

DOSYA/DERLEME**HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ**

Harika GERÇEK*

Hindistan dünyanın ikinci en kalabalık ve alan bakımından da 6. en büyük ülkesidir. (**Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, 2006; Country Cooperation Strategy: INDIA, 2000**) Güney Asya'da 3.287.590 km² yüzölçümüne sahip olan ülke Bangladeş, Butan, Myanmar, Çin, Nepal ve Pakistan ile komşudur (www.wikipedia.org). Tam adı Hindistan Cumhuriyeti'dir (www.e-coğrafya.net). Hindistan dünya nüfusunun yaklaşık %16'sına sahiptir (**Country Cooperation Strategy: INDIA, 2000**). 2005 yılı nüfusu 1.103.371.000'dir (**WHO, 2006**). Nüfus bakımından dünyada Çin'den sonra ikinci sırayı alır. (**Türkçe Bilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi**)

Hindistan'ın tarihi hakkında bilgiler, Aryalardan başlamaktadır. Avrupalıların Ümit Burnunu dolaşarak Hindistan'a ulaşmaları, 16. yüzyılda burada ilk ticaret merkezinin kurulmasına yol açmıştır. İngilizler, Hindistan'ı işgal ettikten sonra ülke 1858'de doğrudan İngiliz tahtına bağlanmış, ancak 1906 yılında Svaraç (kendi kendini yönetme) sloganı ile bağımsızlık savaşı başlatılmıştır. 1919 yılında Gandhi ile birlikte Hindistan'da pasif direnme ve protesto hareketlerine başlanmış, 1935'te ilk anayasa kabul edilerek parlamenter düzen kurulmuştur. Hindistan 18 Temmuz 1947'de tam bağımsızlığını kazanarak, dünya devletleri tarafından tanınmıştır. 26 Ocak 1950'de Hindistan Birliği olan devletin ismi Hindistan Cumhuriyeti olarak değiştirilmiştir.

Ekonominin büyük ölçüde bozulduğu bir dönemde yapılan seçimleri İndra Gandhi'nin başkanlığındaki Kongre

Partisi kazanmış, İndra Gandhi, 1971'de erken seçime giderek büyük bir zafer kazanmıştır. Aynı sene Hindistan ile Pakistan arasında savaş çıkmış bu savaş neticesinde Doğu Pakistan yani Bangladeş bağımsızlığını ilan etmiştir. İndra Gandhi, 1974'den itibaren halk desteğini kaybetmiş, 1977'de yapılan seçimleri Canata Partisi kazanmıştır. Canata Partisi yönetimde başarılı olamayınca, 1980'de yapılan seçimleri tekrar Kongre Partisi kazanmış, aynı sene özerklik için mücadele eden Sihler, büyük bir mücadeleye başlamışlardır. Ekim 1984'te İndra Gandhi bir suikast neticesinde öldürülmüş, bunun üzerine başbakanlığa oğlu Raciv Gandhi getirilmiştir. Başbakan Raciv Gandhi 22 Mayıs 1991'de uğradığı bombalı suikast sonucunda ölmüştür (**Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi**). Hindistan'ın laik ve demokratik olarak öngörülen yapısına rağmen kastlara, dini gruplara ve bölgesel ayrımlara dayanan gerginlikler siyaset üzerinde hala önemli ağırlığa sahiptir.

Kongre Partisi lideri Sonia Gandhi, başbakanlık görevini kabul etmeyeceğini açıklamıştır. Singh, 2004 yılı Mayıs ayında, Kongre Partisi'nin genel seçimlerdeki beklenmedik zaferi sonrası başbakanlığa atanmıştır. Singh, Hindistan'ı serbest piyasa ekonomisine geçiren kişi olarak gösterilmektedir (www.BBC.Turkish.com).

Hindistan'da 2004 yılında bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 61,6 ve 5 yaş altı ölüm hızı binde 85.2'dir. 2005 yılı verilerine göre nüfus artış hızı %1.4 (**The World Bank, 2006**), göç oranı bin kişide -0.07, kaba doğum hızı binde 23.79'dur (**Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi**). 2002 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam ümidi erkekler için 62.5 yıl, kadınlar için 63.9 yıldır. Yaşam seviyesi oldukça düşük olan ülkede halkın büyük çoğunluğu açlıkla karşı karşıyadır (**Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi**).

*Uzm. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

1950'de kabul edilen anayasa ile ülkede parlamenter sisteme geçilmiştir (Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi). Yönetim şekli parlamenter federal cumhuriyet olan ülke, idari olarak, merkezi hükümet ile eyalet merkezine yönetilen toplam 28 eyalet ve 7 birleşik bölgeden oluşmaktadır (www.wikipedia.org, www.e-cografya.net). Hindistan Parlamentosu iki meclisten ibaret olup, 250 üyeli Eyalet Meclisi ve 508 üyeli Millet Meclisi vardır. Millet Meclisi üyeleri halk tarafından doğrudan doğruya; Cumhurbaşkanı merkez ve eyalet meclisleri tarafından 5 yıl için seçilir (Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi). Hindistan Cumhurbaşkanı'nın pek az fiili yetkisi vardır. Ancak genel seçimler ardından çok sayıda partiden hangisinin merkezi hükümeti kurma çalışmalarına başlayacağına Cumhurbaşkanı karar verir. Eyaletlerde yönetimin başı, Cumhurbaşkanı'nın temsilcisi olarak Validir. Ancak gerçek yönetim gücü Bakanlar Konseyi'ne başkanlık eden Başbakan'dadır. Bir eyaletin Bakanlar Konseyi tümüyle eyaletin seçilmiş yasal meclisine karşı sorumludur. Yasal gücün Parlamento ve Eyalet Meclisleri arasındaki paylaşımını anayasa belirler. Anayasayı değiştirme yetkisi de parlamentodadır. Birlik Yönetimi, Cumhurbaşkanı, Cumhurbaşkanı Yardımcısı ve Cumhurbaşkanı'na yardım edip tavsiyelerde bulunmak üzere Başbakan başkanlığındaki Bakanlar Konseyi'nden oluşur (Hindistan Büyükelçiliği internet sitesi). Kabine Başbakan tarafından tarafından tavsiye edilir Cumhurbaşkanı tarafından atanır. Eyalet hükümetleri, Cumhurbaşkanı tarafından 5 yıllığına tayin edilen valiler tarafından idare edilir. Her eyaletin kendi resmi dili ve her birinin seçim ile oluşmuş kendi meclisleri vardır. Para birimi "Rupi"dir (Para Birimi Kodu: INR) (e-coğrafya.net). Aralık 2004'te 1 ABD doları 43 Rupi'ye eşit olarak işlem görmüştür (www.e-coğrafya.net, Hindistan Büyükelçiliği internet sitesi).

Resmi dili Hintçe olmasına rağmen, 850 çeşit dil vardır (Türkçebilgi Genel Başvuru ve Bilgi Sitesi). 2004'te okur-yazarlık oranı erkekler için %73.4, kadınlar için %47.8'dir (India Country Overview, 2006; The World Bank, 2006). Eğitim ve öğretim son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır (Türkçe Bilgi Genel Başvuru ve

Bilgi Sitesi). Ülkede erkek/kadın oranı 1.07 olup kadın başına düşen çocuk sayısı 2.98'dir.

Ülkede çok sayıda farklı kültür ve etnik gruplara ait topluluklar yaşar. Nüfusun büyük bir bölümünü Hindular oluşturur. Hindistan'da yaşayan insanların dini inançları ve gelenekleri çok farklıdır. En yaygın olan dinler, Hinduizm ve İslamiyettir. Bunu Hıristiyanlık, Sih ve Budizm dinleri takip eder.

Hindistan ekonomisi geleneksel köy çiftçiliği, modern tarım, el sanatları, geniş çaplı modern endüstriler ve çok sayıda hizmet endüstrilerinden oluşur (www.wikipedia.org). Hindistan'ın sosyal alanda olduğu gibi ekonomik alanda da en büyük sorunu nüfus artışıdır. Artan nüfusa iş vermede, sağlık ve eğitim sistemlerini yerine getirmede devlet sıkıntı içindedir. Sağlıksız yerleşmeler ve büyük kentlerde sokaklarda yaşayan insanların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Toplam iş gücü 472 milyon kişi, işsizlik oranı %8,9 ve toplam dış borç 101,9 milyar dolardır.

Hindistan kalabalık bir nüfusa sahip olmasına karşın doğal kaynaklarını yeteri kadar işletmemektedir. Ülke halkının geçimi büyük ölçüde tarıma dayanır. Nitekim nüfusun üçte ikisi tarımla uğraşır. 1960'lı yıllardan itibaren tarımı geliştirmek ve daha fazla verim için çalışmalar (Yeşil Devrim) yapılmaya başlanmıştır (www.e-coğrafya.net).

Ülkede ekonomik ve sosyal düzeyi çok farklı bölgeler ve toplumlar bulunur. Gelir düzeyi yüksek toplumların bulunduğu semtlerin kenarlarında çok fakir olan insanlar yaşar. Ülkenin batısı, doğuya göre ekonomik yönden ileri durumdadır. Son yıllarda sanayileşme ve uluslararası ilişkiler yönünden önemli gelişmeler kaydetmesine rağmen dış ticareti devamlı açık vermektedir. Ticaret yaptığı ülkelerin başında Japonya, Almanya, ABD ve Birleşik Krallık gelir. Hindistan'a ait bazı sağlık ve ekonomi göstergeleri Tablo 1'de sunulmaktadır.

Hindistan'da koloni döneminde tüketim eşyalarına dönük imalat sanayisine, özellikle tekstile ağırlık verilmiştir. Halen ülkede bu sanayi kolu ağırlıktadır. Dünyada şeker

Tablo 1. Hindistan'a ait bazı sağlık ve ekonomi göstergeleri

Gösterge	Değer yıl
Doğumda beklenen yaşam yılı ümidi (erkek)	61.0 (2004)
Doğumda beklenen yaşam yılı ümidi (kadın)	63.0 (2004)
Doğumda beklenen sağlıklı yaşam yılı ümidi (erkek)	53.3 (2002)
Doğumda beklenen sağlıklı yaşam yılı ümidi (kadın)	53.6 (2002)
15-60 yaşlarında ölme olasılığı (binde, erkek)	275 (2004)
15-60 yaşlarında ölme olasılığı (binde, kadın)	202 (2004)
5 yaş altı ölüm hızı (erkek)	81 (2004)
5 yaş altı ölümhızı (kız)	89 (2004)
Toplam sağlık harcamaları (GSYİH'nın %'si olarak)	4.8 (2003)
Kişi başına toplam sağlık harcaması (\$)	82 (2003)
Nüfus	1,103,371 (2005)
Kişi başına düşen GSYİH	1,830 (2004)

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

üretimi yönünden ikinci sıradadır. Sanayileşme açısından dünyada 10. sıradadır. Sanayi üretimi büyüme oranı: % 4.3'tür (2001 tahmini). Dünya kömür üretiminde 4. sıradadır. Dış borcu 100.3 milyar \$ (2001), aldığı ekonomik yardım 2.9 milyar dolardır (1999). Ülkenin temel ekonomik göstergeleri Tablo 2'de verilmiştir.

1999-2000 yıllarına ait Ekonomi Araştırması'nda, Hindistan'ın 1998-99 yıllarında %6.8 oranında bir büyüme hızı gösterdiği belirtilmiş olup, bu oranın 1999-2000 yıllarında da %5.9 olması beklenmektedir. Hindistan'da 1991 yılından sonra başlayan reformlar ve liberalleşme hareketleri Gayri Safi Yurt İçi Hasılasında (GSYİH) bir artışa sebep olmuştur. 1985'te 280\$ olan kişi başına gayri safi milli hasıla (GSMH) 1995 yılında 340\$ olmasına rağmen nüfusun %30'u fakir olarak değerlendirilebilir.

2002-2007 yıllarını kapsayan 10. Beş Yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde Hindistan'ın GSYİH'nin yıllık ortalama %8 oranında artması hedeflenmiştir. 2005 yılında %7.5 oranında büyüyen Hindistan'ın GSYİH 650 milyar dolara ulaşmıştır (Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, 2006).

HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

Hindistan sağlık sistemi, karma mülkiyet hakkı, çeşitli tipteki tedarikçiler ve farklı tıbbi metotların kullanımı ile karakterize heterojen bir yapı gösterir (The World Bank, 2003).

Sistem 3 farklı döneme ayrılarak incelenebilir:

1. Dönem (1947-1983): Sağlık politikasının iki temel esasa dayandığı dönemdir. Hiç kimsenin sağlık hizmeti almak için ödeme yapmak zorunda olmadığı, devletin halka sağlık hizmeti sağlamakla yükümlü olduğu dönem.

Bağımsızlığın ilan edildiği yıllarda, sıtma Hindistan nüfusunun yaklaşık dörtte birini etkilemiş; çiçek, veba, kolera gibi bulaşıcı hastalıklar kol gezmekte, anne ölümü 100.000 canlı doğumda 200'lerde ve doğumda beklenen

yaşam ümidi 32 yıl idi. Devlet sektörü birkaç şehir hastanesinden ibaret iken Hindistan sağlık sisteminin büyük kısmını oluşturan özel sektör aile hekimlerinden oluşmaktaydı.

2. Dönem (1983-2000): Bir yandan kapsamlı bir temel sağlık hizmetinden yararlanma imkanı varken aynı zamanda 1983'deki ilk Ulusal Sağlık Politikası ile sağlık merkezlerinin dağılımında özel sektörün önyak olmasının teşvik edildiği ve bunun açıkça ifade edildiği dönem.

Hastalıkların kontrolünde belirgin iyileşmeler sağlanmasına rağmen, nüfus artışının kontrolündeki yetersizlik, kırsal kesimdeki basit sağlık sorunlarını önlemedeki yetersizlik, 1978'deki Almaata Deklarasyonu'nda belirtilen kapsamlı bir temel sağlık hizmet modeline uluslararası bir yaklaşımın olması 1983 Ulusal Sağlık Politikası'nın belirlenmesi gerektiğini ortaya koydu. Sağlık servislerinin artan harcamalarına karşın sınırlı kaynakların olması bu yükün bir kısmının özel sektör tarafından omuzlanmasını gündeme getirdi. Bu dönem kırsalda temel sağlık hizmetlerini uygulamak için yapılan harcamaların arttığı ve merkezden yönetilen bir dikey yapılanmanın kontrolü altında hastalıkların kontrolü için Ulusal Sağlık Programları'nın (USP) yürütüldüğü bir dönemdir.

3. Dönem (2000 yılından sonrası): Sağlık sektörünün üç önemli yolla kökten değiştiği dönem.

2000 yılına gelindiğinde Hindistan 1983'deki Ulusal Sağlık Politikası'ndaki 17 hedeften 13'ünü gerçekleştirememişti. 1986-96 yılları arasında halkın ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlanma oranında %26'dan %19'a bir düşme, serbest hekimlere ulaşmada %19'dan %10'lara varan bir düşme ve maddi sebeplerle tıbbi bakım alamayan kişilerin sayısında bir artış yaşandı. Yoksulların hastalıklardan etkilenmesini azaltmak ve hızla düşen sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını artırmak için hükümet, bu sorunları çözecek ve 2010 hedeflerinin belirttiği 2000 yılı Ulusal Sağlık Politikası hazırladı.

Tablo 2. Hindistan'ın temel ekonomik göstergeleri

Yıl	GSYİH Milyar \$	Kişi Gelir \$	Büyüme Oranı %	Enflasyon Oranı %	İhracat Milyar \$	İthalat Milyar \$
1997	408,4	428	4,6	7,2	35,7	45,7
1998	414,3	421	6,0	13,2	34,1	44,8
1999	444,4	450	7,1	4,7	36,9	45,6
2000	450,7	440	3,9	4,0	45,6	60,3
2001	481,4	470	5,5	3,8	45,4	58,2
2002	502,4	480	4,8	4,3	52,7	65,2
2003	576,8	540	6,4	3,9	55,4	72,0

Kaynak: T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı Anlaşmalar Genel Müdürlüğü -2006. Hindistan Ülke Profili

6. Beş yıllık Plana kadar, aile planlaması konusu dışındaki halk sağlığı hedeflerini başarmak için önceden hazırlanmış bir stratejinin olmayışı nedeniyle Minimum İhtiyaçlar Programı kapsamında kırsal kesimdeki halkın temel sağlık hizmetine ulaşmasını hedefleyen çalışmalar yapıldı. Bu kapsamda, yıllar içinde, çok sayıda dispanser, temel sağlık hizmeti enstitüleri, birkaç uzmanlık dalının bulunduğu küçük hastaneler, 3. basamak hizmetin verildiği büyük hastaneler, tıp fakülteleri, paramedikal enstitüler, laboratuvarlar vb. kuruldu.

2002 yılı Ulusal Sağlık Politikası (USP-2002), ülkenin sağlık durumunu ana hatlarıyla çizmiştir. USP-2002 sağlık hizmetlerinden halkın daha eşit yararlanmasını sağlamaya ve artan harcamalara odaklanmıştır. Ülkenin tümünü kapsayacak ve kabul edilebilir standartta bir sağlık hizmetinin, organizasyonu eksik alanlarda yeni bir yapılanma ve var olanlarda da yeni düzenlemelerin yapılmasıyla ve desantralize bir sağlık sistemine geçilmesiyle başarılabileceği düşünülmüştür. Merkezi hükümetten gelecek daha fazla katkılarla devletin yapacağı sağlık yatırımlarının artması hedeflenmiştir (Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2006).

Hindistan'daki sağlık sektörü şu iki nokta ile karakterizedir (2004):

- Ülkenin her tarafında, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar tüm tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini düzenleyen, finansmanını sağlayan ve vatandaşa ücretsiz sunan devlet. (Bunlara ait miktar toplam sağlık harcamalarının %18'i ve GSYİH'nin %0.9'udur).

- Kişisel tedavi edici hizmetlerin sağlanmasında dominant rol oynayan, ücrete tabi özel sektör (Tüm sağlık harcamalarının %82'si ve GSYİH'nin %4.2'si). (World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2004).

Hindistan'daki merkezi hükümetin sağlık çalışmaları Sağlık ve Aile Bakanlığı (Ministry of Health and Family Welfare) tarafından yürütülür. Bakanlık hem yönetsel hem de teknik hizmetleri sağlar, ayrıca tıp eğitimini de düzenler. Eyaletler kamu hizmetlerini ve sağlık eğitimlerini kendileri sağlarlar (www.wikipedia.org).

Hindistan'daki sağlık merkezleri devlete veya özel sektöre aittir. Devlete ait sağlık kurumları merkezi hükümete ait olanlar; belediyelere ve diğer kurumlara bağlı olanlar olarak ayrılır. Özel sektördeki merkezler kar amaçlı ve kar amaçlı olmayanlar olarak iki gruptur. Tıbbin çeşitli bölümlerinden olan uygulayıcılar kar amaçlı merkezlerde tıbbi bakım sağlarlar. Kar amacı olmayan kurumlar daha heterojen bir yapıdadır; çeşitli konular ve alanlarda çalışırlar. Onların çalışmaları çok yönlüdür ve sağlık, eğitim, beslenme, aile planlaması, sağlıklı su desteği, kültürel çalışmalar gibi kapsamlı konuları içerir. 2001 yılı verilerine göre 862 kişiye bir hekim, 11.744 kişiye bir hastane ve 693 kişiye bir yatak düşmektedir (Yazbeck, 2003).

Anayasanın 21. maddesi Devleti halkın sağlığını ve beslenmesini sağlamakla görevli kılmaktadır. Sağlık devlete ait bir konu olmasına rağmen, federal hükümet sağlık sektörününün daha çok teknik ve finansman konularında önemli rol oynar.

Federal hükümet ve devlet GSYİH'nin %1.3'ünü sağlığa ayırmıştır. Ülkedeki toplam sağlık harcamalarının 3/4'ü cepten yapılmaktadır. Son 50 yıldır toplam federal bütçenin yaklaşık %2-3'üne sahip olan sağlık, özellikle nüfusu stabilize etmeye yönelik kadın sağlığı programları ve ana-çocuk sağlığı konularına yoğunlaşmıştır. Bazen sağlığa ayrılan federal bütçenin %60'ı 5 ulusal hastalık kontrol programlarına ayrılmıştır: Lepa, sıtma, tüberküloz, HIV/AIDS ve körlük. Kalan kısmı ise halk sağlığı çalışmalarına, beş hastaneye ve araştırmalara harcanır.

Federal Hükümetin görevi, Devlete teknik rehberlik sunmak, ekipman sağlamak ve eğitimin kalitesini artırmaktır. Devletin görevi ise sağlık programları oluşturmak; ücret, benzin, malzeme gibi giderleri karşılamak, tıp fakülteleri ve hastaneler gibi yapıların yapımı ve onarımını sağlamaktır.

Temel Sağlık Hizmetleri

Hindistan belki de Alma-Ata Deklarasyonu'ndan önce, temel sağlık hizmetlerine odaklanan öncü bir ülkeydi. 1946 yılında, "Bhore Raporu"nda, Sağlık Araştırma ve Geliştirme Komitesi, 1. basamak sağlık hizmetlerini esas alan geniş kapsamlı ve iyi organize edilmiş bir sağlık sistemi kurulmasını önermiştir. Sistemin alt yapı ve insan gücünün sağlanması sorumluluğu, primer olarak, federal hükümete ve dış yardım fonlarından desteklenen merkezi hükümete aittir. Önemli Hastalıkları Kontrol Programı ve Aile Sağlığı Programları merkezden (bazen beraberinde dış yardımlardan) finanse edilmiş ve devlet yapılanma sistemine eklenmiştir. Anne ve çocuklar için gıda yardım programları merkezi hükümet tarafından sağlanmış ve organizasyon şemasında merkezden desteklenen İntegre Çocuk Gelişim Hizmetleri Programı'na (ICDS) eklenmiştir. Kırsal ve Kentsel Alan Gelişim Bölümü ile Çevre Departmanları'nın (hem merkez hem eyaletlerdeki) su ve çevre sanitasyon programları için fon ayrılmıştır.

Kırsal alanda sunulan temel sağlık sisteminin ulusal normlara göre belirlenmiş üç basamaklı bir yapılanması vardır: 3.000-5.000 kişiyi kapsayan alt merkezler (SCs), 20.000-30.000 kişiyi kapsayan Birinci Basamak Sağlık Kurumları (PHCs) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (4 tane Birinci Basamak Sağlık Kurumu'nu kapsar). Nüfusun yaklaşık % 30'u kentlerde yaşadığı için kentlerde de iyi yapılandırılmış Birinci Basamak Sağlık Kurumları'na gereksinim olduğunun farkına varmak gerekir. Bu amaçla da 10.000-15.000 nüfusa hizmet veren Sağlık ve Aile Ofisleri ve 100.000-150.000 nüfusa hizmet veren Sağlık ve Aile Merkezleri oluşturulmuştur (Country Cooperation Strategy: INDIA, 2000).

Bağımsızlıktan sonra Hindistan, öncelikleri ve finansmanı belirlemede ve ayrıca halka sağlık servislerini

sunmada devletin baş rol oynadığı ulusal bir sağlık sistemini benimsedi. İlk sağlık raporunda (Sağlık Planlama ve Geliştirme Komitesi Raporu, 1946) devletin rolü açıkça belirtilmişti. Bu rapor Hindistan'daki sağlık hizmetlerinin organize edildiği ilk rapordur. Sağlığı İzleme ve Planlama Komitesi'nin (1962) ilgisi ise birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinin ve sağlık servislerinin altyapısını geliştirmekle sınırlıydı. Diğer bir büyük değişiklik aile planlamasının öncelikli bir konu olarak ilk kez yer aldığı Üçüncü Plan (1961-66) ile geldi. 4. Plan (1969-1974) sırasında, kırsal alandaki halkın temel sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlayacak etkili bir sağlık servisi modelinin üzerinde duruldu. Beşinci plan sürecinde (1974-1979) politikacılar geliştirilmiş diğer programlardan örnek alınarak sağlığın acilen tanımlanmasını gerçekleştirdiler. 6. Plan (1980-1984) iki şeyden etkilenerek yapılmıştı: Almaata Deklarasyonu ve '2000 yılında Herkes için Sağlık' konulu ICMR/ICSSR raporu. 2002 yılındaki Ulusal Sağlık Politikası (USP) 1983'teki USP gibi temel sağlık hizmetlerini korumayı ve geliştirmeyi içermektedir (Ministry of Health and Family Government of India, 2005).

Sağlık Profili

Hindistan dünya nüfusunun %16'sına sahiptir. 1951'de binde 27.4 olan kaba ölüm hızı 1998'de binde 9,0'a; binde 40.8 olan kaba doğum hızı binde 26.4'e inmiştir. Doğumda beklenen yaşam ümidi 1951'de 32.1 iken 1996'da 62.4'e çıkmış; bebek ölüm hızı 1951'de binde 146 iken 1998'de binde 72'ye düşmüştür. Kadınların okuryazarlık oranı erkeklerin 2/3'ü olmasına rağmen okuryazarlık oranı da 1951'de %18.3 iken 1997'de %62.0'a çıkmıştır. 1997'de anne ölüm oranı 100.000 doğumda 408 ve 5 yaş altı ölüm oranı 1000 doğum için 108'dir (Country Cooperation Strategy: INDIA, 2000).

Ancak bu başarıları karşın, özellikle kırsal alandaki büyük bir kesim hala önlenebilir hastalıklardan etkilenmekte ve ölmektedir. Çoğtandır var olan ama çözümlenememiş bu sorunlar karşısında ülkenin sağlık sistemende acil çözümler ve değişiklikler aranmaktadır. Birçok eyalet ve bölgenin kırsal kesiminde sunulan sağlık hizmetlerinin memnuniyet verici düzeyde olmaması, fakir halkın pahalı özel sağlık hizmetlerini almasına ve daha da fakirleşmesine yol açmaktadır.

Hindistan, kronik hastalıkların getirdiği yük, ayrıca mortalite ve doğurganlık hızlarındaki düşüş ve bunun sonucu olarak nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak, epidemiyolojik ve demografik bir geçiş dönemi yaşamaktadır. Ülkede yaklaşık 5 milyon kişinin HIV/AIDS taşıyıcısı olması bağımsızlıktan bu yana sağlık alanında kazanılan başarıları zarar veren önemli bir faktördür. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, körlük, mental rahatsızlıklar ve sigara kullanımına bağlı hastalıklar gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, ülkenin sağlık sisteminin oldukça fazla yük getiren ve zorlayan kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklara bağlı erken hastalanma ve ölümler, Hindistan için önemli bir ekonomi ve insan gücü kaybıdır.

Bu hastalıkların sıklığı bakımından ülkenin farklı yerlerinde büyük eşitsizlikler olup; hastalıklar özellikle yoksullarda, kadınlarda, belirli bazı kaslarda ve gruplarda özellikle de kırsal kesimlerde yaşayanlarda görülmektedir. Eşitsizlik ayrıca gelişmiş ve daha az gelişmiş eyaletlerin kaynakları arasında da göze çarpmaktadır (Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2006).

Bağımsızlıktan sonraki 50 yıllık dönemde, kırsal kesimdeki temel sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında gözle görülür bir iyileşme yaşanmıştır. Sağlık alanında sırasıyla 5.000, 30.000 ve 100.000 nüfusa (sahrada 3.000, 20.000 ve 80.000 nüfusa) bir adet düşecek şekilde 145.000 alt-merkez, 23.109 Birinci Basamak Sağlık Merkezi ve 3.222 Toplum Sağlık Merkezi vardır. Gerçekten de; kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, toplam doğurganlık hızı ve bebek ölüm hızlarındaki azalmaya bağlı olarak ülke demografik bir geçiş dönemi yaşamaktadır. Bununla birlikte, gelişmiş eyaletlerde bile var olan, önemli halk sağlığı göstergelerindeki belirgin farklılıklar ve eşitsizlikler Hindistan sağlık sisteminin gelişimine engel olmaktadır.

Halk sağlığındaki etkileyici yeniden yapılanmaya rağmen, sağlık kurumlarının %80'inin özel sektöre ait olduğu, sadece %20'sinin devlet tarafından sağlandığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar, tedavi edici kurumların yoksullar tarafından değil daha çok zenginler tarafından tercih edildiğini göstermiştir. Nüfusun sadece onda birinin herhangi bir sağlık sigortası vardır. Kırsal alanda yapılan harcamaların başlıcasının sağlıkla ilgili harcamalar olduğu ve hastane masrafları için cepten yapılan harcamaların, hospitalize hastaların %25'inde yaşam standartlarının yoksulluk sınırının altına inmesine neden olduğu hesaplanmıştır. Hindistan ciddi bir tıbbi yoksulluk sorunu ile karşı karşıyadır.

Ulusal Sağlık Harcamaları

Tablo 3'te Hindistan'daki sağlık harcamaları ile ilgili verilerin son yıllardaki durumu, Şekil 1'de ise sağlık sisteminin finansman boyutu verilmiştir.

Kerala Modeli

"Kerala Modeli" terimi Hindistan'ın Kerala eyaletinde geliştirilen bir dizi uygulamayı ifade eder. Bu uygulamalar endüstriyel ve ekonomik bir gelişmişlik düzeyi olmaksızın, eyaletteki sosyal yaşamda yüksek standartlara ulaşılmasını sağlamıştır (www.wikipedia.org). Eyaletin ekonomik geri kalmışlığına rağmen sağlık göstergelerindeki (kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam yılı ümidi gibi) olağanüstü başarısı bir çok araştırmacının, "Sağlıkta Kerala Modeli" kavramından söz etmesine neden olmuştur (Ekbal,2006).

Kerala'nın bu gelişim tecrübesi, daha yüksek bir yaşam seviyesine ulaşılması ve halkın büyük çoğunluğunun öğrenim görmüş olması nedeniyle tüm dünyanın ilgisini çekmektedir. İlginç olan, bu başarının yatırım, üretim, tarım veya endüstri alanında belirgin bir büyüme olmadan kazanılmış olmasıdır (Prakash, 2004).

Bu başarının sırları nelerdir? Araştırmacılar konuya farklı açıklamalar getirirse de birleştikleri ortak görüş Kerala'daki politik ve sosyal ortamın bu konuda anahtar rol oynadığıdır (Carr, 2004). Kerala'da yoksul ve dezavantajlı grupların haklarının savunulduğu politik bir ortam olduğu göz önüne alınmalıdır (Ekbal, 2006).

Ülkenin güneyinde yer alan eyalet, üçüncü dünya halklarının endüstrileşme ve üst ölçekli ekonomik gelişme olmaksızın da kendi yaşamlarını daha iyiye götürebildiklerini göstermektedir. Burada anahtar öğeler aktif taban örgütlenmeleri, zenginliğin yeniden dağılımı ve demokratik katılımdır. Kişi başına düşen GSYİH'nin düşüklüğüne karşın Kerala'nın 31 milyon yaşayanı yüksek okuryazarlık ve sağlık hizmetlerine erişebilirlik oranına, uzun bir ömre ve düşük ölüm oranına sahiptir. (Franke, 1992). Bebeklerin %80'i tam aşılandı, aile planlaması servisleri yüksek oranda kullanılmaktadır ve nüfus artışı sabit düzeylerde kalmaya başlamıştır (BMJ, 2004). Kerala'nın kalkınma göstergeleri, Hindistan'ın diğer eyaletlerinin, az gelişmiş ülkelerin ve hatta zengin ulusların göstergeleriyle rekabet edebilir düzeydedir (Sinemilloğlu, 2004).

Kerala'nın köylü birlikleri ve çiftçi sendikaları da kamu sağlığına yönelik tedbirler ve sağlık hizmetlerine erişim için mücadele etmişlerdir. Bugün için Kerala, sıtma, kolera ve diğer birçok hastalıkta Hindistan'daki en düşük orana

sahiptir. Tıp doktorlarına, sağlık ocaklarına, ebe bakımına ve hastanelere erişilebilirlikte ise Hindistan'ın en yüksek performanslı eyaletidir. Model, kadınlar açısından da yararlı sonuçlar doğurmuştur. Kerala, Hindistan'da kadın ölüm oranlarında önemli artışların olmadığı tek eyalet olmaya devam etmektedir.

Sonuç olarak Kerala örgütlenme ve yönetişimin, kalkınma için zorunlu olarak kabul edilen birçok noktanın (örneğin ekonomik kaynak) önünde yer aldığına iyi bir örnektir (Sinemilloğlu, 2004).

Ülkenin Sağlık Sorunları

Hindistan, devlete ait, gönüllü ve çok sayıda medikal ve paramedikal kurumun desteklediği özel sağlık kurumlarını içeren çok geniş bir sağlık sistemi ağına sahip olmasına rağmen, sağlık konusunda bugün karşı karşıya olduğu başlıca problemler şunlardır:

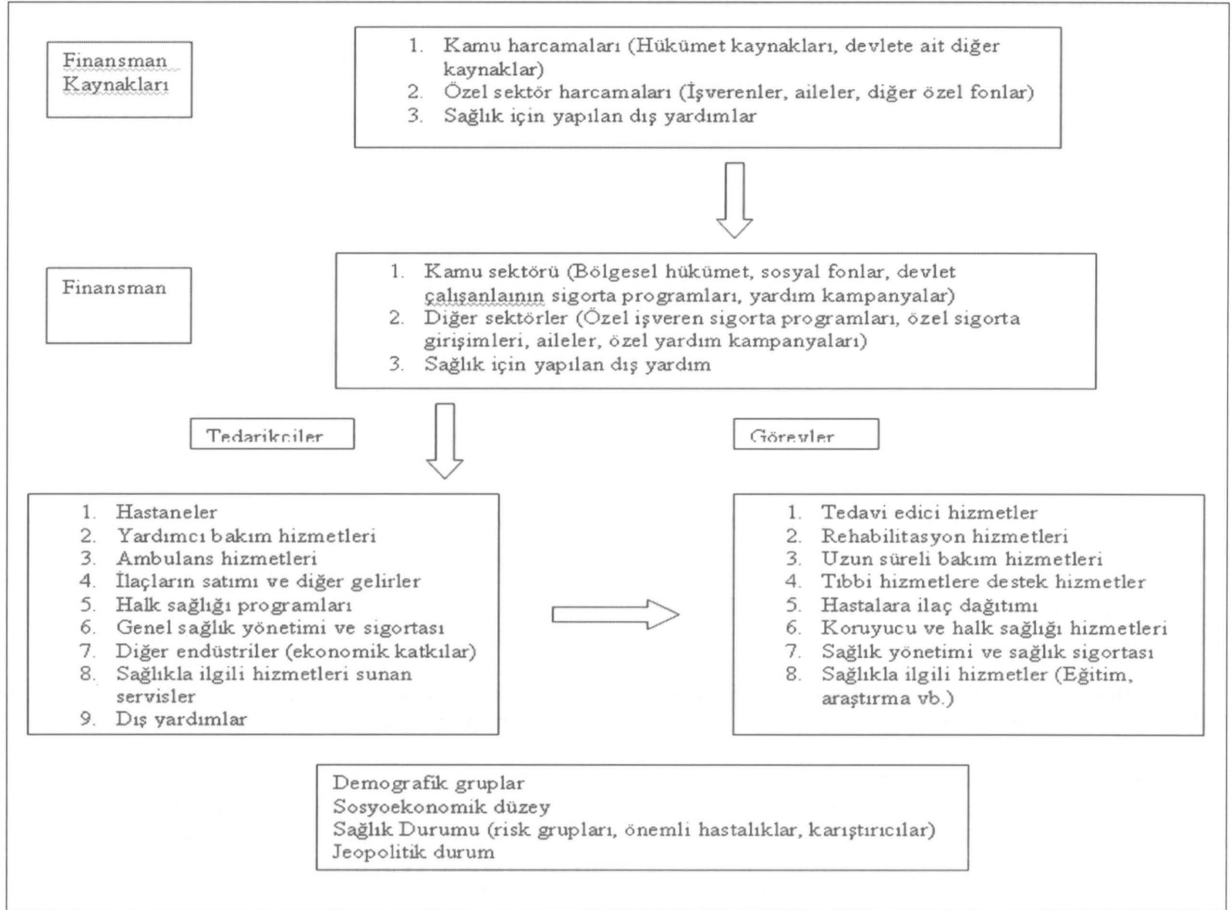
1. Özellikle birinci basamak düzeyinde görülen ve hala çözülememiş insangücü ve alt yapılanma eksiklikleri
2. Alt yapıda ve yoksullara hizmet veren servislerin istenen düzeyden düşük işlevi (ve bunu neden olduğu beklenenden az yararlanım).
3. Hastanelerin insangücü ile tanı ve tedavi hizmetlerinin yeterli olmaması ve ilaçların devlet,

Tablo 3. Hindistan'da ulusal sağlık harcamaları (rupi)

A. Oranlar ve Düzeyler	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I. Harcama oranları							
Toplam sağlık harcamaları (% GSYİH)	5.2	5.1	5.0	5.0	4.9	4.8	4.5
Devletin yaptığı sağlık harcamaları (%)	24.9	24.6	24.6	24.2	23.7	24.8	24.3
Özel sektörün yaptığı sağlık harcamaları (%)	75.1	75.4	75.4	75.8	76.3	75.2	75.7
Sağlık harcamalarının devletin toplam harcamalarındaki payı (%)	4.8	4.5	4.3	4.2	3.9	3.9	3.6
Sağlığa ait sosyal yardımların devletin sağlık harcamalarındaki payı (%)	4.1	4.4	4.4	4.4	4.4	4.2	4.2
Cepten yapılan sağlık harcamalarının özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı (%)	96.8	96.6	96.4	96.3	96.2	97.0	97.0
Parası ödenmiş projeler için yapılan sağlık harcamalarının özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı	0.4	0.6	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9
Sağlık harcamalarında dış fonların payı (%)	2.8	1.2	2.2	2.0	1.3	1.6	1.5
II. Kişi başına düşen harcamalar							
Kişi başına düşen harcama (ABD doları)	22	23	23	23	23	27	28
Kişi başına devlet tarafından yapılan sağlık harcaması (ABD doları)	5	6	6	6	6	7	7
Uluslararası dolar olarak kişi başına düşen harcama	65	69	71	74	75	82	82
Kişi başına devlet tarafından yapılan sağlık harcaması (Uluslararası dolar)	16	17	17	18	18	20	20

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

Şekil 1. Hindistan sağlık sisteminin finansman boyutu



Kaynak: www.who.int/nha/glossary/en/Webmini_chart.pdf

gönüllüler ve özel sektör gibi farklı kaynaklardan sağlanması

4. Aynı eyalette veya eyaletler arasındaki performansta görülen belirgin farklılıklar

5. Sektörlerarası koordinasyondaki yetersizlik

6. Bulaşıcı hastalıkların ve hala devam eden demografi, yaşam biçimi ve çevresel konulardaki geçiş döneminin sonucu olarak görülen kronik hastalıkların getirdiği giderek artan yük

7. Teknolojik ilerleme

8. Halkın sağlık hizmetleri konusundaki artan beklentileri ve farkındalıkları

9. Sağlık hizmetlerinin artan giderleri ve bunları ödemede yaşanan güçlükler (Cooperation Strategy: INDIA, 2000).

Hindistan demografik, epidemiyolojik ve sosyal alanları da içeren "sağlıkta geçiş dönemi"ni yaşamaktadır. Önlenebilir enfeksiyonlar, gebelik ve

doğuma bağlı komplikasyonlar ile malnutrisyon hala nüfusun büyük çoğunluğunu etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır. Sağlık için devletin yaptığı harcamalar sınırlıdır ve bu harcamalar koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici hizmetler için yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde zenginler ile yoksullar arasındaki eşitsizlikler de devam etmektedir (www.internet.health.org). Hindistan'daki nüfusun en yoksul %20'lik kesimi, en zengin beşte bire göre iki kat fazla mortalite hızı, malnutrisyon ve doğurganlık oranlarına sahiptir (Narayan, 2004).

KAYNAKLAR

www.BBC.Turkish.com

Bhutta Z, Nundy S, Abbasi K. (2004). Is there hope for south Asia BMJ 328: 777-778

Country Cooperation Strategy: INDIA, (2000).

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu Hindistan Ülke Bülteni (2006), www.deik.org.tr

e-coğrafya.net

World Resources Institute, Earth Trends: The Environmental Information Portal, <http://earthtrends.wri.org>

Ministry Of Health and Family Welfare Government of India. (2005). Financing and Delivery of Health Care Services in India

Government of India, Ministry of Health and Family Welfare. Annual Report 2005-2006.

Carr D. (2004). Impneving the Health of the worlds Poorest People Health Bulltein 1.

The World Bank. (2004). Health Policy Research in South Asia Building Capasity for Reform

<http://www.wikipedia.org>. Healthcare in India,

Hindistan Büyükelçiliği internet sitesi. www.indembassy.org.tr

The World Bank. (2004). India Country Overview, World Development Indicators.

Information Economy and Healthy Citizinery, (2004). www.internet.health.org

Franke RW, Chasin BH. (1992). Kerala state, India: Radical reform as development, International journal of Health Services, 22(1):139-156

Prakash B A. (2004). Kerala's Economic Development: New Delhi, 2004.

Ekbal B. (2006). Kerala's health sector- crying for Cure, www.kerala.gov.in/kercalmay06

Narayan J. (2004). Making Democracy Work for the Poor, <http://www.loksatta.org/demopoor.pdf>

National Commission on Macroeconomics and Health (2005). Financing and Delivery of Health Care

Services in India, Background Papers , www.whoindia.org/en/Section102/Section201_887.htm

National Health Policy (2002)

Sinemillioğlu MO. (2004). Planlama (3), s. 75.

T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı Anlaşmalar Genel Müdürlüğü. (2006).

Türkçebilgi Genel Başvuru Ve Bilgi Sitesi (www.turkcebilgi.com/Hindistan)

T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı Anlaşmalar Genel Müdürlüğü. (2006).

The World Bank Group. (2006). India Data Profile, World Development Indicators

The World Bank. (2006). India Country Overview 2006, http://www.worldbank.org.in/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/INDIAEXTN/0,,contentMDK:2019573_8~menuPK:29559_1~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:295584,00.html

World Health Organization. (2000). Country Cooperation Strategy: INDIA, who.int/countries/en/cooperation_strategy_ind_en.pdf

World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2004). Country Health Profile-India, <http://www.searo.who.int/EN/Section313/Section1519.htm>

World Health Organization. (2006). Countries, India, <http://www.who.int/countries/ind/en/>

World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2004). Trends in Policy Development

Yazbeck A, Peters DH. (2003). Health Policy Research in South Asia Building Capasity for Reform, (Health, Nutrition and Population Series) World Bank Publications.