

ARAŞTIRMA

ÜLKELERİN SAĞLIKTAKİ PERFORMANSINI HANGİ ETKENLER BELİRLİYOR ?

İlker BELEK*, Hülya BELEK**

ÖZET

Bu araştırmanın amacı ülkelerin sağlıktaki performansını belirleyen etkenlerin tanımlanmasıdır. Analitik nitelikli bir araştırmadır. Bilindiği gibi, sağlık performansı, bir ülkenin elindeki kaynaklarla istenen sonuçlara ne derecede ulaştığının göstergesidir. Bu çalışmada yıllık kişi başı ulusal gelir kaynakların, bebek ölüm hızı sağlık sonuçlarının göstergesi olarak, basit regresyon analizi ile beklenen bebek ölüm hızlarının hesaplanmasında kullanılmışlardır. Bundan sonra her ülke için, performans puanları hesaplanmıştır (**Gerçek BÖH/ Beklenen BÖH**). Analizlerin en son aşamasında, ülkelerin sağlık performansını belirleyen etkenlerin açıklanması için çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Kadınlarda ilköğretim okullaşma yüzdesi, Gini katsayısı ve ülkelerin politik yapıları sağlık performansını belirleyen etkenler olarak saptanmıştır. Sosyalist ülkelerin sağlıktaki performansı daha yüksektir.

GİRİŞ

Sağlık sistemlerinin eşitlik ve verimlilik bakımından değerlendirilmesi yönündeki çabalar giderek artmaktadır (**Mc Pake, B., Kutzin, J.; 1997**). Bu çalışmalar, özellikle sağlık reformu sürecinin başlamasından sonra ağırlık kazanmıştır.

Sağlık reformları, bütün dünyada, kamu sağlık harcamalarının denetlenmesi ve sınırlandırılması, toplumda var olan kaynakların sağlık için mobilizasyonu, hizmet üretimi ile finansmanının birbirinden ayrılması, hizmet üreticisi kurumların mali araçlarla rekabete sokulması, talep üzerinde finansal araçlarla baskı oluşturulması ve yönetim kapasitesinin geliştirilmesi gibi bir dizi stratejiyi içermektedir (**Kutzin, J. 1997; Saltman,**

RB.; Figueras J.; 1997; Sikosana, P.L.N; Dilamini, Q.Q.D. Issakov, A.; 1997). Tahmin edileceği gibi, bu kapsamlı gelişmenin, hem sağlık sistemlerinin yapısı, hem de halk sağlığı üzerinde önemli etkileri olmaktadır.

Son yıllarda, sağlık sistemlerindeki planlı ya da plansız değişikliklerin etkilerini değerlendirmek bakımından performans kavramı daha sık kullanılmakta ve bu kavramın tanım ve ölçümü bakımından standartlaştırma çabaları öne çıkmaktadır (**Handler, A., Issel, M.; Turnock, B.; 2001: 1235-1239**).

Sağlık sisteminde performans, sağlık sistemi için belirlenmiş amaçların ne kadar başarılı biçimde gerçekleştirildiğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Daha iktisadi bir terminoloji kullanılacak olursa, performans, eldeki kaynaklarla sağlık hizmeti amaçlarına en üst derecede ulaşabilmeyi ifade etmektedir. Bir başka deyişle, performans en az maliyetle en fazla çıktının elde edilebilmesidir. Bu biçimiyle verimlilik ile eş anlamlı olarak kullanılan bir göstergedir (**Murray, C.J.L., Frenk, J.; 2000: 722**). Bu durumda performans ölçümü, bir ucunda toplumsal kaynaklar, diğer ucunda ise sağlık sisteminin amaçlarının yer aldığı bir denklem oluşturmayı ifade eder.

Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'nu özel olarak sağlık sistemlerinin performans ölçümüne ayırmıştır. Bu raporda sağlık sistemlerinin üç temel amacı tanımlanmıştır. Bunlar, sağlık (health), sorumluluk (responsiveness) ve finansmana katkıda eşitliktir (fairness in financial contribution). Sağlık göstergesi olarak doğuştan yaşam umudu kullanılmıştır. Sorumluluk, sağlık sisteminin toplumun beklentilerine yanıt verme derecesi, finansmanda eşitlik de ailelerin eşit bir gelir oranıyla finansman sistemine katkıda bulunmaları olarak tanımlanmıştır. Performans ise, ülkelerin gelirlerine göre bu amaçlara ulaşma derecesidir (**WHO; 2000**).

*Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ. AD

** Halk Sağlığı Uzm., 1 Nolu AÇS-AP Merkezi

Ancak bu rapor, yayınlandığı ilk günden beri değişik eleştirilere muhatap olmaktadır. Sağlığın tek belirleyicisi olarak kişi başı sağlık harcamasının kullanılmış olması (Jamison, D.T., Sandbu, M.E.; 2001); eşitsizliklerin sosyoekonomik gruplar temelinde ölçülmemiş olması (Almeida, C.; Braveman, P.; 2001); piyasacı bir mantıkla yazılmış olması (Navarro, V.; 2000); finansmandaki eşitliğin, gelirleri ne olursa olsun, bütün ailelerin gelirlerinin aynı oranı ile fona katkı koymaları şeklinde tanımlanmış olması (Almeida, C.; Braveman, P.; 2001); toplanan verilerin güvenilir olmaması (Mc Kee, M.; 2001) en önemli eleştiri noktalarıdır. Bütün bu gelişmeler sağlık sistemlerinin performansı ile ilgili çalışma ve tartışmaların uzun süre devam edeceğini göstermektedir.

AMAÇ

Bu çalışmada, ülkelerin sağlıktaki performanslarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

METOD

Çalışma ekolojik nitelikli, analitik bir araştırmadır. Bilindiği gibi ekolojik araştırmalarda, kullanılan değişkenler belli bir bölgeye ya da ülkeye aittir (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995: 43).

Sağlık performansı, bir ülkenin sahip olduğu toplumsal kaynaklara göre beklenen sağlık düzeyi ile gerçek sağlık düzeyi arasındaki oran olarak tanımlanmıştır. Sağlık performansı, sağlık sisteminin ve ülkelerin sosyoekonomik yapı ve koşulları tarafından belirlenen bir sonuç olarak düşünülmüştür.

Performans hesabına temel oluşturacak toplumsal sağlık göstergesi (sağlık sonucu) olarak Bebek Ölüm Hızı (BÖH) kullanılmıştır. Ülkelerin BÖH değerleri UNICEF'in 2001 yılı Dünya Çocuklarının Durumu raporundan elde edilmiştir. Nüfusu 1 milyonun altında olan ülkeler, bebek ölüm hızları rastlantısal olarak değişkenlik gösterebileceği düşüncesiyle araştırma evrenine alınmamışlardır.

Analizlerde, ilk olarak, ülkelerin beklenen BÖH değerleri hesaplanmıştır. Beklenen BÖH değerleri, bağımsız değişken olarak kişi başı yıllık ulusal gelirin, bağımlı değişken olarak da BÖH'nin kullanıldığı basit lineer regresyon analiziyle hesaplanmıştır. Kişi başı yıllık ulusal gelir ülkelerin toplumsal kaynaklarının göstergesi olarak kabul edilebilir. Böylece, buradaki hesaplama, ülkelerin sahip oldukları toplumsal kaynaklara göre beklenen BÖH değerlerini vermektedir. Ulusların ulusal gelir ve BÖH değerleri geniş bir aralıkta dağıldıkları için, verilerde normal dağılımı sağlamak açısından, her iki değişken için de logaritmalar (LGELİR ve LGBÖH) üzerinden analiz yapılmıştır. Daha sonra, beklenen BÖH değerinin, gerçek BÖH değerine bölünmesiyle her ülke için performans puanı hesaplanmıştır. Beklenen ve gerçek değerlerin eşit olması durumunda ülkenin performans puanı 1 olacaktır. 1'den küçük performans puanı, o ülkenin elindeki toplumsal kaynakları (ulusal geliri) beklenen kadar değerlendiremediğini, 1'den büyük değerler ise eldeki

kaynaklara göre beklenenden daha yüksek bir performans sergilendiğini gösterecektir. Performans puanı hesaplanan ülke sayısı 135'dir.

Analizlerin ikinci aşamasında, ülkelerin performansını etkileyen sosyoekonomik değişkenlerin ortaya çıkarılabilmesi için, bu kez çok değişkenli lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Burada da, gerekli durumlarda, verilerin normal dağılımını sağlamak için, logaritmik dönüşüm gerçekleştirilmiştir.

Çok değişkenli lineer regresyonda kullanılan bağımlı değişken, bir önceki analizle hesaplanan performans puanıdır. Performans puanı logaritmik dönüşümle analize alınmıştır. Bağımsız değişkenler ise şunlardır:

1- Gini katsayısı (GINI): Her ülke için, ulusal gelirin %20'lik toplumsal gruplara dağılımındaki eşitsizliği gösterir. 0 ile 1 arasında değer alır ve değer büyümeye gelir dağılımındaki eşitsizliğin arttığını ifade eder. Gini katsayısı değerleri Dünya Bankası'nın 2001 yılı raporundan alınmıştır. Ülkelerin 1999 yılı durumunu göstermektedir (World Bank; 2001).

2- Kadınlarda ilköğretim okullaşma oranı (İLKÖĞRETİM): Yüzde olarak kadınlardaki ilköğretim okullaşma oranını verir. Veriler UNICEF'in 2001 yılı raporundan alınmıştır. Ülkelerin 1995-1999 arasındaki durumunu göstermektedir (UNICEF; 2001).

3-Toplam sağlık harcaması miktarı (LGSAGHARC): Dolar olarak, kişi başı, yıllık sağlık harcamasıdır. Logaritmik dönüşümle analize alınmıştır. Veriler DSÖ'nün 2000 yılı raporundan elde edilmiştir. Ülkelerin 1997 yılı durumunu göstermektedir (WHO; 2000).

4-Toplam kamu sağlık harcaması miktarı (LGKAMUHARC): Dolar olarak, kişi başı yıllık kamu sağlık harcaması miktarıdır. Logaritmik dönüşümle analize alınmıştır. Veriler DSÖ'nün 2000 yılı raporundandır. Ülkelerin 1997 yılı durumunu göstermektedir (WHO; 2000).

5- Ulusal gelir içinde toplam sağlık harcamasının oranı (SAGHARCOR): Yüzde olarak kullanılmıştır. Bu veri de ülkelerin 1997 yılı durumunu göstermektedir ve DSÖ'nün 2000 yılı raporundan alınmıştır (WHO; 2000).

6- Ulusal gelir (LGELİR): Dolar olarak kişi başı yıllık ulusal gelirdir. Logaritmik dönüşümle analize alınmıştır. Veriler UNICEF'in 2001 yılı raporundan elde edilmiştir (UNICEF; 2001).

7- Ülkelerin ekonomik-siyasal yapıları (SOSYALİST): Bu bir dikotom değişkendir. Bugün ya da geçmişte sosyalist sosyoekonomik formasyonu tercih etmiş olan ülkeler "sosyalist: 1", diğer ülkeler ise "0" olarak kodlanılmışlardır. Analizlere giren kapitalist ve sosyalist ülkelerin listesi makalenin sonundaki Ek listesinde verilmiştir. 1980'lerde toplumsal yapılarında sosyalistik değişim gösteren, ancak klasik olarak ne sosyalist, ne de kapitalist olarak

sınıflandırılmayacak bir grup ülke ise her iki analizin dışında tutulmuştur. Bu ülkelerin listesi de Ek'te gösterilmiştir (Ülkelerin sınıflandırılmasında Cereseto ve Waitzkin 1986'dan yararlanılmıştır).

Gini katsayısının pek çok ülke için hesaplanmamış olması çok değişkenli analizlere alınabilen ülke sayısının 85'e inmesine neden olmuştur. Ülke sayısındaki bu azalma bağımsız değişken sayısının da sınırlandırılmasını gerektirmiştir. Bu nedenle bütçeden eğitim ve savunma için ayrılan hükümet kaynaklarının oranı, sağlıklı içme suyu kullanan nüfusun oranı, bağışıklama oranları gibi değişkenler de çok değişkenli analizlerde sınırdan sonra elenmişler ve performansı en iyi açıklayan model olarak yukarıda açıklanan değişkenlerden oluşan modelin alınmasına karar verilmiştir.

BULGULAR

Performans puanını hesaplamak için gerçekleştirilen

lineer regresyon analizi sonucunda elde edilen modelin bütün ülkeler için açıklayıcı olduğu saptanmıştır ($R=0.895$, $R^2=0.802$, $Adj R^2=0.800$, $SH=0.2171$, $F=538.087$, $p=0.000$).

En kötü ve en iyi performanslı 20 ülke, performansları kötüden iyiye doğru olmak üzere Tablo 1'de gösterilmiştir. Ülke isimlerinin yanındaki sayılar ülkelerin yıllık kişi başı ulusal gelirini göstermektedir. Performansı en kötü ülke Gabon (**Gerçek BÖH: 85, Beklenen BÖH: 18, performans puanı: 0.21**), performansı en yüksek ülke ise Küba'dır (**Gerçek BÖH 6, Beklenen BÖH 35, performans puanı: 5.83**).

ABD 0.57 puanla performansı en kötü 17. ülkedir. Oysa bu ülkenin ulusal gelir bakımından yeri 6.ıktır. ABD endüstrileşmiş ülkeler içinde negatif performans sergileyen tek ülkedir. Türkiye ise sağlıktaki performansı en kötü 11. ülkedir.

Tablo 1. Sağlıktaki performansı en düşük ve en yüksek olan 20 ülke*

Düşük performanslı	Performans puanı	Yüksek performanslı	Performans puanı
Gabon (3350)	0.21	İsveç (25040)	1.67
Irak (2170)	0.22	Macaristan (4650)	1.67
Güney Afrika (3160)	0.35	Samoa (1060)	1.76
Liberya (490)	0.38	Polonya (3960)	1.78
Botsvana (3240)	0.39	Portekiz (10600)	1.80
Cibuti (790)	0.43	Slovenya (9890)	1.80
Brezilya (4420)	0.44	Hırvatistan (4580)	1.88
Namibya (1890)	0.46	Slovakya (3590)	1.89
Fildişi (710)	0.47	Kore Cumhuriyeti (8490)	2.00
Marshal (1560)	0.48	Solomon (750)	2.09
Türkiye (2900)	0.50	Jamaika (2330)	2.20
Gine (510)	0.51	Malezya (3400)	2.38
Peru (2390)	0.52	Bulgaristan (1380)	2.29
Suudi Arabistan (6910)	0.55	Ermenistan (490)	2.40
Kuveyt (19020)	0.55	Sri Lanka (820)	2.59
Meksika (4400)	0.56	Moldova (370)	2.63
ABD (30600)	0.57	Ukrayna (750)	2.71
Papua Yeni Gine (800)	0.57	Gürcistan (620)	2.79
Kamerun (580)	0.58	Çek Cumhuriyeti (5060)	2.80
Arjantin (7600)	0.58	Küba (1170)	5.83

* Parantez içindeki sayılar, ülkelerin kişi başı yıllık ulusal geliridir.

Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre, ülkelerin sağlıktaki performansını belirleyen etkenler Gini katsayısı, kadınlarda ilköğretim okullaşma oranı ile ülkelerin sosyalizm deneyimlerinin olup olmadığıdır. Gini katsayısı yükseldikçe (gelir dağılımı eşitsizliği arttıkça), sağlık performansı azalmakta; kadınlardaki ilköğretim okullaşma oranı yükseldikçe, sağlık performansı da yükselmektedir. Sosyalizm deneyimi bulunan ülkelerin sağlık performansı kapitalist ülkelere göre daha yüksektir. Bu üçünün değişkenin performansla aralarındaki kısmi korelasyonun katsayısı sırasıyla %31.4, %35.5 ve %25.7'dir. Üçünün birden sağlık performansını tanımlayıcılık derecesi ise %28.8'dir (Adjusted R²). Toplam ve kamu sağlık harcaması miktarının, ulusal gelirden sağlık için ayrılan kaynakların

oranının ve kişi başı ulusal gelirin sağlık performansı üzerinde etkisi saptanamamıştır.

Çok değişkenli analiz sonucunda elde edilen modelin bütün ülkeler için geçerli olduğu (outlier konumunda ülke yok), artıkların (residual) hem beklenen, hem de gerçek değerler karşısında rast gele dağıldıkları (homoscedasticity varsayımı) anlaşılmıştır. Bu istatistik değerler modelin geçerli olduğunu göstermektedir.

Sosyalist ülkelerin, performans bakımından kapitalist ülkelere göre daha başarılı olmaları da, onların gelir dağılımında eşitliği ve yüksek ilköğretim okullaşma oranını sağlamış olmalarıyla ilişkilidir. Nitekim bu iki gösterge bakımından sosyalist ülkelerin durumu daha iyi iken, gelir

Tablo 2. Sağlıkteki performansı açıklamak için yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizinin sonuçları

Değişkenler	BSH (Standart Hata)		Beta	T	P
Gini	-.0005	.002	-.314	-2.766	.007
İlköğretim	.0024	.001	.287	2.098	.039
Lgkamuharc	.066	.114	.355	.581	.563
Lgsağharc	.076	.208	.367	.367	.715
Sağharcor	-.0007	.017	-.009	-.043	.966
Sosyalist	.111	.050	.257	2.221	.029
Lggelir	-.205	.189	-.833	-1.085	.282
Sabite	.407	.373		1.094	.278

$F = 5.784$ Sig $F = 0.0000$, Multiple $R = .590$, $R^2 = .348$, Adj $R^2 = .288$, St Error = .144

Tablo 3. Sosyalist ve kapitalist ülkelerin, çok değişkenli analize alınan göstergeler açısından durumu

Değişken	Sosyo ekonomik Yapı	n	Ortalama	Standart Hata	p
Performans puanı	Sosyalist	28	1.81	0.19	0.000
	Kapitalist	107	0.96	0.04	
Gini katsayısı	Sosyalist	22	0.32	0.01	0.000
	Kapitalist	74	0.41	0.01	
İlköğretim okullaşma oranı (%)	Sosyalist	23	92.9	1.40	0.000
	Kapitalist	99	77.6	2.37	
Ulusal gelirden sağlık harcaması oranı (%)	Sosyalist	30	5.56	0.33	0.681
	Kapitalist	107	5.40	0.22	
Kişi başı yıllık toplam sağlık harcaması (Dolar)	Sosyalist	31	132.9	30.5	0.000
	Kapitalist	107	494.8	80.7	
Kişi başı yıllık kamu sağlık harcaması (Dolar)	Sosyalist	31	104.3	25.3	0.000
	Kapitalist	107	328.7	57.0	
Kişi başı yıllık ulusal gelir (Dolar)	Sosyalist	28	2105.0	40.5	0.000
	Kapitalist	107	6432.2	929.8	

ve sağlık harcaması bakımından kapitalist ülkelerin üstünlüğü vardır. Kısacası, sosyalist ülkeler az parayla daha üstün derecede sağlık, eğitim ve gelir dağılımı eşitliği elde etmişlerdir. Bu bulgular Tablo 3'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bebek Ölüm Hızı, halen, toplumsal sağlık düzeyinin ölçülmesi için en sık kullanılan göstergelerden birisidir. Bebek ve çocuk ölümlerinin, bireysel düzeyde; sağlık hizmetlerinin sunumundan, sağlıklı su, sanitasyon koşulları gibi çevresel etkenlerden, anne eğitiminden, bağışıklama durumundan, ailenin gelirinden etkilendiği bilinmektedir (Rutstein, S.O.; 2000: 1258-1262; Ahmad, O.B., Lopez, A.D., Inoue M.; 2000: 1175-1188).

Öte yandan, genel olarak mortalite, özel olarak da bebek ölüm hızı üzerinde ulusal gelir ve (kapitalizm-sosyalizm biçiminde tanımlanan) sosyoekonomik sistemin (Cereseto, S., Waitzkin, H.; 1986: 663-664), gelir dağılımının (Kawachi, I., Kennedy, B.P.; 1997; Ross, N.A., Wolfson, M.C., Dunn, J.R. ve diğ.; 2000: 898-902.; Lynch, J., Smith, D.G., Hillemeier, M. ve diğ.; 2001: 194-200), toplumdaki yoksulluk düzeyinin (Waitzman, N.J., Smith, K.R., 1998: 973-976), ülkelerin demokratikleşme

düzeylerinin ve siyasal yapılarının (Moon, B.E., Dixon, W.J., 1985: 661-694), ülkelerin dünya ekonomik sistemi içindeki bağımlı pozisyonlarının (Lena, H.F., London, B.; 1993: 585-602) etkili olduğu da saptanmıştır.

Bu çalışmada, yukarıda sözü edilenlerden farklı olarak, sosyoekonomik etkenlerin doğrudan sağlık düzeyi üzerindeki etkileri değil, sağlık performansı üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Değişkenlerin seçiminde yukarıdaki araştırmaların bulguları dikkate alınmıştır. Annelerin ilköğretim okullaşma oranı, genel olarak toplum eğitim düzeyinin, özel olarak ise anne eğitiminin; ulusal gelir, toplumsal kaynakların yeterliliğinin; Gini katsayısı toplumsal kaynakların dağılımının ve toplumdaki sosyal uyumun; sağlık harcamalarıyla ilgili değişkenler, toplumda sağlığa verilen özel ve kamusal önemin göstergesi olarak kullanılmışlardır. Ülkelerin sahip oldukları sosyoekonomik sistemi tanımlayan değişken ise, sosyalist ülkelerin, kendileriyle aynı gelir grubunda yer alan kapitalist eşlerine göre daha başarılı oldukları gerçeği dikkate alınarak analizlere dahil edilmiştir.

Gelir dağılımındaki eşitsizliğin toplumdaki dayanışmayı bozarak ve ekonomik üretkenliği olumsuz

yönde etkileyerek toplumsal sağlık üzerinde olumsuz etkide bulunduğu belirtilmektedir (Kawachi, I., Kennedy, B.P.; 1997). Ülkelerin sol bir siyasal-ekonomik sisteme sahip olmaları ise, bütün yaşamsal olanakların toplumsal gruplar arasında daha eşitlikçi biçimde dağılımını sağlaması nedeniyle sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Lena, H.F., London, B.; 1993). Sosyalist ülkelerin sağlıktaki başarıları da evrensel nitelikli sağlık hizmetini parasız olarak örgütlemelerine ve toplumsal sağlık düzeyini olumlu biçimde etkileyen eğitim atılımlarına bağlanmaktadır (Cereseto, S., Waitzkin, H.; 1986: 564). Kapitalist ve sosyalist ülkelerin sağlık başarıları arasındaki fark özellikle düşük gelirli ülkeler grubunda belirginleşmektedir. Bunun nedeni, düşük gelirli kapitalist ülkelerin sosyal sektörler verdikleri önemin geriliğidir.

Bu araştırmanın bulguları, ülkelerin sağlıktaki performansının, esas olarak, halk sağlığı hizmetlerini de içeren genel makroekonomik yapı tarafından belirlendiğini belirten görüşlerle de (Handler, A., Issel, M., Turnock, B.; 2001) uyumludur.

Ülkelerin sağlıktaki performansı kişi başı ulusal gelirin miktarıyla ilişkili değildir. Öte yandan, performansın, ulusal gelirden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların oranıyla da ilişkisi saptanamamıştır. Çok değişkenli analizlere hükümet bütçesinden eğitim ve savunma için ayrılan kaynakların oranı alındığında da durum değişmemiş ve bu değişkenlerin de sağlık performansını açıklamakta yetersiz oldukları saptanmıştır. Bu da, ulusal gelirin ve sağlık harcamasının miktarının değil, toplumsal gruplar arasındaki dağılımının asıl önemli etken olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, ülkelerin sağlıktaki performansı, toplumdaki sosyal ilişkilerle, toplumun eğitim düzeyiyle ve sosyalist toplumsal yapıyla ilişkilidir.

Performansta ilk sırada yer alan Küba'nın durumu yukarıda yapılan yorumu doğrular niteliktedir. Küba bugün BÖH sıralamasında durumu en iyi 20., gelirine göre hesaplanan performansta ise 1. ülkedir. Küba bu başarısını, neredeyse, sosyalizme geçtiği 1959 yılından beri maruz bırakıldığı ekonomik ambargo koşullarında elde etmiştir.

Küba, sağlıktaki bu atılımını devrimin ilk yıllarından itibaren sergilemeye başlamıştır. Bu başarısının sağlığa verilen öncelikle, sağlık hizmetlerinin kapsam olarak genişliğiyle, bütün nüfusun bu kapsayıcı hizmet içerisine alınmış olmasıyla, toplumun öncelikli sosyoekonomik sorunlarının çözümlenmesiyle ilişkisi olduğu görüşü eskiden beri vardır (Stein, Z., Susser, M.; 1972: 551). Bütün bu bakımlardan, Küba sağlık sistemi ABD için, benimsenmesi gereken bir örnek olarak da gösterilmiştir (Iatridis, D.S., 1990: 29). Rekabet, bireycilik ve maddi başarı hırsı gibi kapitalist değerlerin yerine konulara dayanışma, ortak amaçlar için hareket etme ve topluma yararlılık gibi ilke ve değerleri içeren yeni sosyalist toplumsal yapının, bebek ölümlerinin, suç oranlarının, beslenme bozukluğunun, cehaletin, evsizliğin ve enfeksiyon hastalıklarının hızla azalmasında belirleyici etkisinin olduğu düşünülmektedir (Nikelly, A.G.; 1988:

19). Kısacası, sosyalist değişim, bütün toplumsal dokuyu, toplumsal öncelikleri, bölüşüm ilişkilerini değiştirmiş, bu kapsamlı değişiklikler de, ekonomik refah düzeyi geri olmasına karşın, bu ülkenin sağlığı üzerinde, neredeyse görülmedik derecede olumlu etki yaratmıştır.

ABD'nin Küba'ya uyguladığı ekonomik ambargo 1990'lı yıllarda, dünya sosyalist sisteminin de çöküşüyle birlikte daha da ağırlaşmıştır. Ekonomik koşulların kötülüğüne rağmen, Küba'nın Bebek Ölüm Hızındaki gelişme neredeyse hiç duraksamaksızın devam etmiştir ve bugün tarihteki en düşük seviyesindedir. Ekonomik krize, ambargoya ve uluslararası düzeydeki yalnızlığına rağmen, Küba tarihinin hiç bir döneminde ana ve çocuk sağlığı programlarını aksatmamıştır. Sağlık harcamaları da artmaya devam etmektedir. 1990'ların sonundaki sağlık harcaması miktarı, on yıl öncesine göre %17 daha yüksekti. Bu mutlak artış kamu sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki görece artışından kaynaklanmıştır. Kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı %7.8'dir. Toplam sağlık harcamalarının %36.1'i birincil sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır (Ochoa, F.R., Pardo, C.M.L.; 1997: 791-807).

Kısacası, Küba'nın sağlıktaki başarısında gerek sağlık sisteminde, gerekse toplumsal yapısında gerçekleştirdiği olumlu-sosyalist değişikliklerin etkisinin bulunduğu görülmektedir. Öte yandan, en yüksek performanslı ilk 20 ülkenin 12'sinin sosyalist oluşu ve sosyalist olarak kodlanan ülkelerin % 75'inin yüksek performanslı ilk 20 ülke içine girmiş olması ve sosyalist ülkelerin ortalama performans puanının (1.81), kapitalist ülkelerinkinden (0.96) anlamlı derecede yüksek olması, sosyalist sosyoekonomik formasyonun sağlık üzerindeki etkisi bakımından son derece açıklayıcıdır. Bütün bu veriler, aynı zamanda, diğer ülkeler için de yol gösterici olmalıdır.

KAYNAKLAR

Ahmad, O.B., Lopez, A.D., Inoue, M. (2000), The Decline in Child Mortality: A Reappraisal, Bulletin of WHO, 78(10): 1175-1191.

Almeida, C., Braveman, P. ve diğ. (2001) Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the World Health Report 2000, Lancet, 357: 1692-1697.

Cereseto, S., Waitzkin, H. (1986), Economic Development, Political Economic System and the Physical Quality of Life, American Journal of Public Health, 76(6): 661-666.

Handler, A., Issel, M., Turnock, B. (2001), A Conceptual Framework to Measure on the Public Health System, American Journal of Public Health, 91(8): 1235-1239.

Iatridis, D.S. (1990), Cuba's Health Care Policy: Prevention and Active Community Participation, Social Work, January: 29-35.

Jamison, D.T., Sandbu, M.E. (2001) WHO Ranking of Health System Performance, Science, 293: 1595-1596.

Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1997), Socioeconomic De-

terminants of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality, British Medical Journal, 314, www.bmj.com

Kutzin, J. (1997), Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector, WHO.

Kunst, A.E., Mackenbach, J.P. (1995), Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, WHO, Copenhagen.

Lena, H.F., London, B. (1993), The Political and Economic Determinants of Health: A Cross-National Analysis, International Journal of Health Services, 23(3): 585-602.

Lynch J, Smith, D.G., Hillemeier, M. ve diğ. (2001), Income Inequality, the Psychosocial Environment, and Health: Comparisons of Wealthy Nations, Lancet, 358: 194-200.

McKee, M. (2001) Measuring the Efficiency of Health Systems: The World Health Report Sets the Agenda, But There's Still a Long Way to Go, BMJ, 323: 295-296.

Mc Pake, B., Kutzin, J. (1997) Methods for Evaluating Effects of Health Reforms, WHO.

Moon, B.E., Dixon, W.J. (1985), Politics, the State, and Basic Human Needs: A Cross-National Study, American Journal of Political Sciences, 29: 661-694.

Murray, C.J.L., Frenk, J. (2000), A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, Bulletin of WHO, 78(6): 717-731.

Navarro, V. (2000) Assessment of the World Health Report 2000, Lancet, 356: 1598-601.

Nikelly, A.G. (1988), Health Care in Cuba, Public Health, 102: 19-25.

Ochoa, F., Pardo, C.M.L. (1997), Economy, Politics, and Health Status in Cuba, International Journal of Health Services, 27(4): 791-807.

Ross, N.A., Wolfson, M.C., Dunn, J.R. ve diğ. (2000), Relation Between Income Inequality and Mortality in Canada and in the US: Cross Sectional Assessment Using Census Data and Vital Statistics, British Medical Journal, 320: 898-902.

Ruststein, S.O. (2000), Factors Associated With Trends in Infant and Child Mortality in Developing Countries During the 1990s, Bulletin of WHO, 78(10): 1256-1270.

Saltman, R.B., Figueras, J. (1997), European Health Sector Reform, WHO.

Sikosana, P.L.N., Dilamini, Q.Q.D., Issakov, A. (1997), Health sector Reform in Sub-Saharan Africa, WHO.

Stein, Z., Susser, M. (1972), The Cuban Health System: A Trial of a Comprehensive Service in a Poor Country, International Journal of Health Services, 2(4): 551-566.

UNICEF (2001), Dünya Çocuklarının Durumu 2001, Ankara.

Waitzman, N.J., Smith, K.R. (1998), Phantom of the Area: Poverty-Area Residance and Mortality in the United

States, American Journal of Public Health, 88(6): 973-976.

World Bank, World Development Report 2001, www.worldbank.org

WHO (2000), World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance.

Ekler:

1- Performans puanları hesaplanan ülkeler:

Kapitalist ülkeler:

Cezayir, Arjantin, Avustralya, Avusturya, Bangladeş, Belçika, Benin, Butan, Bolivya, Botsvana, Brezilya, Burkina Faso, Burundi, Kamerun, Kanada, Orta Afrika, Çad, Şili, Kolombiya, Kongo, Kongo Dem Cum, Kosta Rika, Fildişi, Danimarka, Dominik, Ekvador, Mısır, El Salvador, Eritre, Finlandiya, Fransa, Gabon, Gambiya, Gana, Yunanistan, Guatemala, Gine, Gine-Bissau, Haiti, Honduras, Hindistan, Endonezya, İran, Irak, İrlanda, İsrail, İtalya, Jamaika, Japonya, Ürdün, Kenya, Kore Cum, Kuveyt, Lübnan, Lesoto, Liberya, Libya, Litvanya, Madagaskar, Malavi, Malezya, Mali, Moritanya, Mauritius, Meksika, Fas, Myanmar, Namibya, Nepal, Hollanda, Yeni Zelanda, Nijer, Nijerya, Norveç, Umman, Pakistan, Panama, Papua Yeni Gine, Paraguay, Peru, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Suudi Arabistan, Senegal, Sierro Leone, Singapur, Somali, Güney Afrika, İspanya, Sri Lanka, Sudan, İsveç, İsviçre, Suriye, Tanzanya, Makedonya, Tayland, Togo, Tunus, Türkiye, Uganda, Birleşik Arap Emirlikleri, İngiltere, ABD, Uruguay, Venezüela, Zambiya.

Sosyalizm deneyimi olan ülkeler:

Arnavutluk, Ermenistan, Azerbaycan, Belarus, Bulgaristan, Çin, Hırvatistan, Küba, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Macaristan, Kazakistan, Kırgızistan, Kore Demokratik Cumhuriyeti, Letonya, Moldova, Moğolistan, Polonya, Romanya, Rusya, Slovakya, Slovenya, Tacikistan, Türkmenistan, Ukrayna, Özbekistan.

2- Çok değişkenli analize alınan ülkeler:

Kapitalist ülkeler:

Cezayir, Avustralya, Avusturya, Bangladeş, Belçika, Bolivya, Burkina Faso, Burundi, Kanada, Orta Afrika, Şili, Kosta Rika, Fildişi, Danimarka, Dominik, Ekvador, Mısır, El Salvador, Etiyopya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Guatemala, Gine, Honduras, Hindistan, Endonezya, İrlanda, İtalya, Jamaika, Japonya, Ürdün, Kenya, Lesoto, Madagaskar, Malezya, Mali, Mauritius, Meksika, Fas, Nepal, Hollanda, Yeni Zelanda, Nijer, Nijerya, Norveç, Pakistan, Panama, Papua Yeni Gine, Paraguay, Peru, Filipinler, Portekiz, Ruanda, Senegal, Güney Afrika, İspanya, İsveç, İsviçre, Tanzanya, Tayland, Tunus, Türkiye, Uganda, İngiltere, ABD, Uruguay, Venezüela, Zambiya.

Sosyalizm deneyimi olan ülkeler:

Belarus, Bulgaristan, Çin, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Kazakistan, Kırgızistan, Letonya, Moğolistan, Polonya, Romanya, Rusya, Slovakya, Özbekistan.

3- Analizlere alınmayan ülkeler:

Kamboçya, Laos, Etiyopya, Afganistan, Vietnam, Mozambik, Yemen, Angola, Nikaragua, Zimbabve.