

Batılı Gözüyle

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK VE İNSAN HAKLARI*

Bruno DUJARDİN

(Çeviri: Dr. Asuman GÜZELANT**, Dr. Mestan EMEK**)

GİRİŞ

İnsanların büyük bir çoğunluğunun sağlık hizmetlerine erişebildiği endüstrileşmiş ülkelerde, sağlık ve insan hakları kavramı tek boyutlu değildir ve hekim-hasta arası güven, hastanın dosyasını inceleme hakkı, zorunlu tıbbi işlemler (aşılama, tarama, zorunlu tedaviler), insan üremesi ile ilişkili konular, cinsel yolla geçen hastalık kontrolü, organ transplantasyonu ve ötenazi gibi etik konuları içeren, çok geniş bir yelpazede yer alan sorunlarla ilgilidir.

Gelişmekte olan ülkelerde ise göçmenlerin ve savaş koşullarını yaşayan toplumların sağlığı, politik, dini ve etnik nedenlerle işkence ve şiddete maruz kalan insanlar, sağlık ve insan hakları konusunda hemen akla geliveren kavramlar...

Bu makale sağlık ve insan haklarının tarihi gelişiminin kısa olarak gözden geçirilmesi ile başlamaktadır. Makalenin esası, gelişmekte olan ülkelerde sağlığın gerçek bir insan hakkı olmasını sağlayacak çözümlerin tanımlanması ve kısıtlılıkların analizi üzerinde yoğunlaşmaktadır.

TARİHÇE

Sağlık hakkı diğer temel hakların aksine son 50 yılda bir insan hakkı olarak kabul görmeye başlamıştır. İnsan haklarını tanımlayan ilk metinler sağlıktan söz etmemektedir. 4 Temmuz 1776 Amerikan Özgürlük Bildirgesi, Fransız Devriminde kaleme alınan Vatandaş ve İnsan Hakları Fransız Bildirgesi sağlığı insan hakkı olarak belirtmemiştir. Teknoloji ve etkin tıbbi girişimlerin yokluğu nedeniyle sağlık 20. yüzyıl sonlarına kadar Tanrı veya doğanın bir lütfu olarak kabul edilmiştir.

DSÖ'nün kurulması ile (22 Temmuz 1946) 'Erişilebilen en yüksek sağlık düzeyine kavuşmak, din, ırk, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayırdetmeden her insan için temel haklardan biri' olarak tanımlanmıştır ve yine İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde, 'Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için giyim, barınma, tıbbi bakım ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere uygun yaşam standardına sahip olma hakkı vardır' denilmektedir. Bu güzel metinler ülkeler için sadece yol gösterici nitelikte ahlaki sınırlamalar olup, ülkelerin bu sınırlamaları aşmaları durumunda zorlayıcı yaptırımları yoktur.

1978'de DSÖ ve UNICEF'in ortaklaşa düzenledikleri Alma Ata Konferansında, sağlık hakkı temel haklardan biri olarak tanımlanmıştır. Alma Ata Konferansı ve onun '2000'de Herkese Sağlık' hedefi, bu insan hakkını gerçeklik haline getirmektedir.

Şu an ki durum nedir? Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetini daha erişilebilir kılmak için neler yapılmalıdır? Dünya insanların büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerine erişemediklerini kanıtlamaya gerek yoktur. Bu insan hakları ihlalinin temel nedenlerini saptamak ve düzeltmek için birkaç yol sunulacaktır.

SAĞLIK BAKIMINA ERİŞİM: KISITLAMALARIN ANALİZİ

Sağlığın gelişmekte olan ülkelerde insan hakkı olabilmesi için, bu ülkelerin insanlarına en azından erişilebilir ve verimli sağlık hizmeti sunulmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişebilme kişisel ve toplumsal sağlığın bileşenlerinden biridir. Diğerleri ise yeterli gıda, eğitim, iş olanakları, barınma ve sanitasyondur.

Sağlık bakımının etkin kullanılabilmesi için kabul edilebilir, erişilebilir olmalı ve iyi işleyen hizmetlerle sunulması gereklidir (Şekil 1).

* Social Science and Medicine Vol. 39 No:9, 1994

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Ar.Gör.

Bu 4 bileşen, başka bileşenlerden oluşur. Bu bileşenlerin de alt bileşenleri vardır. Burada bu bileşenler çeşitli düzeylerde analiz edilmeye çalışılacak ve yalnızca en önemli etkenler ele alınacaktır. Eğitim gibi bazı faktörler çeşitli düzeylere dahilse de bir kez tanımlanarak tekrardan kaçınılacaktır. Bu modelde 3 ana konu ele alınacaktır:

- Verimli sağlık hizmetlerinin kullanımı için gerekli bileşenleri tanımlamak.
- Bu bileşenler arasındaki bağlantıları göstermek.
- Girişimlerde öncelikleri tanımlamak.

1. VERİMLİ SAĞLIK BAKIMI

Çoğu gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, bütçe dar ve giderek küçülürken verimlilik kavramı giderek daha

da kritik hale gelmektedir. Verimli sağlık bakımı eğer sağlık hizmetleri şu konularda yoğunlaşırsa sağlanabilecektir:

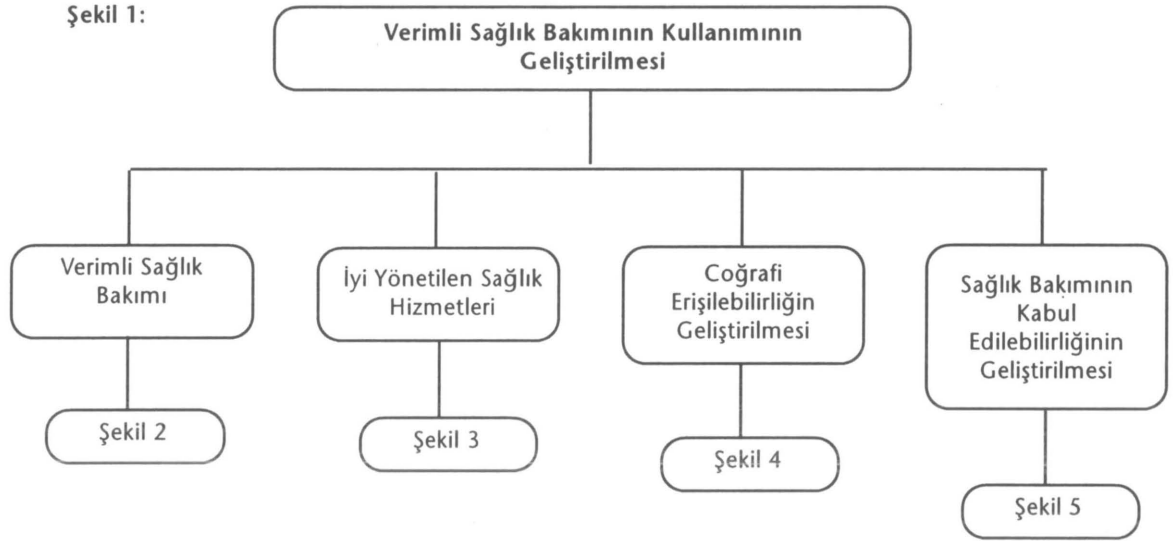
- A. Bakımın etkinliği (effectiveness)
- B. Stratejilerin verimliliği (efficiency)
- C. Bunları sunacak sağlık çalışanı.

Bu 3 ögeyi etkileyecek çeşitli etkenler Şekil 2'de sunulmuştur.

A. Bakımın etkinliği

Etkili bir sağlık hizmeti için, uygun bilgiye dayanırılması, toplumda varolan hizmeti tamamlaması ve ileri teknikler veya teknoloji gerektiren durumlarda sağlık

Şekil 1:



Şekil 2:



yapılarının birbirini tamamlayıcı olması gereklidir. Aynı ayrı incelendiğinde;

I. Bilimsel taban: Halen sunulan sağlık hizmet-lerinin analizi somut bilimsel temellerden yoksundur. Örn. "Ana ölümünde antenatal bakımın etkinliği konusu çok az bilinmektedir. Hipertansiyon gibi gebelikte sık rastlanan komplikasyonların bile doğal gelişimi, etyolojisi, gelişmekte olan ülkelerde ana ölümünün düzeyi ve nedensellik yapısı, kullanılan tedavilerin biyolojik etkinliği hakkında çok az bilgimiz vardır."

Bilgi eksiğimiz 2 etkene bağlıdır:

1. Epidemiyolojik araştırmalar: Kuzey'de yürütülen bir araştırmanın sonuçları Güney için yararlı olmayabilir. Dahası gelişmekte olan ülkeleri ilgilendiren bilimsel yayınların kalitesi de beklenen düzeyde değildir. Araştırmaların çoğu tanımlayıcı olup, deneysel olanlar nadirdir. Gelişmekte olan ülkelerde alan koşulları kohortlar oluşturmaya ve sürdürmeye uygun değildir ve önceliklere yönelmemektedir.

2. Uluslararası yardım: Endüstrileşmiş ülkeler 2 tip destek vermektedir. Birincisi, gelişmekte olan ülkelerin bilimsel ekiplerini epidemiyolojik araştırmaları yönetecek şekilde eğitmek, ikincisi ise kuzeyin önceliklerinden yola çıkarak ülkelerin bilimsel kurumları için destekler.

II. Varolan bakımı tamamlayan bakım: Resmi kanalla sağlanan sağlık bakımı varolan bakımı tamamlamalıdır. Örn. kendi kendine klorokin tedavisinin sık olduğu yerlerde sadece klorokin tedavisi uygulayan sağlık merkezleri etkisiz kalacak, klorokin direncine karşın 2. bir tedavi yöntemi de uygulamak zorunda kalacaklardır. Tamamlayıcılığın eksikliği, toplum tabanlı stratejilerin başarısızlığını açıklamada sık belirtilen nedenlerdendir.

III. Sağlık yapısını tamamlayıcılık: Bazı sağlık sorunları (zor doğumlar, kırıklar ve doğum sonu kanamaları gibi) sağlık merkezlerinin sahip olmadığı teknolojileri gerektirmektedir. Böyle olgularda hastane teknik hizmetleri gereklidir ve etkin bakım ancak iki sağlık kuruluşunun birbirini tamamlayıcı hizmeti ile olasıdır...

B. Stratejilerin Verimliliği

I. Maliyet-Etkinlik Kriterleri: Ulusal sağlık ba-kanlıkları ve AIDS kontrol, Tbc kontrol, ana sağlığı programları, genişletilmiş bağışıklama programı gibi alanlarda uzmanlaşmış danışmanlar tarafından şekillendirilen stratejiler etkinlik çalışmaları çerçevesinde oluşturulurlar. Maliyetler nadiren hesaba katılırlar. Antenatal ziyaretler bu konuda iyi örnektir. Her ek görüşmenin yararı ve marjinal maliyeti saptanmadan gebelik süresince 4'ten fazla ziyaret şeklinde takvimler geliştirilmiştir. Uygulama araştırma programları ve uluslararası yardımın iyi yönlendirilmesi bu durumu düzeltebilir.

1. Uygulama Araştırmalar: Bu tip araştırma belli bir alanda hangi strateji ve uygulamaların daha verimli olduğunu belirlemek için yerel özellikleri saptar. Gelişmekte olan ülkelere yeterli olarak yapılmamaktadır.

2. Uluslararası Yardım verimli stratejilerin uygulanmasına eğitim ve uygulama araştırmaları açısından destek verilmelidir.

II. Yerel Özellikler ve Kaynaklar: Verimliliği artırmanın bir yolu yerel özellikleri hesaba katmak ve uygun kaynaklardan optimal yarar sağlamaktır. Örn. geleneksel tıp psikosomatik sorunların tedavisinde ve ebeler zor doğum riski olan kadınları tanımlamada en uygun olanıdır.

1. Eylem Araştırmaları: Bu tip araştırmalar sağlık çalışanlarının sorumluluk duygularını artırır ve onları motive eder. Ulusal stratejileri yerel özelliklere uyarlamak ve bu yolla verimliliği artırmak olasıdır.

III. Dış Maliyet Kontrolü: Sağlık maliyetini kontrol işi sadece tıp uzmanlarına bırakılamaz. Çünkü tıp uzmanları, aldıkları eğitim nedeniyle bakımın etkinliğine daha çok önem verirler. Endüstrileşmiş ülkelerde olduğu gibi, maliyet, sigorta şirketleri, ticaret birlikleri ve bireyleri temsil eden diğer birlikler gibi dış yapılar tarafından yönetilmeli ve denetlenmelidir.

IV. Özel sağlık yapıları: Sağlık merkezleri ve hastaneler etkin bakımı sağlamada tamamlayıcı iken, verimlilik hedefi özel olmalarını gerektirir. Diğer bir deyişle, her uygulama kendi sorumluluk ve yetkinliğine sahip olmalıdır.

C. Sunulan Bakım ve Sağlık Çalışanları Tarafından Kullanılan Stratejiler

Etkili, verimli sağlık bakımı ve stratejileri eğer sağlık çalışanlarınca doğru olarak sunulup, uygulanıyorsa, sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmada uygun olmuştuklardır. Burada iki etken devreye girmektedir, sağlık çalışanlarının sorumluluk duygusunu yükseltmek ve eğitmek.

I. Kadronun eğitimi: Merkezi otoritelerce geliştirilen verimli stratejiler genellikle sağlık çalışanları tarafından aldıkları eğitime ters olarak algılanmakta ve benimsenmemektedir. Gerçekten de, çoğu gelişmekte olan ülkelerin tıp fakültelerinde verilen eğitim sağlık bakımında teknik konular ve en yüksek etkinliği arama üzerine odaklanmıştır. 'Strateji', "maliyet-yarar", "yerel özellik", "kaynakların adaptasyonu" gibi kavramlar tıp fakültesi mezunlarına tamamen yabancıdır. Şunu söylemek abartılı olmaz; gelişmekte olan ülkelere tıp eğitimi gelecekteki doktorları çalışmaya uygunsuz hale getirmektedir.

II. Sağlık çalışanlarının sorumluluk duygusunu yükseltmek: Sağlık çalışanlarının stratejilerin uygulanmasındaki başarısızlığında, tıp ve hemşirelik okullarındaki müfredatın değişkenliği suçlanmaktadır. Stratejiler, sağlık çalışanla-

rının katkısı olmadan, merkezi otoriteler tarafından geliştirildiği için, uygulamada tepedekiler tarafından sunulan ek çalışma, ek yük olarak değerlendirilmektedir.

II. İYİ YÖNETİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ

Gelişmekte olan ülkelerde son yıllarda yönetimle ilişkili sorunlara daha çok dikkat edilmektedir. Sağlık bakımı yönetiminin öğeleri şekil 3'de sunulmuştur.

Gelişmiş sağlık hizmeti yönetiminin ana bileşenleri:

- Desantralize yönetim.
- Toplum katılımı.
- Kaynak yaratma.

A. Sağlık çalışanlarının uygun eğitimi: Genelde sağlık çalışanları, özelden geleceğin doktorları, özellikle yönetim konusunda, sağlık bölge yöneticisi rolüne göre eğitilmişlerdir. Bu eğitimde şu etkenler dikkate alınmalıdır:

bölgelerde uygulamalı eğitime gereksinim vardır.

II. Yetkin eğiticiler: Uygulama bölgelerinde geleceğin doktorlarını, bölge sağlık yönetimi deneyimi olan, doğru rehberlik edebilecek ve onlara bölge yönetiminin doyum sağlayıcı olduğunu öğretebilecek, sorumluluklarını tümüyle benimsetecek, yetenekli eğiticiler bulunmalıdır.

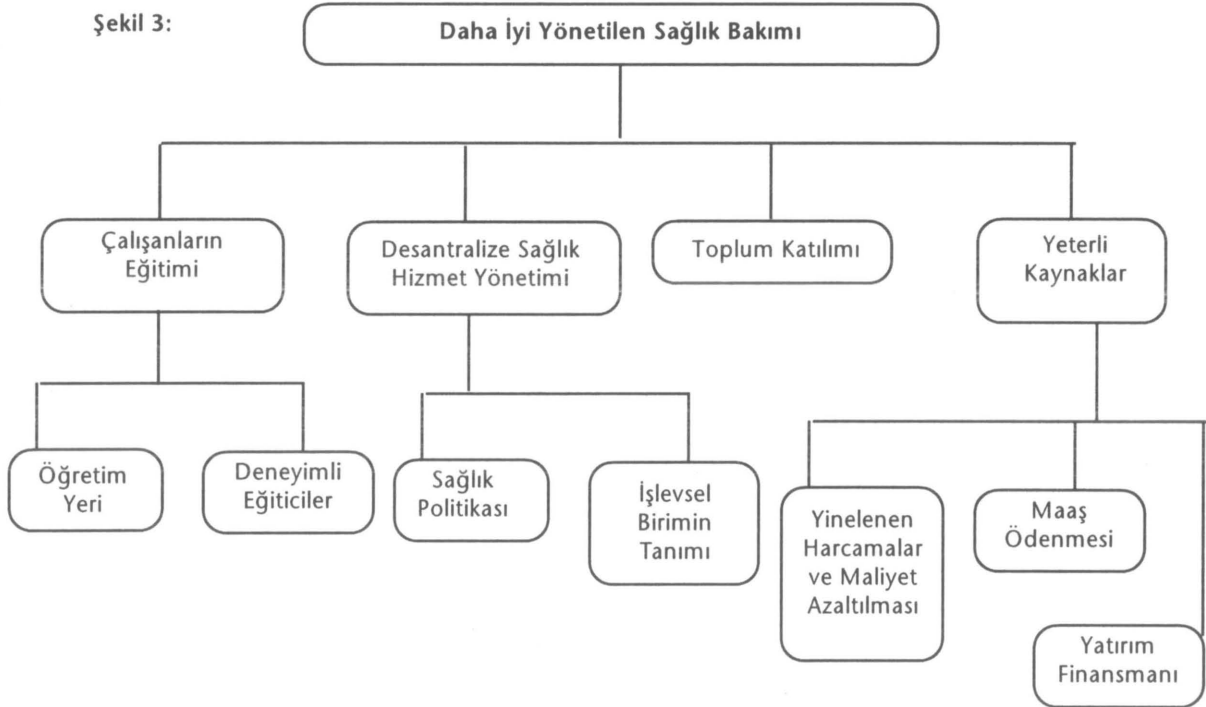
C. TOPLUM KATILIMI

Daha iyi sağlık hizmeti yönetimi için toplum katılımına gereksinim nedenleri:

* Bölgenin sağlık düzeyinin sağlık komitesi tarafından izlenmesi, sağlık hizmeti sunumunun daha büyük etkinlikle gerçekleştirilmesini sağlar.

* Sağlık çalışanlarının toplumun özellikleri ve yerel kaynakları daha iyi bilmesini sağlar. Böylece etkin, kabul edilebilir stratejiler belirleme olanakları artar.

Şekil 3:



I. Eğitim Yerleri: Hem doktorların hem de hemşirelerin eğitimi yeniden düzenlenmelidir. Sağlık bölgelerinin yaratılması için, bir ekiple çalışacak, yönetecek, toplum katılımına katkıda bulunacak, tıbbi aletlerin, donanımın ve temel ilaçların finansını yönetecek hekimlere gereksinim vardır. Bu çalışmalar sağlık bölge yöneticisinin kendisi tarafından yapılmayacaktır, ancak bu aktivitelerin üzerinde gerçek bir denetimin olması şarttır. Ekip çalışması, sağlık merkezi yönetimi ve toplum katılımı kitaplardan öğrenilmez. İleride doktorun yöneteceği

* Maliyetleri izleyerek ve tıp uzmanlarının tek başına oluşturdukları sağlığa ilişkin karar mekanizmalarını önleyerek sağlık hizmeti uygulamasını denetler.

* Geniş anlamda düşünüldüğünde, bu yapılanma toplumu gerçekten temsil edecek birliklerin güçlenmesini sağlar. Bu ilişkiler hep birlikte bir çok gelişmekte olan ülkede diktatörlükler veya yeni demokrasilerde karşı dengeleri de sağlar fakat insanların gerçek eğilimlerini tam olarak temsil etmezler.

D. YETERLİ KAYNAKLAR

Eğer sağlık hizmet yönetimi geliştirilecek ise yeterli kaynaklara gereksinim vardır. Burada üç faktör incelenmelidir:

1. Yenilenen harcamalar ve maliyet azaltılması

1970'lerde Afrika ülkeleri toplumlarına maliyetleri dikkate almadan serbest sağlık bakımı sunmak istediler. Verilen hizmet çok kısa sürede, tedavinin reçetesi ile sınırlandı. Özel eczanelerden alınan ilaçların maliyeti aylık maaşın en az % 10-20'sine ulaşıyordu. Bazen doğumda olduğu gibi aylık maaşın % 50'sine çıktığı da oluyordu. Toplumun büyük çoğunluğu (% 50-70) sağlık bakımını satın alamaz durum-daydı. Sonuçta, bu serbest sağlık bakım politikası özet olarak toplumun en şanslı bölümüne, pahalı bakım sunmuş oluyordu. Bu durumu düzeltmek için UNICEF destekli Bamako Başlangıcı'nda, sabit ilaç, tıbbi gereç sunumu ve tıbbi kayıtları sağlamak için, sağlık merkezlerinde satılan ek temel ilaçlar yolu ile maliyetlerin azaltılabileceği düşünüldü. Bu maliyet azaltma politikası başta eleştirildi, çünkü toplumun en fakir kesimini sağlık bakımı dışında bırakıyordu. Bu eleştiriler temelsizdi, çünkü bu girişim sağlık bakım hizmetlerinden yararlanamayan insan sayısını azaltmaktadır. Bu hissedilebilir bir gerçektir. Diğer bir eleştiri de, bu girişimin bölge düzeyinde değil, sağlık merkezi düzeyinde olması konusunda olabilir.

Maliyet azaltmanın iki etik sonucu vardır:

1- Bakım ve ilaç yazımının rasyonalizasyonu yolu ile maliyeti azaltmak.

2- Oluşturulan fonların izlenmesinde gerçek toplum katılımının geliştirilmesi.

Bu iki konunun önemi gözardı edilmemelidir.

2. Maaşların finanse edilmesi: Gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin sağlık çalışanlarının maaşlarını finanse etmesi büyüyen bir sorundur. Ekonomik krizler nedeniyle bütçe kısıtlamaları ve yapısal uyum programları sonucu birçok gelişmekte olan ülkede maaşların düzenli ödenmesinin garantisi yoktur. Üstelik, bazen maaşların % 70'ine yakını kesilebilmektedir. Tablo 1 bazı ülkelerdeki durumu özetlemektedir.

Bu durumla karşılaşan çalışanların motivasyon kaybına neden olmakta ve sağlık hizmet kalitesini etkilemektedir.

3. Yatırımların Finanse Edilmesi: Kaynaklar, uluslararası yardımlar ve sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen inşaat, pahalı tıbbi donanımın kiralanması, yenilenmesi için gerekli olup; temel olarak yardımcı verenden sağlanmaktadır; gelişmekte olan ülke hükümetlerinin bu konuda manevra olanağı giderek daralmaktadır. Bu yardım endüstrileşmiş ülkelerin çıkarları ile bağlantılıdır. Böylece, kuzeydeki özel şirketler ve karşılıklı yardımlarla inşa edilen bir hastaneler dizisi ile karşı karşıya kalınmaktadır. Bu 'beyaz fillerin" yenilenen harcamaları o kadar

yüksektir ki gelişmekte olan ülke hükümetleri karşılamaz ve sağlık merkezleri için teknik destek rolünü yerine getiremezler. Sağlık merkezleri düzeyinde durum daha az kötüdür, fakat toplum tarafından beraber bütçelenemeyecek inşaatlar ve yinelenen maliyetlerin önlenmesi için çaba harcanmalıdır.

Tıp teknikleri alanında da yinelenen maliyetler sorunu aynı acileyle ortaya çıkmaktadır. İleri donanımı satın almak için kaynak varken, bunların kullanımını sürdürmek için hemen hemen hiç kaynak yoktur. Bazı gelişmekte olan ülkeler, 70'li yılların öforisi ile ülkelerinin sağlık sorunlarını çözmek üzere yüklü miktarda tıbbi teknoloji almışlardır. 1980'de Kongo'nun halka sağlık hareketi 'Punch" olgusu buna örnektir. Onlarca milyon dolara mal olan donanım, çeşitli sağlık merkezleri ve hastanelere dağıtılmıştı ve 1993'de hala paketleri içinde beklemekteydi.

III. COĞRAFİ ULAŞILABİLİRLİĞİ GELİŞTİRME

Sağlık hizmetlerinin kullanımının ana bileşenlerinden biri coğrafi ulaşılabilirliktir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin halk tarafından kullanımını kolaylaştıracak coğrafi kapsama planı yapmak gereklidir. Aşağıdaki analizde, diğer faktörler başlığında doğrudan sağlık alanından çıkarılmamış ve coğrafi ulaşılabilirliği geliştiren elemanlar yer almaktadır. Bunlar, yollar, belli bölgelerin izolasyonunu engellemek için gelişme ve kitle taşımacılığıdır. Coğrafi ulaşılabilirliğin sürdürülmesi için yeterli kaynakların bulunması ve uluslararası yardımı koordine etmek için kurul oluşturulması önemlidir (Şekil 4).

A. Kapsama Planı

Sağlık Bakanlığı kapsama planı yaparken, çeşitli sağlık yapıları tarafından sunulacak bakım tipleri, bunları gerçekleştirecek insan kaynakları, öncelikli gruplar, desantralizasyon düzeyi gibi konularda karar vermelidir.

1. Ulusal Sağlık Programının iki ana bileşeni:

1. İşlevsel birimlere dayanan planlama: Sağlık bölgesi, genellikle kapsama planları için seçilen işlevsel birimlerdir. Ülke sağlık bölgelerine ayrıldığında çıkacak sorunlar küçümsenmemelidir. Karar vericiler sağlık bölgelerini,

Tablo 1: 1993'de Çeşitli Afrika Ülkelerinde Sağlık Çalışanlarına Ödeme Durumu

Ülke	Sağlıklı Çalışanlarına Ödeme Dur.
Kamerun	: 1993'te maaşlarda % 80 düşme
Çad	: Bölgelere bağlı olarak maaş ödemelerinde 8/12 ay gecikme
Kongo	: 4-5 ay maaş ödeme gecikmesi

kolaylık ve politik gerilimi önlemek için ülkenin varolan yönetsel sınırlarına uygun olarak oluşturmaya çalışırlar.

II. Yasal yapının hazırlanması: Değişime direnç çok güçlüdür ve gerçek desantralizasyon merkezde güç kaybı anlamına gelir ki bu kendiliğinden olmaz. Yasal yapı ulusal sağlık programlarını politik ve diğer tip baskılara karşı korur. Örn. Temel ilaçların sağlık kurumlarında satışına, özel eczacılar ve gelişmiş ülkelerin ilaç firmaları, büyük bir pazarı kaybedeceklerinden şiddetli tepki gösterirler. Böyle yasal metinler ulusal öncelikleri netleştirme ve böylece uluslararası amaca yönelim avantajını da sağlar.

2. Kapsama planlamasının boyutları:

1. Zaman: Bir sağlık bölgesini oluşturmak zaman alır. Bölgenin işlevsel olabilmesi yaklaşık beş yıl zaman ister.

2. Bölge: Kapsama programının başarı şansının en yüksek olduğu bölgelerden başlanmalıdır ancak finansörler kırsal bölgeleri yeğlerler.

B. Yeterli kaynaklar

Sağlık, kültür ve eğitim gibi sosyal hizmetler gelişmekte olan ülkeler gibi endüstrileşmiş ülkelerde de

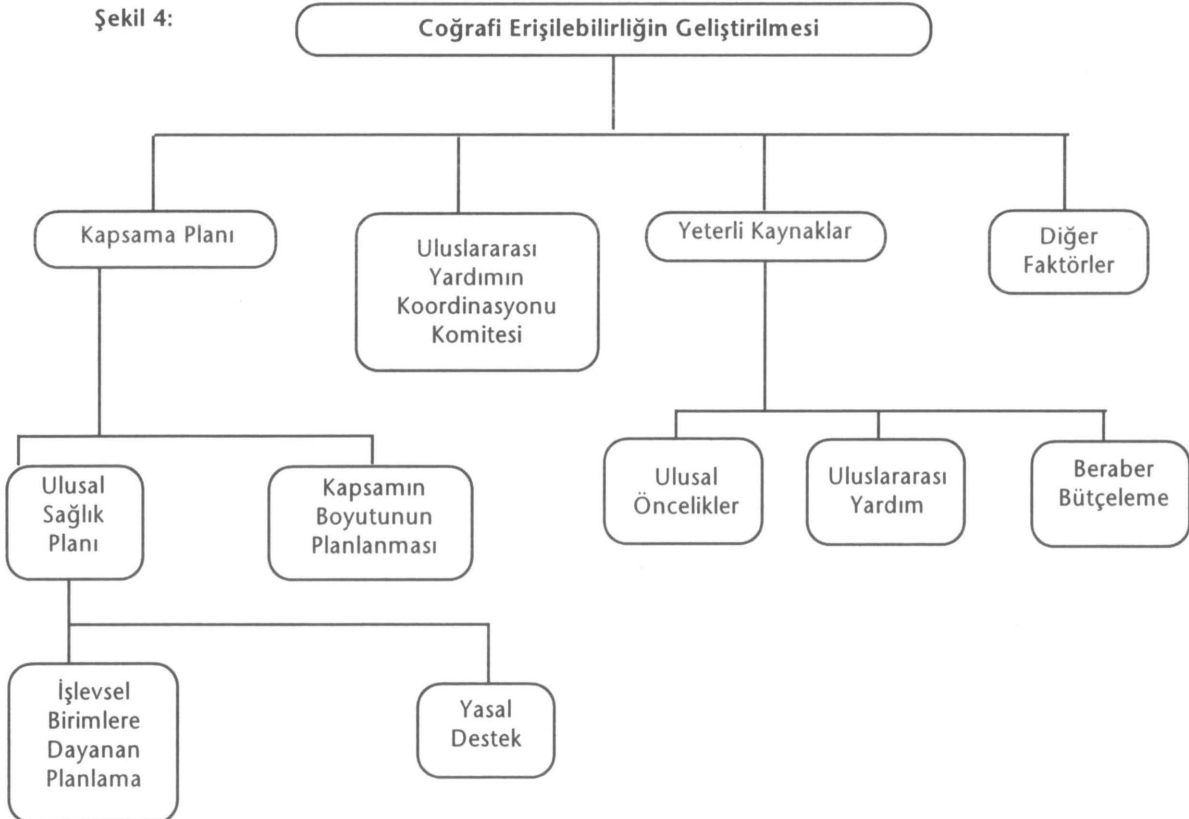
ekonomik krizin ilk kurbanlarıdır. Sağlık bütçesinin % 70-80'inin sadece maaşlara gittiği ülkelerde, en çok kesintiye uğrayan kısım, sağlık sistemini yürütmek için gereksinilen kaynaklardır.

1. *Ulusal Öncelik:* Sağlık öncelik düzeyi ülkeden ülkeye değişir ve hükümetin sağlığa ayıracağı kaynakları belirler. Sağlık payı ulusal bütçe içinde % 3'ten % 7'ye kadar değişebilir. Genellikle sağlık bütçesinde bir artış olası değildir ve bu da sağlık sisteminin tam işlevselliğini olanaksızlaştırır.

2. *Uluslararası yardım:* Gelişmekte olan ülkelerde sağlık bakımı uluslararası yardım almak zorundadır ve özellikle pahalı tıbbi donanım, araçlar, binalar gibi yatırımlar, bağışıklama, Tbc kontrol, AIDS gibi konularda holding seminerleri ile sağlık çalışanlarını eğitime gibi belirli özel programlar ile ilgilenmektedir.

3. *Berber bütçeleme:* Sağlık bakımının toplumla beraber bütçeleme yoluyla maliyetlerin azaltılması sağlık merkezlerinin yinelenen masraflarını karşılamalıdır. Maliyet azalması yoluyla elde edilen kazanımlar eşitlik prensibine dayanarak az gelişmiş bölgelerde kullanılabilir. Aksine, toplumların bir hastane ameliyat masraflarını karşılamasını ummak gerçekçi değildir. Dağınık kırsal yerleşim bölgelerinde maliyet azaltması ne ameliyat masraflarını ne de

Şekil 4:



bölgeye derinlemesine yayılmış sağlık bakımı kapsamını karşılayamaz. Kentsel yerleşimde, aksine, maliyet azaltmaya çalışan sağlık merkezleri temel kazanımlar sağlar ki, bunun bir kısmı (% 10-20) bölgesel dayanışma fonları tarafından kullanılabilir. Bu fon, eşitlik prensibine dayanır ve az gelişmiş bölgelerde kullanılabilir.

C. Uluslararası Yardım Koordinasyon Kurulu

Belli bir ülkede birkaç düzine uluslararası örgüt, karşılıklı resmi organizasyon ve sivil toplum örgütlerinin sağlık alanında çalışıyor olması pek nadir bir durum değildir. Çeşitli organizasyonların aktivitelerinin minimum koordinasyonu, çakışma ve çelişkileri önlemek için gereklidir. Sağlık Bakanlığı'nın başkanlığını yapacağı ve yardım verenlerin temsil edildiği bu kurulun amacı, ulusal sağlık programının uygulanmasında parayı verenlerin daha iyi koordinasyonunu sağlamaktır. Bu koordinasyon komitesi, uluslararası yardımlar ile finanse edilen sağlık projelerinin kalıcılığını sağlamada yardımcıdır.

Sağlık sektörü ile ilişkili uluslararası yardıma karşı yöneltilen eleştiriler:

* Sağlık projeleri kuzeyli danışmanlarca belirlenen öncelikler doğrultusunda seçilmektedir. Çocuk ölümleri, AIDS, Tbc ve lepra gibi bazı özel sağlık konularındaki bazı projeler fazlasıyla finanse edilirken, öte yandan sıtma, anne ölümleri gibi konulara az para ayrılmaktadır. Bugün bile kentsel bölge sağlık projesi için onay almak zordur, çünkü yardım verenler için kırsal alanlara ulaşmak daha önemlidir.

* Projeler genellikle ülkeye ilgisi bir aydan az, bilgisi derlemeler ile kısıtlı olan danışmanlar tarafından yürütülür.

* Yardım veren kurumlar arasında bir rekabet kesindir. Bu rekabet bazen 50 milyon/3 yıl gibi çok büyük kaynak ayrılan projelere neden olmaktadır. Bunlar sürdürülmesi olanaksız ancak herkesin imrendiği projelerdir.

* Uluslararası yardımlar kısa erimde etkili olmak isterler. Projeler nüfusu 1.000.000'dan fazla bir şehrin kapsayıcılığını başarmak için beş yıldan az zaman gibi gerçekçi olmayan zaman tabloları geliştirirler. Oysa 5-10 yıl gibi süreler bile etkileri net görmek için çok kısadır.

* Proje bitiminden sonra aktivitelerin devamını sağlamak için ön hazırlık yapılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yeni fon bulması için genellikle 1-2 yıla daha gereksinimi vardır. Bu arada önceki projenin kazanımları ortadan kalkacak ve tekrar başa dönmek gerekecektir.

* Yinelenen maliyetler proje finansmanına alınmaz.

* Her organizasyonun özel yönetim istekleri vardır. Bu idari kısıtlamalar, projenin esnekliğini olumsuz etkiler.

* Yardım organizatörlerinin stratejileri bazen tamamen zıttır. Bazı organizasyonlar her düzeyde ülke dışı

teknik danışman alırken, bazıları teknik danışmanları reddeder.

* Böyle uluslararası yardım geniş bir gelişme programına derinlikle entegre olamaz.

IV. SAĞLIK BAKIMININ KABUL EDİLEBİLİRLİĞİNİN ARTIRILMASI

İnsanların en yakınındaki hizmetlerin etkinliği az ve toplum kültürüne uygun değilse kullanılamamaktadır (Şekil 5). Sağlık bakımının kabul edilebilirliğini etkileyen ana etkenler, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık çalışanları ve müşterileri arasındaki insan ilişkilerinin kalitesidir.

A. Daha Verimli Sağlık Hizmeti:

Şekil 1'de anlatıldı.

B. Sosyal ve Kültürel Kabul Edilebilirlik:

Etkin ve erişilebilir hizmetler, eğer kültür dikkate alınmamışsa, kullanılamayacaktır. Bu, vajinal inceleme veya doğum sırasında obstetrik manevralar gibi çeşitli tıbbi işlemlerin gerektiği, katılanların kabullenmede zorlandığı ana sağlığı gibi konularda özellikle doğrudur.

C. İnsan İlişkilerinin Kalitesi:

* *Sağlık çalışanlarının motivasyonu:* Sağlık personeli işini yapmaya çalışırken çözemediği sorunlara karşı oluşan kızgınlığını bilinçsiz olarak, sağlık hizmetini kullananlara yöneltebilir.

Eğitim: Yalnızca tıbbi ve teknik özellikler taşımakta ve insan ilişkilerine katkısı olmamaktadır.

Artmış Sorumluluk: Sağlık çalışanlarının motivasyon kaybı, sağlık merkezi personelinin durumu dikkate alınmadan, personelin karar ve stratejilerin yalnızca uygulayıcısı olmasının istenmesinden kaynaklanmaktadır.

Maaşlar: Sağlık çalışanlarına hastalarına karşılık ek ödeme sağlayacak veya özel hizmete dönüştürecek çözümler bulunmalıdır.

Çalışma Koşulları: Kariyer ümidi azlığı da motivasyon azlığı nedenlerindedir.

2. Sosyal Özellikler: Sağlık Bakanlıkları sağlık çalışanlarını kendi bölgeleri dışında görevlendirmektedirler. Bunun sonucunda, sıklıkla köklerinden uzaklaşmış insanlar kendilerini yabancılar arasında kaybolmuş hissetmektedirler.

Bu sosyokültürel bölünmeler, sağlık hizmeti kullanımına yansıtılmaktadır.

TARTIŞMA

Sağlık bakımının erişilebilirliğinin tam gerçekleşmediği endüstrileşmiş ülkeleri de ilgilendiren Birincil Sağlık Bakımı stratejilerini bir kez daha ele almak ilginçtir. Hakaniyet noktasından yola çıkarsak, endüstrileşmiş ülkelerde de fakir, yalnız yaşayan ve işsizler gibi marjinal gruplar, gelişmekte olan ülkelerdekiler kadar sağlık bakımına ulaşamaz durumdadırlar. Gerçekte, endüstrileşmiş ülkeler gelişmekte olan ülkelerin kişi başına harcadığının 100 kat fazlasını sağlık bakımına harcamaktadır ancak bu büyük kaynaklara karşın vatandaşların hepsinin sağlık bakımına erişme garantisi yoktur.

Sağlık sisteminin çeşitli düzeylerinde sınırlamalar vardır. Bunlar:

- * *Toplum:* katılım ve maliyet azaltılması.
- * *Sağlık Kurumları (Sağlık Merkezleri ve Bölge Hastaneleri):* çalışmaların organizasyonu, temel ilaç yönetimi, sağlık bölgesinin uyumlu işlevselliği.
- * *Ulusal Sağlık Bakanlığı:* Sağlık bakımının toplumun tümü tarafından kullanımına odaklanmış bir sağlık politikasının oluşturulması.
- * *Uluslararası Yardım Kurumları:* Yardımın gelişmekte olan ülke gereksinimlerine göre koordinasyonu.

Uygulama ve eylem araştırmaları her düzeyde sağlık bakımı ve stratejilerinin etkinliğini geliştirmelidir. Ana

kısıtlamalar birey ve toplumdan kaynaklanmaz. Öncelikle ve çoğunlukla sağlık hizmet organizasyonundan kaynaklanır.

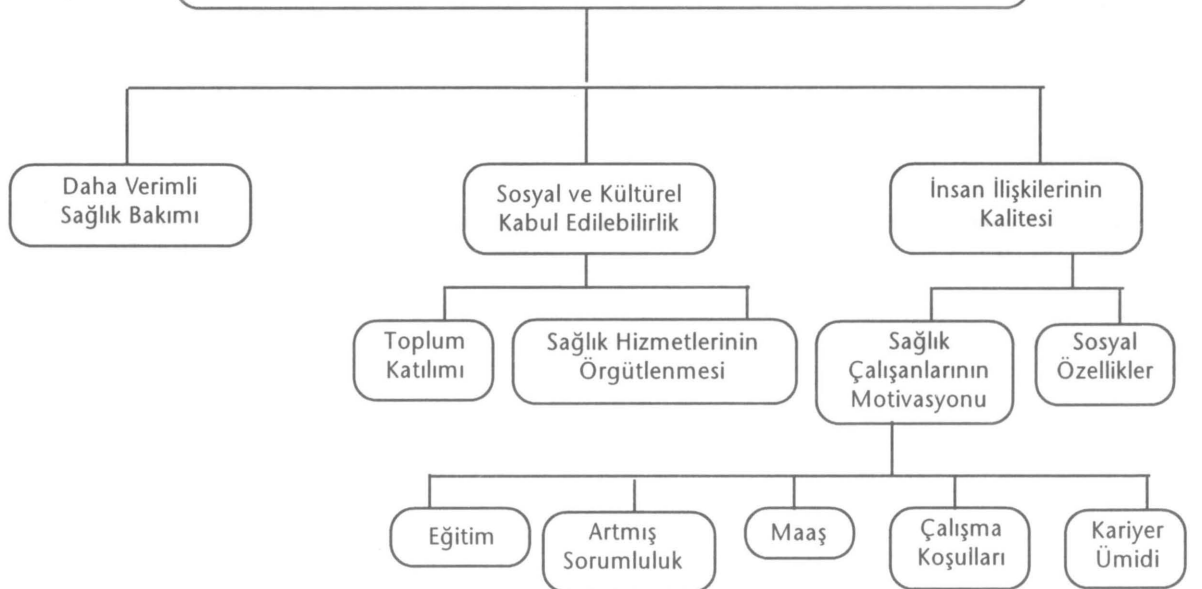
Finansal kaynaklar: Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin bozukluğu büyük ölçüde ekonomik kriz ve yapısal uyum ölçütlerine bağlıysa da, paranın yokluğu dikkate alınacak tek faktör değildir. Eğer, ekonomileri mucizevi şekilde gelişirse, etkin sağlık hizmetlerinin kullanımını sağlayacak diğer etkenler de gelişecektir. Bu noktada, desantralize karar vermeye dayanan sağlık politikasının, sağlık hizmetlerinin daha iyi organizasyonu, gelişmiş insan ilişkileri de gereklidir.

Dengeli gelişmeyi yüreklendirmesi:

Endüstrileşmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini kurmalarında temel bir farklılık vardır. Endüstrileşmiş ülkeler yüzyıl başından bu yana sağlık sistemlerini adım adım oluşturmuşlardır. En alt sosyoekonomik düzeyin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlayan lonca yapısı; ülkenin yaşama düzeyi ve finansal kaynaklarının artması ile aynı çizgide yeni tıbbi teknolojinin adaptasyonu, üçüncü bir kurum tarafından harcamaların denetimi vs. gibi çoklu faktörler bu sistemlerin dengeli gelişimi ve öz-denetiminin altında yatan faktörlerdir. Gelişmekte olan ülkelerin sömürgecilerden kopyalanan sağlık sistemleri bu ülkelerin özgürlüklerini kazandıkları yaklaşık 30 yıllık süre içinde oluşmuştur. Loncaya dayalı hareketler yoktur veya temel sosyal haklardan yoksun gruba yansımıştır.

Batının ilaç sektörüne ve hastane inşaat şirketlerine ilgisi gibi çıkarlar nedeniyle ve bazı kısa süreli politik

Şekil 5: Sağlık Bakımının Kabul Edilebilirliğinin Geliştirilmesi



yararlar gözetken güney politikacıları gibi taraflar, gelişmekte olan ülkelerde sağlık önceliklerini dikkate almadan batının tıbbi teknolojisini kullanmak isterler. Daha önce sözü edilen 'Beyaz Filler' bu gerçeğin en iyi örnekleridir.

Dengeli gelişmenin zorlanması için;

* Toplum katılımının gerçekleştirilmesi ve halkın seçimini tam olarak yansıtacak böylece sağlık bakımının denetimini başaracak organizasyonların güçlenmesi.

* Uluslararası yardımın daha iyi koordinasyonu.

* Teknokratik kötü kullanımların üzerinde kontrol gereklidir.

Eğer sağlık bakımı daha verimli olursa, bireyler ve toplumlar hem taşrada, hem de merkezde daha etkin olmalıdırlar. Taşrada toplum maliyet azaltma şemalarında kontrolü sağlarken, merkezde ise en önemli amaç gerçek desantralize karar verme ve uluslararası yardımın akımını yönlendirme olmalıdır.

Halkın Teknokratik Kötü Kullanım Gücünden Korunması:

Endüstrileşmiş ülkelerdeki gibi, gelişmekte olan ülkelerin yurttaşlarının kaderi tıbbi otoritelerin ellerindedir. Sağlık sistem modelinin sunumunda bunun çeşitli örneklerini özet olarak sunarsak;

* Çocuk ölümleriyle savaş, aile planlaması gibi belirli sağlık programlarına verilen öncelik daha çok kuzeyin kültürel değerler ve çıkarları ile aynı doğrultudadır.

* Dünya Bankası tarafından önerilen sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, temel ilaçların sağlık kurumlarında satılmasına karşı ilaç şirketlerinin politik ve teknik baskısı, uygunsuz, pahalı teknolojiler (Bölge hastanelerinde sezeryan ameliyatı yapılamayan ülkelerde invitro fertilizasyon merkezleri, CT, NMR gibi tıbbi görüntüleme teknikleri) ve haksız fakat kazançlı analiz ve incelemeler, teknokratik kötü kullanımın veya toplum çıkarlarına doğrudan ters düşen uygulamaların diğer örnekleridir.

Bu kötü kullanımları kontrol etmek için dört olası yaklaşım:

1. Karar vermenin desantralizasyonu, bu gücün merkezi yönetimden alınarak sağlık bölgelerine taşınması, sağlık

bölgelerinin yönetim ve sağlık hizmeti planlama yeteneklerinin desteklenmesi.

2. Toplum katılımı ve halkın çıkarlarını yansıtacak örgütlenmelerin güçlendirilmesi. Unutulmamalıdır ki, toplumun gerçek katılımı olmadan, yalnızca seçime dayanan demokrasi tek başına bir vehim olmaktan ileri gidemez.

3. Ulusal sağlık politikası oluşturulması ve uluslararası yardımın Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmesi.

4. Kuzeyin insanların güneyi kasıp kavuran gerçek sağlık problemlerinin farkına varmalarını sağlamak. Uluslararası yardım kurumları kamuoyu baskısına karşı duyarlıdır. Bu bilginin geliştirilmesi diğerlerinin yanısıra yazarların da katkısını gerektirmektedir.

SONUÇ

Sağlık hakkı güneyde gerçek bir insan hakkı olarak kabul edilmekte midir? Çizilen bu karanlık tabloda bunu merak edebiliriz. Gerçekten, bir çok etken, gelişmekte olan ülke insanların verimli sağlık hizmeti almasını kısıtlamaktadır. Yine de, vazgeçmek hatadır, halen yapılabilecek şeyler vardır:

- Kesin Taahhüt (en az 10 yıl için, sonuçlanacak bir girişim garantilenmelidir)
- Toplum katılımının örgütlenmesi
- Karar vermenin desantralizasyonu
- Sağlık bakımının geliştirilmesi
- Uluslararası yardımın yeniden yönlendirilmesi
- Teknokratik kötü kullanımın kontrolü

Bir başka deyişle geçmişteki deneyimlerden ders almalı ve dengeli gelişmeyi güçlendirmeliyiz. Sağlık hakkını temel bir insan hakkı olarak kabul ederken, rolümüzü sadece durumu analiz eden, neden, niçinleri araştıran ve geliştirmeleri öneren araştırmacı bilim adamları olarak kısıtlamayalım. Bu basamaklar kesinlikle gereklidir ancak yeterli değildir.

Politikacılara, yardım verenlere, bütçe otoritelerine, genelde karar vericilere, gelişmekte olan ülkelerdeki insanların etkin sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanmalarına neden olacak çeşitli faktörleri sağlamak için baskı yapmalıyız.