

**DOSYA/DERLEME****SRI LANKA SAĞLIK SİSTEMİ**

Erce SEVİN\*

**1. ÜLKENİN GENEL NİTELİKLERİ**

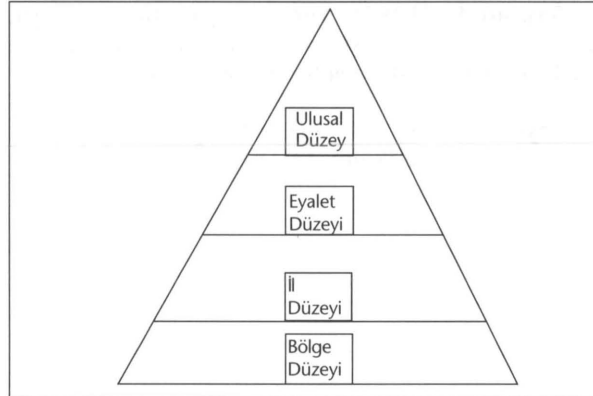
Sri Lanka, Hindistan'ın güneydoğu kıyısında yerleşmiş 19.3 milyon nüfuslu (2003) bir ada ülkesidir. Sri Lanka halkının bileşimi pek çok farklı etnik kökenden gelen insanlardan oluşmaktadır. Nüfusun %82.0'ını Sinhaller (Sinhalese), %9.4'ünü Tamiller, %7.9'unu müslümanlar ve %0.7'sini de diğer etnik gruplar oluşturmaktadır (Sri Lanka Department of Census and Statistics, 2005). Başlıca dini gruplar %69.3 ile Budistler, %15.5 ile Hindular, %7.6 ile Müslümanlar ve %7.6 ile Hıristiyanlar olarak sayılabilir (Sri Lanka Department of Census and Statistics 2005).

"Sihal ve Tamiller arasındaki etnik gerilim uzun süredir devam etmektedir. 1970'lerin ortasında ülkenin kuzey ve doğusunda ayrı bir Tamil devleti kurulması konusunda talepler baş göstermiştir. 1983 yılında ise Sihal ve Tamil toplulukları arasında geniş ölçekli bir toplumsal şiddet patlaması gerçekleşmiş ve bu çatışma günümüze kadar süregelmiştir. Günümüze kadar yaklaşık 50.000 kişi bu çatışmada hayatını kaybetmiştir (Fernando, 2000)."

"Siyasi olarak Sri Lanka bir parlamenter demokratik sistem ile yönetilmektedir. İdari otorite Başkan'ın yönettiği Bakanlar Kurulu'dur. Başkan ve parlamento üyeleri doğrudan halk tarafından seçilmektedir. Ülke şu anda idari olarak 8 eyalet, 25 il ve 302 bölgesel sekreterliğe bölünmüştür. Her eyalet, eyalet sakinleri tarafından doğrudan seçilen temsilcilerden oluşan ve merkezi hükümetin atadığı vali tarafından yönetilen Eyalet Konseyleri tarafından idare edilmektedir (Fernando, 2000)."

Ülkenin şu anki idari yapısı 4 düzeyde sınıflandırılabilir: Ulusal düzey, eyalet düzeyi, il düzeyi ve bölge düzeyi (Şekil 1). Ülkede 1987 yılından beri süregelen desantralizasyon sürecinin beşinci yılında her il, nüfusları 10.000-400.000 arasında değişen ve "bölge" olarak adlandırılan daha küçük idari birimlere bölünmüştür (Sri Lanka Department of Census and Statistics, 2005).

Şekil 1. Sri Lanka'nın idari yapılanmasının farklı düzeyleri



Kaynak: Sri Lanka Department of Census and Statistics, 2005

**2. ÜLKEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ**

Sri Lanka'da sağlık hizmetleri içsel ve dışsal birçok faktörün etkisiyle gelişerek günümüzdeki halini almıştır. Bu faktörler arasında ülkenin bir ada olması ve çeşitli dönemlerde karşılaştığı işgaller en önemli yeri tutmaktadır. 1505 yılında Sri Lanka'yı kolonileştiren Portekizliler, adaya Batı-usulü tıbbi hizmetleri ilk getirenlerdir. Ancak Portekizlilerin getirmiş olduğu sağlık hizmeti tam anlamıyla Batı-usulü değildir, içerisinde geleneksel tıp bileşenleri de vardır. 1656 yılında kıyı bölgelerini ele geçiren Hollandalılar kendi yönetimlerine geçen bu bölgelerde birkaç hastane

\*Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

kurmuştur. Hem Portekizliler hem de Hollandalılar bu hastaneleri kendi ordu personellerine ve ülkedeki Portekiz ve Hollandalılara hizmet sunması amacıyla kurmuşlardır. 1796 yılında Hollandalıların elindeki kıyı bölgelerini ele geçiren Britanyalılar, zaman içerisinde ülkede yayılarak 1815 yılında Kandyan Krallığına son vermişlerdir. Bu tarihten ülkenin bağımsızlık yılı olan 1948'e kadar ülkeyi yöneten Britanyalılar başlangıçta ordu tarafından yönetilen askeri ve sivil sağlık kuruluşları kurmuşlardır. 1858 yılında Sivil Tıp Birimi'nin kurulması ile Batı-usulü tıbbi hizmetleri ilk kez ordu tarafından idare edilmeyen bir örgütlenme ile sunulmaya başlanmıştır (Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı web sitesi, 2006).

"1926 yılında Kalutara'da ilk "sağlık birimi"nin kurulması ülkenin sağlık sisteminin gelişimi açısından önemli bir dönüm noktasıdır. Bu sistem, bir sorumlu hekim ve saha çalışanlarından oluşan bir ekip tarafından sunulan toplum düzeyinde koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu hizmetler günümüzde bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli olduğu düşünülen pek çok özelliği bünyesinde barındırmaktaydı. Sonraki birkaç on yıl boyunca, adanın her tarafında görevleri açıkça belirlenmiş sağlık birimleri kuruldu ve sağlık birimlerinde çalışanlarının eğitimi için programlar geliştirildi. Başlangıçtaki şekillerine göre değişikliklere uğramış olmalarına rağmen, bugün bile sağlık birimlerinin oluşturduğu bu sistem ülkenin birinci basamak sağlık hizmetlerinin dayanak noktasını oluşturmaktadır (Fernando, 2000)."

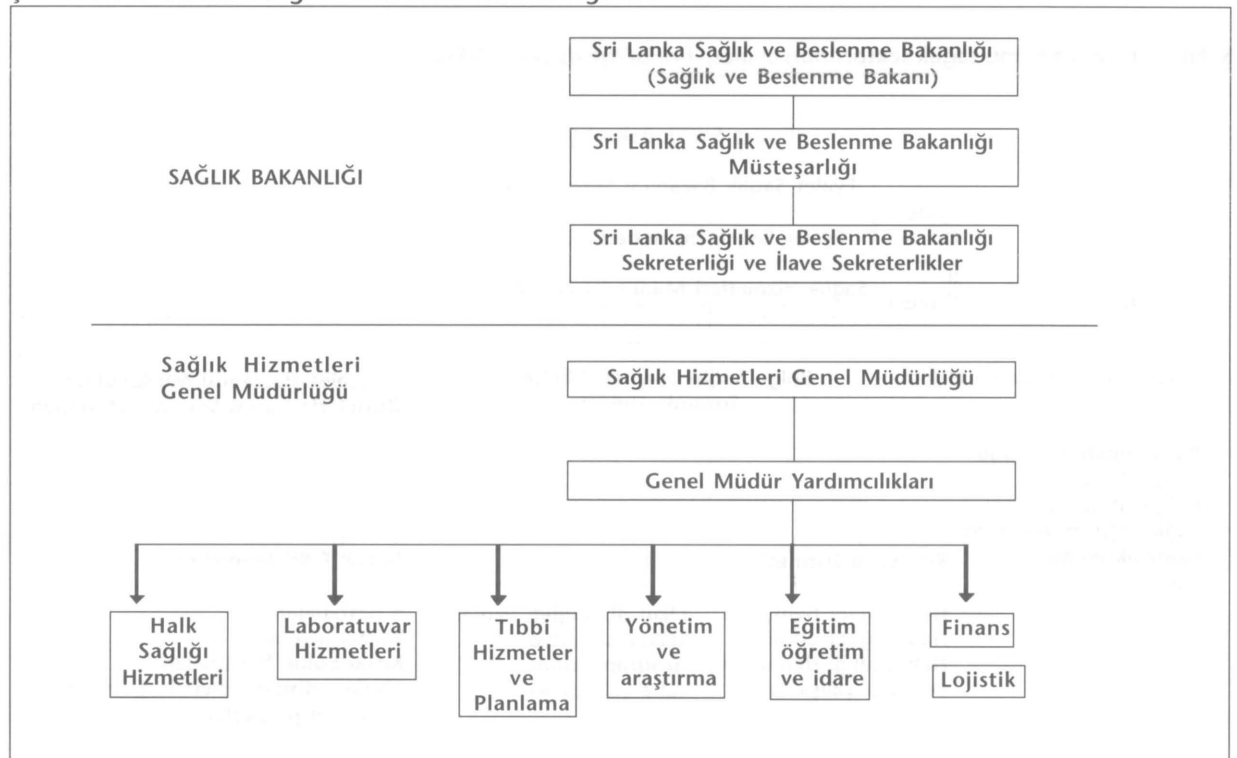
### 3. SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ

Pek çok diğer ülkede olduğu gibi Sri Lanka sağlık sistemi de hem kamu sektörü hem de özel sektörden oluşmaktadır. Ülkede temel olarak Batı-usulü tıp uygulamalarını yürüten (Allopatik sistem) ve geleneksel tıp uygulamalarını yürüten (Ayurveda, Unani sistemi) olmak üzere 2 sistem mevcuttur ve bunların bileşimi ülkenin sağlık sistemini oluşturmaktadır (Sarath, 2006).

Batı-usulü tıp hizmetlerinin sunumunda hem kamu hem de özel sektör rol oynamaktadır. Kamu sektöründe koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri içeren kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunumundan birinci derecede sorumlu olan Sağlık ve Beslenme Bakanlığı, yani merkezi hükümettir.

"Sağlık ve Beslenme Bakanlığı'nın hizmetlerin planlanması ve sunulmasında aracılığı yapan temel örgütsel yapı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'dür. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün temel fonksiyonları arasında; sağlık politikalarının ve nasıl yürütüleceklerinin belirlenmesi, sağlık personelinin eğitimi, eğitim ve araştırma hastanelerinin yönetimi, tıbbi araç gereçlerin satın alınması gibi işlevler sayılabilir. Merkezi düzeyde, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili teknik işlerin sorumluluğu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak faaliyet gösteren Halk Sağlığı Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı, Laboratuvar Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı, Tıbbi Hizmetler ve Planlama Genel Müdür

Şekil 2. Sri Lanka kamu sağlık sektörünün merkezi örgütlenmesi



Kaynak: Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı web sitesi 2006; Fernando, D. 2000.

Yardımcılığı, Yönetim ve Araştırma Genel Müdür Yardımcılığı, Eğitim, Öğretim ve İdare Genel Müdür Yardımcılığı, Finans Genel Müdür Yardımcılığı ve Lojistik Genel Müdür Yardımcılığı gibi yapılara aittir. Örneğin, Halk Sağlığı Hizmetleri Genel Müdür Yardımcılığı sıtma, filariasis, lepra ve cinsel yolla bulaşan hastalık kontrol programlarını da içeren bütün koruyucu sağlık programlarından sorumludur. Tıbbi Hizmetler ve Planlama Genel Müdür Yardımcılığı ise bütün kurumsal tıbbi hizmetlerden sorumludur (Şekil 2) (Fernando,2000)

“Ülkede 1987 yılında Eyalet Konseylerinin kurulması önemli bir ‘reform’dur ve sağlık hizmetlerinin sunumu sorumluluğu ve yetkisinin Eyalet Konseylerine devolusyonuna yol açmıştır. Bu gelişme merkez kapitalist ülkeler tarafından perifer kapitalist ülkelere dayatılan neoliberal ekonomik politikaların bir yansıması ve ilk adımı olarak değerlendirilebilir. Bu gelişmenin neticesinde, Eyalet Konseyleri eyaletlerde sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük sorumluluğu taşıyan kurumlar halini almışlardır (Fernando, 2000).”

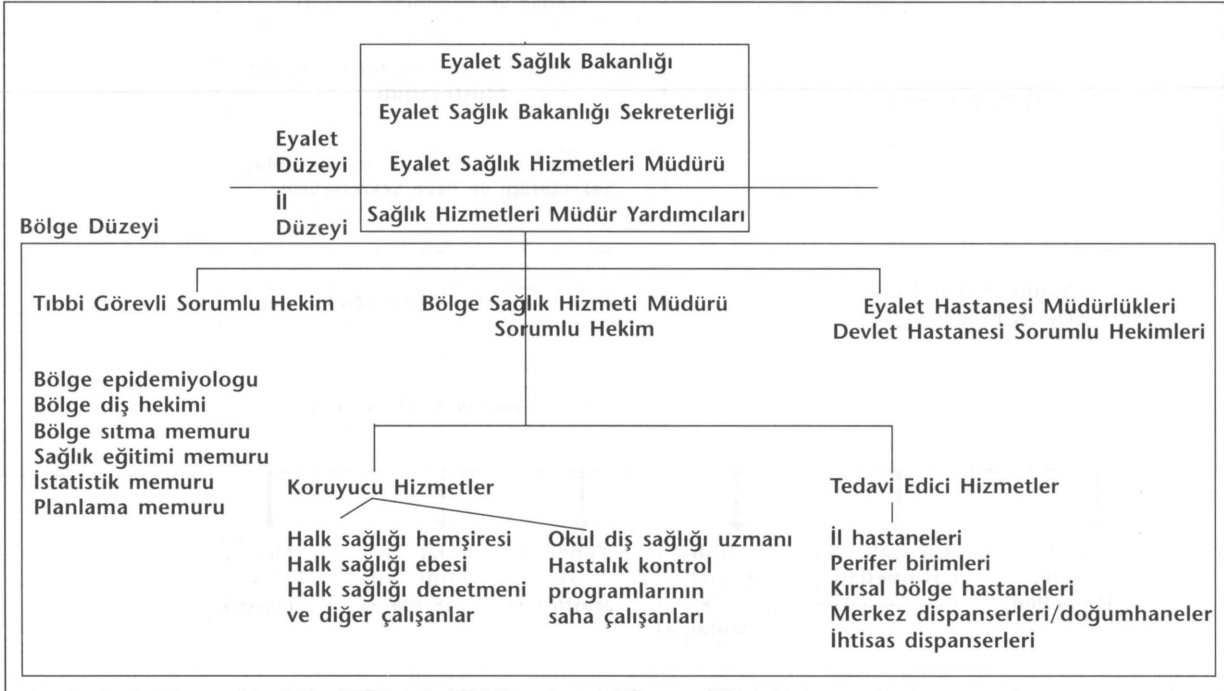
“Her Eyalet Konseyi’nde bir Eyalet Sağlık Bakanı vardır ve bunlara bağlı Sağlık Hizmetleri Müdürleri çalışmaktadır. Sekiz eyaletteki bu Eyalet Sağlık Hizmetleri Müdürleri eyalet düzeyinde sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu iken, bunlara sağlık hizmetlerinin sunumundan il düzeyinde sorumlu olan 23 Sağlık Hizmetleri Müdür Yardımcısı eşlik etmektedir. Bu Sağlık Hizmetleri Müdür Yardımcıları il düzeyinde sağlık hizmeti programlarının planlanması ve uygulanmasından sorumludurlar (Fernando, 2000).”

“Bölge Sağlık Hizmeti Müdürlükleri 1992 yılının sonuna doğru kurulmuşlardır ve tanımlanmış (belirli) bir nüfusa, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyerek, kapsamlı sağlık hizmeti sunulmasından sorumludurlar. Bölge Sağlık Hizmeti Müdürlükleri’nin kurulması ile ülkenin sağlık hizmetlerinin, ülkenin genel idari yapısı ile uyumlu olacak bir şekilde yeniden örgütlenmesi tamamlanmıştır (Ulusal düzey-Eyalet düzeyi-İl düzeyi-Bölge düzeyi). Bölge Sağlık Hizmeti Müdürlükleri, 1926’da kurulmuş olan “sağlık birimleri”nin günümüzdeki karşılıkları olarak kabul edilebilmelerine yol açabilecek şekilde, belirli bir coğrafi bölgede önceden tanımlanmış bir nüfusa hizmet vermekle yükümlüdürler. Sorumlu hekim ve farklı branşlardan saha çalışanları (halk sağlığı hemşireleri, halk sağlığı ebeleri, halk sağlığı denetmeni v.s.) tarafından sunulan hizmetler, sağlık hizmeti sunumunun koruyucu yönleri üzerine odaklanmaktadır (Şekil 3) (Fernando, 2000).”

“Sri Lanka’da özel sektör genel pratisyenler ve aile hekimleri vasıtasıyla çoğunlukla ayakta tedavi hizmetleri sunmaktadır. Bu genel pratisyenler ve aile hekimleri özel sektörde tam zamanlı çalışmakta ve hizmet başına ödeme almaktadırlar. Kamu sektörüne kıyasla özel sektörde yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu oldukça sınırlıdır ve ülkede özel sektöre ait yalnızca 2000 yataklı bir kapasite söz konusudur. Bu sınırlı düzeydeki yataklı tedavi hizmeti sunumu da belli başlı kentsel bölgeler ile sınırlıdır. Özel sektöre ait yatak kapasitesinin yaklaşık %70’i başkent Kolombo’daki kuruluşlara aittir (Fernando, 2000).”

Ülkede askeri personele sağlık hizmetlerinin sunumu için silahlı kuvvetlerinin kendisine ait ayrı bir örgütlenmesi bulunmaktadır.

Şekil 3. Sri Lanka kamu sağlık sektörünün eyalet, il ve bölge düzeyindeki örgütlenmesi



Kaynak: Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı web sitesi, 2006; Fernando, 2000.

#### 4. SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Sri Lanka kişi başına düşen 864 ABD doları gelir ile düşük gelirli ülkeler grubunda değerlendirilmektedir, ancak ülke görece olarak tatmin edici sağlık göstergelerine sahiptir: Bebek ölüm hızı binde 11.2, ana ölüm hızı yüz binde 30, toplam doğurganlık hızı 1.9, erkekler ve kadınlar için doğuştaki yaşam beklentisi sırasıyla 71.7 ve 76.4 yıl (Tablo). Son 50 yıl içerisinde bu göstergelerin tümünde

iyileşmeler gözlenmiştir. Bu iyiye gidış temel koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamu tarafından ücretsiz olarak sunulması ile Sri Lanka ekonomisinin görece olarak iyi olan uzun vadeli büyüme performansına bağlanmaktadır (Fernando, 2000).

“Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün kamu tarafından ücretsiz olarak sunulmasına rağmen, ülkede coğrafi bölgeler arasında sağlık düzeyi göstergeleri ve

Tablo. Sri Lanka'nın sağlık ile ilişkili göstergeleri

Gösterge	Yıl	Veri
<b>Demografik göstergeler</b>		
Nüfus (milyon)	2003	19.3
Nüfus yoğunluğu (km <sup>2</sup> 'ye düşen kişi sayısı)	2003	307
Nüfus artış hızı (%)	2002	1.2
Kaba doğum hızı	2002	19.1
Kaba ölüm hızı	2002	5.8
<b>Sosyoekonomik göstergeler</b>		
Kişi başına düşen gelir (\$)	2002	864
İşsizlik (%) <sup>1</sup>	2002	8.8
Ekonomik faaliyet türlerine göre istihdam <sup>1</sup>		
-Tarım, ormancılık, hayvancılık, balıkçılık (%)	2002	34.5
-Sanayi (%)	2002	22.4
-Hizmetler (%)	2002	43.1
Okuryazarlık oranı (%) <sup>2</sup>	2001	90.7
-Erkek (%)	2001	92.3
-Kadın (%)	2001	89.2
Gini endeksi <sup>1</sup>	2002	0.47
İnsani gelişim endeksi	2002	0.751
Gelir dağılımı <sup>1</sup>		
-En düşük %20 (%)	2002	4.8
-En yüksek %20 (%)	2002	52.8
<b>Sağlık göstergeleri</b>		
Bebek ölüm hızı (bin canlı doğumda)	2002	11.2
Beş yaş altı ölüm hızı (bin canlı doğumda)	2000	20.8
Ana ölüm hızı (yüz bin canlı doğumda)	1997	30
Toplam doğurganlık hızı	2000	1.9
Doğuştaki yaşam beklentisi <sup>2</sup>		
-Erkek	2001	71.7
-Kadın	2001	76.4
Aşılama oranları		
-DBT3 (%)	2003	95.4
-OPV3 (%)	2003	96.3
<b>Sağlık kaynakları göstergeleri</b>		
Toplam sağlık harcamaları (GSYİH içindeki payı-%)	2002	3.8
Kişi başına düşen sağlık harcamaları (ABD doları)	2002	22
Kamu sağlık harcaması (GSYİH içindeki payı-%)	2002	1.6
Hekim sayısı/1000 nüfus	2004	0.55
Hemşire sayısı/1000 nüfus	2004	1.58
Ebe sayısı/1000 nüfus	2004	0.16
Diş hekimi sayısı/1000 nüfus	2004	0.06

Kaynak: World Health Organization 2006

Sri Lanka Department of Census and Statistics 2004

Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı 2005

Sri Lanka Department of Census and Statistics 2006

1: Kuzey ve Doğu eyaletleri hariç

2: 23 ilin 18'ine ait veri

sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynakların varlığı açısından eşitsizliklerin bulunduğunu ifade etmek mümkündür. Örneğin Kolombo'da 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 78.4 iken Moneragala'da 100.000 kişiye 9.4 hekim düşmektedir (Fernando, 2000)."

### 5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sri Lanka'da ulusal sağlık sistemi genel bütçeden finanse edilmektedir. 2003 yılı verilerine göre, Sri Lanka'da toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %3.5'tir ve bunun %45.0'ünü kamu, %55.0'ünü özel sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Ülkede genel bütçeden sağlık harcamalarına ayrılan pay genel bütçenin %6.5'idir. Özel sağlık harcamalarının %88.9'unu cepten ödemeler teşkil etmektedir. Ülkede kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 121 ABD doları olup, bunun 55'i kamu harcamasıdır (WHO, 2006).

### 6. SONUÇ

1970'li yılların başında Sri Lanka ekonomisi dışa kapalı ve ithal ikame stratejisine dayalı idi. 1970'li yılların sonunda dünyada merkez kapitalist ülkelerin bastırması ile liberal ekonomi baskın ekonomik sistem haline gelmeye başladı ve pek çok perifer kapitalist ülke bu dönemden başlayarak ekonomilerini liberalleştirmeye başladılar. Sri Lanka'da da 1977 yılında hükümetin değişmesi ile önemli ekonomik reformlar gerçekleştirildi ve ekonomi liberalleştirildi. Ancak ekonomik liberalleşme, devletin sağlık hizmetlerinin her yerde ve herkese eşit olarak sunulması ilkesini henüz değiştirmemiştir. Bu ilke ile uyumlu olarak, devlet sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli finansal kaynakların oldukça büyük bir kısmını sağlamaya devam etti. Bununla birlikte, yeni ekonomik politikalar genel olarak özel sektörün gelişimini hedeflemekteydi ve bu nedenle hükümetler özel sektörü sağlık hizmetlerine özellikle de yataklı tedavi hizmetlerine yatırım yapmaya teşvik ettiler (Fernando, 2000).

Ekonomik politikadaki değişikliğe rağmen belli başlı sağlık göstergelerinin zaman içinde izledikleri trendlerde çok keskin değişiklikler gözlenmemiştir. Ancak 1985 yılından itibaren göstergelerde iyiye gidiş hızı azalmakla birlikte, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızı gibi ölümlülük hızlarında düşüşler gözlenmeye devam edilmiştir (Fernando, 2000).

Ekonominin liberalleştirilmesine rağmen sağlık hizmetlerinin ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin Sri Lanka devletinin en önemli sosyal politika ayaklarından biri olması nedeniyle, bu hizmetler ekonomik liberalleşmenin etkisine direnebilmişlerdir. Çünkü geleneksel olarak sağlık hizmetleri ülkede devletin başlıca

sosyal politika yükümlülüklerindedir ve kısa sürede bu yükümlülüğün terk edilmesi mümkün değildir. Nitekim devlet tarafından sunulan kapsamlı sağlık hizmetlerinin önemli bileşenleri olan aşılar ve aile planlaması gibi hizmetlerin kullanımı ekonomik reformlardan olumsuz yönde etkilenmemiştir. Örneğin gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı 1982'de %58 iken 1993'te %66'ya yükselmiştir. Aşılar oranları da artmış ve 3 doz OPV aşısı yapılmış bebeklerin oranı 1986'da %75 iken 1996'da %94'e ve 2003'te %96'ya yükselmiştir (Fernando, 2000).

Ülkede neo-liberal ekonomik politikalar uygulanmaya başlanmasına rağmen henüz bunun yansımaları sağlık sektöründe yeterince izlenmemektedir. Bu durum, sağlık sektöründe özel sektörün payının artırılması çalışmalarının diğer sektörler için daha sonra başlamasından, ülke yönetimlerinin geleneksel olarak sağlığı önemli bir sosyal politika olarak görmelerinden ve halkın beklentisinin de bu yönde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak gelişmeler izlendiğinde, ülkede sağlık sektörü de zamanla neo-liberal politikaların etkisiyle kamusal nitelikten sıyrılacak ve sağlık devletin sunmakla yükümlü olduğu başlıca sosyal hizmet olmaktan çıkacak gibi görünmektedir.

### KAYNAKLAR

**Fernando D.** (2000). "Health care systems in transition III. Sri Lanka, Part 1. An overview of Sri Lanka's health care system", *Journal of Public Health Medicine*, 22(1): 14-20.

**Sarath MS.** (2006). "Health care system: Sri Lanka", *Migration and Human Resources for Health: From Awareness to Action*, CIGG Geneva 23-24 March 2006.

**Sri Lanka Department of Census and Statistics.** (2005). *Statistical Abstract 2005*.

**Sri Lanka Department of Census and Statistics.** (2004). *Poverty Statistics/Indicators for Sri Lanka*.

**Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı.** (2005). *Sri Lanka National Health Accounts 2000-2002*.

**Sri Lanka Department of Census and Statistics.** (2006). *Time Trend of Poverty Indicators 1981-2004*.

**Sri Lanka Sağlık ve Beslenme Bakanlığı web sitesi.** (2006).

**World Health Organization.** (2006). *World Health Report*.