaçlı ve küçük cerrahi girişimler ameliyatlar içerisinde yer almaktadır. Bu sınıflamada yapılan tanıma uygun olarak ameliyat (A, B ve C grubu) sayılarının hesaplandığı belirtilmektedir. Bir başka deyişle artık D (orta ameliyatlar ve girişimler) ve E (küçük ameliyatlar ve girişimler) grubu ameliyatlar sağlık istatistikleri yıllıklarında gösterilmemektedir. Bu konunun ayrıntılı olarak incelenmesi ve neden böyle bir sınıflama değişikliğinin tercih edildiğinin açıklanması gerekir. Çünkü ameliyat sayılarının verilmesi ile ilgili sınıflama değişikliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı nedeniyle artan cerrahi girişimlerin göz

Tablo 2. Sağlık istatistik yıllıklarında toplam ameliyat sayıları

Yıllar	Toplam ameliyat sayıları			
	Sağlık İstatistik Yıllığı 2010	Sağlık İstatistik Yıllığı 2011	Sağlık İstatistik Yıllığı 2012	Sağlık İstatistik Yıllığı 2013
2002	2.053.651	1.598.362	1.598.362	1.598.362
2007	5.150.476	3.564.985	--	--
2009	7.149.616	3.508.253	3.508.253	3.508.253
2010	8.614.789	3.830.727	3.830.727	3.830.727
2011		4.200.577	4.200.577	4.200.577
2012			4.410.218	4.410.218
2013				4.684.237

önüne çıkarılmasını saklar niteliktedir. Ülkemizde 2002 yılında toplam ameliyatlar içerisinde küçük ameliyatların oranı %22,2 iken bu oran 2010 yılında neredeyse iki kat artış göstererek %55,5'e yükselmiştir (Tablo 2).

Sağlık istatistik yıllıklarından farklı olarak, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yayınlanan kamu hastaneleri istatistik yıllığı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2010 yılında 5.658.819 olan toplam ameliyat sayısının inanılması güç bir rekora imza atarak %81,5 artışla 2014 yılında 10.269.694'e yükseldiği görülmektedir (TKHK, 2015). Türkiye'de 2002 yılında 2 milyonun biraz üzerinde olan toplam ameliyat sayısı (2.053.651), yedi kattan fazla artış göstererek 2014 yılında 14.741.948'e yükselmiştir ve toplam ameliyatların %67,4'ünü A, B ve C grubu ameliyatlar dışında kalan D, E ve günübirlik ameliyatlar oluşturmaktadır (TKHK, 2015).

7. Dönemsel istatistiksel karşılaştırmalar 1990, 2000 ve 2010 gibi epidemiyolojik dönemler yerine siyasal dönemlerde yapılmakta ve başlangıç tarihi olarak 2002 yılı alınmaktadır. Bu yaklaşım bilimsel değildir ve sağlık istatistiklerinin siyasallaştırılmak istenmesinin bir göstergesidir.

Epidemiyoloji ve istatistik; sağlık politikalarını önceki yıllara ve diğer ülkelere göre karşılaştırarak değerlendirebilmek ve sağlıkta önceliklere karar verebilmek için hem karar vericilere, hem de bu alanda çalışanlara olanaklar sunması bakımından önemlidir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerinin siyasallaştırılarak, hükümet(ler) için bir propaganda aracı biçimine dönüştürülmesi, bu olanağı büyük ölçüde sınırlandırmaktadır.

1980'den sonra yürürlüğe konan ve 2002'den sonra ağırlığı iyice hissedilen neoliberal sağlık politikaları ülkemizde pek çok tahribata yol açmış bulunmaktadır. Hükümet(ler) bu tahribatları gizlemek için

olsa gerek, nesnel sağlık istatistikleri üzerinden bilimsel bir tartışma yürütmek yerine, sağlık alanındaki dönüşümü "iyi" göstermek telaşı içerisinde girmiş görünmektedir.

Toplum sağlığı göstergeleri üzerinden SDP'nin performansı

Sağlık göstergelerini sınıflandırmak ile ilgili çabalar henüz tüm dünyada kabul edilmiş standart bir gösterge listesi olarak ortaya çıkarılabilecek değildir. Ülkeler, uluslararası kuruluşlar ve akademi tarafından program yönetimi, kaynak dağıtımı ve gelişmenin izlenmesi gibi her birinin amaçlarına yönelik olarak kullanılan çok sayıda gösterge bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2015 yılında Çekirdek Sağlık Göstergeleri Küresel Referans Listesi (The Global Reference List of Core Health Indicators) adıyla 100 göstergeden oluşan bir listeyi yayınlamıştır (WHO, 2015a). Listedeki her bir gösterge dört ana gruptan birisine aittir: Sağlık durumu, risk etmenleri, hizmet kapsamı ve sağlık sistemleri.

Ülkeleri toplum sağlığı göstergelerine göre karşılaştırmak amacıyla Avrupa Komisyonu tarafından da Avrupa Çekirdek Sağlık Göstergeleri (AÇSG) (The European Core Health Indicators, ECHI) adıyla bir program yürütülmektedir (ECHI, 2015). AÇSG Avrupa Birliği üye ülkeleri ve Avrupa Komisyonu'nun işbirliği ile kurulmuş ve 5 ana grupta toplam 88 göstergelyi içermektedir. AÇSG ana grupları şunlardır: Demografik ve sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, sağlık belirleyicileri, sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi.

Bu yazıda, SDP'nin etkisi bakımından kullanılacak göstergeler üç temel ölçüte göre belirlenmiştir: Bir sağlık sisteminin etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek toplum sağlığı göstergeleri, SDP'nin propagandası yapılırken özellikle Dünya Bankası, OECD ve Sağlık Bakanlığı tarafından

Tablo 3. Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamı

Yıllar	2011	2012	2013
Sosyal Güvenlik Kapsamı			
I. Aktif sigortalılar	17.374.631	18.352.859	18.886.989
II. Pasif (Aylık alan) sigortalılar			
III. Bağımlılar	36.348.316	33.807.725	32.939.205
IV. Özel sandıklar	350.890	356.040	367.205
Türkiye nüfusu (TÜİK ADNKS)	74.724.269	75.627.384	76.667.864
Sosyal güvenlik kapsamı (I+II+III+IV)	64.088.819	62.899.043	62.789.365
Sigortalı nüfusun Türkiye nüfusuna oranı (%)	86,0%	83,0%	81,9%
Kapsam dışı nüfus oranı (%)	14,0%	17,0%	18,1%

Kaynak: SGK 2013 İstatistik Yıllığı

kullanılan göstergeler ve SDP öncesi ve sonrasına ilişkin en azından Türkiye’nin son yirmi yılına ait elde edilebilen göstergeler.

Söz konusu ölçütlere göre, bu yazıda kullanılacak göstergeler şunlardır: Doğumda beklenen yaşam ümidi, bebek ölüm hızı, sağlıkla ilgili sosyal güvenenin kapsamı, aşılama oranı, bulaşıcı hastalıklar, tarama programları ve “kalite” göstergeleri.

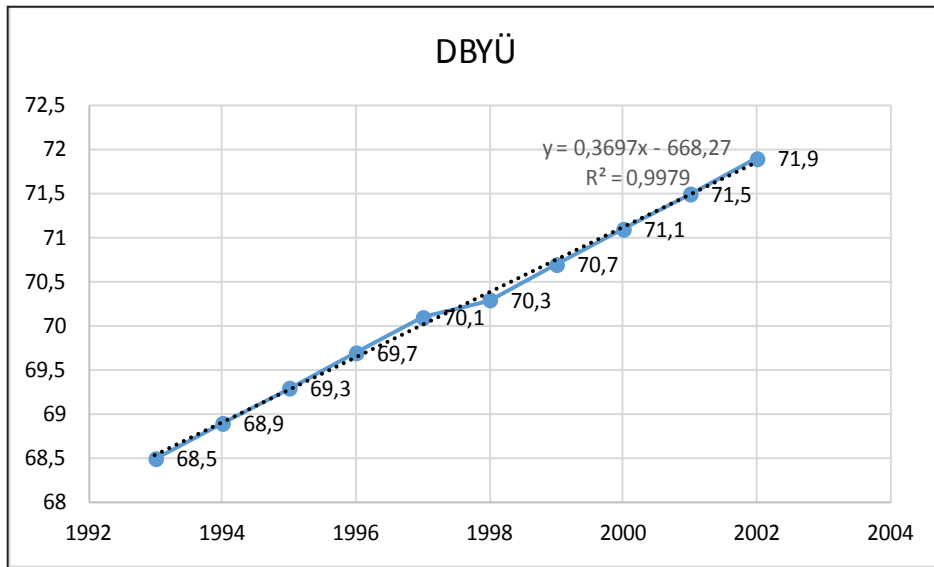
Doğumda beklenen yaşam ümidi (DBYÜ)

DBYÜ bir ülkenin sağlık durumunu tartışırken en sık kullanılan göstergelerden birisidir. Kişinin doğduktan sonra, eğer yaşadığı toplumdaki güncel ölüm eğilimi benzer bir biçimde sürerse, ortalama olarak kaç yıl yaşamasının beklendiğini gösteren önemli bir sağlık durumu göstergesidir.

DBYÜ en çok erken ölümlerin önlenmesinden olumlu olarak etkilenir. Erken ölümlerin

önlenmesi, ölümün yılına ve nedenine bağlı olarak uygulamaya konulacak çok sektörlü politikalarla ilişkilidir. Örneğin sağlık personeli eliyle gerçekleştirilen doğumların artması, doğuma bağlı erken ölümleri büyük ölçüde önleyebilirken; hava kirliliği nedeniyle akciğer kanserine yakalananların erken ölümlerinin önlenmesinde sağlık hizmetlerinin etkisi sınırlıdır. Bu nedenle DBYÜ tek başına sağlık sisteminin performans göstergesi olarak kullanılmaz.

Ancak Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar SDP’yi birçok nedenden dolayı bir başarı öyküsü olarak yorumlarken; bu nedenler arasında doğumda beklenen yaşam ümidinde gözlenen artışı da saymaktadır. Örneğin OECD, Türkiye’nin 1960 sonrasında 25 yıl artarak günümüzde 74 yıla yaklaşan doğumda beklenen yaşam ümidinde OECD üye ülkeleri arasında ikinci büyük kazancı yakalamış olmasını bu başarıya

**Şekil 1. Türkiye’de doğumda beklenen yaşam ümidi artışı (SDP öncesindeki on yıl)**

Kaynak: OECD Health Data 2015

örnek göstermektedir (OECD, 2014). Doğumda beklenen yaşam ümidi artışını, tek başına sağlık reformlarının başarısı olarak tartışmanın sınırlılıkları bir yana; OECD, yine kendisinin yayınlarında yer alan, sosyalleştirmenin hüküm sürdüğü yıllardaki (1960-2000) 20 yıllık artışı ise görmezden gelmektedir (OECD, 2004)

OECD veri tabanına göre SDP'nin hüküm sürdüğü on yılda (2003-2012) doğumda beklenen yaşam ümidinde 2,3 yıl artış olmuşken; SDP öncesindeki on yılda (1993-2002) gözlenen artış 3,4 yıldır (Şekil 1 ve Şekil 2).

Avrupa Çekirdek Sağlık Göstergeleri veritabanına göre doğumda beklenen yaşam ümidi 2012 yılında Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede ortalama olarak 80,3 yıl iken, Türkiye'de 2,7 yıl daha kısa olmak üzere 77,6 yıldır (ECHI, 2015).

Bebek ölüm hızı

Türkiye'de bebek ölüm hızı SDP öncesindeki on yılda (1993-2003) binde 53'ten 29'a; SDP sonrasındaki on yılda ise binde 13'e düşmüştür (Şekil 3) (TNSA, 2014). TNSA araştırmalarında bebek ölüm hızında gözlenen azalma SDP sonrasındaki dönemde de gerçekleşmiş olsaydı, bebek ölüm hızının 2013'te binde 10'un altına düşmesi gerekirdi (Doğrusal regresyon denklemine göre 2013 yılında beklenen bebek ölüm hızı değeri binde 9,84'tür); ancak bu düşüş gerçekleşmemiştir.

AÇSG veritabanına bakılacak olursa, Türkiye'de bebek ölüm hızının SDP öncesindeki dönemde daha

yüksek bir azalma hızı olduğu gözlenmektedir; 1996'da binde 40,9 olan bebek ölüm hızı 2002'de binde 26,7'ye (Şekil 4), 2012 yılında ise binde 11,6'ya (Şekil 5) gerilemiştir (ECHI, 2015).

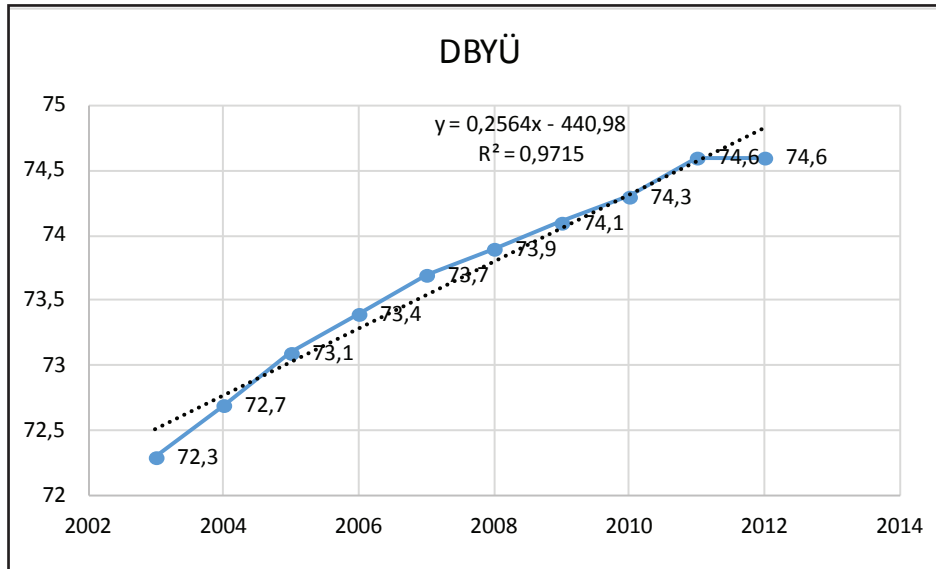
Avrupa Çekirdek Sağlık Göstergeleri veritabanına göre, bebek ölüm hızı 2012 yılında Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede binde 3,8 iken, Türkiye'de binde 11,6'dır (ECHI, 2015).

Sağlıkla ilgili sosyal güvencenin kapsamı

SDP'nin en büyük iddialarından birisini, sağlıkla ilgili sosyal güvenlik kapsamı içerisinde yer almayan nüfusun kapsam içerisine alınması oluşturmaktaydı. Ancak bu iddia hayatta karşılık bulmamış ve SGK'nın resmi verilerine göre 2013 yılında nüfusun %18,1'i kapsam içerisine alınamamıştır (Tablo 3).

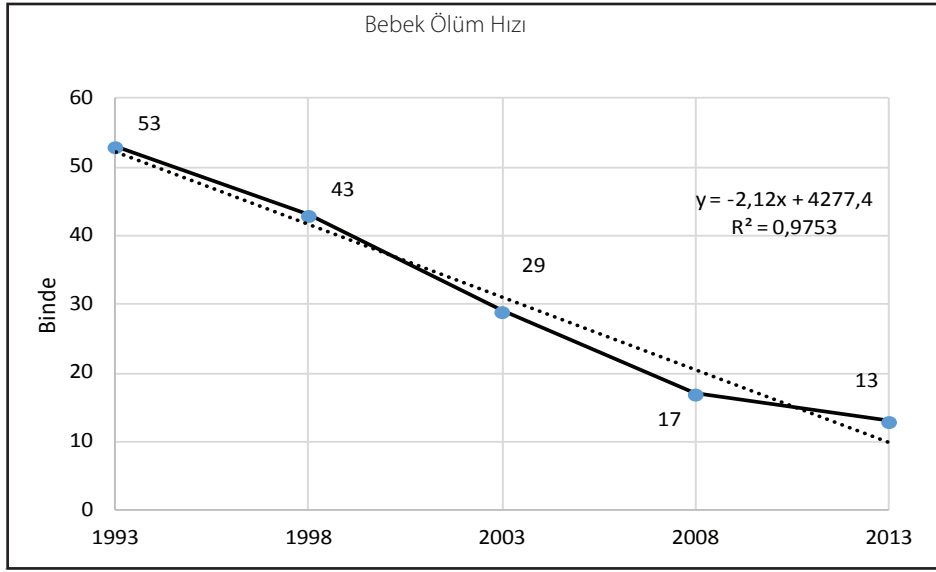
Kapsam içerisine alınmayanlardan gelir testi yaptırarak yoksul olduğunu kanıtlayanların bir bölümünün primleri devlet tarafından ödendiği için Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındığı bilinmekle birlikte; gelir testi yaptıramayan, yaptırdığı halde yoksul sayılmayan ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğu halde prim borcu olduğu için sağlık hizmetlerine erişemeyenlerin varlığı önemli bir sorundur. 5510 sayılı yasanın 4/a maddesine göre çalışanlardan %9'u (Yaklaşık 1,7 milyon kişi) ile 4/b maddesine göre çalışan 3.273.297 kişinin prim borcu olduğu bilinmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Genel Sağlık Sigortası kapsamı içerisinde yer almayan ya da yer alsan bile prim borcu olduğu için

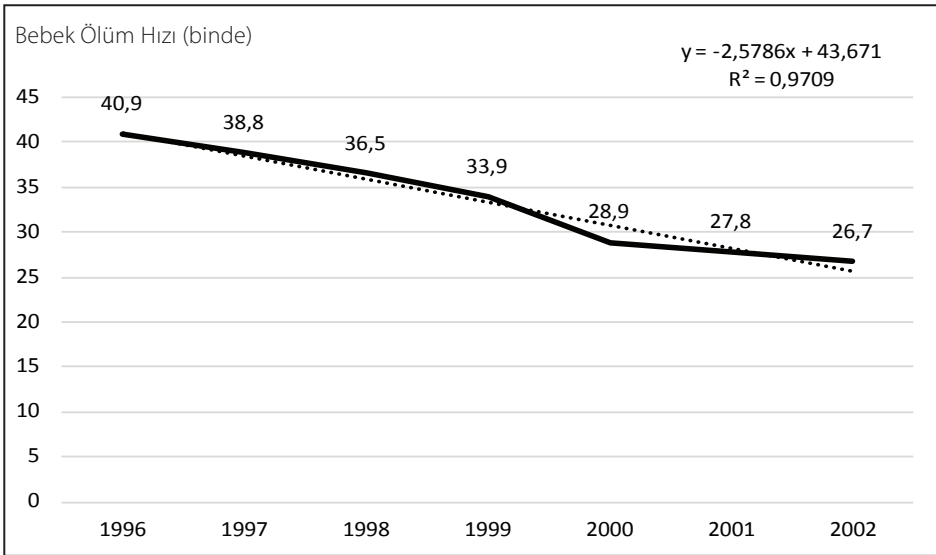


Şekil 2. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam ümidi artışı (SDP sonrasındaki on yıl)

Kaynak: OECD Health Data 2015



Şekil 3. Türkiye'de bebek ölüm hızının değişimi (1993-2013) (TNSA, 2013) Kaynak: TNSA 2014

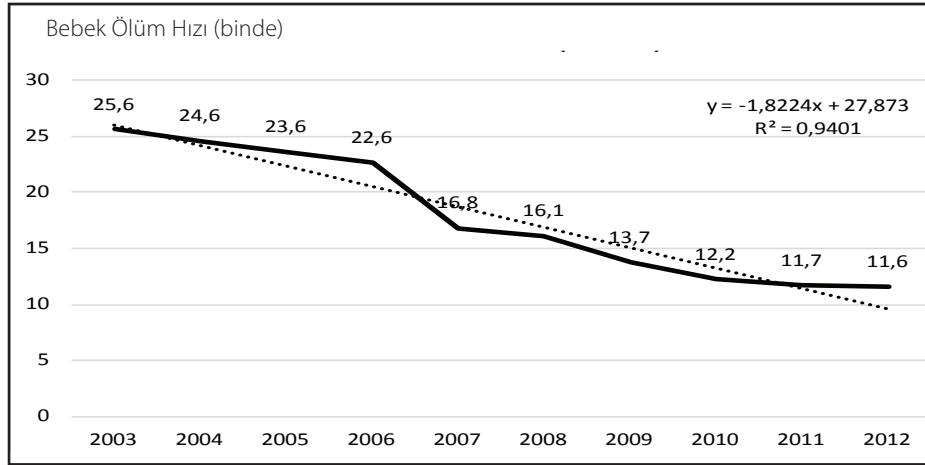


Şekil 4. Türkiye'de bebek ölüm hızının değişimi (1996-2002) (ECHI, 2015) Kaynak: ECHI, 2015

sağlık hizmetlerine erişemeyen çalışanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler hesaba katıldığında; yaklaşık olarak ülkemizde yaşayan her beş kişiden birisinin sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışında kaldığı tahmin edilebilir. Bu konudaki ayrıntılı istatistiklerin yayınlanmaması, tartışmayı sınırlandırmaktadır.

Sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışarısında kalan nüfusu bekleyen en önemli sorun, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanamamasıdır. SDP bu konuda çok başarısız bir sınav vermiş ve ülkemizde rutin sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan hastalar nedeniyle acil servislere başvurunun

büyük oranda artmasına yol açmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2014 yılında 87 milyondan fazla (87.420.079) acil hasta başvurusu gerçekleşmiş; acil muayenelerin toplam muayeneler içerisindeki oranı %30'a ulaşmıştır (TKHK, 2015). Nüfusu 2011 yılında 310 milyonun üzerinde olan ABD'de hastanelerin acil servislerine 136 milyon başvuru gerçekleşirken (CDC, 2015); nüfusu 77,7 milyon olan Türkiye'de ise 2014 yılında tüm acil servislere yapılan başvuru 104 milyonu aşmıştır (TKHK, 2015). Bugün SDP ile birlikte Türkiye, tüm dünyada, nüfusundan fazla acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumundadır (Pala, 2014b).



Şekil 5. Türkiye’de bebek ölüm hızının değişimi (2003-2012) (ECHI, 2015)

Kaynak: EU HEIDI Data Tool 2015

Avrupa Çekirdek Sağlık Göstergeleri veritabanına göre, sağlık hizmetleriyle ilgili karşılanamayan gereksinim 2009 yılında Avrupa Birliği’ne üye 27 ülkede %3,0 iken, Türkiye’de %12,7’dir (ECHI, 2015).

Aşılama oranları

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiklere bakıldığında, SDP sonrasında hemen tüm aşılama hızlarının arttığı ve %100’e yakın oranlara eriştiği iddia edilmektedir (Tablo 4).

Ancak saha araştırmaları bu verileri doğrulamaktadır. Örneğin TNSA 2013’e göre, 2013 yılında aşılanmış olan 15 aydan önceki çocukların oranı DTaP-IPV-Hib 3 için %84,3; KKK için %88,5 ve Hepatit B 3 için %86,5’tir (TNSA 2014). Tam aşılu çocukların oranında ise 2008 (%80,5) ile karşılaştırıldığında, 2013 yılında (%74,1) düşme gerçekleşmiştir (TNSA 2014). Tam aşılu çocukların oranındaki azalma, SDP’nin birinci basamağın etkinliğini giderek düşürdüğünün önemli bir kanıtıdır.

Bulaşıcı hastalıklar

SDP’nin bulaşıcı hastalıklarla ilgili etkisi değerlendirilirken ilk akla gelen hastalıklardan birisi kızamıktır. Bilindiği gibi, AKP’nin ilk Sağlık Bakanı

Recep Akdağ, SDP’nin ne kadar başarılı bir program olduğunu halka anlatabilmek amacıyla kızamık hastalığını örnek gösterir ve program sayesinde kızamık salgınlarının önlendiğini iddia ederdi. Akdağ ayrıca bundan sonra “kızamık olgu sayılarının binlere, on binlere ulaşması hiç bir zaman mümkün değil” diyerek, iddiasını sürdürmeye de çalışırdı (Hürriyet, 2012). Ancak zaman Akdağ’ın iddiasının yanlışlığını ortaya çıkardı ve 2013 yılında Türkiye büyük bir kızamık salgını yaşadı.

1980’de 8.628 olan kızamık olgu sayısı, 2010’da 7’ye kadar düşmüştü; ancak 2013’te 7.405 doğrulanmış olgu ile büyük bir salgına yol açmıştır (WHO, 2015b). Böylece 2003 yılında yüz binde 8,3 olan kızamık insidansı SDP sonrasında 2013’te 9,7’ye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

SDP’nin bulaşıcı hastalıklarla ilgili başarısızlığı kızamık ile sınırlı değildir. Örneğin 2000 yılında yüz binde 6,15 olan Hepatit B insidansı hızı 2005’te 12,09’a kadar yükselmiş, 2009’da ise 6,96 düzeyinde seyretmektedir (ECHI, 2015). Bazı bulaşıcı hastalıkların elde edilebilen son yıl değerlerine göre Avrupa Birliği’ne üye 27 ülke (AB27) ile Türkiye karşılaştırması Tablo 5’de verilmektedir (ECHI, 2015).

Tablo 4. Türkiye’de yıllara göre aşılama hızları (%)

Aşı	2002	2009	2010	2011	2012	2013
DaBT 1	82	97	98	98	97	97
DaBT 2	80	96	98	98	97	98
DaBT 3	78	96	97	97	97	98
BCG	77	96	97	95	96	96
HBV-3	72	94	96	96	97	97
KKK	82	97	97	98	96	98
KPA 3	-	97	95	96	97	97

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Tablo 5. Bazı bulaşıcı hastalıkların insidans hızları (100.000'de)

Hastalık	AB27	Türkiye	Yıl
Şarbon	0,01	0,20	2009
Brusella	0,08	13,09	2009
Tularemi	0,17	0,44	2009
Tifo ve paratifo	0,27	0,60	2009
Hepatit B	1,17	6,96	2009
Hepatit A	3,47	6,90	2009
Tüberküloz	15,87	24,33	2009

Kaynak: ECHI, 2015.

Tarama programları

SDP kanser tarama programlarında da başarısız kalmıştır. Örneğin 20-69 yaş grubundaki kadınlarda OECD ortalaması %59,6 olan servikal kanser taraması oranı Türkiye'de yalnızca %15,5'tir. OECD ülkeleri ortalaması %61,5 olan 50-69 yaş kadınlarda meme kanseri taraması oranı ülkemizde yalnızca %27,3'tür ve AB15 ortalaması %12,7 olan kolorektal kanser taraması ise yok sayılacak (%3,2) düzeydedir (OECD, 2014).

"Kalite" göstergeleri

Sağlık sistemlerinin performansı söz konusu olduğunda, sağlıkta kalite kavramı genel olarak "sağlık hizmetinden memnuniyet" göstergesi üzerinden değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Oysa bilgi asimetrisinin çok yüksek olduğu sağlık alanında, kalite göstergesi olarak sağlık hizmeti algısını ölçmeye çalışan memnuniyet göstergeleri yerine, sağlık hizmetinin niteliğini ölçmeye çalışan göstergelere yer vermek gerekir. Yoksa hasta memnuniyetini büyük ölçüde artıran sezaryen doğumlarda 2011 yılında %46,2 ile OECD şampiyonu (!) olan Türkiye'nin (OECD, 2014) bir şampiyon olarak OECD ülkeleri içerisinde yüksek sağlık hizmeti kalitesine sahip olması beklenir; ancak ne yazık ki durum hiç böyle değildir. Yüksek sezaryen oranının anne ve çocukla ilgili hastalanma ve ölme riskini artırabildiği bilinmektedir.

OECD tarafından 2014 yılının sonunda yayınlanan Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili raporda sağlıkta kalite göstergelerine ilişkin ilgi çekici veriler yer almaktadır. Örneğin kalp krizi (akut miyokart enfarktüsü) nedeniyle hastane başvurusundan sonraki 30 gün içerisinde hayatını kaybedenlerin oranı Türkiye'de %10,7 iken bu ölümlerin OECD ortalaması %7,9'dur ve Türkiye verisi OECD ortalamasından %35 daha yüksektir. Benzer biçimde ani inme (felç) sonrasındaki 30 gün içerisindeki ölüm

oranı %11,8'dir ve bu oran ile Türkiye bütün OECD ülkeleri içerisinde Meksika ve Slovenya'dan sonra en kötü üçüncü orana sahiptir. Kontrol altına alınmayan diyabet olgularının oranı OECD ortalamasından yaklaşık on kat daha yüksek, astım nedeniyle hastaneye yapılan başvuru hızı OECD ortalamasından dört kattan fazla yüksektir (OECD, 2014). Raporda sıralanan pek çok örnek, SDP'nin sağlık hizmeti kalitesi ile ilgili içler acısı durumunu göz önüne sermektedir.

Sonuç yerine

Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003 yılında uygulamaya konulmasının ardından geçen süre içerisinde, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Dünya Bankası ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da dile getirilen, Türkiye'de toplum sağlığı göstergelerinde iyileşme olduğu iddiası, bilimsel kanıtların ışığında geçersizdir. Her ne kadar SDP'nin başarılı olduğunu gösterebilmek için sağlık istatistikleri çarpıtılmış olsa da, elde edilebilen veriler, SDP'nin, öncesindeki döneme göre kayda değer bir iyileştirme gerçekleştirmediğini ortaya koymaktadır.

Türkiye bugün başta doğumda beklenen yaşam ümidi süresi olmak üzere, bebek ölüm hızı, sağlık hizmetlerine erişim, aşılama oranları, bulaşıcı hastalıklar, tarama programları ve sağlık hizmetine özgü kalite göstergelerinde gelişmiş ülkelerin epeyce gerisindedir.

Türkiye'nin toplum sağlığı göstergelerinde iyileşme sağlanabilmesi için, Sağlıkta Dönüşüm Programından vaz geçilmesi ve Türkiye'de yaşayan her yurttaşın her hangi bir engele takılmaksızın gereksinimi olan sağlık hizmetlerine (sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin tamamı) kolaylıkla erişiminin sağlanabileceği bir sağlık sisteminin ivedilikle hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- Aypak, A., Celik, A.K., Aypak C., Cikman, O.** (2010) Multidrug resistant typhoid fever outbreak in Ercek Village-Van, Eastern Anatolia, Turkey: clinical profile, *Tropical Doctor*, 40(3):160-162.
- CDC** (2015) Health, United States, 2014, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, <http://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2014.htm#082>.
- DPT** (1990) Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 1990.
- ECHI** (2015) European Core Health Indicators web site, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.
- Hürriyet** (2012) Sağlık Bakanı'ndan salgın açıklaması, 15 Aralık 2012, <http://www.hurriyet.com.tr/saglik/22163494.asp>.
- Kalkınma Bakanlığı** (2014) Onuncu kalkınma Planı 2014-2018, Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: KB: 2857 - ÖİK: 711, Ankara.
- OECD** (2004) *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems Summary Report*.
- OECD** (2012) , *Health at a Glance Europe 2012*, OECD Publishing, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- OECD** (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*, OECD Publishing.
- Pala K** (2013) Sağlık İstatistikleri Siyasallaştırılıyor, *Toplum ve Hekim*, 28(1):66-69.
- Pala K** (2014a) Sağlık Bakanlığı sağlık istatistiklerini neden çarpıtıyor? *Cumhuriyet Bilim Teknik*, 1447:18.
- Pala, K** (2014b). Correspondence: Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*, 383:28.
- Sağlık Bakanlığı** (2011) Sağlık İstatistikleri Yılığ 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>
- Sağlık Bakanlığı** (2012) Sağlık İstatistikleri Yılığ 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf.
- Sağlık Bakanlığı** (2013) Sağlık İstatistikleri Yılığ 2012, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf.
- Sağlık Bakanlığı** (2014) Sağlık İstatistikleri Yılığ 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9F%C4%B1k%20istatistik%20y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1%202013.pdf>.
- SGK** (2013) SGK 2013 İstatistik Yılığ, www.sgk.gov.tr.
- TKHK** (2015) Kamu Hastaneleri İstatistik Yılığ 2014, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1000, Ankara.
- TNSA** (2014) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- TÜİK** (2012) Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri 2010, Sayı:13132.
- TÜİK** (2014) Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri 2013, Sayı:6050.
- TÜİK** (2015) Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Haber Bülteni, Ölüm İstatistikleri 2014, Sayı:18623.
- THSK** (2014) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013 Faaliyet Raporu, Ankara.
- WHO** (2012) *Global Health Observatory Data Repository*, World Health Organization, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, <http://apps.who.int/ghodata/?vid=20100&theme=country>.
- WHO** (2015a) *Global Reference List of 100 Core Health Indicators*, World Health Organization, WHO/HIS/HSI/2015.3, Geneva
- WHO** (2015b) *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2015 global summary*, Turkey, erişim tarihi: 16 Haziran 2015, http://apps.who.int/immunization_monitoring/global-summary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=TUR.