

**DOSYA/DERLEME****SIERRA LEONE SAĞLIK SİSTEMİ**

Rukiye ÇETİN SEÇKİN\*

**1. Genel Bilgiler**

Tipik bir yoksul ülke örneği olan Sierra Leone aslında yoksul olmaması gereken bir ülkedir. Tarım kaynakları zengin olan bir ülke kendi kendine yetebilmeli; elmas, altın, boksit ve rutili de içeren başlıca mineral kaynaklarıyla tarımsal zenginliği bir araya geldiğinde zengin bir ülke olmalıydı. 1700'lü yıllardan itibaren köle ticaretiyle başlayan bir süreçle Avrupalılar tarafından sömürülen ülke bağımsızlık sonrasında da elmas ticaretinin gelirlerini elinde bulunduran küçük bir azınlık tarafından yönetilmiştir. Ortaya çıkış nedeni bazı kaynaklara göre "kanlı elmas" ticaretinin gelirlerini ele geçirme, bazı kaynaklara göre ise kötü yönetim ve yolsuzluklara karşı "halk ayaklanması" olarak belirtilen ancak komşu ülke Liberya tarafından da desteklediği kesin olan on iki yıllık iç savaş sonrasında bugün dünyanın en yoksul ülkelerinden biridir. İnsani gelişim indeksi sıralamasında 176. olarak en alttan ikinci sırada yer almaktadır (Jackson, 2005; Cook, 2001; Gberie, 2002).

2004 yılında Sierra Leone nüfusunun yaklaşık 5,5 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2006b). Nüfusun üçte ikisi kırsal alanda üçte biri kentsel alanda yaşamaktadır (WHO, 2003). Ülke nüfusunun %44,7'sini 0-14 yaş grubu, %52,1'ini 15-64 yaş grubu, %3,2'sini 65 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır (Carlson, 2004). Doğumda beklenen yaşam süresi 39 yıldır (WHO, 2006b). Kaba doğum ve ölüm hızları sırasıyla binde 42 ve 19'dur. Toplam doğurganlık hızı kadın başına 6,5 olarak tahmin edilmektedir. Sierra Leone %3,2 ile nüfus artış hızı en yüksek ülkeler arasında yer almaktadır (WHO, 2003).

Ülke hala 1991'de başlayıp on yıl kadar süren yıkıcı savaşın etkilerini iyileştirmeye çalışmaktadır. Yıllarca süren çatışmalar ülkenin pek çok yerinde 3000'den fazla köy ve kasabanın yıkılıp harap olmasına, nüfusun yarısından fazlasının yerinden olmasına, binlerce çocuk askerin seferber edilmesine, 7000'e yakın ampütasyona yol açmıştır. İç savaş sırasında 120 bin kişinin öldüğü tahmin edilmekte ve binlerce öksüz ve yetimden bahsedilmektedir (WHO, 2003).

Savaş sırasında sağlık hizmetlerinin kapasitesinin %5-10'lara kadar düştüğü tahmin edilmektedir. Savaş sonrası sağlık hizmetlerinin kapasitesi %40-50'lere çıkmasına rağmen hala morbidite ve mortalite verileri üzerinde anlamlı değişiklikler yapacak düzeye gelmemiştir (WHO, 2006a). Anne ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları 1990'lı yılların başından beri dünyadaki en yüksek düzeylere sahiptir (MOHS, 2006).

**1.1. Siyasal Yapı**

Sierra Leone 27 Nisan 1961'de İngiltere'den bağımsızlığını kazanmış ve çeşitli askeri müdahaleleri takiben 19 Nisan 1971'de de cumhuriyet ilan edilmiştir. Referandumla 1985 yılında tek parti yönetimine geçen ülkede 1991'de tekrar çok partili yaşama geçilmiştir. Aynı tarihlerde ülkedeki mevcut yönetimin yolsuzluklarına karşı ortaya çıkan Liberya desteğindeki "Birleşik Devrimci Cephe" (RUF, Revolutionary United Front) kaynakların yönetimini ele geçirmiştir. 1996 Şubatında ülkenin pek çok yerinde isyancılar yönetime hakim olmasına rağmen yapılan seçimlerde kazanan Ahmed Tejan Kabbah hükümetini RUF tanımamıştır (Jackson, 2005). Kabbah hükümetinin Kasım ayında RUF ile yaptığı barış anlaşması başka bir askeri müdahale ile Mayıs 1997'de ortadan kalkmıştır. Bu tarihte askerlerin de RUF'a katılmasıyla

\*Arş. Gör. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

yönetim resmi bir cuntanın eline geçmiş ve Kabbah Gine'ye sürülmüştür (UNAMSIL, 2007). 1997-2001 yılları arasında tam bir kargaşa yaşanan ülkede İngiltere'ye bağlı özel birlikler ve Birleşmiş Milletler'e bağlı kurulan UNAMSIL'in müdahaleleri sonunda barış ortamı yaratılmıştır (Jackson, 2005). Birleşmiş Milletler Barış Gücü'nün müdahalesi ile silahlı çatışma ve seferberliğin sonlandırılmasını takiben Mayıs 2002'de parlamento ve başkanlık seçimleri yapılmıştır (WHO, 2003). Yerel seçimler 32 yıl sonra Mayıs 2004'te yapılmıştır. Yeni başkanlık ve parlamento seçimlerinin 2007'de yapılması planlanmaktadır (African Development Bank, 2005).

## 1.2. Ekonomik Durum

Bağımsızlık sonrası ilk on yılda Sierra Leone ekonomisinin yıllık büyümesi yaklaşık %4 civarında seyretmiştir. 1970'lerin ilk yarısında petrol krizine rağmen enflasyon oranları düşük seyretmiştir. Maden sektöründeki gelirlerin düşmesi nedeniyle 1975-1980 yılları arasında büyüme yılda %1 oranında yavaşlamış, 1980'lerin ilk yarısında vergi gelirlerindeki azalmayla birlikte ekonomik durum hızla bozulmuştur. Resmi elmas ihracatındaki küresel düşüş ve vergi matrahının azaltılması nedeniyle vergi gelirleri 1980-81'de ulusal gelirin %16'sını oluştururken 1985-86'da yalnızca %5'ini oluşturmaktadır. (WB, 2006a).

Interim Poverty Reduction Strategy Paper 2002 raporuna göre ekonomik durum daha önceki dönemlere göre cesaret vericidir. Dünya Bankası 2001-2005 yılları arasında ulusal gelirin %6 artacağını tahmin etmektedir. İhracat 1999'da 6 milyon dolardan 2000 yılında 13 milyon dolara, 2001 yılında ise 26 milyon dolara artmıştır. İhracatın %90'ını elmas oluşturmaktadır. Kişi başına düşen ulusal gelir 2000 yılında 121 dolarla en düşük ülkelerden biridir (WHO, 2003). Enflasyon oranları 2001-2002 yıllarında düşük seyredirken 2003-2004 yıllarında sırasıyla %8,2 ve %13,6 olarak gerçekleşmiştir. Yatırımlara ulusal gelirden ayrılan pay 2002'de %10 iken 2003 yılında %15,5'e yükselmiştir. Yatırımların çoğu alınan dış borçlarla finanse edilmektedir (African Development Bank, 2005). Ulusal gelirin %46,1'i tarım, %24,4'ü endüstri ve %29,5'i hizmet sektöründen karşılanmaktadır (WB, 2006b).

Savaş sırasında zengin rutil madenleri yıllarca kapanmış, söylentilere rağmen ancak 2004'te açılabilmiş ve 2006 sonlarına doğru aktif olarak çalışmaya başlamıştır. Elmas ihracatı başlıca mineral ihracatını oluşturmakta, ancak bunun da büyük kısmı gayri resmi kanallardan yapılmakta ve geliri birkaç kişinin arasında paylaşılmaktadır. Resmi verilere göre 25 milyon dolar olan elmas ihracatının aslında 60-80 milyon dolar dolayında olduğu tahmin edilmektedir (Jackson, 2005).

Ülke genelinde yoksulluk oldukça yaygın ve şiddetli durumdadır. 2004 yılında yapılan Sierra Leone hane halkı yaşam koşulları araştırmasına göre nüfusun %57'sinin geliri günlük besin gereksinimlerini karşılayamayacak düzeyde ve 1 doların altındadır (Gibril, 2004). Düşük

gelir düzeyine sahip nüfusun %40'ı gelirin %3'ünü paylaşırken en yüksek gelire sahip %20'lik nüfus gelirin %63'ünü paylaşmaktadır (UNICEF, 2006). Sierra Leone nüfusunun beşte dördü yoksulluk sınırının altında yaşamaya devam etmektedir. Bu oran kırsal alanlarda %88'e kadar çıkmaktadır (WHO, 2003).

Ülkedeki yoksulluğun temel nedenleri arasında yıllarca süren savaş, tarımsal üretimin düşüklüğü, düşük eğitim düzeyi, ücret ve gelirlerin düşüklüğü, yatırımların kötü planlanması, doğal kaynakların iyi kullanılmaması, yüksek işsizlik oranı, sağlık koşullarının kötü olması, yüksek doğum hızı, aşırı nüfus artışı, kötü yönetim ve yolsuzluklar vardır (WHO, 2003; Good Governance, 2002).

Ülkedeki sosyal politikalar çeşitli ülke ve kuruluşların öneri, katkı ve denetlemeleriyle sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ile yoksulluğun azaltılmasına odaklanmaktadır. (MOHS, 2004; African Development Bank, 2005). Ülkedeki uygulanması planlanan sosyal politikalar iyi yönetim (good governance), barış ve güvenliğin sağlanması; istihdam ve büyümenin sağlanması; insani gelişimin sağlanması olmak üzere üç ana başlık altında sunulmaktadır (Annual progress report, 2006) Ancak burada gözden kaçırılmaması gereken sosyal politikaların tanımlandığı bu kavramlar ve ardında duran kuruluşlar ve asıl amaçtır. Bilindiği gibi iyi yönetim "good governance" çok eski bir sözcük olmakla birlikte 1990'lı yıllarda yeni anlamlar yüklenerek yeniden ortaya sürülmüştür (Bayramoğlu, 2005). Ülkedeki sosyal politikaların gerçekleştirilmesi için hazırlanan planların ayrıntılarına bakıldığında programların sürdürülmesi için gerekli ekonomik kaynakların başlıcalarının arasında Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Kalkınma Bankası, Avrupa Topluluğu gibi kuruluşların olduğu görülecektir (Annual progress report, 2006). Yönetişim ve sürdürülebilir kalkınma kavram ve modellerinin geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde katkısı olan bu ve benzeri uluslararası kuruluşlar, kredi ve borç mekanizmalarıyla bağımlı ülkelerde devlet aygıtının yeniden yapılandırılması üzerinde belirleyici olmaktadır (Bayramoğlu, 2005).

## 2. Sağlık Hizmetleri

### 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

İlk hastaneler başkent Freetown'la sınırlı olmakla birlikte sömürgecilik tarihiyle birlikte 1792 yılında kurulmaya başlamıştır. Başkent dışındaki ilk hastane 1927 yılında kurulmuş, bağımsızlık öncesi Sierra Leone'da özel ve resmi toplam 41 hastane vardır. İngiliz sömürgeci olan Sierra Leone'da, 2. Dünya savaşı sonrası sosyalist sağlık sistemlerinden etkilenerek gelişen ücretsiz sağlık hizmeti anlayışından yararlanmış ve sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunumu bağımsızlık öncesine kadar sürmüştür. Bu süreçte tedavi edici hizmetlere odaklanan sağlık hizmeti anlayışı vardır. 1978 Alma-Ata deklarasyonundan sonra "herkes için sağlık" anlayışıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla, verilen hizmetin ve çalışan personelin özelliğine göre üç farklı tipi olan "Periferik Sağlık Birimleri" (Peripheral Health Units, PSB) kurulmuştur (Gibril, 2004).

PSB'de uygulanan temel sağlık politikası Bamako İnisyatifi prensipleri doğrultusundadır (Good Governance, 2002). Bamako İnisyatifi Afrika ülkelerinin sağlık bakanlarının 1987'de UNICEF ve DSÖ koordinasyonu ile yaptıkları toplantıda toplum katılımını arttırmak ve temel ilaçların teminini sağlamak için oluşturulmuştur. Afrika ülkelerinde herkes için temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini amaçlayan Bamako İnisyatifi'nin temel sekiz prensibi vardır: Temel sağlık hizmetlerinin yönetiminin bölgesel düzeyde yerleştirilmesi, hasta katılım ücretlerinin toplanmasının yerleştirilmesi, hastane, klinik ve sağlık merkezi ayırımı yapmaksızın tüm düzeylerdeki sağlık hizmetlerinden istenen ücretlerin tutarlılığının sağlanması, hükümetlerin temel sağlık hizmetlerini sürdürmesi, mümkünse kapsamını genişletmesi; temel sağlık hizmetlerini tamamlayıcı ulusal temel ilaç politikalarının oluşturulması, yoksulların temel sağlık hizmetlerine ulaşımının güvence altına alınması ve tedavi edici sağlık hizmetleri konusunun net bir şekilde izlenmesi (Health Systems Resource Guide, 2006).

1990'lı yıllara gelindiğinde 500 PSB hedefine ulaşılmışken yıkıcı iç savaşın etkileri nedeniyle 1995 yılında PSB'lerin yalnızca %16'sı çalışır durumdadır. UNICEF'in ve halkın katılımıyla 1996'nın sonlarında PSB'lerin %51,4'ü çalışır duruma getirilmiştir. Tablo 1'de bazı bölgelerde yer alan Periferik Sağlık Birimlerinin savaş öncesi ve sonrasındaki fonksiyon durumları görülmektedir. 10 yıl süren savaş sırasında ülkedeki pek çok şey gibi sağlık hizmeti de çökmüştür. (Gibril, 2004). Çalışır durumdaki periferik sağlık birimlerinde bile personel ve malzeme sıkıntısı nedeniyle yeterli sağlık hizmet verilememektedir (Good Governance, 2002).

## 2.2. Sağlık Politikası

Sierra Leone'deki mevcut sağlık politikasının çerçevesi 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, 1993 yılında belirlenen Ulusal Sağlık Politikası'nın gözden geçirilmesiyle oluşturulmuştur ve hala taslak halindedir. Sağlık hizmetleri

**Tablo 1. Bazı bölgelerdeki periferik sağlık birimlerinin savaş öncesi ve sonrasındaki fonksiyon durumları**

Bölge (İlçe)	PSB sayısı (1990)	Çalışır durumda olan PSB sayısı (2000)	Çalışır durumda olan PSB sayısı (2001)
Bo (S)	66	53	65
Kenema (E)	85	46	49
Moyamba (S)	59	52	55
Pork Loko (N)	72	32	52
Bombali (N)	63	0	16
Kailahun (E)	58	2	10
Koinadugu (N)	35	5	9
Kono (E)	65	2	8

\*PSB: Periferik Sağlık Birimleri

Kaynak: Good Governance; 2002

açısından saptanan önceliklere ulaşmayı ve tüm vatandaşlara sağlık hizmeti sağlamayı amaçlamaktadır (MOHS, 2002). Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sağlanması, geri kazanılabilir maliyet (cost recovery) yaklaşımı uygulamasının yeniden yerleştirilmesi ve yerleştirmenin aşamalı olarak güçlendirilmesi olarak belirlenmiştir (MOHS, 2004).

Savaşın önce Bamako İnisyatifi uygulanırken savaş sırasında bunun yerini ilaç ve sağlık hizmetinin parasız sunumu almış ve geri kazanılabilir maliyet uygulaması ortadan kalkmıştır. Sağlık Bakanlığı geri kazanılabilir maliyet sistemini beş yaş altı çocuklar, hamile kadınlar, emzikli kadınlar, doğurganlık çağındaki kadınlar ve yoksullar için ücretsiz ilaç sağlanması ile güçlendirmeye çalışmaktadır (MOHS, 2006). Temel sağlık politikalarının ana unsurları olarak belirlenen yerleştirme, geri kazanılabilir maliyet ve riskli gruplara ücretsiz sağlık hizmeti sunulması politikasında belirsizlikler vardır. Hükümetin 2001 yılında riskli gruplara ücretsiz sağlık hizmeti sunulması açıklamasından sonra Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı hesaplamalara göre, gerekli bütçe 120 milyon dolardır ve bu sağlık bakanlığının aynı yıla ait bütçesinin 16 katıdır. Ayrıca riskli grupların tanımı tam yapılmadığı gibi ücretsiz sağlık hizmetinin kapsamı da açıklanmamış, bir seçim yatırımı söyleminin ötesine gidememiştir (Good Governance, 2002).

Ülkedeki mevcut sosyal politikalar doğrultusunda DSÖ, UNICEF, Avrupa Birliği, Afrika Gelişim Bankası'nın sağlık alanındaki başarılarını da kullanarak sağlık birimlerinin onarılıp işler duruma getirilmesi, sürdürülebilir ekonomik büyüme ile birlikte yoksulluğun azaltılması temel politikasına paralel olarak çevre sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, toplum katılımının artırılması, bölgedeki sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesi, sağlık sektörünün finansmanının iyileştirilmesi bazı hizmetlerin özelleştirilmesi ve uluslararası işbirliğinin artırılması hedeflenmektedir (MOHS, 2004).

## 2.3. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Devletin sağlık harcamaları için ayırdığı finansal kaynaklar genel bütçeden ayrılan pay, hizmetler ve ilaçlardan sağlanan katkı payları ve dış kaynaklı yardımlardan oluşmaktadır (MOHS, 2004).

1991 yılında DSÖ, UNICEF tarafından yapılan bir çalışmaya göre sağlık hizmetleri için bütçeden ayrılan pay 1986 yılında %7,3 iken, 1991 yılında %3'e düşmüştür. (Gibril, 1997). Devlet bütçesinden sağlığa ayrılan pay 1996'da %2,6 iken 1999-2001 yılları arasındaki dönemde %4,8'den %7,1'e, ulusal gelirden ayrılan pay ise %0,7'den %1,4'e çıkmıştır (WHO, 2006b). Ancak sağlık hizmetlerine ayrılan paranın paylaşımında 2004 yılında yapılan bir araştırmaya göre bölgeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir (Gibril, 2004). Tablo 2'de PSB'lerin yerleşim yerlerine göre dağılımı, hizmet verdikleri nüfus ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları görülmektedir.

Tablo 2. Periferik sağlık birimleri'nin yerleşim yerlerine göre dağılımı, hizmet verdikleri nüfus ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları

Bölge	Bölge nüfusu (a)	Çalışır durumdaki PSB sayısı (2003)	Hane halkı sağlık harcaması (Le)	Ortalama hane halkı kişi sayısı	Kişi başı sağlık harcaması ortalaması	Bütçeden sağlığa ayrılan pay (2004)	Devlet bütçesinden ayrılan kişi başı sağlık harcaması (Le)
Bombali	390.000	63	384.232	6,57	58.482	1.046.100	3.373,79
Tonkolili	395.000	68	227.281	6,04	37.629	1.378.950	2.682,31
Kailahun	294.000	28	142.605	6,00	23.767	991.893	6.236,07
Koinadugu	232.500	31	362.838	6,51	55.735	951.000	3.453,09
Bonthe	183.000	24	623.615	6,56	95.063	1.141.200	4.459,33
Kenema	490.500	79	294.093	5,27	55.805	2.187.300	3.373,79
Kambia	231.500	30	320.727	7,04	45.558	1.027.080	3.491,01
Port Loko	509.500	68	393.952	6,72	58.921	1.759.350	3.365,49
Kono	353.500	57	786.728	6,22	126.484	1.189.701	4.459,33
Bo	552.500	24	1.259.609	6,23	202.184	2.434.560	4.406,44
Moyamba	372.000	56	621.524	6,11	101.722	991.893	2.666,13
Pejuhun	229.000	40	243.250	5,09	47.770	896.793	6.236,07
Western	812.000	33	1.056.125	6,78	155.770	7.417.800	4.090,32
Toplam	5.045.000	655	589.564	6,16	95.708	23.413.620	4.436,63

(a): 2004 nüfus sayımına göre projeksiyon nüfuslar

Kaynak: Gibril, 2004.

1999 ve 2003 yılları verilerine göre toplam sağlık harcamalarından devletin üstlendiği oran sırasıyla %46,1 ve %58,3, sağlık harcamalarının devlet harcamaları içindeki oranı ise %6,9 ve %7,9'dur. 1999 yılında sağlık harcamalarının %8,8, 2003 yılında ise %15,5'i dış yardımlarla karşılanmaktadır. Özel harcamaların tamamını cepten sağlık harcamaları oluşturmaktadır (WHO, 2006b).

2002 yılı bütçesinden sağlık hizmetleri için kişi başına düşen sağlık harcaması tutarı olan 1,54 dolar bir sıtma hastasının, bir kür ilaç tedavisini bile karşılamamaktadır (Good Governance, 2002). Hane halkı sağlık harcamaları araştırmasına göre 2004 yılında kişi başı sağlık harcaması 38 ABD dolarıdır (95,708 Le). Sağlık bakanlığının bütçesi yaklaşık 36 milyar Le ve kişi başı harcama 7168 Le (2,87\$) olarak saptanmıştır (Gibril, 2005).

Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %30'u ilaç harcamalarına gitmektedir (Good Governance, 2002).

2003 yılında toplam sağlık harcamalarının %58,3'ü devlet bütçesinden karşılanmıştır. WHO sağlık ve makro

ekonomik komisyonunun kişi başı sağlık harcaması için önerdiği 34 dolara karşın 2003 yılı verilerine göre kişi başı toplam sağlık harcaması 7 dolar olan (WHO, 2006b) Sierra Leone'nin sağlık sorunlarındaki temel faktörlerden biri de kaynakların kısıtlılığıdır.

Sağlık harcamaları kırsal ve kentsel alanlar arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan en düşük ve en yüksek gelire sahip %20'nin sağlık hizmeti alabilmek için yaptığı ödemelerin karşılaştırılması Tablo 3'te görülmektedir.

#### 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Sunumu

Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmakla birlikte Savunma, Eğitim Bakanlığı gibi kurumlar da az da olsa sağlık hizmeti sunmaktadır. Kar amaçlı sağlık kuruluşları çok azdır ve bunlar çoğunlukla batıda ve büyük kentlerde yer almaktadır. Ülkede geleneksel tıp uygulamaları çok fazladır ve bunlara ilişkin bilgi yoktur. Bağımsız sivil toplum kuruluşları birçok bölgede ücretsiz sağlık hizmeti vermektedir. (Gibril, 2004).

Tablo 3. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan en düşük ve en yüksek gelire sahip %20'nin sağlık hizmeti alabilmek için yaptığı ödemeler

Niçin Ödendiği	Kentsel		Kırsal	
	En düşük %20	En yüksek %20	En düşük %20	En yüksek %20
Muayene	1906	7342	1118	6292
Ulaşım	371	1375	163	2223
Hastane	3500	59720	1263	35314
İlaç	2631	15793	2132	6608

Kaynak: Gibril, 2004

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması



Kaynak: Gibril, 2004.

#### 2.4.1. Sağlık sisteminin yönetimi ve organizasyonu

Merkezi yönetimi oluşturan Sağlık Bakanlığı'nın idari yapısı tıbbi hizmetler, yönetsel hizmetler ve mali hizmetler olarak üç ana bölüme ayrılmıştır. Tıbbi Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün içinde Periferik Sağlık Merkezleri Müdürlüğü, Hastane ve Laboratuvar Müdürlüğü, Hemşirelik, Planlama ve İnfomasyon, İlaç ve Tıbbi Destek Müdürlükleri yer almaktadır. İdari hizmetler Genel Müdürlüğü'nün içinde ise Destek Servisleri, Finansal Kaynaklar, İnsan Kaynakları Müdürlükleri yer almaktadır (Gibril, 2004).

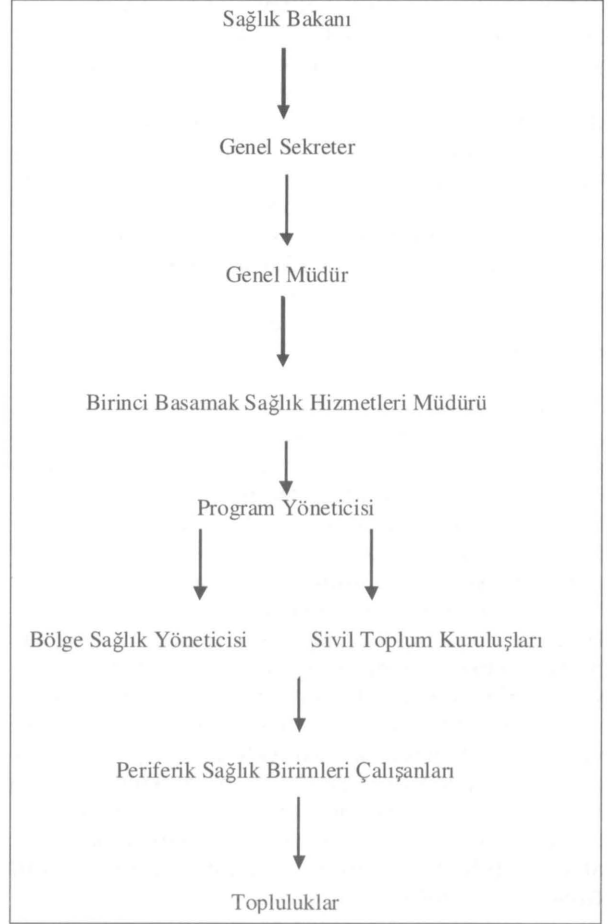
13 idari bölgeye ayrılmış olan Sierra Leone'de bölgesel düzeyde sağlık hizmetinin sunulması, denetlenmesi, izlenmesi ve uygulanmasından Bölge Sağlık Yönetimi Ekibi sorumludur (WHO, 2003).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda üç aşamalı bir yapı vardır. Periferik sağlık birimleri temel sağlık hizmetlerini sağlamakta, bölge hastaneleri ve bölgelerdeki özel hastaneler ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyon şeması Şekil 2.'de görülmektedir. Üçüncü basamağı ise başkentte ve bölgesel düzeydeki referans hastaneleri oluşturmaktadır. Farklı basamaklar arasında tanımlanmış bir sevk zinciri olmadığından referans hastaneler genellikle yakın bölgesinde yaşayanlara hizmet vermektedir (Carlson, 2004). Hastaneler kentsel alanlarda, Periferik Sağlık Birimleri ise köy ve kasabaların başkanlık merkezlerinde bulunmaktadır. Sierra Leone'de 31 devlet hastanesi, 22 özel hastane 78 özel klinik ve 788 PSB vardır (Renner, 2005).

Bir hastanede en az 20 hasta yatağı ve devamlı çalışan bir doktor bulunur. Bölge hastanelerinin en az 45 hasta yatağı vardır ve sürekli çalışan bir doktoru vardır. Genellikle Sağlık Bakanlığı, Eğitim ya da Savunma Bakanlığı tarafından yönetilir. Özel sektör ya da dini kuruluşların yönettiği bazı hastaneler de vardır.

Periferik sağlık birimleri fonksiyonları açık olarak tanımlanmış üç ana kategoriye ayrılır (Almel Consultancy, 2004):

Şekil 2. Birinci basamak sağlık hizmetleri organizasyon şeması



Kaynak: MOHS., 2004.

a) Toplum Sağlığı Merkezi (Community Health Center): Beş mil çapındaki bir alanda 5000- 10000 kişilik nüfusa hizmet verir. Başkanlığın tüm sağlık hizmetlerinden bu merkez sorumludur. Merkezin sağlık personeli kadrosu bir başkan, halk sağlığı müfettişi, eğitilmiş ebe hemşire, ana çocuk sağlığı yardımcısı, aşı personeli ve işçi, gece bekçisi, hizmetli gibi destek personelinden oluşur.

b) Toplum Sağlığı Evi (Community Health Posts): Beş mil çapındaki alanda, nüfusu 1000- 5000 olan küçük yerlerde bulunur. Toplum sağlığı evlerinde çalışan personel toplum sağlığı başkan yardımcısı, ana çocuk sağlığı yardımcısı, aşı personeli ve destek personelinden oluşmaktadır.

c) Anne ve Çocuk Sağlığı Evi (Maternal and Child Health Posts): Üç mil çapındaki alanda nüfusu 500- 2000 olan küçük kasabalarda ana çocuk sağlığı yardımcısı ve eğitim almış geleneksel doğum yaptıran kişiler, aşı personeli ve bir hizmetli çalışır (Almel Consultancy, 2004).

Birincil sağlık hizmeti ucuz sağlık hizmeti anlamına gelmemektedir. O sadece basit anlamda, varolan sağlık



hizmetlerinin, hizmeti alamayanlara ve almak isteyip de ulaşamayanlara ulaştırılması demektir (Ganda,1995). Bütün sağlık birimleri kullanıcılardan kayıt ücreti (Registration fee) almaktadır. Çocuklar için 500 Le (0,2\$), yetişkinler için 1000 Le (0,4dolar) olan bu ücret, Bamako İnisiyatifi ile geri kazanılabilir maliyet politikası doğrultusunda uygulanmaktadır. Konsültasyon ve ilaç ücreti ayrıca alınmaktadır. Nüfusun %60'ının günlük kazancının 1 doların altında olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun sağlık hizmetlerinin kullanımının önünde ne denli önemli bir engel oluşturduğu anlaşılmaktadır (Carlson, 2004). Üstelik pek çok yerde kullanıcı ücretlerine el altından ödemeler de eklendiğinde hizmetin faturası açıklanan resmi ücretlerin çok üzerindedir (Carlson, 2002).

Kuzey, doğu ve kırsal alanlar sağlık hizmeti birimleri açısından ihmal edilmiş durumdadır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayan sekiz devlet hastanesinin beşi batıdadır. İkinci basamak sağlık hizmeti verilen 15 hastanenin altısı batıda dokuz bölgeledir. 13 bölgede üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurum yoktur (Good Governance, 2002). Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren dokuz hastaneden yedisi batı bölgesinde, kuzey ve doğu bölgelerinde ise birer üçüncü basamak hastane varken güneyde hiç üçüncü basamak hastane yoktur (Carlson, 2004). İkinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelerin bir kısmı hasarlı olduğu için hizmet veremezken, büyük bir kısmı da yetersiz donanım ve sağlık personeli nedeniyle hizmet verememektedir. Ayrıca hastaların bir periferik sağlık biriminden diğerine ya da hastaneye ulaşımında da hem coğrafik hem de ekonomik açıdan büyük sorunlar yaşanmaktadır (Good Governance, 2002).

Sağlık birimlerine yılda, kişi başı başvuru oranı 0,5 ile uluslararası standartların çok altındadır. Resmi sağlık kurumlarının kullanımını fiyat, kalite ve coğrafi olarak ulaşılabilirlik faktörleri etkilemektedir (Carlson, 2004).

Özel sektör genellikle başkent ve nüfusun daha kalabalık ve ticaretin yoğun olduğu kentlerde hastane ve klinik açmıştır. Aynı durum eczaneler için de geçerlidir. Uygulanan yeni sağlık politikaları doğrultusunda kar amaçlı sağlık kurumları dahil devletle özel sektör arasındaki işbirliği artmaktadır. Bu, özellikle özel sağlık kurumlarının çoğunluğunun yer aldığı batı bölgesi için geçerlidir. Devlet, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının uygulamalarında standardizasyonu sağlamak için yeni bir düzenlemeye gitmektedir (WHO, 2003).

### 2.5. Sağlık İnsangücü

İç savaş Sierra Leone'deki sağlık insangücünü önemli ölçüde etkilemiştir. Devlet kaynaklarına göre kırsal alandaki sağlık çalışanlarının %80'i iç savaş sırasında görev yerinden ayrılmış, yüzlercesi öldürülmüş bazı sağlık çalışanları ülke dışına çıkmış, bazıları ücretler ve ödeme problemleri, can güvenliğinin olmayışı nedeniyle işi bırakmıştır. Bu nedenle kırsal alandaki sağlık hizmetleri yeterli eğitimi ve deneyimi olmayan sağlık personeline kalmıştır (WHO, 2003). Tablo 4'te 2002 yılına ait sağlık insan gücü durumu görülmektedir.

Sağlık Eğitim Kurumları, Tıp ve Birleşik Sağlık Bilimleri Koleji her yıl yaklaşık on doktor, beş eczacı ve ortalama 57 kısa dönemli kamu sağlığı personeli yetiştirmektedir. Ne yazık ki bunların yarısı daha iyi koşullar için ülkeden ayrılmakta ve mevcut sağlık insan gücü sorunu daha da artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Savunma

Tablo 4. Sağlık personel sayı ve sektörlere göre dağılımları ve sağlık personeli başına düşen nüfus (2002)

Meslek	Kamu sektörü	Özel sektör	Toplam	Sağlık personeli başına düşen nüfus
Doktor	169	131	300	17.333
Hemşire	406	200	606	8.850
Diğer bakım personeli	1655	1500	3155	1648
Eczacı	11	-	11	472.727
Eczacı kalfası	124	-	124	41.935
Çevre sağlığı memuru	168	36	204	25.490
Yaygın görülen hastalıklar kontrol yardımcısı	332	-	332	15.662
Toplum sağlığı memuru	194	90	284	18.309
Laboratuar teknisyeni	28	12	40	130.000
Radyoloji uzmanı	4	8	12	433.333
Çevre sağlığı mühendisi	2	0	2	-
Sağlık eğitim memuru	4	1	5	-
Diğer sağlık çalışanları	294	-	294	17.687

Kaynak: Renner, 2005.

Bakanlığı ve Hıristiyan Sağlık Birliği de sağlık personelinin eğitimine destek vermektedir (WHO,2003).

Sağlık birimlerinin olduğu kadar sağlık personelinin bölgelere göre dağılımı da oldukça adaletsizdir. 1991 yılında yapılan bir çalışmaya göre sağlık personelinin %66'sının batı bölgesinde, nüfusun sadece %10'luk bir dilimine hizmet vermekte olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre batı bölgesinde 100.000 kişiye 18,8 doktor düşerken, kuzey bölgesinde bu oran %0,54'tür (Gibril, 1997) Çalışanların yaklaşık %63'ü devlet sağlık birimlerinde, kalanları ise özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarına ait sağlık birimlerinde çalışmaktadır (WHO, 2003).

Ülkede sağlık insan gücü planlamasına ilişkin herhangi bir politika yoktur. Üç yıllık plana bu konuda girişimlerde bulunulması konulmuştur. Sağlık insan gücü yönetimi ve geliştirilmesi alanındaki ilgili temel sıkıntılar şöyle özetlenebilir: Sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi, kırsal alanda çalıştırılacak sağlık çalışanlarının uyumunun sağlanması için yeniden düzenlemelerin eksikliği, hükümetin sağlık çalışanlarının ücretini ödemediği, zorlanması ve "daha verimli alanlara" beyin göçü ve yeni kalifiye personelin işe alınmasında gecikme (WHO, 2003).

Sierra Leone'de 2001 yılında bir doktorun aylık ücreti 52,17 dolar, hemşirenin aylık ücreti ise 34,78 dolardır. Kamu sektöründe çalışan 179 doktordan (2001) yalnızca 22'si uzmanlık eğitimi almıştır. En son mezun olan 30

doktordan sadece 10'u ülkede kalmış diğerleri batıya ya da diğer Afrika ülkelerine gitmiştir. İronik olan yanı bir doktorun eğitimi için ülke kaynaklarından 250.000 dolar harcanmaktadır. Bunların bir kısmı politik nedenler veya eğitim için ülkeden ayrılmışken, büyük kısmının ayrılmaya nedeni ücretlerin düşüklüğüdür (Good Governance, 2002).

1993 yılında düzenlenen Ulusal Sağlık Politikası doğrultusunda Sierra Leone'de sağlık hizmetlerinde yönetsel düzeydeki yerleştirme planının uzantısı olarak Bölge Hastane Kurulları (Hospital Boards) oluşturulması kararlaştırılmıştır. Bölge Hastane Kurulları oluşturulması 2003 yılında sağlık politikasının yeniden gözden geçirilmesinden sonra gerçekleştirilebilmiştir (MOHS, 2005). Yerleştirme politikası DSÖ ve Dünya Bankası tarafından desteklenmektedir. Bundan sonraki adımların diğer sektörlerde yapılması planlanan yerleştirme ile birlikte şekillendirileceği Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmıştır (Good Governance, 2002). 2004 yılında yerel yönetimlerin yeniden canlandırılmasından sonra görev, yönetim ve hizmetlerin yerel yönetimlere devri başlamıştır. 2005 yılında 19 yerel yönetimde Sağlık, Tarım, Orman, Gıda Güvenliği, Eğitim, Bilim ve Teknoloji bakanlıklarının görevlerinde bölgesel yetki devrine başlanmıştır. Yerleştirme uygulamalarının "yetki devri" şeklinde sürmesi planlanmaktadır. Ancak yerleştirme uygulamalarının önünde radikal değişikliklerin yapılmasını sağlayacak büyüklükte kaynakların olmayışı, yerel yönetimlerdeki yolsuzluklar, yerel vergilerin toplanamayı gibi bazı sorunlar da vardır (Good Governance, 2006).

Tablo 5. Sierra Leone'de ulaşılamayan sağlık hizmetleri göstergeleri

Sağlık Hizmeti	Hizmete Ulaşamayan Nüfus (%)
Doğum öncesi hiç bakım almayan hamile kadın	32
Eğitimli sağlık personeli yardımı olmaksızın doğum yapan kadın	58
Aile planlaması yöntemi kullanılmayan 15-49 yaş evli kadın	96
Doğum kilosu 2.500 gramın altında olan bebek	22
0-59 aylık çocuklarda uluslararası refrans nüfusun ortalamasına göre ağırlığı	27,2
2 Standart sapmanın altında olanlar	
0-59 aylık çocuklarda uluslararası refrans nüfusun ortalamasına göre ağırlığı	8,7
3 Standart sapmanın altında olanlar	
0-59 aylık çocuklarda orta derecede bodurluk	33,9
0-59 aylık çocuklarda şiddetli bodurluk	15,8
0-59 aylık çocuklarda orta derecede zayıflık	9,8
0-59 aylık çocuklarda şiddetli zayıflık	1,9
Tam aşılı olmayan bebekler	
BCG	61
DPT	76
OPV3	74
Kızamık	57
TT2	80
Güvenli su kaynaklarına ulaşamayan nüfus	57
Çevre sağlığı hizmetlerine ulaşamayan nüfus	57
Sağlık hizmetlerine ulaşamayan nüfus	70
Kişi başı toplam sağlık harcaması	7 dolar

Kaynak: Renner, 2005.

Yerelleştirme hedefine ilişkin beklentiler şu an için çok gerçekçi görünmemektedir.

## 2.6. Sağlık Göstergeleri

2002 yılında ülkedeki genel durumun durağan hale gelmesine rağmen ülkenin sağlık durumunda iyileşme görülmemiştir. Sierra Leone'deki ana ve beş yaş altı bebek ölüm hızları dünyadaki en yüksek düzeye sahiptir. Çocukların %17'si bir yaşına, %25'i beş yaşına ulaşmadan ölmektedir (MSF, 2006a). En sık ölüm nedeni olan sıtmanın tedavisinde klorakine direnç geliştiği için, artemisin bazlı tedavi protokolü 2004 yılında kabul edilmesine rağmen hala devlet sağlık birimlerinde bu ilaca çeşitli nedenlerle ulaşılamamaktadır (MSF, 2006b).

Ülkedeki mevcut duruma ilişkin gerek sağlık hizmetleri gerekse diğer alanlardaki bilgilerde kaynaklar arasındaki belirgin farklılıklar olmasına rağmen tüm kaynakların verileri sağlık göstergelerinin kötü olduğunu göstermektedir (Carlson, 2004). Sağlık bakanlığının hazırladığı çeşitli raporlarda durumun düzelmeye başladığı belirtilmekle birlikte bu açıklamalar uluslararası kaynaklar tarafından henüz doğrulanmamıştır. Tablo 5'te uluslararası kaynaklara göre ülkedeki karşılanamayan sağlık hizmetlerinin göstergeleri yer almaktadır.

Nüfusunun yaklaşık %60'ının günlük kazancı bir doların altında olan ülkede kullanıcı ödentileri sağlık hizmetlerine ulaşımın önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları ile ilgili olarak yapılan bir çalışmaya katılanların %69,5'i sağlık hizmeti için ücret ödediğini açıklamıştır. Bunlardan %50'si 1000 Le (0,40 dolar) veya daha fazla, %10'u ise 10.000 Le (4 dolar) ödediğini belirtmiştir. Hamile kadınların %75'i ücretli olması nedeniyle doğum öncesi bakım alamadıklarını belirtmiştir. Doğum öncesi bakım alanların yarısı her bir ziyaret için 2500 Le (1 dolar), %10'u 7300 ve daha fazla, %5'i ise 10.000 Le ve daha fazla ücret ödediklerini belirtmişlerdir (Gibril, 2004).

Halen ülkede sağlık hizmeti sunumunda görev alan sivil toplum örgütlerinin çekilmeleri durumunda sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesinden kaygı duyulmaktadır (Good Governance, 2002).

## Sonuç

Sierra Leone'deki temel sağlık sorunlarının çözümü özellikle kırsal alanlarda tüm birimlerde sağlık personelinin eksikliğinin giderilmesi, sağlık finansman sisteminin iyileştirilmesi, yoksullar ve hizmet sunumunun eksik olduğu yerlerde hizmete ulaşımın artırılmasından geçmektedir. Bu da ancak ülkedeki güven ortamının sürdürülmesiyle birlikte ülke gerçekleri doğrultusunda hazırlanacak sağlık politikalarıyla mümkün olacaktır. Ama tüm bunların oluşturulabilmesi için yoksulluğun ortadan kaldırılması ve ulusal gelirin hakça paylaşılması olmazsa olmazdır.

## KAYNAKLAR

**African Development Bank.** (2005). Sierra Leone 2005-2009 Country Strategy Paper African Development Fund; Country Department, West Region. [http://www.afdb.org/pls/portal/docs/PAGE/ADB\\_ADMIN\\_PG/DOCUMENTS/OPERATIONSINFORMATION/20052009%20SIERRA%20LE%20ONE%20RESULT%20BASED%20COUNTRY%20STRATEGY%20PAPER.DOC](http://www.afdb.org/pls/portal/docs/PAGE/ADB_ADMIN_PG/DOCUMENTS/OPERATIONSINFORMATION/20052009%20SIERRA%20LE%20ONE%20RESULT%20BASED%20COUNTRY%20STRATEGY%20PAPER.DOC)

**Almel Consultancy.** (2004). "Health Facilities, Disease Patterns and The Vulnerable Groups in four Pilot Districts of Sierra Leone: A survey Report". [http://www.health.sl/drwebsite/uploads/healthfacilities2004report\\_4districts.doc](http://www.health.sl/drwebsite/uploads/healthfacilities2004report_4districts.doc)

**Annual progress report.** (2006) "Annual progress report Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP)", Republic of Sierra Leone. [http://siteresources.worldbank.org/SIERRALEONEEXTN/Resources/APR\\_Final.doc](http://siteresources.worldbank.org/SIERRALEONEEXTN/Resources/APR_Final.doc)

**Bayramoğlu S.** (2005). "Yönetişim Zihniyeti", İstanbul, İletişim.

**Carlson C, Sancho J.** (2004). "Health Resource Centre assessing the impact of Health partnership country study report (India, Sierra Leone, Uganda)", DFID. [http://www.dfidhealthrc.org/publications/global\\_initiatives/GHP%20Study%20paper%207.PDF](http://www.dfidhealthrc.org/publications/global_initiatives/GHP%20Study%20paper%207.PDF)

**Cook N.** (2001) "Diamonds and Conflict: Policy Proposals an Background" *Congressional Research Service. The Library of Congress* s: 26-29

**Ganda L..** (1995). Sierra Leone Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim, 64-65.

**Gberie L.** (2002). "War and Peace in Sierra Leone: Diamonds, Corruption and the Lebanese Connection", The Diamonds and Human Security Project, Occasional Paper 6, Partnership Africa Canada.

**Gibril A.** (1997). "The Processes of Health Sector Reform in Sierra Leone", The Takemi Program in International Health at the Harvard School of Public Health. <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP133.pdf>

**Gibril A, Kargbo T, Leigh B, O'Connell A.** (2004). "Sierra Leone Health Sector Review"; British Council. [http://www.dacosl.org/encyclopedia/7\\_lib/7\\_2/sector/7\\_2g\\_heh/PRSP\\_final\\_heh.pdf](http://www.dacosl.org/encyclopedia/7_lib/7_2/sector/7_2g_heh/PRSP_final_heh.pdf)

**Good Governance.** (2002). "The Health Sector in Sierra Leone: Key Problems, Strengths and New Policy Thinking", A Report by Monitor A Project of the Campaign for Good Governance. <http://www.sierra-leone.org/cgg-health.html>



**Good Governance.** (2006). Decentralization Watch Bulletin; Campaign for Good Governance.

**Jackson P.** (2005) "Chiefs, money and politicians: rebuilding local government in post-war Sierra Leone", Public Administration and Development, 25(1) 49-58.

**Health Systems Resource Guide.** (2006). User fees for health: a background, Health Systems Resource Guide, User fees <http://www.eldis.org/healthsystems/userfees/background.htm>.

**MOHS.** (2002). National Health Policy. Republic of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation. [www.daco-sl.org/encyclopedia/3\\_strat/3\\_2/MOHS\\_health\\_policy.pdf](http://www.daco-sl.org/encyclopedia/3_strat/3_2/MOHS_health_policy.pdf)

**MOHS.** (2004). "Expanded Programme on Immunization Financial Sustainability Plan", The Republic of Sierra Leone-Ministry of Health and Sanitation. [www.gavialliance.org/resources/fsp\\_jan04\\_sierraleone.pdf](http://www.gavialliance.org/resources/fsp_jan04_sierraleone.pdf)

**MOHS.** (2005). "Report on a Series of Workshops on Harmonization of Hospital Boards' and Local Government Acts", Government of Sierra Leone Ministry of Health and Sanitation Directorate of Planning and Information. [http://www.health.sl/drwebsite/uploads/decentralisation\\_harmonization.doc](http://www.health.sl/drwebsite/uploads/decentralisation_harmonization.doc)

**MOHS.** (2006). "Health Interventions to Reduce Under-Fives and maternal Mortality Rates", Government of Sierra Leone Ministry of Health and Sanitation, Submitted to DACO. [www.daco-sl.org/encyclopedia/1\\_gov/1\\_2/mohs/mohs\\_interventions.pdf](http://www.daco-sl.org/encyclopedia/1_gov/1_2/mohs/mohs_interventions.pdf)

**MSF.** (2006a). "Access to healthcare in post-war Summary of a 2005 survey in four districts: Kambia, Tonkolili, Bombali, Bo", Médecins Sans Frontières. [www.artsenzongrenzen.nl/usermedia/files/Sierra\\_Leone\\_survey\\_2006\\_summary.pdf](http://www.artsenzongrenzen.nl/usermedia/files/Sierra_Leone_survey_2006_summary.pdf)

**MSF.** (2006b). "Lessons from pain: Treating Sierra Leone's endless health emergency"; Médecins Sans Frontières; [http://www.msf.org/source/countries/africa/s-leone/2006/Lessons\\_from\\_pain\\_final.pdf](http://www.msf.org/source/countries/africa/s-leone/2006/Lessons_from_pain_final.pdf)

**Renner A, Kirigia J M, Zere E A, Barry S P, Kirigia D G, Kamara C, Muthuri LHK.** (2005). "Technical efficiency of peripheral health units in Pujehun district of Sierra Leone: a DEA application", BMC Health Services Research, 5:77.

**WB.** (2006a). Country Brief: Sierra Leone, World Bank. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/SIERRALEONEEXTN/0,,menuPK:367833~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:367809,00.html>

**WB.** (2006b). Sierra Leone Data Profile, World Development Indicator database, The World Bank Group. <http://devdata.worldbank.org/external/CPPProfile.asp?CCODE=SLE&PTYPE=CP>

**WHO.** (2003). Country Cooperation Strategy, Sierra Leone 2004-2007, World Health Organization. [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/countries/ccs\\_sle\\_final\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_sle_final_en.pdf)

**WHO.** (2006a). Health Action in Crises Sierra Leone. World Health Organization. [http://www.who.int/hac/crises/sle/background/2004/SierraLeone\\_Jun06.pdf](http://www.who.int/hac/crises/sle/background/2004/SierraLeone_Jun06.pdf)

**WHO.** (2006b). The world health report 2006 – working together for health, World Health Organization. <http://www.who.int/whr/2006/en/>

**UNAMSIL.** (2007). United Nations Mission in Sierra Leone - UNAMSIL – Background <http://www.un.org/Depts/dpko/missions/unamsil/background.html>

**UNICEF.** (2006). <http://http://www.childinfo.org>