

TEMEL DEMOGRAFİK ve SAĞLIK DÜZEYİ ÖLÇÜTLERİ AÇISINDAN TÜRKİYE İLE AVRUPA BİRLİĞİ'NE (AB) ÜYE ÜLKELERİN KARŞILAŞTIRILMASI*

Suphi VEHİD

Background.- In recent 40 years, world population has been changed. Rate of developed countries population was decreased to one fifth from one third of the world population. Due to this change, differences between developed and developing countries are raised. During recent forty years, relation between Turkey and EU was the one of the top subject of public agenda, and at least Turkey were invited to be candidate member of the union by the 1999 Helsinki decisions.

Design.- In this study, comparison between Turkey and member of European Union countries tried to be done according to some of their basic demographic and health indicators.

Results.- Apart from differences on basic demographic situations, main differences were found on death rates such as maternal mortality, new born mortality and mortality of children under five years of age, which are very high in Turkey against to the members of EU countries.

Conclusion.- These differences suggest that there is a thoughtful situation on the level and distribution of the primary health care services in Turkey against to the members of EU countries, although it is possible to think optimistic that these differences will become less by looking passed values.

Vehid S. Comparison between Turkey and member of European Union (EU) countries by their health and basic demographic indicators. *Cerrahpaşa J Med* 2000; 31: 100-106.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Düzeyi Ölçütleri, Temel Demografik Ölçütler, Türkiye, Avrupa Birliği Ülkeleri; *Key Words:* Health Indicators, Basic Demographic Indicators, Turkey, Members of European Union Countries; *Alındığı Tarih:* 29 Şubat 2000; *Uz. Dr. Suphi Vehid:* İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; *Yazışma Adresi (Address):* Dr. S. Vehid, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 34303 İstanbul.
<http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2000v31/s2/002a7.htm>

Dünya nüfusu son 40 yıl içinde gerek toplam miktar gerekse dağılım açısından büyük değişikliklere uğramıştır.¹ Bu dönem içerisinde gelişmiş ülkelerin nüfusu 832 milyondan 1.2 milyara çıkarken, gelişmekte olan ülkelerin nüfusu 1.7 milyardan 4.2 milyara yükselmiştir. Bu değişikliğe bağlı olarak gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında var olan farklılaşma daha da artmıştır. Bunun başlıca nedeni gelişmiş ülkelerdeki nüfus artışının gelişmekte olan ülkelere oranla çok daha düşük olmasıdır. 2. Dünya Savaşının sonunda gelişmiş ülkelerin nüfusu dünya nüfusunun üçte biri iken, bugün bu oran beşte bir bile değildir. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde yaşam düzeyi diğer ülkelere oranla daha büyük bir hızla artmaya devam edecektir.²⁻⁴

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olan Türkiye, % 65 civarında kentleşme oranına sahip, iç göçün yoğun olarak yaşandığı ülke konumundadır.⁵ Nüfus artış hızının son zamanlarda düşüş göstermesine rağmen arzu edilen düzeye düşürüldüğü de söylenemez. Tıbbi teknoloji transferi sayesinde erişkin ölümlerinin gelişmiş ülke düzeyinde, ancak bebek ve çocuk ölümlerinin sosyo-ekonomik yapıdan dolayı yüksek olduğu, bu nedenle genç bir nüfus yapısına sahip olduğumuz söylenebilir. Genç nüfus miktarının fazlalığı ise gıda maddelerine, konut, sağlık ve eğitim hizmetlerine olan talebi artırmakta, diğer bir yaklaşımla kalkınmayı güçleştirmektedir.

Sağlık alanındaki talebin saptanması ve karşılanması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması amacıyla geliştirilmiş çeşitli ölçütler kullanılmaktadır.⁶ Sağlık düzeyi ve temel demografik ölçütler adı altında toplanmakta olan bu ölçütler bir toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi vermenin yanı sıra ülkeler arasında

kiyaslama yapılabilmesine olanak sağlamaktadır. Hız, oran, orantı, olasılık, yüzde gibi ölçütler nüfus büyüklüğünden kaynaklanan farklılıkları ortadan kaldırıp, gerçekte var olan farklılığın saptanmasını sağlamaktadır.

Sağlık düzeyi ölçütleri açısından daha iyi bir konuma gelinmesinde temel sağlık hizmetlerinin dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığı son derece önemlidir. Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin gelişimi incelenecek olursa; Osmanlı döneminde İçişleri Bakanlığına bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin ilk defa Büyük Millet Meclisinin açılmasıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde örgütlendiği,⁷ geçen 80 yıla yakın bir sürede sağlık düzeyimizin gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyine erişmemesinde de gerek sosyo-ekonomik, gerekse sosyo-kültürel nedenlerle 40 yıldan fazla süren pronatalist yani nüfus artışını destekleyici nüfus politikasının yol açtığı hızlı nüfus artışının etken olduğu söylenebilir.

Cumhuriyet döneminin yaklaşık son 40 yılında Türkiye ile Avrupa Birliği arasındaki ilişkiler, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyelik konusu zaman zaman gündemin ana maddelerinden birini oluşturmuştur. Helsinki 1999 kararları çerçevesinde ülkemiz AB'ne üyeliğe davet edilmiş ve uyum yasaları için bir süreç başlatılmıştır.⁸ Bugüne kadar Türkiye'nin ile AB'ni oluşturan ülkelerle ekonomik, sosyal ve kültürel yapı ve düzey açısından bütünleşmeye ne derece hazır olduğumuz araştırılmışsa da, bütün bu yapıların temelini oluşturan demografik özellikler ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından benzerlik veya farklılıkları irdeleyen çalışmalar çok yeni ve sayıca azdır.^{1,9-12} AB ile Türkiye arasında uyum sürecinin başladığı günümüzde birliğe üye ülkelerle ülkemiz arasında bazı temel demografik özellikler ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından var olan farklılık ve benzerlikleri çalışmamızla irdelemek ve

saptanan farklılıkların giderilmesinde yardımcı olabilecek önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelere ait nüfus artış hızı, genç, yaşlı ve toplam bağımlı nüfus oranları, hekim, diş hekimi ve hemşire başına düşen nüfuslar, yeni doğan ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, kaba ölüm hızı ve maternal mortalite hızı gibi temel demografik ve sağlık düzeyi ölçütleri arasında yer alan bazı hız ve oranlar tablolar halinde bulgular bölümünde sunulmaktadır. Türkiye'ye ait bağımlı nüfuslar T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü 1997¹³ yıllığındaki verilerden, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin bağımlı nüfusları Dünya Sağlık Örgütü 1996 yıllığındaki verilerden hesap edilmiştir.¹⁴ Diğer veriler ise Dünya Sağlık Örgütü 1998¹⁵ ve 1999¹⁶ yılı istatistik raporları ile Dünya Bankası 1998¹⁸ yılı raporlarından elde edilmiştir.

Türkiye ile Avrupa Birliği'ne üye ülkeler arasında, temel demografik ölçütleri ve sağlık düzeyi ölçütlerini kullanarak kıyaslama yapmayı amaçlayan tanımlayıcı tipteki çalışmamızda, bağımlı nüfusların hesaplanmasında 15 yaş altı nüfus ile 65 yaş üzeri nüfuslar kullanılmıştır. Tablolarda sunulmakta olan Türkiye'ye ait veriler hem sayısal hem de nüfusa orantılı olarak Avrupa Birliği'ne üye ülkelerdekilerle kıyaslanmış ve farklılıklar tartışma bölümünde tartışılmıştır.

BULGULAR

Türkiye nüfusu, bugün için Avrupa Birliğini oluşturan 15 üye ülkenin Almanya dışında kalan 14'ünden sayıca fazladır. Bu fazlalık, genç bağımlı nüfusta daha belirgindir (Tablo I).

Ülkemiz ve üye ülkelerin gayri safi milli gelirleri ve buradan sağlık için harcanan pay incelendiğinde Tablo II'deki bulgular ortaya çıkmaktadır.

Hekim sayısına ilişkin dağılım Tablo III'te sunulmaktadır. Türkiye'deki hekim sayısı Almanya, İngiltere, Fransa ve İs-

Tablo I. Türkiye ve AB Oluşturan 15 Ülkenin Nüfus, Genç, Yaşlı ve Toplam Bağımlı Nüfus Dağılımları (1998)

ÜLKE ADI	NÜFUS	Genç Bağımlı Nüfus Oranı (%)	Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranı (%)	Toplam Bağımlı Nüfus Oranı (%)
TÜRKİYE	61158000	57.19	6.43	63.62
ALMANYA	82133000	23.78	22.65	46.44
İNGİLTERE	58649000	29.88	24.26	54.14
FRANSA	58683000	29.06	23.41	52.47
İSPANYA	39628000	24.35	21.19	41.92
DANİMARKA	5270000	25.27	22.20	47.48
YUNANİSTAN	10600000	24.94	23.04	47.99
PORTEKİZ	9869000	25.85	20.99	46.84
FİNLANDIYA	5154000	28.53	21.29	49.82
İTALYA	57369000	22.19	22.96	45.16
İSVEÇ	8875000	29.49	27.51	57.00
HOLLANDA	15678000	26.90	19.35	46.25
BELÇİKA	10141000	24.75	21.74	46.49
AVUSTURYA	8140000	26.06	22.49	48.56
İRLANDA	3681000	40.95	18.18	59.13
LUKSEMBURG	422000	27.33	20.86	48.20

panya dışında kalan ülkelerden daha fazladır. Buna karşılık bir hekime 1000 nüfus düşmektedir. Diş hekimi sayısına ilişkin dağılım Tablo IV'te sunulmaktadır. Diş hekimi sayısı açısından bir çok ülkeden fazla sayıda diş hekimi sayısına sahip olmamıza rağmen bir hekime 5514 nüfus

düşmektedir. Hemşire sayıları açısından da Türkiye'de birçok üye ülkeden daha fazla hemşire bulunmaktadır. Bir hemşireye 681 nüfus düşmektedir (Tablo V).

Üye ülkeler ve Türkiye'de son yıllarda gözlenen nüfus artış hızı, bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, kaba ölüm hızı ve

Tablo II. Türkiye ve AB Ülkelerinde Kişi Başına GSM ve GSM'dan Sağlık İçin Harcanan Pay (1998)

ÜLKE ADI	Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir (Dolar)	Gayri Safi Milli Gelirden Sağlık İçin Harcanan
TÜRKİYE	3160	4.2
ALMANYA	25850	10.5
İNGİLTERE	21400	6.9
FRANSA	24940	9.7
İSPANYA	14080	7.7
DANİMARKA	33260	6.4
YUNANİSTAN	11650	5.9
PORTEKİZ	10690	8.2
FİNLANDIYA	24110	7.5
İTALYA	20250	7.6
İSVEÇ	25620	7.3
HOLLANDA	24760	8.6
BELÇİKA	25380	7.9
AVUSTURYA	26850	8.0
İRLANDA	18340	6.4
LUKSEMBURG*	16798	7.0

* Luksemburg'a ait veriler 1992 yılına aittir

Tablo III. Türkiye AB'ni Oluşturan Ülkelerde Hekim Sayıları Dağılımı ve Hekim Başına Düşen Nüfus

ÜLKE ADI	HEKİM SAYISI	NÜFUS/HEKİM
TÜRKİYE	61158	1000
ALMANYA	258023	318
İNGİLTERE	94955	618
FRANSA	160982	365
İSPANYA	157887	251
DANİMARKA	14167	372
YUNANİSTAN	40150	264
PORTEKİZ	28648	345
FİNLANDIYA	13686	376
İTALYA	97527	588
İSVEÇ	26026	341
HOLLANDA	39195	400
BELÇİKA	36681	276
AVUSTURYA	25701	317
İRLANDA	5893	625
LUKSEMBURG	841	501

Tablo IV. Türkiye AB'ni Oluşturan Ülkelerde Dış Hekimi Sayıları Dağılımı ve Dış Hekimi Başına Düşen Nüfus

ÜLKE ADI	DİŞ HEKİMİ SAYISI	NÜFUS/DİŞHEKİMİ
TÜRKİYE	11091	5514
ALMANYA	56183	1462
İNGİLTERE	23004	2250
FRANSA	38376	1529
YUNANİSTAN	10425	1017
FİNLANDİYA	4606	1119
İTALYA	10814	5305
AVUSTURYA	2973	2738
İRLANDA	1131	3255

Araştırılan kaynaklarda aynı yıla ait dış hekimî sayılarına rastlanmadığından İspanya, Danimarka, Portekiz, İsveç, Hollanda ve Luksemburg bu tabloda yer almaktadır.

maternal mortalite hızı gibi bazı hızlar incelendiğinde ülkemizde sadece kaba ölüm hızının üye ülkelerden düşük olduğu ortaya çıkmaktadır (Tablo VI).

TARTIŞMA

Türkiye'nin nüfus sayısı açısından Avrupa Birliğini oluşturan ülkeler arasında

Tablo V. Türkiye AB'ni Oluşturan Ülkelerde Hemşire Sayıları Dağılımı ve Hemşire Başına Düşen Nüfus

ÜLKE ADI	HEMŞİRE SAYISI	NÜFUS/HEMŞİRE
TÜRKİYE	89872	681
FRANSA	224679	261
YUNANİSTAN	28682	370
PORTEKİZ	29855	330
FİNLANDİYA	111535	42
İSVEÇ	91530	97
AVUSTURYA	42197	193

Araştırılan kaynaklarda aynı yıla ait hemşire sayısına rastlanmadığı için bu tabloda Luksemburg, İrlanda, Belçika, Hollanda, İtalya, Danimarka, İspanya, Almanya ve İngiltere yer almamaktadır.

Almanya dışında kalan ülkelerden daha fazla nüfusa sahip olduğu görülmektedir. Nüfusun fazlalığı yanında ülkemizin özellikle genç bağımlı nüfusu ve dolayısıyla üretken özelliği olmayan nüfusu Avrupa Birliği ülkelerine göre çok fazladır. Nüfusun bağımlılığı açısından ülkemize en yakın Avrupa Birliği üyesi ülkenin İrlanda olduğu Tablo I'den de anlaşılmaktadır. Bu farklılığa yol açan nedenler arasında, üye

Tablo VI. Türkiye ve AB Ülkelerinde Nüfus Artış, Bebek Ölüm, 5 Yaş Altı Ölüm, Kaba Ölüm ve Maternal Mortalite Hızları

ÜLKE ADI	Nüfus Artış Hızı (Yüzde)	Bebek Ölüm Hızı (Binde)	1-4 Yaş Ölüm Hızı (Binde)	Kaba Ölüm Hızı (Binde)	Maternal Mortalite Hızı (Yüz binde)
TÜRKİYE*	2.1	45	60.0	7.0	180
ALMANYA	0.2	5	6.5	10.83	22
İNGİLTERE	0.2	7	8.5	11.01	9
FRANSA	0.5	6	7.5	8.98	15
İSPANYA	0.4	7	8.0	8.69	7
DANİMARKA	0.2	7	8.5	12.01	9
YUNANİSTAN	0.6	8	8.5	9.58	10
PORTEKİZ	0.2	9	11.0	10.48	15
FİNLANDİYA	0.4	6	6.5	9.65	11
İTALYA	0.1	7	8.5	9.68	7
İSVEÇ	0.4	5	6.5	10.41	7
HOLLANDA	0.6	6	8.0	8.70	12
BELÇİKA	0.2	7	8.0	10.44	10
AVUSTURYA	0.4	6	7.5	10.08	10
İRLANDA	0.5	7	8.0	9.0	10
LUKSEMBURG	0.7	7	8.0	9.02	0

* 1998 Türkiye Nüfus araştırmasında Nüfus artış hızı % 1.6, Bebek Ölüm Hızı % 0.42, 1-4 Yaş Ölüm Hızı % 0.52, Kaba Ölüm Hızı %0,7 olarak belirtilmektedir.

ülkelerin 1950'li yılların başında Kahire'deki toplantıdan çıkan "aşırı nüfusun ekonomi üzerine olumsuz etkisi vardır" şeklindeki sonuca uyarak 1950'li yılların başlangıcından itibaren nüfus planlaması yaparak nüfus artış hızını düşürmeleri,¹⁸ Türkiye'de ise sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel nedenlerle aile planlaması hizmetlerinin 1965 yılında, yaklaşık 15 yıl gecikmeyle başlaması yer almaktadır.

Bağımlı nüfus fazlalığının ekonomi üzerine olumsuz etkisi bulunmaktadır. Türkiye ekonomisinin gelişmiş ülkeler düzeyinde olmaması gayri safi milli gelirin Avrupa Birliği ülkelerine göre daha az gerçekleşmesine yol açmaktadır (Tablo II). Ülkemizde kişi başına gayri safi milli gelir 3160 dolarda kalırken, bu miktar nüfus bağımlılığı açısından ülkemize yakın olan İrlanda'da 3 kat fazla olup 9687 dolara ulaşmaktadır.¹⁷ Diğer taraftan gayri safi milli gelirden sağlık için harcanan pay araştırıldığında ülkemizdeki payın Avrupa Birliğini oluşturan ülkelerin oransal olarak da çok gerisinde kaldığını söyleyebiliriz. Gelir düzeyinin ve beraberinde sağlığa ayrılan payın düşük olmasından sağlık hizmetlerinin ve de özellikle temel sağlık hizmetlerinin kötü yönde etkilenmesi kaçınılmazdır

Sağlık insan gücü açısından ülkemizle Avrupa Birliğini oluşturan ülkeleri kıyasladığımızda; Almanya, İngiltere, Fransa ve İspanya dışında kalan 11 ülkeden daha fazla sayıda hekime sahip olduğumuz ancak, bir hekime düşen nüfus açısından AB'ni oluşturan ülkelere göre oldukça geri durumda olduğumuz ortaya çıkmaktadır. Bu oran İngiltere'de ve ülkemize benzer bağımlı nüfusa sahip İrlanda'da 600'ün üzerindedir, bu iki ülkenin dışında kalan ülkelere ise bir hekime ortalama 300 kişi düşmektedir.^{15,16} Anadolu'da Selçuklu Devletinin hüküm sürdüğü dönemlerde dahi tıp eğitiminin var olduğu düşünülürse⁽⁷⁾, hekim başına düşen nüfusun yüksekliği, nüfusun hekim sayısına göre çok daha fazla artış göstermesinden kaynaklan-

makta olduğunu düşündürmektedir. Diş hekimi sayısı açısından yine bir çok Avrupa Birliği üyesi ülkeden daha fazla sayıda diş hekimine sahip olmamıza rağmen diş hekimi başına düşen nüfus oranına göre yine üye ülkelere göre geri durumda olmamızın temelinde üye ülkelere oranla fazla nüfusa sahip olmamız gösterilebilir. Hemşire nüfus oranında da benzer durum gözlenmektedir.

1965 yılında kabul edilen doğurganlığı azaltıcı nüfus politikasına rağmen halen ülkemizdeki nüfus artış hızı AB'ni oluşturan ülkelerin çok üzerindedir. Bu artış hızının genç bağımlı nüfusun fazlalığı nedeniyle uzunca bir süre daha devam etmesi kaçınılmazdır. Ancak üye ülkelerle ülkemiz arasında sağlık düzeyi ölçütleri açısından en büyük farklılık ölüm hızlarında yaşanmaktadır. Yeni doğan ölüm hızımız binde 45 ile bu ölçüt açısından en kötü durumda ki üye pozisyonunda bulunan Portekiz'den 5 kat daha kötü durumdadır. 1 – 4 yaş grubu çocuk ölüm hızımız binde 60 ile bu ölçüt açısından yine en kötü durumda ki üye olan Portekiz'den yaklaşık 5.5 kat fazladır. Bu ölüm hızlarını etkileyecek nedenler arasında yer alan bağışıklanma oranlarına bakacak olursak Portekiz'de daha 1987 yılında % 81'lik bir orana ulaşıldığını, ülkemizde ise 1997 yılında ancak % 76'ya ulaşıldığı görülmektedir.^{15,16} Bağışıklanma oranlarındaki bu farklılık yaşanan yüksek bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarının bir nedeni olarak görülebilir.¹⁷ Bebek ölümlerini doğumdaki anne yaşına göre incelediğimizde ise en sık bebek ölümlerinin doğumda yaşı 40 – 49 arasında olan annelerde görülmesi doğum sırasındaki anne yaşının ülkemizdeki yüksek bebek ölüm hızının bir diğer nedeni olarak ortaya çıkmaktadır.⁵ Maternal mortalite açısından ülkemize ait sağlıklı veriler bulunmamakla birlikte D. S.Ö. kayıtlarında yüz binde 180 olarak yer almaktadır. Bu ölçüt açısından üye ülkeler arasında en yüksek hıza sahip Almanya'dan yaklaşık 9 kat daha kötü durumda-

yız. Bu hızın Luksemburg'ta sıfır olması dikkat çekici bir durumdur. Maternal mortalite hızının ülkemizde bu derece yüksekliği, ilk başta temel sağlık hizmetlerinin ve bunun bir parçası olan ana – çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlığı ve yeterliliği konusunda düşünceye neden olmaktadır. Doğum öncesi dönemde bakım hizmetleri ile doğumların sağlık kuruluşunda gerçekleşmesinin maternal mortalite hızı üzerine direk etkisi bulunmaktadır. 1998 nüfus ve sağlık araştırması verilerine göre doğum öncesi bakım hizmeti almayan annelerin oranının % 32, sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların oranının %73 olmasına rağmen sağlık kuruluşunda gerçekleşmeyen doğumların oranının bazı bölgelerimizde % 56'lara kadar çıkması, % 19 oranında doğumun sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından yaptırılması gözlenen yüksek maternal mortalite hızının nedenleri arasında gösterilebilir.⁵ Kaba ölüm hızımız ise AB ülkelerine göre çok düşüktür ve bunun başlıca nedeni ülkemizin AB ülkelerine göre genç nüfus yapısına sahip olmasıdır. Ülkeler arasında ölüm hızlarına göre istatistiksel yargılama yaparken kaba ölüm hızı yerine yaş faktörünün farklılık üzerindeki etkisini ortadan kaldıran standart nüfus kullanımı esastır,¹⁹ ancak standardizasyon için gerekli yaş gruplarına ulaşamaması nedeniyle bu çalışmada kaba ölüm hızları ile yargılama yoluna gidilmiştir, ayrıca dünya nüfusu standart nüfus olarak kabul edilse de aradaki farkın büyüklüğü dolayısıyla var olan durumun değişmeyeceği aşıkardır.

Sonuç olarak; bulgular bölümünde 6 tabloda gösterilmekte olan bazı temel demografik ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından ülkemiz ile Avrupa Birliğini oluşturan ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle ölüm hızları açısından üye ülkelerle aramızda ülkemizdeki temel sağlık hizmetlerinin durumu hakkında endişe verici düşünceye yol açacak farklılıklar bulunmakla birlikte, geçmiş yıllar-

daki değerlere göre²⁰ bugün ulaşılan düzeye bakarak,⁵ AB'ne üye ülkelerle Türkiye arasında temel demografik ve sağlık düzeyi ölçütleri açısından var olan farklılığın kapanabileceği konusunda iyimser düşünmek olasıdır.

Öneriler:

1. Uyum yasaları sürecinde sağlık hizmetlerinin ve de özellikle temel sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığı gözden geçirilmeli,
2. Ana–çocuk sağlığı hizmetlerine önem verilmeli,
3. Ülkenin coğrafi bölgeleri arasında sağlık düzeyi ve sağlık insan gücü dağılımı açısından var olan farklılık giderilmeli,
4. Toplumun koruyucu sağlık hizmetlerine talebi sağlanmalı,
5. Temel Eğitimde sağlık eğitimi yer almalı,
6. Milli gelir içerisinde sağlığa ayrılan pay artırılmalıdır.

ÖZET

Son kırk yılda dünya nüfusu değişikliğe uğramıştır. Gelişmiş ülkelerin nüfusları dünya nüfusunun üçte birinden beşte birine düşmüştür. Bu değişikliğe bağlı olarak gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında var olan farklılık artmıştır.

Son kırk yıllık süreçte Türkiye'nin gelişmiş ülkeler topluluğu olarak kabul edilen Avrupa Birliğine üyeliği gündemin ana maddelerinden birini oluşturmuş ve Helsinki 1999 kararları çerçevesinde Türkiye aday üyeliğe kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, Türkiye ile Avrupa Birliğini oluşturan üye ülkeler arasında bazı temel demografik ölçütler ve bazı sağlık düzeyi ölçütleri açısından kıyaslama yapılmak istenmiştir.

Bazı temel demografik özellikler açısından var olan farklılık dışında, esas farklılıklar maternal mortalite, yeni doğan ve 5 yaş altı çocuklardaki ölüm hızlarında ortaya çıkmaktadır. Bu hızlar ülkemizde AB'ne üye ülkelere oranla çok yüksektir. Saptanan bu farklılıklar ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzeyi ve dağılımı hakkında üye ülkelere oranla endişe edici bir durumun var olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak son yıllarda sağlık alanında geçmiş yıllara oranla gözlenen iyileşmelere bakarak bu farklılığın kapanabileceği konusunda iyimser düşünmek olasıdır.

KAYNAKLAR

- Özden YI, Vehid S, Vehid H. Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Demografik Yapıları. VI. Halk Sağlığı Kongresi Tebliği 12 - 16 Nisan 1998 Adana.
- Dirican R, Bilgel N. Sağlığı Etkileyen Önemli Etkenler, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), İkinci Baskı Uludağ Üniversitesi Basımevi 1993, 207-219.
- Dirican R, Bilgel N. Dünyanın Genel Sağlık Sorunu, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi 1993, 557-567.
- Irmak Y. Tarihsel Evrim Sürecinde Nüfus ve Nüfus Artışının Getirdiği Bazı Sorunlar, Tıp Fak Mecm 1982; 45: 631-643.
- Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 1999.
- Çilingiroğlu NE. Demografi ve Sağlık Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed.Bertan, M. Ve Güler, Ç. Güneş Kitabevi Ankara 1995; 27-46.
- Erginöz H. Halk Sağlığı II Türkiye'de Sağlık İdaresi, Tıp Dallarında İlerlemeler Tarihi Ed. Unat, E.K İstanbul, 1988; 174-190.
- 1999 Helsinki Kararları, 11 Aralık 1999.
- Erman T, İçduygu A. Türkiye ve Avrupa Birliği Nüfus dağılımı ve Kentleşme Açısından bir Karşılaştırma, Nüfus Bilim Dergisi 16. 15 - 27, 1994
- Sirkeci İ. Tek Avrupa, pek çok demografi, Avrupa Entegrasyonuna Nüfus Engeli, Hacettepe Üniversitesi nüfus Etütleri Enstitüsü, 3. Ulusal Nüfusbilim Konferansı tebliği 2 - 5 Aralık 1997, Ankara.
- Toros A. How competable is the Turkish population structure with European union countries? Perceptions 1997; 2: 156-166.
- Ünalın T. Turkey's population at the beginning of the 21st. Century. Turk J Population Stud 1997; 19: 57-72.
- Türkiye İstatistik Yıllığı 1997. T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara Nisan 1998.
- World Health Statistics 1996. World Health Organization Geneva 1998.
- WHOSIS, World Health Organizations 1998 Report, World Health Organizations, Geneva 1998.
- Basic Health Indicators, World Health Report 1999-2000 World Health Organizations, Geneva 1999.
- World Development Indicators, World Sources, World Bank 1998.
- Dirican R, Bilgel N. Türkiye ve Dünyada Nüfus Sorunları, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi, 1993; 395-400.
- Akbulut T, Sabuncu HH. Epidemiyoloji. Sistem Yayıncılık, İstanbul, Kasım 1993; 81-110.
- Türkiye İstatistik Yıllığı 1993, T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara Kasım 1993.