

Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki
Sağlık Politikaları
ve
Göstergelerinin Karşılaştırılması

Devlet Planlama Teşkilatı
Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü

1997

Bu çalışma, Devlet Planlama Teşkilatının görüşlerini yansıtmaz. Sorumluluğu yazarına aittir. Yayın ve referans olarak kullanılması Devlet Planlama Teşkilatının iznini gerektirmez; internet adresi belirtilerek yayın ve referans olarak kullanılabilir. Bu e-kitap, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/> adresindedir.

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ

2. TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT SAĞLIK DÜZEYİ ve TÜRKİYE İLE AB ARASINDA DEMOGRAFİK KARŞILAŞTIRMA

3. TÜRKİYE'DEKİ BAŞLICA SAĞLIK SORUNLARI ve SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN AB ÜLKELERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

4. AVRUPA BİRLİĞİNİN SAĞLIK SORUN VE HİZMETLERİNE YAKLAŞIMI

A. ROMA ANLAŞMASI:

B. TEK SENET

C. BEYAZ KİTAP (WHITE PAPER)

5. AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN YAKLAŞIMLARI

6. AVRUPA BİRLİĞİ TIP VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI PROGRAMLARI

A. Ortaya Çıkış Nedeni

B. Hedefleri:

7. WHITE PAPER'DA SAĞLIK KONUSU

8. HALK SAĞLIĞI ALANINDA EYLEM (WHITE PAPER)

9. WHITE PAPER'DAN SONRA YAPILAN ÇALIŞMALAR

TABLO DİZİNİ

Tablo.1 - 1995 YILINDA NÜFUSUN YAŞ YAPISI

Tablo.2 - 1993 YILINDA HEKİM, DİŞ HEKİMİ VE ECZACI BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

Tablo. 3- ÜLKELERE GÖRE BEBEK ÖLÜM ORANLARI (1995)

Tablo. 4 - 1994 YILINA İLİŞKİN ÖLÜM NEDENLERİ VE SAYILARI

Tablo.5 - NÜFUS, NÜFUS DEĞİŞİMİ VE MORTALİTE

Tablo.5 - NÜFUS, NÜFUS DEĞİŞİMİ VE MORTALİTE

Tablo.5 - NÜFUS, NÜFUS DEĞİŞİMİ VE MORTALİTE

Tablo.6- YOKSULLUK, BARINMA KOŞULLARI VE BESLENME

Tablo.7 - İLK ON SIRADA YER ALAN ÖLÜM NEDENLERİ VE ORANLARI

Tablo.8 - YAŞ GRUPLARINA GÖRE EN ÇOK GÖRÜLEN 5 HASTALIK VE MORBİDİTE HIZLARI

KAYNAKLAR

1.GİRİŞ

Bugün Avrupa Topluluğu ya da daha yeni adıyla Avrupa Birliği olarak adlandırılan Supranasyonel (Uluslarüstü) örgütün temelleri, 1. ve 2. Dünya Savaşlarının yarattığı maddi ve manevi kayıpların çektirdiği acıların Avrupa’da bir daha yaşanmasını önlemek amacı ile gösterilen çabalar sonucunda atıldı. Önce 1951 yılında Paris Anlaşması ile AKÇT (Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu daha sonra da 1957 yılında Roma’da AET (Avrupa Ekonomik Topluluğu) ve EURATOM’u (Avrupa Atom Topluluğu) kuran anlaşmalar imzalandı.

Türkiye’nin AB’ye entegrasyon süreci 1963 yılında Avrupa Topluluğu ile Türkiye arasında bir ortaklık kuran Ankara Anlaşması’nın imzalanması ile başladı. 1973 yılında imzalanan Katma Protokol ile ilişkilerin güçlendirilmesi hedeflendi. Türkiye’nin 1987 yılında yaptığı tam üyelik başvurusu AT’nin, ülkemizin henüz tam üyeliğe hazır olmadığı yolundaki yanıtıyla karşılandı. Son olarak ta 1/95 sayılı Ortaklık Konseyi Kararlarıyla gümrük birliği aşaması başladı.

Roma Anlaşmasının hedefi Avrupa ülkelerinin ekonomik ve sosyal gelişmesini sağlamaktı ve bu hedefe ulaşmak için bir “Ortak Pazar”ın kurulması düşünülmüştü. Ortak Pazar gerçekleştirildi, ancak bu noktada durulmadı. 1987 yılında Füzyon Anlaşması ile birleşen Topluluklar artık siyasi entegrasyonu da gerçekleştirmeyi tasarladıkları tek pazar ile malların, sermayenin, kişilerin ve hizmetlerin serbest dolaşımını da sağlayacaklardı. Bu doğrultuda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı sonuçlandı ve 1991 yılında imzalanan Maastricht Anlaşması ile Avrupa Birliği olarak adlandırılan Topluluğun gündemine daha önceleri geri planda olan konular gelmeye başladı. Bu konulardan biri de, sosyal politikalar içinde önemli bir yeri olan sağlık politikalarıdır.

2. TÜRKİYE’DEKİ MEVCUT SAĞLIK DÜZEYİ ve TÜRKİYE İLE AB ARASINDA DEMOGRAFİK KARŞILAŞTIRMA

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler ortaya koymaktadır ki, Türkiye’deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenebilir ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın %2’ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir. Nüfus yapısında küçük de olsa yaşanan değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de sağlık hizmeti sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi yönünde çalışmalara, başka bir deyişle kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir.

Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye’nin demografik profili daha gençtir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı %35, 65 yaş ve üzerindeki ise %4,2 iken, 1996 yılında bu rakamlar %31,7 ve %4,8 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun %22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun %9,0 olması beklenmektedir.

Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye'nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 21. yüzyılda sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir.

Türkiye'de kaba doğum hızı 1990 yılında binde 24,8, 1996'da binde 23 ve doğuşta yaşam beklentisi 1972-1990 döneminde 57,6'dan 65'e, 1996'da da 68'ye yükselmiştir. 21. yüzyılda 74,5 olacağı umulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye 129 lke arasında 61.sırada yer almaktadır. 5 yaş altı ölüm oranı 1990 yılı projeksiyonuna göre binde 78, bebek ölüm hızı binde 59'dur (1995 rakamları için tabloya bakınız). Kentlerde bu oran binde 51 iken, kırsal alanda binde105'e çıkmaktadır. Yine ölümlerin %50'si 5 yaşından küçüklerde, %34' ise 1 yaşından küçüklerde görülmektedir. Bunların başında gebelik ve doğuma bağlı nedenler yer almakta olup, bunu pnömoni ve ishal izlemektedir. Bunlar malnütrisyon zemininde gelişerek bir kısır döngü oluşturmaktadır. Okul ağı çocuklarında diş çürükleri, boğaz hastalıkları, barsak parazitleri en sık görülen sorunlardır. Bulaşıcı hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Aşıyla korunabilen kızamık, difteri, poliomyelit ve boğmaca görülme sıklığında önemli azalmalar olmasına karşın, tetanozda bu saptanamamıştır. Tüberküloz ve sıtma sorun olmaya devam ederken, paratifo, bruselloz, viral hepatit vakalarında artma gözlenmektedir. Enformasyon sistemi iyi işlemediğinden yıllık bulaşıcı hastalık vakaları konusunda belli bir izleme sistemi yoktur. evre sağlığı sorunlarının büyümesi, kişisel hijyen alışkanlıklarının yeterli ölçüde gelişmemiş olması tabloyu ağırlaştıran faktörlerdir.

3. TÜRKİYE'DEKİ BAşLICA SAĞLIK SORUNLARI ve SAĞLIK HİZMETLERİ AÇISINDAN AB ÜLKELERİYLE KARşILAşTIRILMASI

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kuruluşların çok sayıda olmasıyla birlikte, hasta yataklarının %95'i, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tümü kamu kesimine aittir. Kamu ve özel kesimde sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlarca sunulmaktadır ve kamu kuruluşları arasında etkin bir işbirliği ve koordinasyonun sağlanamamış olması; bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Aynı şekilde temel sağlık hizmetlerinin sunumunda ds entegrasyon sağlanamamıştır. Sağlık Ocakları, Ana-ocuk Sağlığı Merkezleri, erem Savaş Dispanserleri, SSK Dispanserleri, Milli Eğitim Bakanlığı Dispanserleri, zel muayenehane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri gibi çok çeşitli birinci basamak kuruluşları duplikasyonlara neden olarak faaliyet göstermektedirler. Ayrıca, sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli değildir.

Kamu ve özel kesimdeki toplam hasta yatağı sayısı 1989 yılında 131 bin iken 1996 yılında 155 bine; aynı yıllar için sağlık ocağı sayısı 3.3 binden 5.0 bine; sağlık evi sayısı 10.7 binden 11.9 bine çıkarılmıştır. Yine aynı yıllar için hekim başına düşen nüfus 1.1 binden 9 yüze; diş hekimi başına düşen nüfus 5.4 binden 4.4 bine; hemşire başına düşen nüfus 1.2 binden 885'e düşmüştür. Bu rakamlar ülkemizdeki sağlık

hizmetlerinde gelişmeler olduğunu göstermektedir. Ancak, bunların AB ülkeleriyle yapılan karşılaştırmada bir hayli geride olduğumuz görülmektedir.

Sağlıktaki sorunların giderilmesi, değişen dünya ve ülkemiz koşullarına ve Avrupa Birliği'ne üyelik durumunda Birlik sağlık politikalarına uyum sağlayarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek amaçlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca "Türkiye Sağlık Reformu Modeli" hazırlanmış ve bu reformun kısa sürede gerçekleştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Belirtilen "Sağlık Reformu Paketinde" ülkemizin sağlık politikası ve hizmetindeki sorunlar:

- Politika geliştirilmesi ile ilgili sorunlar,
- Hizmet sunumu ile ilgili sorunlar,
- Finansman ile ilgili sorunlar,
- Yönetim ile ilgili sorunlar,
- Mevzuat ile ilgili sorunlar,
- Bilgi ve eğitim ile ilgili sorunlar.

olarak sıralanmaktadır

Bu modelde yer başlıca amaçlar ise:

- Halkın tümünün sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması ve halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunda adaletin sağlanması,
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine önem verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin sağlanması,
- Kaynak kullanan ile hizmet sunan birimlerin ayrılması,
- Hizmet sunanlar arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Teknolojinin doğru kullanımı,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi, etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması ve bilgiye dayalı karar alımlarının sağlanması,
- İnsan kaynaklarının uygun yetenekte, doğru zamanda, doğru yerde, yeterli sayıda ve doğru bileşimi,
- Karar alma yetkisinin bireysel hizmet birimlerine verilmesi

şeklindedir.

4. AVRUPA BİRLİĞİNİN SAĞLIK SORUN VE HİZMETLERİNE YAKLAŞIMI

Avrupa Birliğinin sağlık konusuna bakışı kuruluşundan bu yana çok ağır olarak değişime uğramıştır. Bu değişimi Toplulukları kuran ve geliştiren mevzuatı inceleyerek izlemek mümkündür.

A. ROMA ANLAŞMASI:

Anlaşmanın giriş bölümünde, üye devletlerin, Avrupa'yı bölen engelleri azaltarak ekonomik ve sosyal gelişmeyi garanti altına almayı ve Birlik yurttaşlarının çalışma ve yaşam koşullarının iyileştirilmesinin değişmez hedefleri olacağını garanti ettikleri belirtilmektedir.

Ekonomik konuların ağırlıklı olarak yer aldığı kurucu Anlaşmanın girişinde Avrupa ülkelerinin sosyal gelişmelerinin garanti altına alınması ve “yaşam koşullarının iyileştirilmesi” konularına değinilmiş olmasına karşın sağlık ve sağlık politikaları ile ilgili ayrı bir madde bulunmamaktadır.

Ancak, sosyal hükümlerle ilgili bölümde yer alan 118. maddede, Komisyonun üye devletler ile sosyal alanda yakın işbirliğini geliştirmek görevini üstleneceği hükme bağlanırken, üstünde özellikle durulacak konular arasında “mesleki kaza ve hastalıkların önlenmesi” ve mesleki hijyen” den söz edilerek sağlığa dolaylı olarak değinilmiştir. Avrupa Birliğinde “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedef olarak benimsendiği halde, mevzuatında bu hedefe ulaşmada önemli unsur sayılabilecek insan sağlığına ilişkin politika ve hizmetlerin iyileştirilmesine doğrudan amir madde ve hükümler bulunmaması, Birliğin sosyal gelişmesi açısından bir engel olarak görülmüş ve bu eksikliğin, Birlik üyesi bazı ülkelerin (Danimarka ve Lüksemburg) Roma Anlaşmasına sağlık ile ilgili bir madde konulması önerisiyle giderilmesi girişimleri başlatılmıştır.

B. TEK SENET

Avrupa Tek Senedi, Çevre ve Sosyal Politikalar ile ilgili hükümleri ile “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedefini vurgulamakta ve Avrupa Birliğini salt ekonomik bir birleşme kimliğinden kurtarmaktadır.

Senet'in çevreyle ilgili alt bölümünde, bu konuda girişilecek eylemlerin “insan sağlığını korumaya katkıda bulunmak amacını güden” maddesi ile insan sağlığı konusuna değinilmiştir.

C. BEYAZ KİTAP (WHITE PAPER)

Avrupa Birliği mevzuatının yürütmeye yönelik olarak hazırladığı Beyaz Kitap ile halk sağlığı konusunda önemli girişimler başlatılmıştır. Bu girişimler daha sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak yer alacaktır.

Bunların yanı sıra Avrupa Birliğinin başlıca halk sağlığı sorunları olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, uyuşturucular gibi konularda Avrupa Birliği Komisyonunca bir dizi karar, direktif, yönerge, tavsiye kararı, ilke kararı gibi üye ülkeler açısından bağlayıcılığı olan ya da olmayan mevzuat çalışmaları bulunmaktadır.

5. AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN YAKLAŞIMLARI

Avrupa Birliğine üye devletlerin Ulusal sağlık politikaları farklılıklar göstermektedir. Birliğin de bu farklılıkların ortadan kaldırılması konusunda bir çabası bulunmamaktadır. Tam tersine, üye ülkelerin kendi Ulusal Sağlık Politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir. Ancak, İç Pazarın tamamlanması çerçevesinde alınan önlemler arasında sağlıkla ilgili bazı önlemler de yer almaktadır. Örneğin; sınırlarda “fiziki engel” oluşturan sağlık kontrollerinin kaldırılabilmesi için üye devletlerin kendi içlerinde sağlıkla ilgili bir dizi önlem almaları gerekmiştir. Yine halk sağlığı ile dolaylı ilgisi olan bir konu da ürünlerin standardizasyonudur. Avrupa Birliği, sağlıkla ilgili yasaklama önlemlerinin ticarete engel oluşturmaması için piyasada tüketime sunulan tüm ürünlerde asgari ortak şartlar aranmasına karar vermiş ve üye devletleri bu kararı uygulamaya çağırmıştır.

Yukarıda belirtildiği gibi her ne kadar bağlayıcı olmayan çalışmalar da mevzuatta yer almakta ise de, sağlık konusunda tüm üye ülkelerin belirli bir standartı yakalamış olması Birliğin temel felsefesi olmasından dolayı, üye devletlerce bu hükümler ciddiye alınarak uygulanmakta ve Birliğin birtakım fonları ve programları ile üye ülkelerin belirlenen standartlara ulaşması desteklenmektedir. Ayrıca, üye devletlerden birinin ortaya koyacağı standartta diğer ülkelerin uyma zorunluluğu olmamakla birlikte, kişilerin ve malların serbest dolaşabilmesi için tüm üye devletlerin, Birliğin koyduğu asgari koşullara uyma zorunluluğu kendiliğinden doğmaktadır.

6. AVRUPA BİRLİĞİ TIP VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI PROGRAMLARI

A. Ortaya Çıkış Nedeni

Daha önce de belirttiğimiz gibi üye devletler kendi halklarının sağlıklarını koruma ve iyileştirme konusunda öz kaynakları ve deneyimleriyle birincil derecede sorumludurlar.

Ancak, sağlık hizmetlerinin sürekli artan gereksinimleri ve yüksek maliyetleri Avrupa Birliğinin desteğini gerektirmiştir. Üye devletlerin münferit araştırmaları küçük çapta ve dağınık bir durumda olup yetersiz kalmaktadır ve Birlik düzeyinde bir işbirliği ve koordinasyon gereksinimi bulunmaktadır. Bu nedenle AB üyesi devletler Tıp ve Halk Sağlığı Araştırmalarında İşbirliği Anlaşması aracılığıyla sağlık hizmetlerinin hem kalitesini iyileştirmeyi hem de maliyetleri düşürmeyi amaçlamaktadırlar.

Bu doğrultuda olmak üzere Avrupa Birliği Konseyi 1978 yılında 3 adet “Birleştirilmiş Eylem” geliştirerek Topluluğun ilk “Tıp ve Sağlık Araştırmaları Programı”nı ortaya çıkarmıştır. 1980’de başlayan 2. programda birleştirilmiş eylem sayısı 7’ye; 1982’de 34’e, 1987’de 72’ye ve 1989’da ise 110’a çıkarılmıştır. Bu arada Birliğe üye olmayan bazı devletler de COST (Cooperation in the field of Scientific

and Technical Research) çerçevesinde bu programlara katılma olanağı elde etmişlerdir.

B. Hedefleri:

- Sağlık hizmetlerine ilişkin çabaların kapasitesini ve ekonomik etkinliğini artırarak artan maliyetleri ile mücadele etmek,
- Ulusal araştırma olanaklarını Birlik düzeyine kaydırarak araştırmaların etkinliğini artırmak,
- Tüm üye devletler tarafından, önerilerine bağlı olarak seçilen alanlarda bilimsel ve teknik bilgileri artırmak ve etkin bir şekilde uygulamaya geçirmek.

Avrupa Birliği Tıp ve Sağlık Araştırma Programlarını oldukça başarılı bir şekilde yürüterek araştırmaların ve katılımcı ülkelerin sayısını artırmıştır. Programa katılan bazı araştırmalar biyomedikal bilimin mevcut bilgi birikimine, daha şimdiden Birlikte büyük gelişmeye sahip olan medikal teknikler ve araçlarla ilgili bilgilere ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine katkılarda bulunmuştur.

Bu kapsamda yer alan 4'er yıllık çerçeve programlarının ikincisine (1987-1991) Türkiye'den katılım istenmiş, ancak bunun için hazırlanan proje yeterli bulunmamıştır.

Çerçeve programlarda yer alan araştırma konuları ise şu şekildedir:

- EURATOM Anlaşmasına dayalı olarak radyasyondan korunmaya yönelik araştırma,
- AET Anlaşmasına dayalı olarak medikal ve halk sağlığı araştırmaları,
- AET Anlaşmasına dayalı olarak mesleki sağlık, hijyen ve iş güvenliği ile ilgili 7 program,
 - Tıp ve yeni terapinin geliştirilmesi,
 - Koruyucu hekimlik ve sağlık sistemlerinin koordinasyonunun geliştirilmesi,
 - * Tıpta ilaçlar ve kullanımları,
 - * İş sağlığı ve risk faktörleri,
 - * Biyomedikal teknoloji,
 - * Sağlık hizmetleri araştırması,
 - Sosyo-ekonomik önemi olan majör sağlık sorunları ve hastalıklar ile ilgili araştırmalar,
 - * AIDS,
 - * Kanser,
 - * Kardiyo-vasküler hastalıklar,
 - * Mental ve nörolojik hastalıklar,
 - * Yaşlılık ve yaşla ilgili sorunlar ve sakatlıklar,
 - İnsan gen analizleri,
 - * Genetik harita geliştirilmesi,

- * Fiziksel haritalama,
- * DNA-Sequencing
- * Veri değerlendirmesi ve veri tabanları,
- * İnsan gen analizlerinde teknolojinin kullanımı ve geliştirilmesi,
- Biyomedikal etkiler ile ilgili araştırmalar,
 - * Koruyuculuk, bakım ve sağlık sistemleri,
 - * Majör sosyo-ekonomik öneme sahip hastalıklar,
 - * İnsan gen analizleri.

7. WHITE PAPER'DA SAğLIK KONUSU

Avrupa Sosyal Politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla 27 Temmuz 1994 yılında çıkarılan bu Kitap, sosyal politikalar alanında bir kilometre taşıdır. AB'ne üye ülkelerde sosyal politikaların, ekonomik politikaların tamamlayıcısı olarak ve eş anlı gerçekleştirilmesine ilişkindir. Bu politikaların içerisinde çalışma alanı, eğitim, barınma ve yaşama koşulları, işyerinde sağlık ve güvenlik, serbest dolaşım, kadın-erkek eşitliği, sosyal güvenlik ve sosyal korunma ve halk sağlığında herkese eşit fırsat (aile yaşamı; ailelerin, yaşlıların, özürllülerin ve marjinal grupların sağlığı da dahil olmak üzere) ve demografik yapı yer almaktadır.

Sosyal politikaların uygulanmasına ilişkin üye ülkeler, sosyal partnerler (konuyla ilgili işbirliği yapanlar), gönüllü ve yerel örgütler, Avrupa yurttaşları ve uluslararası organlar arasında yeni bir ortaklık kurmayı teşvik etme yollarının araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Amacı, 21. yüzyıla girerken üye ülkelerde yaşayan insanlar için ekonomik refahın eşsiz uyumunu, sosyal birlikteliği ve yaşamın her evresinde yüksek kaliteyi sağlayarak, bir Avrupa sosyal modeli geliştirmek ve korumaktır. Ve buradaki temel felsefe şudur : “Herkes eşit yararların sağlandığı bir toplum değerlidir.”

White Paper, bu yüzyılın sonlarında (1995-1999 döneminde) sosyal politika alanında bir adım daha ileride uyumlaştırma yollarını araştırmaktadır ve Birliğe yeni üye olacak ülkeleri de kapsamaktadır. Eğer bu başarılırsa, Birlik katma değeri artacak ve maksimum maliyet/etkinlik oranına ulaşılabilecektir. “Ekonomik ve sosyal ilerleme için anahtar kaynak iyi eğitilmiş, yüksek motivasyonlu ve uyum sağlamış insanlardır. İlerleme yalnızca ekonomilerin rekabet edebilirliği basitliğine indirgenemez; bir bütün olarak Avrupalıların etkinliği gereklidir” görüşünü benimsemiştir.

Birlik içinde dinamik bir sosyal yapı sağlamak amacıyla yönelik olarak Yapısal Fonlar olarak bilinen türlü fonlardan üye devletlere finansal destek sağlanmaktadır. Bu fonlardan en önemlisi Avrupa Sosyal Fonu'dur. Avrupa Sosyal Fonu işsizlik ve işten çıkarmayla mücadele, eşit fırsatları destekleme, gençlerin entegrasyonu, çalışanların mobilitelerini ve endüstriye uyumlarını sağlama, halkın genel eğitim düzeyini artırma ve sağlık sektörüne yönelik eğitim, bilim ve teknoloji hizmetleri sunma gibi faktörleri içeren sosyal politikaları desteklemektedir. Ayrıca Birlik, özellikle sağlıkla ilgili olmak üzere çok sayıda pilot projelere ve programlara (Biomed, Life, AIDS, Kanser

vb) finansal destek sağlamakta ve programlar arasında bilgi ve deneyim değişimini teşvik etmektedir.

White Paper’da yer alan ilkelerden bir diğeri de, insanların günlük yaşamları üzerine gerçek bir etkisi olan sosyal politikalar ve tüm sosyal gelişmelere ilişkin bilgilerin ulaşılabilir ve açık olmasıdır. Bundan dolayı Komisyon, Birlik eylemlerinin şeffaflığı ve daha iyi anlaşılmasını başarmak için sosyal alandaki gelişmeler ve Avrupa yurttaşlarının sosyal hakları ve fırsatları ile ilgili bilgilerin daha çok ve daha iyi bir şekilde insanlara ulaştırılması amacıyla Enformasyon Bürolarının faaliyete geçirilmesini ister.

Bir bilgi toplumu yaratma; sosyal-bilimsel unsurlar ve sosyal alandaki orta vadeli araştırma kapasitelerini geliştirme konularında sinerji sağlamak için data toplama, analizi ve bilgilerin yayılması gerektiğini belirtir ve buna yönelik olarak Yıllık Demografik Rapor, Sosyal Kalkınma Raporu, Eşitlik Raporu, Sosyal Dışlanma Gözlemleri, Yaşlanma ve Yaşlılık, Hastalık Raporları gibi raporlar yayımlanması görevini Komisyona verir.

Önümüzdeki 20 yıl içinde Birliğin demografik yapısında çok büyük değişmelerin yaşanacak olması oldukça önemli görülmektedir. Özellikle nüfusun yaşlanması ve yaşlıların korunması, entegrasyonu ve bakımlarının sağlanması gereklidir. 2010 yılı itibariyle 20 yaş altı nüfus oranının %24’ten %21’e düşmesi beklenirken, 60 yaş ve üzeri nüfus oranının %20’den %23’e yükseleceği beklenmektedir. Yaşam beklentisinin her 5 yılda 1 yıl artacağı öngörülmektedir. Yaşlı insanları aktif kılmak ve bunlara sağlık ve sosyal yönden destek vermek için toplumun güçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun için de Sosyal Koruma Kararları ve Politikaları Yaklaşımı adı altında Avrupa Konseyi Tavsiye Kararı alınmıştır.

Boşanmaların artması üzerine değişen aile yapıları, ve marjinal gruplar da üzerinde durulması gereken diğer sorunlardır. Bunlara ilişkin hakların korunması ve artırılması da Komisyon’un görevidir.

Şu anda (1994 yılında) Avrupa Birliği içinde 52 milyondan fazla insan yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır ve bu sonuç AB ekonomilerinin ve toplumlarının yapısal değişmelerden etkilenmesi sonucu ortaya çıkan endemik bir olaydır. Tek tek üye ülkeleri ve bir bütün olarak AB’yi tehdit etmektedir. Bu sonucu doğuran süreç dinamik ve çok boyutlu bir yapıdadır. Yalnızca işsizlik ya/ya da düşük gelire bağlı olmayıp, aynı zamanda barınma koşulları, eğitim düzeyi ve fırsatları, sağlık, ayrımcılık, yurttaşlık ve yerel toplumlara entegrasyona da bağlıdır. Bu nedenle yoksulluğu ve dışlanmışlığı önlemek ve bununla savaşmak için tüm çabaların harekete geçirilmesi ve ekonomik ve sosyal önlemlerin kombinasyonu gereklidir. Bu konuda birçok çalışma yapılmıştır ve yapılması sürdürülecektir.

AB nüfusunun %10’undan çoğu özürlülerden oluşmaktadır. Bunlar için BM’in Özürlüler İçin Eşitlik Sağlamaya Yönelik Standart Kuralları benimsenmiş ve bu doğrultuda Avrupa Sosyal Fonu, Horizon, ve Helios eylem programları ve Handynet sistemi gibi çeşitli kurum ve programlar yürütölmektedir.

8. HALK SAĞLIĞI ALANINDA EYLEM (WHITE PAPER)

Burada özellikle halk sağlığı ile sosyal ve çevresel politikalar arasında önemli bağlantılar bulunduğu belirtilmektedir. Yoksulluk, işsizlik ve bunların sağlık üzerinde yarattığı olumsuz sosyal sonuçlarını; nüfusun dikkate değer bir şekilde yaşlanması ve demografik değişimlerle sağlık ve sosyal koruma sistemleri üzerinde oluşan baskıları; yürütülen sosyal entegrasyon çerçevesinde koruyucu ve rehabilite edici sağlık programlarının rolünü; çevresel koşulların sağlık üzerindeki etkilerini ve AB içerisindeki artan nüfus hareketliliğinden ve AB'ne göçlerden kaynaklanan spesifik sağlık sorunları ve artan gereksinimleri içermektedir.

Komisyonun yayımlamış olduğu halk sağlığı alanında eylem çerçevesine ilişkin Bülten'de Komisyon, mevcut sağlık durumu ve üye devletlerin karşı karşıya bulunduğu ve mevzuatın uygulanmasından kaynaklanan bir yaklaşım olarak belirtilen sağlık sorunlarını tanımlamaktadır.

Bu Bülten, AB düzeyinde eylem alanının değerlendirilmesine ilişkin bir çok alanda çok yıllık program yapma kolaylığı sağlar. Bu programlardan üç tanesi için verilen Karar teklifleri Komisyon tarafından kabul edilmiş ve 1995 yılında uygulanması amacıyla Avrupa Konseyi ve Parlamentosunun ortak kararı olarak dikkate alınmıştır. Bu programlar:

- kanser;
- sağlıklı olmayı teşvik, bilgilendirme, eğitim ve hizmet içi eğitim;
- uyuşturucu bağımlılığını önleme.

konularındadır.

Bunlardan başka, AIDS ve diğer bulaşıcı hastalıklar ile öncelikli bir konu olarak hastalıkların araştırılması ve izlenmesini de kapsayan sağlık verileri ve göstergeleri üzerine daha fazla programlar geliştirilmesi yer almaktadır. Ayrıca, kaza ve yaralanmalar, kirlilikle ilgili hastalıklar ve az görülen hastalıklar gibi alanlarda da daha çok programlara yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Komisyonun başlatmış olduğu bir diğer konu da, sağlığın korunmasından kaynaklanan gereksinimlerin tümü gözönünde bulundurularak, diğer sektörler içindeki sağlık politikalarının geliştirilmesini sağlamaya yönelik bölümlerarası sağlık grubunun kurulmasıdır.

AB eylemlerinin formülasyonunda ve geliştirilmesinde diğer alanlardaki ilişkiler gözönüne alınacaktır ve iki alan arasında yapılaşma, organizasyon ve uygulamadaki farklılıklar hususlarında dikkatli olunurken, sosyal ve sağlık önlemleri arasında maksimum sinerji sağlanması amaçlanacaktır.

AB içindeki sağlığın korunmasıyla ilgili kararların uygulanmasında üye ülkelerin deneyimlerinden yararlanılarak, daha çok gereksinim duyulabilecek

eylemlere öncelik verilecektir. Komisyon, özellikle üye ülkelerin temel sağlık seçimleri, hizmetlerin dağıtılması ve sağlıkla ilgili yeni teknolojiler gibi alanlarda işbirliğini sağlayacak ve üye devletlerden gelen talepleri karşılayacaktır. Dikkate alınması gereken bir diğer özel alan ise, Birlik içinde gelişen mobilite sonucu artan hizmetlere ve olanaklara ulaşma gereksinimini üye devletlerin karşılayabilmesi için destek verilmesidir.

9. WHITE PAPER'DAN SONRA YAPILAN ÇALIŞMALAR

1. AB'nin yukarıda sözü edilen Tıp ve Sağlık Araştırmaları kapsamında yer alan Dördüncü Çerçeve Programında (1994-1998) 2600 yeni proje finanse edilmiştir. Çerçeve Programın katkıda bulunduğu bilimsel ve teknolojik atılımlardan bir kaç şü şekilde özetlenebilir:

- Buğday genomu diziliminin çıkarılması (gıda sanayii ve sanayi enzimlerinin üretiminin yanı sıra kalın bağırsak kanseri, sistik fibroz gibi insan hastalıkları ile ilgili olarak halk sağlığını ilgilendirmekte),
- Çevre üzerinde olumsuz etkileri olan klor esaslı bir bileşik olan PVC'nin yerine kullanılabilecek kağıt esaslı bir üstleç geliştirilmesi,
- Ozon tabakasını tehdit eden CFC'lerin imhası için bir sürecin geliştirilmesi,
- Çevre-Su, Aşılar ve Viral Hastalıklar.

2. 1994-1995 döneminde AB eylem planı çerçevesinde HIV/AIDS'in önlenmesiyle ilgili aşağıdaki alanlarda toplam 134 uluslararası işbirliği projesine finansal destek sağlanmıştır:

- HIV/AIDS hakkında epidemiyolojik veri toplanması,
- Davranış ve tutumlar hakkında bilgi edinilmesi, bilgilendirme ve bilinç artırma kampanyaları,
- Çocukların ve gençlerin eğitilmesi,
- Yüksek riskli gruplar arasında HIV bulaşımının önlenmesi,
- Etkilenen kişilere sosyal ve psikolojik destek ve ayrımcılığa karşı mücadele.

3. Creutzfeldt-Jakob hastalığı dahil BSE (Bovine spongiform encephalopathy) ve diğer prion hastalıklarını içeren tüm "bulaşıcı spongiform encephalopathy" (deli dana hastalığı) hastalıklarına yönelik bir araştırma programı. Bu program beş alanı kapsamaktadır:

- İnsan "spongiform encephalopathy" hastalıkları üzerine klinik ve epidemiyolojik araştırma,
- Hastalığı bulaştıran şey ve onun geçiş yolları,
- Hastalığın teşhis edilmesi,
- Hastalığa yakalanma riskinin değerlendirilmesi,
- Hastalığın tedavi edilmesi ve önlenmesi.

4. Alzheimer hastalığı ve bunamadan etkilenen insanların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bunların bakımının sağlanmasına ilişkin program.

Tablo . 1- 1995 YILINDA NÜFUSUN YAŞ YAPISI

	(% olarak toplam nüfusa oranı)		
	0-14 yaş	15-64 yaş	65 yaş ve üzeri
AB (15)	17,7	67,0	15,4
-Yunanistan	17,1	67,6	15,3
-İspanya	16,9	68,0	15,1
-Portekiz	18,0	67,6	14,4
Türkiye	32,3	63,0	4,7

Kaynak: Eurostat Demographic Statistics, 1996
1997 Yılı Kalkınma Programı, DPT

Tablo.2 - 1993 YILINDA HEKİM, DİŞ HEKİMİ VE ECZACI BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

<u>ÜLKELER</u>	<u>HEKİM</u>	<u>DİŞ HEKİMİ</u>	<u>ECZACI</u>
AVUSTURYA	304	2272	2040
BELÇİKA	273	1449	751
ALMANYA	311	1388	1923
DANİMARKA	352	1123	2564
İSPANYA	245	3225	1010
FRANSA	355	1449	2127
FİNLANDİYA	378	1098	724
YUNANİSTAN	257	961	1298
İTALYA	186(*)	-	-
İRLANDA	598	2500	3571
LÜKSEMBURG	465	1960	-
HOLLANDA	396	1886	6250
PORTEKİZ	342	4761	1639

İSVEÇ	333	<u>961</u>	1587
İNGİLTERE	609	2564	2702
TÜRKİYE	984	5020	3502
TÜRKİYE	903	4452	3406

(1996)

(*)İtalya için diş hekimi dahil; italik rakamlar 1992, altı çizili rakamlar 1991, bold rakamlar 1990 yılına ilişkindir.

Kaynaklar: Statistics on Focus, 1996/4

1994 Yılı Programı, DPT

1997 Yılı Programı, DPT

Tablo. 3- ÜLKELERE GÖRE BEBEK ÖLÜM ORANLARI (1995)

ÜLKELER	BEBEK ÖLÜM ORANI (Binde)
AVUSTURYA	6.2
FİNLANDİYA	4.6
FRANSA	6.4
ALMANYA	5.6
YUNANİSTAN	7.9
İTALYA	7.9
LÜKSEMBURG	0.0
PORTEKİZ	8.0
İSPANYA	7.0
İSVEÇ	4.7
İNGİLTERE	6.3
AB (11) ORTALAMASI	5.9

TÜRKİYE
TÜRKİYE 1997

44.4
40.0

Kaynak: WHO, İstatistical Years 1995

Tablo.4 - 1994 YILINA İLİŞKİN ÖLÜM NEDENLERİ VE SAYILARI

<u>HASTALIK ADI</u>	<u>AVU</u>	<u>FİN</u>	<u>FRA</u>	<u>ALM</u>	<u>YUN</u>	<u>İTA</u>	<u>LUK</u>	<u>HOL.</u>	<u>İSP</u>	<u>İNG.</u>	<u>AB (10)</u>	<u>TÜRKİYE</u>
Tifo	-	-	-	1	-	2	-	-	3	-	6	49
D.Enfeksiyon/Parazit Hast.	34	113	3493	2011	36	526	24	591	442	685	7655	1567
Tüm tüberkülozlar	106	77	921	758	105	514	4	52	765	494	3796	903
Boğmaca	-	-	1	2	1	4	-	2	-	-	10	7
Menengikok enfeksiyonlar	15	8	18	91	-	18	-	5	79	190	424	208
Tetanoz	2	-	24	6	3	39	-	-	16	4	94	86
D.bakteri hastalıkları	5	18	268	352	3	77	4	36	87	149	1849	1119
Kızamık	1	-	9	7	-	19	-	-	2	4	42	31
D.virütik hastalıklar	34	63	618	632	49	202	3	175	283	479	2538	582
Seksüel hastalıklar	1	2	14	22	1	26	1	5	39	8	119	29
Tüm tümörler	1096	9873	142712	212391	21551	148628	945	36476	80459	159721	831712	5421
Şekerli diabet	1581	536	6574	22459	752	18675	45	3130	8558	6823	101035	1215
Beslenme bozuklukları	1	1	1467	123	1	34	1	1284	124	101	3137	136
Endokrin/Metabolizma has.	275	75	9310	4973	324	4522	28	117	4756	2367	26747	98
Anemi ve diğer kan hastalık.	121	44	2725	1693	252	1933	14	544	1347	2183	10856	677
Mental bozukluklar (psikoz, alkolizm, madde bağ.dahil)	269	1627	12919	11401	192	5965	91	3136	6802	9158	51560	384
Menenjitler	27	27	264	166	30	155	1	62	184	249	1165	473
Multipl scleroz	51	50	367	886	79	286	3	214	146	789	2071	86
Epilepsi	113	60	999	1004	48	352	10	160	230	849	3825	167
Sinir sistemi hastalıkları	1034	778	9963	11640	1080	9583	41	1744	4331	8344	38062	1758
Akut romatizma	1	1	15	24	-	17	-	-	10	335	403	35
Kronik romatizmal kalp has.	224	78	1110	2636	81	1838	1	205	1529	2082	9784	924
Hipertansiyon	1184	420	6141	13812	1071	15797	54	845	3301	3444	19420	1284
İskemik kalp hastalıkları	7870	4937	17883	93976	3411	34097	299	5163	10635	67430	44080	5106
D.kalp hastalıkları	20403	10588	87666	183372	25706	95270	659	31377	62871	13474	55587	9280

Serebrovasküler hastalıklar	9917	5720	45764	104079	18600	73199	479	12907	42081	71288	384034	8274
Arter, arteryol ve kapıl has.	1719	331	1346	18696	193	11298	30	1346	8199	3201	19363	759
Vena trombozu ve emboli	1272	737	12972	12860	628	5474	48	2367	3173	16401	17925	386
D.dolaşım sistemi hastalık.	64	15	1223	1087	196	516	9	127	854	396	4487	708
Akut solunum sistemi enf.	19	31	959	604	1135	512	3	40	432	626	4361	562
Grip	117	100	1152	370	1	507	1	5194	271	583	8296	25
Pnömoni	1205	2422	16303	18277	575	6492	47	656	6516	60956	27465	1913
Bronşit,anfizem ve astım	1355	908	8671	19568	266	17991	100	3075	3658	8179	30057	1328
D.solunum sistemi has.	773	191	13292	14105	3443	7016	125	4381	18921	31838	23743	1936
Ülser,gastrit, duodinit	423	331	1723	3696	181	2137	14	488	1058	4691	14742	509
Apandisit	29	15	151	137	5	85	4	39	69	133	667	150
Barsak tıkanması ve fitik	193	137	3875	3208	142	2506	10	654	1296	2099	14120	569
Karaciğer sirozu	2096	518	9308	19864	856	14655	64	713	7439	3539	27984	636
D.sindirim sistemi hastalık.	1231	808	11096	15822	1352	8055	89	3096	8590	10560	26968	1626
Nefrit,nefroz ve böbrek enf.	669	383	5173	7576	1551	5799	30	1448	5842	4768	33239	1145
Üro-genital hastalıklar	135	80	2160	1877	12	1071	3	1266	1292	3106	11002	225
Gebelik/lohusalık toksemisi	2	-	7	5	-	9	-	6	5	8	42	23
Gebelik/doğum kanaması	-	1	17	2	-	12	-	-	5	7	44	29
Düşükler	-	-	2	6	2	2	-	1	-	4	17	346
Lohusalık enfeksiyonu	-	1	12	-	-	4	-	6	5	-	28	32
Komplikasyonsuz doğum	3	-	19	8	-	12	-	1	-	7	50	46
D.geb/loh/doğ komplikas.	3	-	9	13	-	2	1	2	-	9	39	106
Konjenital anomaliler	243	95	1601	2073	397	1870	4	646	1384	2080	10393	1301
Doğ.travması ve güç doğum	1	1	9	66	1	163	-	25	61	143	470	389
Perinatal hastalıklar	256	134	1299	1679	408	2407	12	523	1155	2418	10291	4712
Taşıtl kazaları	4587	612	9079	10072	2243	9846	81	1294	6921	4177	39847	3186
İntihar	1776	1487	12251	12718	375	4543	74	1555	2786	4462	42027	132
ÜLKE NÜFUSLARI (bin)	8030	5082	57654	82637	10426	56859	404	15291	39005	58192	333580	60576

Tablo.5 - NÜFUS, NÜFUS DEĞİŞİMİ VE MORTALİTE

ÜLKELER	NÜFUS 1995 (bin)	YAŞ GRUPLARINA DAĞILIMI (%)			BÜYÜME ORANI (%)	KABA DOĞ OR. (binde)	1995 - 2000		DOĞUŞTA YAŞAM BEKLENTİSİ	BEBEK ÖLÜM OR. (bin can.doğ)
		0-4	15-64	65 +			KABA ÖLÜM OR. (binde)			
BELÇİKA	10 113	17.8	66.4	15.8	0.3	11.8	10.5		77.4	5.6
DANİMA.	5 181	17.2	67.6	15.2	0.1	12.0	11.8		75.8	6.9
FİNLAND.	5 107	19.1	66.8	14.1	0.4	12.6	10.2		76.5	4.9
FRANSA	57 981	19.6	65.5	14.9	0.4	12.4	9.6		77.6	6.6
ALMAN.	81 591	16.1	68.7	15.2	0.0	9.2	10.9		76.8	5.6
YUNAN.	10 451	16.7	67.4	15.9	0.2	9.8	10.1		78.1	9.0
AVUST.	7 968	17.8	67.3	14.9	0.4	11.4	10.1		77.1	6.0
İRLANDA	3 553	24.5	64.3	11.3	0.4	15.1	8.8		76.1	6.5
İTALYA	57 187	15.1	68.9	16.0	0.0	9.6	9.9		78.3	7.0
LÜKSEM.	406	17.0	69.0	14.0	0.9	12.6	9.9		76.5	6.0
HOLLAND	15 503	18.4	68.4	13.2	0.5	12.3	8.8		78.1	6.3
PORTEKİZ	9 823	18.9	67.0	14.1	0.0	11.8	10.5		75.5	8.5
İSPANYA	39 621	16.5	68.6	14.9	0.1	9.8	9.3		78.2	6.9
İSVEÇ	8 780	19.0	63.7	17.3	0.4	13.6	10.9		79.0	5.2
İNGİLT.	58 258	19.6	65.0	15.5	0.3	12.9	10.9		77.0	6.3
TÜRKİYE	61 945	33.9	61.1	5.0	1.8	24.6	6.7		68.5	52.4

KAYNAK : WHO STATİSTİCS,1995

Tablo.6- YOKSULLUK, BARINMA KOŞULLARI VE BESLENME

ÜLKELER	KİŞİ BAŞINA GELİR (1993 - ABD DOLARI)	KİRAÇI KONUMUNDA OLANLAR (%)	5 YAŞ ALTINDAKİ DÜŞÜK KİLOLU ÇOCUK PREVELANSI	5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ÖLÜM OLASILIĞI (1995 - 2000)
BELÇİKA	21 650	-	< 10	0.007
DANİMARKA	26 730	-	< 10	0.007
FİNLANDİYA	19 300	24.1	< 10	0.006
FRANSA	22 490	39.6	< 10	0.009
ALMANYA	23 56	58.6	< 10	0.007
YUNANİSTAN	7 390	-	< 10	0.010
AVUSTURYA	23 510	42.1	< 10	0.007
İRLANDA	13 000	22.5	< 10	0.007
İTALYA	19 840	-	< 10	0.008
LÜKSEMBURG	37 320	-	< 10	0
HOLLANDA	20 950	55.9	< 10	0.008
PORTEKİZ	9 130	-	< 10	0.010
İSPANYA	13 590	14.9	< 10	0.008
İSVEÇ	24 740	41.0	< 10	0.006
İNGİLTERE	18 060	-	< 10	0.007
TÜRKİYE	2 970	22.6	10 - 19	0.060

KAYNAK: WHO STATISTICS, 1995

Tablo.7 - İLK ON SIRADA YER ALAN ÖLÜM NEDENLERİ VE ORANLARI

AB (10)	SAYI	TOPLAM NÜFUSA ORANI (binde)	TÜRKİYE	SAYI	TOPLAM NÜFUSA ORANI (binde)
KANSERLER	831 712	2,5	KALP HASTALIKLARI	23 584	0,4
KALP HASTALIKLARI	493 485	1,5	KANSERLER	5 421	0,09
ŞEKERLİ DİABET	101 035	0,3	PERİNATAL HASTALIKLAR	4 712	0,08
MENTAL BOZUKLUKLAR VE SİNİR SİSTEMİ H. İNTİHAR	89 622	0,3	TAŞIT KAZALARI	3 186	0,05
	42 027	0,1	MENTAL BOZUKLUKLAR VE SİNİR SİSTEMİ H.	2 142	0,04
TAŞIT KAZALARI	39 874	0,1	D. SOLUNUM SİST. HASTALIKLARI	1 936	0,03
NEFRİT, NEFROZ VE BÖBREK ENF.	33 239	0,1	PNÖMONİ	1 913	0,03
BRONŞİT, ANFİZEM, ASTİM	30 057	0,09	SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI	1 626	0,03
KARACİĞER SİROZU	27 984	0,08	ENFEKSİYON VE PARAZİT HASTALIKLARI	1 376	0,02
PNÖMONİ	27 465	0,08	BRONŞİT, ANFİZEM, ASTİM	1 328	0,02

KAYNAK . WHO STATISTICS, 1995

Tablo.8 - YAŞ GRUPLARINA GÖRE EN ÇOK GÖRÜLEN 5 HASTALIK VE MORBİDİTE HIZLARI

Yaş Gr.	AB (Farklı bölge ve düzeylerden seçilen 7 ülke)*						Türkiye	
		ÖNEMLİLİK SIRASI						
		1	2	3	4	5	1	2
0	Hastalık Morbidite (binde)	Bilinmeyen konjenital durumlar 5.62	Konjen. kalp ve dolaşım sis. has. 2.16	Diğer konjenit. anomal. 1.73	Kazalar ve etkileri 0.56	Enfeksiyon ve parazit hastalıkları 0.36	Akut sol. Yolu enf. 841.9	Anemiler 134.5
1-4	Hastalık Morbidite (binde)	Kazalar ve etkileri 1.22	Kanserler 0.42	Motorlu taşıt kazaları 0.40	Konjen..kalp ve dol. .s. h. 0.27	Diğ. konjen. anomaliler 0.21	Akut solunum yolu enf. 344.0	Enterit diyare ha 44.1
5-14	Hastalık Morbidite (binde)	Kazalar ve etkileri 1.83	Kanserler 0.97	Dolaşım sis. hast. 0.28	Endocrine ve metab. has. 0.22	İntihar 0.15	Akut solunum .yolu enf. 206.9	Diş ve dokusu Hast. 27.5
15-24	Hastalık Morbidite (binde)	Kazalar ve etkileri 11.88	Motorlu taşıt kaz. 9.11	İntihar 4.35	Kanserler 1.49	Dolaşım sistemi .has. 0.83	Akut solunum yolu enf. 112.3	Üregenit. sist.Diğ. 100.2
25-44	Hastalık Morbidite (binde)	Kanserler 20.84	Kazalar ve etkileri 20.16	İntihar 18.20	Endocrine ve metabol .has. 12.04	Dolaşım sis.has. 11.47	Üregenit. sis.diğ.ha 64.2	Akut .yol. enf. 63.6
45-64	Hastalık Morbidite (binde)	Kanserler 147.10	Dolaşım sistemi .has. 71.94	Akut miokard enfarktüs 24.23	Kazalar ve etkileri 20.40	Diğer kalp hastalıkları 16.00	Akut solun. Yolu enf. 80.7	Hipertan 41.5
65 +	Hastalık Morbidite (binde)	Dolaşım sis.has. 713.65	Kanserler 400.95	Diğer kalp has. 214.94	Serebravaskü. ler Hastalıklar 186.77	Acut miokrd enfarktüs 109.40	Akut solun. Yolu enf. 103.0	Hipertan 80.7

*Almanya, Belçika, Polonya, Finlandiya, İngiltere, Yunanistan, İsveç ortalaması (WHO Statistical Years, 1995)

**Etimesgut Sağlık Bölgesinde Yapılan Çalışmanın 1989 yılına ilişkin sonuçları (H.Ü.Tıp Fakültesi)

KAYNAKLAR

1. Avrupa Topluluğunun Sosyal Politikaları, ATAUM, Ankara, 1991
2. Building the Social Dimension, ECSC-EC-EAEC, Brussels, 1993
3. Demographic Situation in the European Union-1995, Social Europe, EC, Brussels
4. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1997), DPT, Ankara, 1997
5. Eurostat Demographic Statistics, 1996
6. Güncel Avrupa, Yıl 1997, Sayı:1-2, AB Türkiye Temsilciliği, Ankara
7. Güncel Avrupa, Yıl 1996, Sayı: 7-8, AB Türkiye Temsilciliği, Ankara
8. Hastalık İstatistikleri 1964-1994, S.B., Ankara, 1996
9. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi, DPT, Ankara, 1995
- 10.OECD Health Data, 1995
- 11.Promoting A Social Europe, ECSC-EC-EAEC, Brussels, 1996
- 12.Sağlık İstatistikleri-1995, S.B., Ankara, 1996
- 13.Social Europe-3/94, European Community, Brussels, 1994
- 14.Statistics on Focus, 1996/2
- 15.Statistics on Focus, 1996/4
- 16.The Work of WHO in the European Region-Annual Report of the Regional Director 1987, Copenhagen, 1988
- 17.Ulusal Sağlık Politikası, S.B., Ankara, 1993
- 18.White Paper-European Social Policy, EC, 1994
19. WHO Statistics, 1995
20. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT
21. 1994 Yılı Programı, DPT
22. 1997 Yılı Programı, DPT

**TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİNDEKİ
SAĞLIK POLİTİKALARI VE GÖSTERGELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

NURAY TANRITANIR
ANKARA-1997

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SORUNLARI

1. PLANLAMA

- Hedefin saptanması
- Durum saptaması
- Kara alma
- Hazırlanma
- Uygulama
- Sürekli izleme
- Değerlendirme

2. ÖRGÜTLENME (ORGANİZASYON)

3. BÜTÇE

4. PERSONEL (İNSANGÜCÜ GELİŞTİRİLMESİ)

5. EĞİTİM - YÖNLENDİRME

- Sağlık personelinin eğitimi
- Halkın eğitimi ve bilinçlendirilmesi

6. EŞGÜDÜM

7. DENETİM

8.ÖRGÜTLENME MODELİ İÇİNDE VERİLERİN TOPLANMASI (tanı koyma, kodlama sistemleri) VE YAYILMASI

“Sağlık Reformu Paketinde” ülkemizin sağlık politikası ve hizmetindeki sorunlar:

- Politika geliştirilmesi ile ilgili sorunlar,
- Hizmet sunumu ile ilgili sorunlar,
- Finansman ile ilgili sorunlar,
- Yönetim ile ilgili sorunlar,
- Mevzuat ile ilgili sorunlar,
- Bilgi ve eğitim ile ilgili sorunlar.

Bu modelde yer başlıca amaçlar ise:

- Halkın tümünün sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması ve halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunda adaletin sağlanması,
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine önem verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin sağlanması,
- Kaynak kullanan ile hizmet sunan birimlerin ayrılması,
- Hizmet sunanlar arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Teknolojinin doğru kullanımı,

- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi, etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması ve bilgiye dayalı karar alımlarının sağlanması,
- İnsan kaynaklarının uygun yetenekte, doğru zamanda, doğru yerde, yeterli sayıda ve doğru bileşimi,
- Karar alma yetkisinin bireysel hizmet birimlerine verilmesi