



# SAHRA GÜNEYİ AFRİKA ÜLKELERİNDEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINA BAKIŞ

Dr. Nuray YEŞİLDAL\*

Afrika uzun yıllar, boyunca Avrupa ülkelerinin sömürgesi olmuş ve yakın tarihte bağımsızlığını kazanmış ülkelerin çoğunlukta olduğu bir kıtadır. Sahranın güneyinde yaklaşık otuz kadar ülke bulunmaktadır; Mozambik, Tanzanya, Etiyopya, Uganda, Burundi, Çad, Madagaskar, Sierra Leone, Malavi, Ruanda, Mali, Burkina Faso, Nijer, Nijerya, Kenya, Benin, Orta Afrika Cumhuriyeti, Gana, Togo, Gine, Zimbabve, Fildişi Kıyıları, Senegal, Kamerun, Güney Afrika Cumhuriyeti, Somali, Zaire, Sudan, Zambiya, Angola. Bu ülkeler Güney Afrika Cumhuriyeti hariç dünyanın en yoksul ve sağlık hizmetlerinin en yetersiz olduğu ülkelerdir (Tablo 1). Sahra Güneyi Afrika ülkelerinin içinde bulunduğu dış borç krizi bu durumun temel nedenlerinden biridir.

Çağımızda ilk kez, koskoca bir alt-kıta tümüyle yeniden yoksulluğa gömülmektedir. Sahra Güneyi Afrika ülkelerinde, en temel gereksinimlerini bile

karşılayabilmekten aciz ailelerin sayısı onyıllar içinde iki kat artmıştır. Ortalama gelir düzeyi üçte bir oranında düşmüştür. Beslenme yetersizliği olan çocukların oranı artmış, okullara kayıtlı çocuk oranı ise düşmüştür. Kuraklık 1992 yılında 14 ülkede toplam 27 milyon insanı tehdit etmiştir. Askeri çatışmalar ya da doğal afetler yüzünden yerlerinden yurtlarından olmuş Afrikalıların sayısı 1992'de 40 milyona ulaşmıştır(1). AIDS virüsü taşıyan Afrikalı kadın sayısı 1992'de 3 milyona ulaşmış, yeni doğan bebeklerden toplam bir milyonunda HIV testi pozitif çıkmıştır(1,2). Her 40 erişkinden biri HIV ile infektir(2). Sahra Güneyi Afrika ülkelerinde yaşayan insanların yaklaşık yarısının geliri yoksulluk sınırının altındadır(2).

Dünyadaki durgunluk, ticari eşya fiyatlarının düşüşü, borç krizi ve Afrika'daki kuraklık kişi başına

Tablo 1 : Demografik Bölgelere Göre Nüfus, Ekonomik Göstergeler ve Sağlıktaki Gelişmeler, 1975-90 (6)

Bölge	Nüfus (1990) (milyon)	Ölümler (1990) (milyon)	Kişi Başına Düşen Gelir (\$ 1990)	Büyüme hızı (1975-90) (%/yıl)	Çocuk Mortalitesi		Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	
					1975	1990	1975	1990
Sahra Güneyi Afrika	510	7,9	510	-1,0	212	175	48	52
Hindistan	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
Çin	1,134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Diğer Asya ülkeleri ve Adalar	683	5,5	1,320	4,6	135	97	56	62
Latin Amerika ve Karayipler	444	3,0	2,190	-0,1	104	60	62	70
Orta Doğu	503	4,4	1,720	-1,3	174	111	52	61
Eski Sosyalist Avrupa Ekonomileri	346	3,8	2,850	0,5	36	22	70	72
Pazar Ekonomileri	798	7,1	19,900	2,2	21	11	73	76
Dünya	5,267	50,0	4,000	1,2	135	96	60	65

\* Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

düşen gelirden azalmaya, işsizlikte artışa ve sosyal harcamalarda kesintilere yol açmıştır.

Afrika'da sağlık hizmetlerini incelemeye başlamadan önce bugünkü durumunun nedenlerinin irdelenmesi yararlı olacaktır.

İç nedenler:

Afrika'nın uğradığı bu çöküntünün, belli başlı üç nedeni vardır: Ekonomide yanlış yönetim, çevre sel bozulma ve askeri çatışmalar(1).

Orta sınıftan milyonlarca Afrikalı'nın gerileyen yaşam standartlarında, otokratik yönetimlerin, verimsiz çalışan devlet kuruluşlarının, başını alıp giden ahlaki çöküntünün, yapılan yardımlarla açılan kredilerin yanlış kullanımının, fiyatları, piyasaları ve döviz kurlarını çarpıklaştıran girişimlerin, gıda maddeleri üretimine gerekli yatırımların yapılmamasının ve benzer birçok nedenin payı bulunmaktadır. Ayrıca bu çöküntüyü yaşayan insanların çoğunluğunun, gelirlerinin düşmesine, temel nitelikteki malların fiyatlarının artmasına, gittikleri okullarda öğretmen bulamamalarına, sağlık ocaklarının ilaç dolaplarının boşalmasına ve çocuklarındaki beslenme yetersizliklerinin giderek yaygınlaşmasına neden olan siyasal ve ekonomik kararların alınışında en küçük bir söz hakkı bile bulunmamaktadır.

Bu arada tarım ürünleri dışsatımını artırmaya yönelik çabalar, korkunç bir yoksulluk içinde bulunan ve bu arada giderek artan nüfusu, en verimli topraklardan sonra daha da marjinal alanlarda tarım yapmaya itmiştir. Aşırı ekim ve aşırı otlatma; toprak erozyonu, düşen verim, kitlesel açlık gibi olayların yanısıra, bu sorunun dış dünya tarafından görülebilmesini sağlayan, sığınma kamplarına kitle halinde göç gibi bir olguya yol açmıştır.

Ayrıca Afrika bitmeyen savaşların ve sık yinelenen hükümet darbelerinin yatağı olmuştur. Bu savaşlar ve darbeler, Sahra Güneyi Afrika ülkelerinin sağlık hizmetleri için harcadıklarının iki buçuk katı kadarını silahlanma için harcamalarının hem nedeni hem de sonucu durumundadır(1). Bakınız Şekil 1):

Dış Nedenler :

Dış nedenlerin en önemlileri şöyle sıralanabilir: Kıtanın süpergüçler arasındaki çekişmede oyun tahtası gibi kullanılması, kıtadan elde edilen hammaddelere ödenen dünya fiyatlarının nisbi bir düşüş göstermesi ve dış borçların altından kalkılamayacak bir ağırlığa ulaşması(1)...

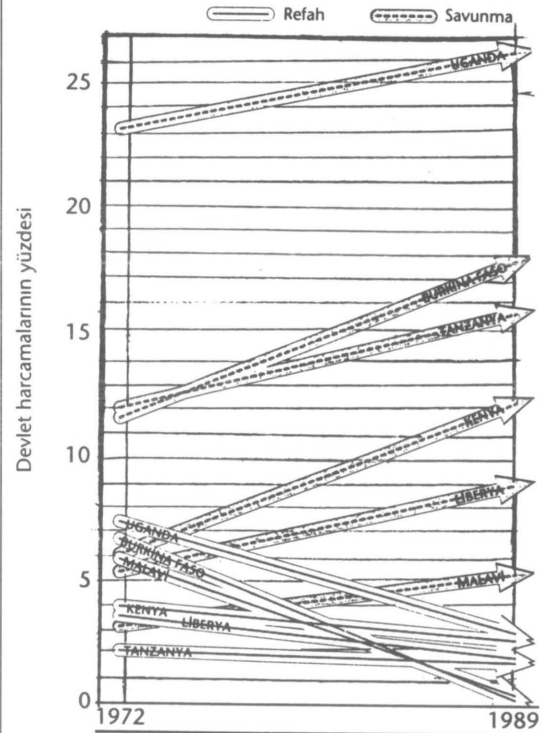
Afrika'nın büyük bölümü, iki rakip ideolojiyi temsil eden iki süper gücün her yana kur yaptıkları bir dönemde bağımsızlığını kazanmıştır. Afrika lider-

lerinden pek çoğu, uzun bir süre, bu durumu avantaj olarak değerlendirmiş, ancak yakın bir zamana kadar süren rakip ideolojiler arası rekabet, kıtanın aşırı biçimde askerileşmesine ve çok sayıda Afrika ülkesini bugün içinde buldukları çaresiz duruma sürükleyen askeri ve otokratik rejimlerin ortaya çıkmasına katkıda bulunmuştur(1).

Şekil 1 : Bir Yanda Refah, Karşısında Savaş

Aşağıdaki şema, en yoksul bazı Afrika ülkelerinin geçtiğimiz yirmi yıl içerisinde yaptıkları askeri harcamaların artışı (kesik çizgiler) ile sosyal refaha dönük harcamalardaki düşüşü (düz çizgi) karşılaştırmaktadır.

Savunma ve sosyal refah amaçlarına ayrılan merkezi harcamaların yüzdesi, seçilmiş Afrika ülkeleri, 1972 ve 1989



Sosyal refah amaçlı harcamalar konut ve yoksul mahalle islahatını; toplum kalkınması faaliyetlerine yönelik harcamaları; yaşlı, işsiz, hasta ve özürli kişilere yapılan ödemeleri; aile, analık ve çocuk zamlarını; yaşlılara, malullere ve çocuklara yönelik hizmetleri; kirlilik önleyici çalışmaları; su ve sanitasyon hizmetlerini içerir.

Kaynak: Dünya Bankası, Dünya Kalkınma Raporu, 1989, 1990, 1991.

Hammadde dışsattımına ekonomik bağımlılık, ülkeleri daha zor bir duruma sokmuştur. Afrika ülkelerinin çoğuna önerilen, ellerindeki işlenmemiş ürünlerin daha çoğunu dışarı satarak gelirlerini arttırmaları ve böylece borçlarını ödemeleriydi. Hammaddelerin dışsattımı Afrika'nın toplam dışsattımının %90'ını oluşturmaktadır(3). Bu türdeki ısrarlara verilen yanıt, bu tür ürünlerin dışsattımının, 80'li yılların o zorlu ekonomik ortamında %25 oranında artırılması olmuştur. Dışsattım artırılması arz fazlalığına yol açmış bu da fiyatların düşmesine neden olmuştur(3). Ne yazık ki, dışsattım hacmindeki artışa rağmen, Afrika'nın dışarı sattığı hammaddelerin fiyatlarının sürekli biçimde düşmesi, bu kıtanın dışsattım gelirlerinin son on yıl içerisinde yaklaşık %30 oranında azalması sonucunu vermiştir(1). Bu düşük fiyat düzeyi yakın gelecekte de geçerli olacaktır. Sonuçta, bu öneri sanayileşmiş ülkelerin daha ucuz dışsalım yapabilmelerine yaramıştır(3) (Tablo 2).

Afrika kıtası bugün yeni bir tür köleliği yaşamaktadır, bu köleliğin adı dış borçtur. Sahra Güneyi Afrika ülkelerinin toplam dış borcu 1980'den bu yana üç kat artmış ve bugün yaklaşık 175 milyar dolara ulaşmıştır. Gerçi bu gelişmekte olan ülkelerin toplam dış borçları içinde %14'lük bir pay tutmaktadır ama gene de Afrika'nın zayıf ekonomilerinin bu yükün altından kalkabilmeleri çok güçtür. Bu ülkeler çocuklarının sağlığı ve eğitimi için harcadıklarının %50 daha fazlasını dış borç ödemeleri için harcamaktadırlar. Sonuçta böyle bir fedakarlık bile, bu ülkelerin her yıl işleyen faiz ödemelerinin ancak üçte birini yapabilmelerine yetmektedir(3).

Dış borçların bir kısmının silinmesiyle ilgili imzalanan Toronto Anlaşması, bu sorunun çözümünde yetersiz kalmıştır. Bu yüzyılın sonuna kadar olan süre içerisinde Toronto Anlaşması hükümlerinin eksiksiz uygulanması durumunda bile, Afrika'nın faiz

Tablo 2 : Bölgeler Arasında Artan Ekonomik Dengesizlikler, %/Dünya (2).

Bölgeler	Nüfus		GSMH		Ticaret Hacmi		Ticari Banka Kredileri		Yabancı Özel Yatırım	
	1960	1989	1960	1989	1970	1989	1970	1989	1970	1989
Sahra Güneyi Afrika	7,1	9,5	1,9	1,2	3,8	1,0	0,3	0,3	24,8	15,0
Güney Asya	19,8	22,7	3,1	2,8	1,3	0,9	0,1	0,1	1,5	3,1
Doğu ve Güney Doğu Asya (Çin hariç)	8,8	9,9	1,7	2,9	4,1	8,1	5,7	12,8	11,7	33,3
Çin	21,8	21,6	3,0	2,0	0,8	1,9	0,4	0,2	11,8	7,0
Arap Ülkeleri	3,9	5,0	1,5	2,5	3,3	4,1	1,5	2,4	9,8	13,2
Latin Amerika ve Karayipler	7,1	8,4	4,7	4,4	5,6	3,3	0,8	6,4	40,4	28,4
Gelişmekte olan ülkeler	68,5	77,1	15,9	15,8	18,9	19,3	8,8	22,2	100,0	100,0
Az gelişmiş ülkeler	6,8	8,4	1,0	0,5	0,8	0,4	0,2	0,1	1,7	2,2
Endüstrileşmiş ülkeler	31,5	22,9	84,1	84,2	81,1	80,7	91,2	77,8		

Ortaya çıkan bu açmazdan kurtulmak için bu kez dışsattım ürünlerinin çeşitlendirilmesi yoluna gidilmiş, ancak, bu girişimler de, ABD, Japonya ve Avrupa Topluluğu gibi sözde serbest piyasa ekonomilerinin kendi üreticilerini korumak amacıyla sürdürdükleri gümrük ve kota engellerini aşamayıp sonuçsuz kalmıştır(1).

ödemeleri şeklinde dışarıya aktardığı kaynaklarda %5'in üzerinde bir azalma sağlanması mümkün görünmemektedir.

Dış borç krizi sadece bugünün Afrika'sını değil geleceğin Afrika'sını da etkilemektedir. Bu alabildiğine yoksul kıtadan faiz ödemeleri olarak her yıl

10 milyar dolar çekip alınırken, sayıları onmilyonları bulan çocuk, normal gelişme süreçlerini tamamlama, okula gidip okur-yazar olma ve sonraki yıllarda hem kendilerinin hem de ülkelerinin gelişmesi açısından edinilmesi gerekli becerileri kazanma yolunda ellerinde bulunan tek fırsatı yitirmektedir(1).

Çözüm için sanayileşmiş ülkelerin ellerinden gelen başka birşey olmadığı iddia edilmektedir. Mısır'a ve Polonya'ya özel yardımlar yapılırken Sahra Güneyi Afrika ülkelerinin unutulması çifte standart uygulanmasından başka birşey değildir.

Afrika'nın dış borçlarında yapılacak daha büyük miktarlarda indirim, borçlarını ödemeyenleri adeta ödüllendirerek 'ahlaki bir tehlike' oluşturacağı iddia edilmektedir. Asıl ahlaki tehlike, bu kıtayı sürekli yoksulluğa iten, çocukları beslenme yetersizliklerine mahkum etmekten çekinmeyen ve bütün bunları çoğu kez sorumsuzca verilen ve büyük bölümü hiçbir zaman geri alınamayacak olan borçlar üzerinden faiz kazanmak için yapan günümüz dünyasından kaynaklanmaktadır.

Bir başka iddia ise, borçların silinmesinin başarısızlığı ortada olan ekonomik politikaların buna rağmen yürümesine yardımcı olacağıdır. Bu tutarlı bir iddia değildir, çünkü Afrika ülkelerinin çoğu, temel ekonomik reformları gerçekleştirmeye zaten başlamış bulunmaktadır.

Afrika'nın borç yükünün büyük bölümünden kurtarılmasının sanayileşmiş ülkelere getireceği maliyet çok fazla olmayacaktır. Daha önce de belirtildiği gibi Sahra Güneyi Afrika ülkelerinin toplam dış borcu, gelişmekte olan ülkelerin toplam dış borçlarının yaklaşık olarak % 14'ünü oluşturmaktadır.

Genel bir bakıştan sonra sağlık politikasına gelince, 1989 yılında Afrika'da sağlık politikası önerilerini tartışmak için Dünya Bankası tarafından External Teknik Danışma Grubu toplanmıştır. Bu grupta Afrika sağlık bakanlıkları, uluslararası örgütler ve bilateral donör örgütler yer almıştır. Afrika'da gelecekte uygulanabilecek sağlık politikası stratejilerine veri sağlamak amacıyla bir çalışma yapılmıştır(4).

Diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi halkın yoksul kesimine sunulan sağlık hizmeti devlet tarafından finanse edilmektedir. Devlet bütçesi temel olarak gelir vergileri ve dış kaynaklı yardımlardan oluşmaktadır. Yoksul ülkelere ekonomik ve yönetsel nedenlerle vergi toplama yetersizdir. Halkın büyük kesimini oluşturan yoksullara sağlanan tıbbi bakım devlet hastaneleri ve sağlık merkezlerini içermektedir. Hizmet genel olarak finanse edilememektedir ve personel yetersizdir. Kalifiye eleman yeter-

sizliğinin nedenlerinden biri gelişmiş ülkelere beyin göçüdür. Gana'da 80'li yılların ilk yarısında eğitilmiş doktorların %60'ı şuanda yurtdışıdadır, bu da sağlık hizmetlerinde ciddi yetersizliklere yol açmıştır (2). Ülkelerinde kalan doktorların ücretleri genellikle düşük olduğu için özel muayenehane açma yoluyla gelirlerini artırmaya çalışmaktadırlar.

Son on yılda ekonomik koşulların bozulması durumu daha da ağırlaştırmıştır. Bu dönem sırasında ulusal sağlık harcamalarının azalması sadece bütçeden ayrılan kısım ile değil tüm bütçeyle ilgilidir. Yıllık %3 dolayındaki hızlı nüfus artışıyla birlikte, azalmış ulusal sağlık harcamalarında, kişi başına düşen harcama daha da azalmıştır (Örneğin, ulusal sağlık harcamalarının sabit kaldığını düşünürsek, nüfus hızla arttığı için kişi başına düşen sağlık harcamaları azalmaktadır). Bu ülkelerde, kişi başına düşen sağlık harcamaları 1975-1980 yıllarında nispeten stabil durumdayken 1980'de 5,17 dolardan 1985'de 4,70 dolara düşmüştür. Bunlar bazı ülkelerin durumunu yansıtmamaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları Zaire'de 0,53 dolarken Bostvana'da 46,70 dolardır (4).

Veriler konusunda DSÖ sağlık harcamalarının sürekli azaldığını savunurken, Dünya Bankası sadece dalgalanma gösterdiğini ve önceden tahmin edilemediğini savunmaktadır.

Bu koşullar altında devletin sağlık hizmeti vermesi giderek zorlaşmaktadır. Politik açıdan personel sayısını azaltmak diğer maliyet faktörlerini azaltmaktan zordur. Bu durumda sağlık harcamalarının %80 kadarı personel ücretlerine ayrılmaktadır. Kişi başına farmasötik dışalım kısıtlanmıştır. Bazı ülkelerde ilaç bütçelerinin %50 kadarı sağlık hizmetlerine harcanmaktadır. AIDS, klorokine dirençli sıtma gibi yeni halk sağlığı sorunları ulusal sağlık bütçelerini zorlamaktadır (4). Afrika savanlarında ve ormanlarında nüfusun yarısından çoğunda malarya enfeksiyonu vardır. Malarya küçük çocukların ölüm nedenleri içinde ilk sıralarda yer almaktadır, beş yaş altındaki yirmi çocuktan biri malarya nedeniyle ölmektedir. Madagaskar'da 1988 yılında ortaya çıkan malarya epidemisinde 25000'in üzerinde insan yaşamını kaybetmiştir (5).

Devletin sağlık hizmeti verdiği ülkelere, ilaç ve sağlık hizmetleri giderleri için hanehalkı aynı ve nakdi gelirlerinin bir kısmını harcamaktadır. Hanehalkının toplam sağlık harcamalarına katkısı %50'yi aşmaktadır (4).

Devlet dışında sağlık hizmeti veren ve ilaç sağlayan yapılanmalar ise çeşitlilik göstermektedir: Yasal ve yasal olmayan çalışmalar yapan doktorlar,

paramedikaller, misyon hastaneleri, özel eczaneler, geleneksel iyileştiriciler, sahte doktorlar ve ilaç satıcıları.

Tartışılan sağlık politikası stratejileri üç başlık altında toplanmaktadır: Maliyetin düzeltilmesi, risk paylaşımı ve kaynak kullanımının rasyonalizasyonu.

### 1. Maliyetin düzeltilmesi için stratejiler:

Stratejilerden biri kullanıcıdan ücret talep edilmesidir, bu misyon hastaneleri gibi kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlarda uzun süreden beri uygulanmaktadır. Bununla birlikte ülkelerin sağlık hizmetlerinde çok küçük bir hacim kapsar. Vogel'e göre; sağlık bakanlığının kullanıcıdan talep ettiği ücretler bütçenin %0-15'ini oluşturmaktadır (Gana) (4).

Vogel kullanıcılardan ücret talep edilmesi halinde, yoksulların hizmet dışı bırakılmış olacağına dikkati çekmektedir. Çünkü hizmete asıl gereksinim duyan kesimi oluşturan yoksulların bütçeleri sadece geçimlerine yetecek kadardır. Halk devletin verdiği sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması gerektiğini düşünmektedir. Kırsal alandan çok başkent ve büyük şehirlerde bulunan baskı grupları popüler olmayan kararlar alındığında hükümette huzursuzluk yaratmaktadır.

Afrika'da bu sistemi uygulayan hükümetler kırsal alanlarda düşük düzeyli hizmetler için ücret talep ederken kentsel alandaki hastanelerde ücretsiz hizmet vererek, yoksulların karşısında yer almaktadır. Bu strateji maliyet-yarar açısından olumsuz bir tablo yaratır.

Shepherd ve ark. Ruanda'da 4 kırsal sağlık merkezinde yaptıkları çalışmada sigortalıların sağlık hizmeti harcamalarının toplam hane halkı gelirinin sadece %1-3'ünü oluşturduğunu saptamışlardır. Kırsal kesimde hanehalkı toplam geliri, aynı değerlerin nakdi değerlere çevrilmesiyle hesaplanabilmektedir. Hane halkının nakit geliri referans alınır, sağlık harcamaları bunun %5-15'i kadardır (4). Halk tedavilerinin sağlanması koşuluyla daha yüksek ücret ödemeye gönüllüdür. Halkın ilaç ve sağlık hizmeti için ödeme yapma isteği ödeme yapma gücünü yansıtmamaktadır; insanlar ödeme yapmak ister fakat bunun için parası yoktur. Bangladeş-Tayland gibi Asya ülkelerinde köylüler aile bireylerinin tedavi masraflarını karşılayabilmek için topraklarını satmaktadırlar. Afrika ülkelerinde de bu gibi sorunlar vardır.

Halk diğer az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi geleneksel ödemeler yapmaya alışmıştır. Bu modern sağlık hizmetlerinin kullanımını destekler görünmektedir. Halk zaten sağlık için geleneksel iyileştiricilere ödeme yapıyor, modern sağlık hizmeti için de

ödeme yapabilir denilmektedir. Modern sağlık hizmetleri için alınması gerekli görülen ücretler kırsal kesimde hanehalkı bütçesinden izole edilemez. Halkın geleneksel iyileştiricilere yaptığı ödemeler aynıdır ve hemen ödeme yapılmaz. Hükümetler eğitim, su ve sanitasyon gibi hizmetler için de ücret talep etmektedirler. Ücretsiz hizmetlerde gizli maliyetlerin yoksullar için önemli bir finans yükü olması şaşırtıcıdır. Örneğin; Kenya'da ilköğretim ücretsizdir, fakat aileler okul inşa fonlarına, sıra ücretlerine, kitaplara ve okul formlarına katkıda bulunmaktadır. Bu sağlık hizmeti için kullanıcıdan ücret talep edilmesinin başlangıcından birkaç ay sonra sağlık hizmeti almaktan vazgeçilmesinin bir nedenidir.

Halktan toplanılan ücretlerin büyük bir kısmı devlet bütçesine aktarılmaktadır. Bu tohum, gübre ve tarım makinelerine yatırım yapan kırsal ekonomiden gerekli sermayenin çekilmesi anlamına gelir.

Misyon hastanelerinden alınacak ders; bunların yüksek kaliteli hizmet sunması ve uygun ücret talep ederek yoksullara hizmet etmesidir. Yoksullara hizmet edilirken kayan skalalar kullanılır ve bir kısmından ücret alınmaz. Bu hastanelerin çoğu kullanıcılardan alınan ücretlerle kısmen finanse edilir. Kadrosu kendini hasta bakımına adanmıştır, hastaları da kişi olarak bilir, böylece kişilerin maddi durumlarına göre ücret ayarlaması daha kolay yapılır.

Dünya Bankası ve destek donörler hizmetlerin düzeltilmesi ve ilaç sağlanması için yatırım yapılmasını önermişlerdir.

Ulusal çapta kullanıcılardan ücret talebi uygulamasında; hizmeti düzelterek ilk adım yatırım yapılmasıdır. Kullanıcıdan ücret talebi şeması uygulamaya geçtiğinde sağlık hizmetlerinin kullanımında azalmayı saptayan çalışmalar vardır. Örneğin; Gana'da 1985 yılında talep edilen ücretlerde artışın ardından katılımı belirgin bir düşüş gözlenmiştir (4). Bu şemaları kullanmadan önce yapılması gereken; ücret talebinden kaynaklanan kullanım azlığının nedenlerinin ve ekonomik etkilerinin araştırılmasıdır.

İlaç fiyatlarını yükseltmek bir başka stratejidir. Bamako girişimi, Sahranın güneyindeki ülkelere yönelik UNICEF'in başlattığı girişimde temel düşünce ilaç satışından sağlanan gelirleri artırarak kırsal kesimde sağlık hizmeti maliyetlerinin finanse edilmesidir. UNICEF, DSÖ, Dünya Bankası ve Afrika Kalkınma Bankası 1989-1991 süresinde bu ülkelere 180 milyon dolar borç vermişlerdir. Toplum düzeyinde uygulanan döner sermayenin sadece ilaç satın alımını değil aynı zamanda sağlık hizmeti için ek subvansiyonu finanse etmesi beklenmiştir (4).



Bugüne dek, yaklaşık 20 milyon insanı kapsayan, devlete ait 20000 sağlık ocağı yeni çalışma düzenine geçilmesiyle canlılık kazanmıştır. Sağlık ocaklarının kullanımı artmıştır. Benin'de pilot sağlık ocaklarında 1987'de ortalama aylık bakı sayısı 100 iken 1989'da 250'ye yükselmiştir (6). Bugüne dek sağlanan gelirlerin yaklaşık yarısı ilaç stoklarının yenilenmesi için kullanılmıştır. Gelirlerin dörtte biri sağlık ocaklarının işletme giderlerini karşılama ve personel teşvik fonu olarak kullanılırken, geri kalan bölüm tasarruf olarak elde bulundurulmaktadır (3).

Girişimle ilgili endişeler arasında en yaygın, ücret talebinin nüfusun en yoksul kesimlerini sistemin dışında bırakıp bırakmayacağı konusu olmuştur. Ancak Kamerun'da yapılan bir araştırmada, bu endişenin yersiz olduğu sonucuna varılmıştır. İlaç fiyatları başka yerlere göre düşüktür ve elde edilen gelir, bir yerel yönetim kurulu aracılığıyla ilgili topluluğun denetimine bırakılmaktadır (3). Endişelerin bir diğeri dış kaynaklı yardım kesildiğinde toplanılan ücretlerle girişimin kendi finansmanını sağlayıp sağlayamayacağıyla ilgilidir. İlaç satışı yoluyla sağlık hizmetleri finansmanı koruyucu hizmetlerden çok tedavi hizmetlerine eğilim yaratmaktadır. Ayrıca ilaç satışı artışının toplumun sağlık durumunda fazla değişiklik yaratmayacağı düşünülmektedir.

## 2. Risk paylaşımı stratejileri :

Maliyetin düzeltilmesi için yapılan çağrı eşitlik sorununu beraberinde getirmektedir. Hastalanan yoksullar yeterli tedaviyi nasıl alabilir ve ekonomik kayıplardan nasıl korunabilir?

Risk paylaşımı daha çok sigorta şemaları şeklinde uygulanmaktadır. Her bir üyeden bir miktar yardım alınır. Karşılığında; üye devletin ya özel sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin bir kısmından ya da tümünden yararlanır. Bu işlem sağlıklı zenginden hasta yoksula paranın dağılımı için ılımlı bir mekanizma oluşturabilir fakat yoksul kırsal kesimde sigorta sistemleri kendine yetememektedir.

### Santralize sigorta şemaları :

Tam kapsamlı ulusal sağlık sigortası ilk olarak Güney Kore'de uygulanmıştır. Seçilmeye uygun grubun %60'ı formal sektörde çalışmaktadır. Sistemin kontrolünü hükümet üstlenmiştir. Kırsal kesimde çiftçiler ve balıkçılar sigortaya yardım sağlayan devlet destekli kooperatiflerle organize edilir.

Sahra Güneyi ülkelerde formal sektörde çalışanlar seçilmeye uygun grubun %10'unu geçmez. Santralize sigortanın kurulması için temel engeller şunlardır:

— Kurulma aşamasındaki güçlükler,

- Düşük maliyet ve etkili yönetimi sağlama-daki güçlükler,
- Hane halkı ödeme kapasitesini değerlendirmedeki güçlükler ve
- Ödenebilir primlerin saptanması ve toplanmasındaki güçlükler.

Griffin Sahra'nın güneyindeki az gelişmiş ülkelerde özellikle nüfusun yoğun olduğu kırsal alanlarda özel sigorta kurulabileceğine değinmektedir. Ancak bu bölgelerde hastalık insidansı ve tedavi maliyetleriyle ilgili güvenilir veri eksikliği vardır. Aynı zamanda özel sağlık sigortası sektöründe, rekabet olmadığından, ileride müşteri olması beklenen kişiler için teşvik yoktur.

### Desantralize risk paylaşım şemaları:

Bu tip şemanın katılımcıları bir kırsal sağlık merkezinin hastaları, bir topluluk ya da ildeki insanlar olabilir.

Kişisel hizmetlerden ve ilaçlardan çok hastalık atakları için ücret alınmalıdır, bu sağlık hizmetlerinin eşit ve etkin kullanımını kolaylaştırmaktadır. Tek atak geçirenler uzun ve pahalı tedavi gerektirenleri subvanse eder.

Bu sistem Afrika'da bazı ülkelere denenmektedir. Zaire'nin Kasongo bölgesinde hastalar tedavi için nakit ödeme yapmaktadırlar. Projeyi Antwerp'de bulunan Tropikal Hastalıklar Enstitüsü desteklemektedir. Ücret her bir hastalık atağı için 1000 CFA'dır. Bu, sağlık personeli için ikramiyeyi, reçeteye giren temel ilaçları ve operasyon ücretlerinin bir kısmının maliyetini karşılamaktadır. Düzenli maaşlar, su elektrik ve büyük yatırımlar diğer fonlardan karşılanmaktadır. Kronik hastalar özellikle tüberküloz ve parazit hastaları aşırı ekonomik kayıplara yol açmaksızın tam tedavi edilmektedir.

Bununla birlikte, toplum sistemi hala kabul etmemektedir. Özellikle yoksullar, düşük maliyetli atakların tedavisi için yüksek nakit ödeme yapmayı reddetmektedirler. Projede yerel liderlerin bilgilendirilmesi ve motivasyonu vurgulanmaktadır. Gine ve Mali'de benzer projeler GTZ-destekli olarak uygulanmaktadır. Atak başına alınan ücretler çok düşüktür ve maliyet fiyatına ilaç dağıtılmaktadır. Yetersiz kaldıkları noktalar ise;

- Uzun süren hastalık atakları sırasında ilaçların çok pahalılaşmasına karşı korunmanın yetersiz oluşu,
- Kabulde yetersizlik,
- Sisteme uyum sağlamanın uzun sürmesi ve
- Pahalı ilaç rejimleridir (4).

## 3. Kaynak kullanımının rasyonelasyonu:

Tahsis edilen fonlar etkili yöntemle kullanılmadığından kısıtlı sağlık bütçeleri sorunu ağırlaştırılmaktadır. Temel sorun fonların etkin kullanılmamasıdır. Fon miktarlarının yetersiz olduğu da söylenmektedir. Ancak her sistemde yetersizlikler vardır; yetersiz olmalarına karşın etkin kullanımları sağlanabilir.

Kaynakların rasyonel kullanımı temel sağlık hizmeti görüşünün bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti yaklaşımı; sağlık hizmeti sektörünün temel düzeyde öncelikli etkinliklere destek sağlaması amacıyla yeniden yapılanması şeklinde açıklanır(4).

Sahra güneyi ülkelerde kentsel alanlarda bazen birkaç merkezin maliyeti ulusal sağlık bütçesinin önemli bir kısmını kapsamaktadır. Örneğin; Tanzanya'da sadece üç büyük hastane sağlık bütçesinin %50'den fazlasını tüketmektedir. Sonuç olarak, kırsal alanda sağlık harcamaları verilerde görülenlerden daha düşüktür.

Basit önlemlerle korunulabilen ya da tedavisi olan enfeksiyon hastalıkları bu bölgede ve gelişmekte olan diğer ülkelerde en önemli ölüm nedenidir. Buna karşın doktorların ve hemşirelerin eğitimlerinde dejeneratif hastalıkların tanı ve tedavileri ayrıntılı olarak yer almaktadır. Kısacası, bu ülkeler gelişmiş ülkelerdeki medikal uygulamalardan hala büyük ölçüde etkilenmektedir.

Pozitif etkiler de görülmektedir: Çoğu ülke kırsal alandaki sağlık merkezlerinde çok sayıda paramedikal kişiyi personel olarak yetiştirmiştir. 'Köy sağlık görevlileri' toplumlarına gönüllü hizmet vermek amacıyla eğitilmiştir. Sonuçlar ülkeden ülkeye ve aynı ülkede bölgeden bölgeye değişmektedir.

Ayrı ayrı eğitimlerine rağmen, uygulamada köy sağlık görevlileri gibi paramedikal personel düşük düzeyli sağlık hizmetlerinde görevlendirilmek için yeterince kalifiye değildir. Eğitim programı ve görev tanımları kağıt üzerinde belirtilmesine karşın aşırı yüküdür. İstenilenle yapılan arasındaki açığı kapatmak için yeterli denetim gerekmektedir. Kırsal sağlık merkezinde yetersiz hizmetin bir sonucu olarak; hastalar bu merkezleri atlayarak olabilirse bir sonraki basamağa (örneğin; devlet hastanesi) gitmeyi tercih etmektedirler.

Kırsal bölgelerde sağlık hizmeti talebinin fazla olmasına rağmen sağlık merkezlerinin kullanımının yetersiz olması; fonların yetersizliğini ve kaynak kullanımının etkin olmadığını desteklemektedir. Afrika'da çoğu ülkede kırsal sağlık merkezlerinde denetim ve personelin iş başında eğitimi transfer edilen fonların yetersizliğiyle önemli derecede engellenmiştir. Ayrıca sağlanan ilaç miktarı yetersizdir ve aysonlarında tükenmektedir. Bu yetersizlikler hizme-

tin kalitesini azaltmakta ve hizmet kullanımını olumsuz etkilemektedir. Sonuçta maliyet etkililik de azalmıştır.

İşletme ve yönetimdeki engeller, özellikle yeterli veri tabanının olmaması ve aşağıdan yukarıya geri besleme mekanizmalarının yetersizliği yukarıda tanımlanan sorunların temel nedenleridir.

İlaç politikalarında kaynak kullanımının düzeltilmesi için geniş bir inceleme yapılmaktadır. Farmasötiklerin sağlanması, kullanımı ve arzı için hizmet kalitesinden ödün vermeden önemli tasarruflar kullanılmaktadır. Etkinlik için tipik engeller vardır:

Reçeteye fazla ilaç yazılması ve gelişmiş reçete yazılması,

Tedavi şemalarının standardizasyonundaki eksiklik,

Jenerik isminden çok piyasa isminin kullanımı,

Temel olmayan ve sahte ilaçların pazarlanması,

Uluslararası pazarda gereksiz yere pahalı ilaçların satın alınmasıdır. 'Rasyonel ilaç politikası' hükümetlerin politik taahhütünü ve sağlık hizmeti sunanlarla kullananlar arasında bilgi alışverişini ve bilinçli olmayı gerektirir.

Kaynakların rasyonel kullanımını değerlendirmenin bir yolu; özel girişimlerle 'kazanılan yıllar'ın tahminidir. Bu özel girişimlerin toplam maliyetiyle kazanılan toplam yılın ilişkisine bakılır.

Etkinlik hesapları 'seçici temel sağlık hizmeti'nin geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır. Fonlarda az sayıda girişimin en düşük maliyetle, çok sayıda yıl kazandırması hedeflenmiştir. Sonuçta, doğal olarak fonlar öncelikli olarak çocuklara harcanmaktadır.

Temel sağlık hizmeti kavramının bir parçası olan toplum katılımı, sadece maliyet paylaşımı ve gönüllü çalışma anlamına gelmez, aynı zamanda karar işlemine de tam katılım anlamına gelir. Toplumun sağlık durumunun düzeltilmesi için bilgi ve yetenek kazandırmak eşit olarak önemlidir. İnsan sağlığını korumak için uzun dönemde toplum yapılarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bunu başarmak çok daha zordur.

Sonuç olarak Sahra Güneyi Afrika ülkelerinde yukarıda belirtilmiş olan koşullar altında devlet eliyle yürütülen programlar yetersiz kalmaktadır. Altyapının yetersiz oluşuyla birlikte, özel sektör ve desant-ralize teşvik yöntemlerinin esnek olmayışı ve fon kısıtlamaları sorun yaratmaktadır.

Hizmet karşılığı ücret talebiyle maliyetin düzel-

tilmesi birincil amaç olmamalı, yatırımlara öncelik verilmelidir.

Toplumun sağlık hizmetlerine talebi artırılmıdır. Ancak bu işlem koruyucu önlemlerin teşvikini azaltmadan yapılmalıdır. Ayrıca yüksek ücretlerle minör hastalıkların tedavisi teşvik edilmemelidir.

Uygun risk paylaşım şemalarının geliştirilmesi bu ülkelerde sağlık hizmeti sistemi için en önemli dayanaktır. Risk paylaşımı için alınacak katkı yoksul olan halkın zaten yetersiz kalan gelirlerinden ek bir vergi olarak kesilmemelidir.

Sigorta sistemi var olan koşullarda bordro kesintileri ve işverenlerin zorunlu katılımıyla kurulur. Kazançların bir kısmı sağlık hizmetleri için kullanılırken, bir kısmı da sağlık hizmetlerinin düzeltilmesi için kullanılır.

Hecht'in desteklediği Ulusal Sağlık Geliştirme Fonu'nun kurulması ileri bir adımdır, tütün ve alkol vergileri adı altında diğer ülkelerin topladıkları dolaylı vergiler fona gönderilir (4). Bu yaklaşımların politik ve ekonomik uygulama fizibiliteleri halen sürdürülmektedir.

Özellikle kırsal alanlarda desantralize risk şemalarının kullanımı oldukça iyi sonuçlar vermektedir, bu şemalar santralize şemalardan daha esneklerdir.

Az gelişmiş ülkelerde toplum ve hükümetler yeni kaynakların araştırılmasını desteklemektedirler. Bu ülkelerde yetersiz olan sağlık sistemi finansmanı, borç krizleriyle sonuçlanan ekonomik reçetelerden bağımsız olmalıdır. Sağlık finansmanının kendi kendine yeten yapıları geliştirilinceye dek dış yardımdan vazgeçilemeyeceği bir gerçektir.

#### KAYNAKLAR

1. Dünya Çocuklarının Durumu 1992, UNICEF.
2. Human Development Report 1992, UNDP.
3. Dünya Çocuklarının Durumu 1993, UNICEF.
4. Korte, R., Richter, H., Merkle, F. et al. (1992), "Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Options for Decision Markers During Adjustment", Soc. Sci. Med., Vol. 34, No. 1,1-9.
5. The Work of WHO, 1992-1993, WHO.
6. World Bank World Development Report, 1993.

