DOSYA/DERLEME

1997-1998 GÜNEYDOĞU ASYA KRİZİNİN SAĞLIĞA YANSIMALARI

*Nilay ETİLER**

Güneydoğu Asya ülkelerinden Tayland, Endonezya, Güney Kore, Tayvan ve Hong Kong, 1960'lardan 1990'ların ilk yarısına kadar hızlı ekonomik büyüme gösteren ve bu özelliği nedeniyle 'Asya Kaplanları' olarak adlandırılan ülkelerdir. Bu ülkelerin benzer ekonomi politikaları, tarım ekonomisinin yerine endüstriyel üretimin konması temelinde yürütülmüştür. Ürettikleri malları merkez kapitalist ülkelere ihraç etmeyi hedefledikleri bu rollerini 'başarı' ile oynayan bu ülkeler, 1990'ların sonunda yaşanan krize kadar önemli ekonomik gelişme göstermişlerdir. 1980'lerin sonları ve 1990'ların başlarında, Tayland, Malezya, Endonezya, Filipinler, Singapur ve Güney Kore ekonomileri %8 ile %12 arasında yüksek büyüme gerçekleştirmiştir **(DB, 1998; Siddiqi, 2001).**

1997 yılında Güney Kore'de patlak veren ekonomik kriz bölge ülkeleri arasında en fazla Endonezya, Güney Kore ve Tayland'ı etkilemiştir. Hong Kong, Malezya, Laos ve Filipinler'in daha az etkilendiği bu dönemde, Çin, Tayvan, Singapur ve Vietnam ise en az etkilenen ülkeler olmuşlardır. Krizden doğrudan etkilenen Tayland ve Endonezya'da önemli boyutta devalüasyon olmuştur. Laos ve Vietnam ise diğer bölge ülkelerine bağımlı ekonomileri nedeniyle, bölgesel ticaretin ve yabancı yatırımların azalması sonucunda dolaylı olarak etkilenmiştir **(AusAID, 2000).**

Bu yazıda, Endonezya, Tayland, Vietnam, Güney Kore, Laos Halk Cumhuriyeti ve Filipinler'de 1997/1998 Güney Asya Krizi'nin toplum sağlığı ve sağlık hizmetleri üzerine etkileri incelenmeye çalışılmıştır.

*Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Kriz öncesinde durum ve kriz sonrasına genel bir bakış

Güney Asya ülkelerinin diğer bir ortak özelliği, geçmişten beri varlığını sürdüren yoksulluk ve bununla ilişkili olarak toplumda gözlenen yaygın beslenme yetersizliğidir. Kriz öncesi dönemde beş yaş altı çocuklar arasında düşük kiloluk yaklaşık %20 sıklıkla en az Güney Kore ve Tayland'da, %45 ile en fazla Laos ve Vietnam'da görülmektedir **(UNICEF, 1997)**. Başka bir deyişle, yoksulluk ve açlığın hüküm sürmesi, derin eşitsizliklerin var olması gibi durumları ile bölge ülkelerinin ekonomik kriz öncesinde de kapitalizme özgü özellikleri gösterdiklerinin altı çizilmelidir.

Ekonomik krizin yaşandığı dönemdeki doğal afetler, yine bu ülkelerin ortak kaderi olarak karşımıza çıkmaktadır. 1997 yılında yaşanan El Nino Kasırgası özellikle Endonezya, Tayland ve Filipinler'i etkilemiş, bu ülkelerin tarım üretimlerini olumsuz etkilemiştir.

Bu ülkelerde 1965-1990 arasındaki kişi başına düşen gelirdeki yıllık artış hızları ortalama Kore için %7.5, Endonezya için %5.7 ve Tayland için %7'dir. Asya Mucizesi olarak da adlandırılan bu hızlı ekonomik gelişme, bazı toplumsal olumlulukları da beraberinde getirmiştir. 1980'lerin başından itibaren yaşam beklentisi artmış, bebek ölüm hızı azalmış, temel eğitimin kapsamı genişlemiş, yoksul sayısı azalmıştır (Tablo 1).

Doğu Asya ülkelerinde 1975-1995 yılları arasında günde 1 USD altında geliri olan yoksul sayısında ciddi bir azalma olmuş, bu bölgenin toplamı için yoksulluk üçte iki oranında azalmıştır. Diğer gelişmekte olan ülkeler ile karşılaştırıldığında dramatik bir azalma

Tablo 1. Doğu Asya ülkelerinde bazı toplumsal göstergeler (1970-1995)

Ülkeler	Doğumda yaşam		Bebek ölüm hızı (binde)		İlköğretime devam (yüzde)	
	1970	1995	1970	1995	1970	1995
Tayvan	69.0	74.8	69	6	-	>99
Güney Kore	60.6	72.0	46	10	>99	>99
Malezya	61.6	71.8	45	12	84.1	88.7
Tayland	58.4	69.0	73	35	78.6	88.2
Endonezya	47.9	63.7	118	51	75.6	>99
Filipinler	57.2	66.5	71	39	>99	>99
Vietnam	49.4	67.5	111	42	-	91

Kaynak: DB, 1998

Tablo 2. Bazı Güney Asya ülkelerinde kriz öncesi dönemde kişi başı gelir ve yoksulluk sıklığı (1995)

Ülkeler	Kişi başı ulusal gelir (USD)	Mutlak Yoksulluk (%)	
		Kentsel	Kırsal
Güney Kore	8260	18	11
Tayland	2410	10	25
Filipinler	950	52	64
Endonezya	880	20	16
Laos	320	-	-
Vietnam	200	-	-

Kaynak: UNICEF, 1997.

gösteren yoksulluk, bu ülkeler için her zaman önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmüştür (Tablo 2). Bu ülkelerde hemen hepsinde yoksulluk oranlarındaki azalmalara karşın, eşitsizliğin sürdüğü hatta bazıları için arttığı gözlenmektedir (Tablo 3). Yoksullar özellikle kırsal yerleşimde, çiftçi ailelerinde ve eğitim düzeyi düşük kesimde yoğunlaşmaktadır **(DB, 1998).**

Kriz sürecinde işsizliğin yanı sıra yüksek enflasyon ve bunun sonucunda alım gücünün düşmesi, yaşam standartlarının kötüleşmesi temel sorunlardır. Endonezya'da enflasyon 1990-96 arasında ortalama %8.8 iken 1998'te %57.6 olmuş, Güney Kore'de %6'dan %7.5'e, Tayland'da %5'ten %8.1'e yükselmiştir **(UN, 2002).** Tablo 4'te 1998'de bu ülkelerde ücretlerdeki gösterilmektedir.

Ekonomik krizin bu ülkelerin sağlık sistemleri üzerine etkilerine bakıldığında, ortaya çıkan sorunların çoğunluk kriz öncesi durum ile ilişkili olduğu görülmektedir. Kriz öncesinde kamu sağlık hizmetlerinin kullanımının Endonezya ve Laos'ta düşük düzeyde, Filipinler ve Vietnam'da giderek azalmakta ve Tayland'da yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Tayland'da %5.3, Vietnam'da %5.2, Laos'ta %2.6, Filipinler'de %2.4 ve Endonezya'da %1.8 idi. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH oranına bakıldığında da benzer bir tablo vardı: Tayland'da %1.4, Laos'ta %1.3, Filipinler'de %1.3, Vietnam'da %1.1 ve Endonezya'da %0.6 idi. Tayland, Endonezya ve Vietnam'da özel sağlık hizmetleri oldukça güçlü idi **(AusAID, 2000).**

Endonezya

1997 yılında yaşanan ekonomik kriz sonucu toplam sekiz milyon kişi işten çıkartılmış, bir sonraki yılda GSMH'da %13 gerileme, imalat sanayinde %34 küçülme, enflasyon oranında ciddi bir artışa neden olmuştur. 1997'de %4.7 olan işsizlik oranı, ertesi yıl biraz artarak %5.4 olmuştur. Ekonomik krizlerin en yıkıcı etkilerinden biri olan işsizliğin Endonezya'da diğer Asya ülkelerine göre daha az artış göstermesi,

Tablo 3. Doğu Asya ülkelerinde Gini Katsayıs ile ölçülen eşitsizlikteki değişim

Ülkeler	Dönem	İlk yıl	Son yıl	Değişim
Tayvan	1985-95	29.0	31.7	↑
Tayland	1975-92	36.4	46.2	↑
Filipinler	1985-94	41.0	42.9	↑
Güney Kore	1970-88	33.3	33.6	↔
Endonezya	1970-95	34.9	34.2	↔
Malezya	1973-95	50.1	48.5	↓

Kaynak: Dünya Bankası, 1998.

Tablo 4. Ücretlerdeki değişim (1996-1998) (%)

Ülkeler	1996	1997	1998
Endonezya	6.6	4.2	-37.8
Tayland	2.3	-1.4	-7.4
Kore Cumhuriyeti	6.8	4.3	-5.7

Kaynak: UNICEF, 1997.

işgücünün esnek yapısı ile açıklanmaktadır **(Koyuncu, 2004)**. Krizden en fazla etkilenen sektörler olan imalat ve inşaat sektöründen işçilerin çoğunlukla tarım ve enformal sektörlerine kaydığı gözlenmiştir. Önemli oranda denizaşırı çalışanı olan Endonezya'da krizin etkisi ile Malezya ve Kore Cumhuriyeti'nden 'tersine göç' olduğu da bildirilmektedir **(UN, 2002)**.

Krizin ortaya çıkması ile yoksulluk oranı %19'dan %39'a çıkmasına karşın Gini katsayısına göre değerlendirilen gelir eşitsizliği azalmış görünmektedir. Bu tezat durum, krizin daha yüksek gelir düzeyindekileri etkilemiş olduğu ve eşitsizlik hesabının tüketim harcamaları üzerinden yapılması sonucu yanıltıcı bir sonuç ortaya çıkması biçiminde iki farklı biçimde açıklanmaktadır **(Koyuncu, 2004)**. Hesaplama yöntemi tartışmalı olsa da, yine bu sonuçların ortaya çıkardığı gerçek kırsal kesimde yaşayanlarda, eşitsizliğin artmasıdır. Kırsal bölgede tarımda çalışanların ücretlerinde azalma olduğu, kriz öncesi %11.3 olan yoksulluğun kriz sonrasında %18-20 düzeyine çıktığı bildirilmektedir **(Waters, 2003)**. Yine yapılan hesaplamalar, krizin etkisinin yoksul kesimlere oldukça büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Tablonun bütününe bakıldığında kentlerdeki yoksulların ve kırsal kesimde yaşayanların krizden en fazla etkilenen gruplar olduğu görülmektedir **(WHO, 1998a)**.

Krizin Endonezya'daki toplumsal etkilerinden biri, yoksullaşan ailelerin çocuklarını okuldan almaları olarak karşımıza çıkmaktadır. 1997-98 yılları arasında ilköğretim okullaşma oranı %1 azalırken, ortaöğretim için bu rakam %14'e çıkmaktadır **(Marshall, 1998)**. Bu durum beklendiği gibi yoksullar arasında yaygındır. En yoksul %20'lik gelir grubunda ilköğretim düzeyinde okulu terk oranı 1997'de %1.3 iken bir sonraki yıl %6.2'ye çıkmıştır **(Koyuncu, 2004)**. Çocukların çalışmak için okuldan ayrıldığı gözlenmiş olmasına karşın, çocuk işçilerin sayısına ilişkin bir sayıya ulaşılamamıştır.

Endonezya eskiden beri yoksulluğun ve açlığın yaygın olduğu bir ülke olmuştur. Kriz öncesindeki yıllarda beş yaş altı çocukların üçte biri ila yarısının malnütrisyonlu olduğu bildirilmektedir **(UNICEF, 1999)**. 1997/98 krizinde artan işsizlik ve yoksulluk, alım gücünün hızla azalması toplumdaki beslenme sorunlarının da artmasına neden olmuştur. Ağustos 1997 ile Şubat 1998 arasında Endonezya'da en temel besin olan pirincin fiyatı %50 artmıştır **(Waters, 2003)**. Hükümet kriz sonrası uygulamaya koyduğu sosyal yardım programlarında, bir önceki yıl 25 milyar rupi olan beslenme harcamalarını arttırarak 54 milyar rupiye çıkarmıştır **(Sadaah, 1999)**. Çocuklar ve üreme çağındaki kadınlar arasında özellikle vitamin A eksikliği olmak üzere beslenme sorunlarında ve en yoksul kesimdeki kadınlar arasında beden-kitle indeksi üzerinden zayıflık sıklığında artış gözlenmiştir **(AusAID, 2000)**.

Sağlık harcamalarına bakıldığında, GSMH içinde sağlık harcamaları 1997'den 1998'e gelindiğinde azalırken, hükümet bütçesi içinde sağlık harcamaları %3.1'den %3.5'e yükseltilmiştir **(Koyuncu, 2004)**. Toplam sağlık harcaması 1997/98 mali yılında %7, 1998/99 döneminde ise %16 azalmıştır. 1998/99 döneminde kamu sağlık harcamalarındaki azalmanın %13'lük rakam ile toplam sağlık harcamasından daha az oranda gerçekleşmesi, özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları arasındaki payının azaldığını düşündürmektedir **(Sadaah, 1999; Waters, 2003)**. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçe ile gerçekleşen harcamaların arasındaki fark kriz sonrası artmıştır. 1994-1997 yılları arasında bu fark %10 iken 1998-1999'a gelindiğinde %32 olmuştur **(Sadaah, 1999)**.

Kriz sonrası sağlık bölgelerinin bütçelerinin azalması, koruyucu program bütçelerinin kesintisi ile sonuçlanmıştır **(WHO, 1998a)**. Merkezi hükümetin bulaşıcı hastalık kontrolü için yaptığı harcama 1997/98 yılında 158 milyar rupi iken 1998/99 yılında 88 milyar rupiye düşmüştür **(Sadaah, 1999)**. Kriz öncesinde de yüksek kapsama sahip olan aşılama oranları kriz döneminde etkilenmemiştir **(AusAID, 2000)**.

Sağlık hizmetlerinin kullanımı açısında Endonezya'da ortaya çıkan özellik, hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarının kullanımının azalması, bunun yerine kendi kendine tedavinin artışıdır. Endonezya'da geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin kullanımı azdır. Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin kullanımı hemen hemen birbirine benzer olmakla birlikte kriz sonrasında kamu sağlık hizmetlerinin kullanımının daha fazla azaldığı gözlenmiştir. Kriz sonrasında geleneksel tedavi yöntemlerinin kullanımında %75 artış görülmüştür. Sağlık hizmeti kullanımında azalma 15 yaş altında yetişkinlere göre daha fazladır (sırasıyla %6 ve %2). Kamuda ve çocuklarda hizmet kullanımının azaldığı bu tablo, büyümenin izlenmesi, aşılama ve beslenmenin desteklenmesi programlarının yürütüldüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki başvurulardaki azalmalar ile ilişkilidir **(AusAID, 2000)**. Ücretsiz olarak verilen bu koruyucu sağlık hizmetlerindeki azalma, moral faktörün negatif etkisini akla getirmektedir.

Krizin sağlık üzerine etkilerinden en yakıcı olan ilaç fiyatları üzerine olmuştur. Kriz olduğunda ilaç hammaddelerinin %80-90'nın ithal edilerek temin

edilmesi, ülkedeki ilaç üretiminde sorunların yaşanmasına ve sonucunda da bazı ilaç için kıtlık ve bazıları için ise fiyatların artış ortaya çıkmıştır. Kamu sağlık merkezlerinde tıbbı tedavinin maliyetinde %67 oranında gözlenen artışın, ilaç fiyatlarının artışından kaynaklandığı bildirilmektedir. Ayrıca bu dönemde kamudaki sağlık merkezlerinde antibiyotik, demir hapı, doğum kontrol hapı eksikliği yaşanmıştır **(Waters, 2003)**. Krizden sonraki dönemde 1997-99 yılları arasında ilaç harcamaları %363 oranında yani yaklaşık dört kat artış göstermiştir **(Sadaah, 1999)**.

Endonezya'da krizin en önemli özelliği yoksul kesimleri korumak amacıyla hükümet tarafından uygulanmaya konan önlemler paketidir. 'Sosyal güvenlik ağı' adı verilen pakette beslenme, istihdam, eğitim ve sağlık konularını kapsayan bu paketin uygulanması için Dünya Sağlık Örgütü teknik destek sağlamıştır **(WHO, 1998b)**. Programa bütçeden %5.6 oranında pay ayrılmıştır **(Koyuncu, 2004)**. Sağlık, ulusal öncelikli konu olarak tanımlanmış; yoksullar, yenidoğanlar ve bebekler, gebeler, yaşlılar, malnütrisyonlular, El Nino'dan etkilenenler, kronik hastalığı olanlar vb. yüksek riskli gruplar için hizmette öncelik tanınmıştır **(WHO 1998b)**.

Tayland

Tayland'a baktığımızda 1988-1993 yılları arasında hızlı bir ekonomik gelişme gösterdiği, 1995-96 yıllarında ulusal gelirde %8'lik bir azalma olduğu, Aralık 1997'de ise büyük bir devalüasyon ile ekonomik krize girdiği görülmektedir **(WHO, 1998a)**. 1997/98 ekonomik krizi sonucu iki milyon kişi işini kaybetmiştir **(UN, 2002)**. İşsizlik özellikle kentsel bölgedeki kadınları etkilemiştir. İşini kaybedenlerin %53'ü kadındı. 1998'de istihdam dışında kalan kadın yüzdesi %13.7'e ulaşmıştır **(UN, 2002)**. İşsizlik sonucu merkez kentlerden kırsal alana doğru göç başladığı bildirilmiştir **(WHO, 1998a; UN, 2002)**. İş kayıpları inşaat, imalat ve finansal hizmetlerde yoğunlaşırken, tarımda istihdam artmıştır. İşini kaybedenlerin bir kısmının köye dönüş yapmaları, kırsalda istihdamı arttırmış olmasına karşın 1997 Aralık ayında yaşanan büyük kuraklık bu beklentileri hayal kırıklığına dönüştürmüştür. Yaşanan kuraklıktan 712.831 köy ve 7.7 milyon nüfus etkilenmiştir **(WHO, 1998a)**.

Tüm gelir gruplarında gıda harcamasının oran olarak arttığı, ancak en fazla artışın en yoksul %10'luk grupta olduğu bildirilmektedir. Kriz sonrası yoksulların toplam tüketimlerinin %55'ini gıda harcaması oluşturur hale gelmiştir **(Tangcharoensathien, 2000)**. Krizin beslenme düzeyi üzerine olumsuz etkilerine bakıldığında ise, gebelik döneminde nütrisyonel aneminin artışı dışında bir etkilenme gözlenmemiştir **(AusAID, 2000)**.

Tayland'da 1996'da 6.9 milyon olan yoksul sayısı 1998'de 7.9 milyona çıkmıştır. Yoksulların %46'sı gelirinin %80'inden fazlasını kaybeden marjinal yoksullardır. Ülke genelinde Aralık 1997'de yapılan bir araştırmaya göre; işten çıkarılan işçiler ve borcunu ödeyemeyenler arasında stresin arttığı, intihar düşüncesinin ikiye katlandığı saptanmıştır. İşsizlik nedeniyle 45 bin çocuk okulu terk ederek eğitimden ayrılmıştır **(WHO, 1998a)**. Aralık 1997'den sonraki bir yıllık süre içinde işsizlerin borçlu olma yüzdesi %28'den %49'a çıkmıştır **(Tangcharoensathien, 2000)**.

Kriz öncesinde özel hastanelere başvuranların büyük bir kısmının kamu hastanelerine yönelmesi ile kamu hastanelerinde eskiden beri var olan sorunların arttığı bildirilmiştir **(WHO, 1998a)**. Krizi ertesinde "düşük maliyetle iyi sağlık" adı verilen paketin uygulamaya konulması, Hükümetin krizin toplumdaki etkilerini azaltabilmek için aldığı önlemlerden biridir. Bu uygulamaya göre toplumda yüksek riskli gruplara temel sağlık hizmetlerinin sağlanması hedeflenmekteydi **(WHO, 1998a)**. Daha sonra, 2002 yılında, Ulusal Sağlık Güvencesi Kurumu kurularak herkesi kapsayan bir sosyal sigorta uygulamasına geçildiği, bu anlamda kamunun sağlık hizmetlerine harcadığı payın azaltıldığı görülmektedir **(Towse, 2004)**.

Krizin ardından kişilerin sağlık harcaması 1996 yılına göre %41 oranında azalmıştır, bu azalma kırsal kesimde %46, kentsel kesimde ise %35 olmuştur. Sağlık harcamaları yoksullarda %13 azalırken, orta ve üst tabakalarda %29 azalmıştır **(AusAID, 2000)**. Bu tablonun ortaya çıkmasında, orta ve üst sosyoekonomik tabakalarda "kemer sıkma" uygulaması olarak özel sağlık hizmetlerinden kamu sağlık hizmetlerine kayması yanında yoksulların gelirlerinin daha büyük bir bölümünü sağlık için harcadıkları gerçeği etkili olmuştur **(Tangcharoensathien, 2000)**. Yoksullar arasında sağlık harcamasının hanenin toplam gelirine oranının daha büyük olması doğal bir sonuçtur. Tayland için bu dönemde en yoksulların gelirinin %10'unu, zenginlerin ise %2'sini sağlık hizmeti için harcadıkları bildirilmiştir **(WHO, 1998a)**.

Toplumda yoksulların artışı, devletin düşük gelirliler için verdiği sağlık kartlarının da artışına neden olmuştur. Ayrıca bu sağlık kartlarının sahiplerinin kamu sağlık kuruluşlarına ayaktan başvurularının da büyük bir artış gösterdiği bildirilmiştir **(AusAID, 2000)**.

Krizin ortaya çıkmasından sonra, Sağlık Bakanlığı'nın bütçe payı bir miktar arttırılmış olmasına karşın (1997'de %7.1; 1998'te %7.5), bütçenin daralması nedeniyle bütçenin bir önceki yıla göre %10 daha az olduğu görülmektedir **(AusAID, 2000)**. Bununla birlikte yoksullar için uygulanan şemaya aktarılan pay %12 oranında arttırılmıştır **(WHO, 1998a)**. Sağlık Bakanlığı bütçesindeki azalma, en fazla sağlığın geliştirilmesi programlarını etkilemiş, bu programlar için ayrılan bütçe %54 oranında bir azaltılmıştır **(AusAID, 2000)**. Örneğin üreme sağlığı

bütçesi %12.2 azaltılmıştır. Sıtma kontrolünde çalışanların başka görevlere verilmesi şeklindeki bir düzenleme ile olgu sürveyansı, vektör sürveyansı ve kontrolü çalışmaları aksamıştır. Bunun sonucunda 1996'da 145.000 olan sıtma olgusu, 1997'de 166.000'e ve 1998'te 192.000'e çıkmıştır **(Tangcharoensathien, 2000).**

1990'ların başından itibaren gelişen özel sağlık sektörü ekonomik krizden ciddi bir şekilde etkilenmiş, özel hastanelere olan talep azalmış, bu hastanelerde yatak kapasitesi %40 oranında azaltılmıştır **(Tangcharoensathien, 2000).** 1998 yılının Nisan ayında Hükümet'in devlet memurlarının özel hastanelerden hizmet satın almayı sona erdirmesi de bu azalmada etkili olmuştur **(AusAID, 2000).**

Ulusal para biriminin değer kaybetmesi en fazla ilaç üzerine etkili olmuştur. İlaç fiyatlarında artış nedeniyle temel olmayan ilaçlar için katkı payı uygulaması başlatılmıştır. Benzer şekilde hastanede kalış süresini azaltmak için, yatan hastalarda geri ödeme sistemine geçilmiştir **(WHO, 1998a).** Gerek bu yüzden gerekse ilaç fiyatlarındaki artış nedeniyle yatarak tedavi masrafları artmıştır, bu hastaların yatış sürelerini kısaltmak istemeleri ile sonuçlanmıştır **(Tangcharoensathien, 2000).**

Tedavi süreçlerinde artan cepten ödemenin diğer bir sonucu, kişilerin kendi kendilerini tedavi yoluna gitmeleridir. Bu gerek geleneksel yollara yönelme gerek ise doğrudan eczaneden ilaç alma şeklinde gözlenmiştir **(AusAID, 2000).** 'Kendi kendine tedavi' başlığında toplanan bu uygulamalar için yapılan sağlık harcaması toplumun en yoksul kesiminde %30'lara ulaşmaktaydı **(Tangcharoensathien, 2000).**

Sağlık Bakanlığı, doğum kontrol ilaçları için ayırdığı bütçeyi 1998 yılında yaklaşık üçte bir (%33.5) oranında azaltmasına karşın, ilaç fiyatlarındaki artış sonucu gerçekleşen harcama miktarı önceki yıla göre %19.2 oranında fazla olmuştur **(AusAID, 2000).**

Güney Kore

Güney Kore'de 1989-1997 arasında %2.2 civarında seyreden işsizlik oranı, krizin ardından 1998'te %6.8'e, 1999'un ilk çeyreğinde %8.4'e yükselmiştir **(UN, 2002).** En fazla imalat ve inşaat sektörlerinde işsizlik olmuştur. Kriz sonrasını ifade eden 1998 yılında, ortalama hanehalkı geliri 1994 yılı ile neredeyse aynı düzeye inmiştir. Daha çarpıcı olan, en yoksul %10'luk gelir dilimindeki ortalama gelir 1994 yılına göre %81 oranında azalmışken, en üst dilimde gelir artarak %111'i olmuştur. Bu rakamlar yaşanan ekonomik kriz ile Kore ekonomisinin dört yıl geriye gitmesinin yanında toplumda gelir eşitsizliğinin derinleştiğini de ifade etmektedir. 1997 yılında ortaya çıkan krize kadar toplumda her gelir dilimi kendi içinde benzer oranlarda büyürken, 1998'de eşitsizlik kendini göstermiş, en yoksul %10'luk kesimde değişim diğer katmanlara göre daha dramatik olmuştur. 1997 ile 1998 arasında en zengin %10'luk gelir dilimindekilerin gelirinde %3'lük bir azalma gözlenirken en yoksul %10'luk grupta gelirin %30 oranında azaldığı bildirilmektedir. Gelir açısından ortalamanın altında kalanlarda (beşinci %10'luk dilim ve altındakiler) anlamlı bir azalma varken, ortalamanın üstünde olan gruplarda ise gelir 1994 düzeyinde kalmıştır **(Yang, 2001).** Özetle, krizden sonra toplumun tüm kesimleri yoksullaşırken en fazla etkilenen zaten yoksul olanlar olmuştur.

Hanehalkı araştırmalarına göre, hane geliri 1998'te ortalama %13.2 oranında azalırken, giderleri %16 azalmıştır **(Yang, 2001).** Gelirden çok giderin azalması, toplumun tüketimini kıstığı yani hane düzeyinde "kemer sıkma" uygulaması yaptıklarını göstermektedir.

Kore'de 1998-2000 yıllarında gerçekleştirilen sağlık reformu ile Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu kurulmuş ve sağlık sisteminin finansmanında zorunlu sağlık sigortasına geçilmiştir. Bu reform ile aynı zamanda finansman ve hizmetin sunumu ayrılarak, hizmet sunumu özel sektöre devredilmiştir **(Kwon, 2002).** 1998'de gelir temelinde başlatılan zorunlu sağlık sigortası nüfusun %97'sini kapsamaktadır. Sanayide çalışanların işten ayrılmalarından sonraki bir yıl sağlık hizmetlerinden yararlanmak hakları vardır. Kore sağlık sistemi, sınırlı kapsam ve yüksek katkı payı oranları nedeniyle doğrudan ödemelerin fazla olduğu bir ülkedir. 1998'te sağlık harcamalarının ortalama %42'si cepten harcanmıştır. Özel sektör hizmet sunumunda önemli bir role sahip olup 1996 yılında tüm hastane yataklarının %87'si özel sektöre aitti **(Kim, 2003).**

Ekonomik krizden sonra bazı vakaların hizmeti kullanmaktan vazgeçmesi ya da daha farklı seçeneklere yönelmesi beklenmesine karşın sağlık hizmetlerinin kullanımında azalma gözlenmemiştir. Hanehalkı gelirinde ortalama %17'lik bir azalma olmasına karşın büyük hastanelerde yatan hasta oranları aynı düzeyde kalmış hatta ayaktan başvurularda 1997-98 arası %10 artış olmuştur. Özel sektöre ait klinikler ve küçük/orta hastanelerdeki sağlık hizmet kullanımının ise azaldığını belirtilmiştir **(Yang, 2001).**

Krizin sağlık hizmetleri üzerine etkileri açısından Kore'de ortaya çıkan önemli bir bulgu hasta başına ödenen faturanın artışıdır. Sigorta kurumunun verilerine göre başvurular %110 artarken sağlık harcamalarındaki artış %130 olmuştur. Bu durum hastaların ertelenmiş talepleri ile ilişkilendirilmiştir **(Yang, 2001).** Bu dönem aynı zamanda reform dönemi olduğu için sağlık harcamalarında kısıtlamaların olmadığı, diğer yandan sigortanın kapsadığı nüfusun da geniş olmadığı bir dönemdir. 1998 yılında Türkiye'dekine benzer biçimde işçi sigortaları kurumu üzerinden başlatılan zorunlu sağlık sigortası uygulamasının ilk dönemlerinde primini eksiksiz ödemiş vatandaşların hizmetten daha çok yararlandığı

ortaya çıkmaktadır. Nitekim sadece sigortalıların değil toplumun düşük gelir düzeyine sahip olan kesimlerinin de yararlandığı devlet hastanelerine, Ocak 1998'teki başvuruların, kriz öncesi ile karşılaştırıldığında, yatan hastalar için %18.7, ayaktan tedavi için %16 azaldığı bildirilmiştir **(Kim, 2003).**

Ekonomik krizin sağlık hizmetleri üzerine diğer etkisi sağlık hizmeti kullanma olanağı olanlar arasında (gerek prim gerekse cepten ödeme ile), sağlık hizmeti talebinin kamusal kuruluşlara kaymasıdır. Ekonomik kriz sonrası kamu kuruluşlarına tedavi amaçlı ayaktan başvurularda anlamlı bir artış olduğu, hem kırsal hem de kentsel yerleşimi kapsayan dört merkezde yapılan incelemede bu artışın %40 olduğunu göstermiştir. Toplumun kriz sonrası dönemde halk sağlığı merkezlerini tercih etmedeki en büyük nedeni daha ucuz olmalarıdır, örneğin kronik hastalar için fiyatlar beşte bir, çocukluk aşıları için üçte biri oranında daha düşük olduğu bildirilmektedir **(Yang, 2001).**

1995 ve 1998 yıllarında yapılan Ulusal Sağlık Araştırması'ndan elde edilen sonuçlara göre, toplumda sağlık düzeyi kötüleşmiş, toplam morbidite hızı 2.8 kat artmıştır. Bu artış akut hastalıklarda 2.2, kronik hastalıklarda ise 1.9 kat olmuştur. Hastalık temelinde incelendiğinde, mental hastalıklar, davranış bozuklukları, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon ve yaralanmaların morbiditesinde artış saptanmıştır **(Kim, 2003).**

Khang ve arkadaşların ekonomik kriz öncesi ve sonrasındaki mortaliteyi inceleyen araştırmasında ise bu dönemde trafik kazalarına bağlı ölümlerin 15 yaş altı ve 15-34 yaş gruplarında yaklaşık üçte bir oranında azaldığı, söz konusu azalmanın da bu yaş gruplarındaki toplam mortalitede yansıdığı bildirilmiştir **(Khang, 2005).** Kriz sonrasın kara taşıtlarının yakıtlarının otomobiller için %36, ağır taşıtlar için %65 artmasının, trafik kazalarındaki bu azalmada etkili olabileceği belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, 15-64 yaş arasında intihar oranlarında hem kadınlar hem de erkekler arasında bir artış saptanmıştır. Krizin ertesinde, cinayete bağlı ölümlerin kadınlarda 15-34 yaş grubunda %14, 35-64 yaş grubunda %30, erkeklerde ise 35-64 yaş grubun %14 oranında artması da dikkat çekici diğer bir bulgudur. Cinayete bağlı ölümlerde ortaya çıkan bu artış 2000 yılına gelindiğinde eski düzeyine gerilemiştir **(Khang, 2005).**

Krizin en ciddi etkisi ilaç tüketimi üzerine olmuştur. İlaç tüketimi 1998'te 1994'e göre %68 oranında azalmıştır. Yukarıda da bahsedildiği gibi sağlık hizmeti harcamaları %110 artarken ilaç tüketiminin azalmasında; ilaç kullanımına hekimin değil hastanın karar vermesinin dolayısıyla reçete edilen ilaçları almamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan ekonomik krizin ilaç harcamaları ve sağlık hizmeti harcamaları ile ilgili etkisi en fazla yoksullar üzerinde olmuştur. Kore toplumunda vitamin, bitkisel ilaçlar, diyet ilaveleri vb sık kullanan bir toplum olarak, temel olmayan eşya ya da hizmetlerin kullanımının azaltıldığı gibi temel olmayan ilaçların da tüketiminin azaldığı düşünülmektedir **(Yang, 2001).**

Kendi hesabına çalışanlar için de hem ilaç harcamaları hem de sağlık hizmeti harcamalarında dramatik bir azalma olmuştur. Ayrıca işsizler 1998 yılında önceki yıla göre %24 daha az sağlık hizmeti almış, ilaç harcamaları da nerdeyse yarı yarıya azalmıştır (%40) **(Yang, 2001).**

Vietnam

Vietnam'ın kapalı ekonomisi Asya Krizi'nin erken etkilerinden görece olarak daha az etkilenmiştir. Vietnam ekonomisinin %70'inin diğer Asya ülkelerine bağımlı olması nedeniyle, 1998'in ilk yarısında ihracat %40 oranında azalmış, Vietnam'ın yerel parası (Dong) Amerikan Doları karşısında %11 değer kaybetmiştir. Krizden sonraki yıl ekonomik büyüme %8.8 oranında azalmıştır.

1990'ların başında sağlık harcamalarının %69'unun özel sektör payı olduğu ve tüm sosyal hizmetlerde özelleşmenin arttığı bir ortam söz konusu idi. Kriz sonrasında Hükümet'in sosyal harcamaları azaltması sağlık ve sosyal hizmetleri üzerine etkili olmuştur. Kriz sonrasında 1998'te Sağlık Bakanlığı bütçesinde %10'luk kesinti olmuştur. Bu kesinti, kişi başı kamu sağlık harcamasında %2, sağlık bütçesinin GSYİH'ye oranında ise %20'lik bir azalmaya neden olmuştur. Sağlık bütçesine aktarılan dış yardımlarda ise az bir miktar artarak %19 olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesine katkı sağlayan hastane ödemelerinde 1997 yılına göre 1998'de %26 azalma olmuştur **(AusAID, 2000)**. Hastane katkılarının vatandaştan alınan cepten ödemeler olduğu göz önünde bulundurulursa, bu durumun kriz sonrasında tedavi hizmetlerine başvuran sayısının azalması ile ilişkili olduğunu ortaya çıkmaktadır. Nitekim 1993'ten 1997'ye gelindiğinde yatan hasta başvurularının dörtte bir azaldığı görülmektedir. Buna karşın 1998'te ayaktan başvurularda artış olduğu bildirilmektedir. Ayrıca uzun erimde hem kamu hem de özel sağlık hizmeti kullanımı yoksullar arasında azalmıştır **(AusAID, 2000).**

Koruyucu hizmetlere bakıldığında gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve doğum öncesi bakım izlemlerinde büyük bir değişiklik olmazken, gebelikte aşılama oranı azalmıştır. Çocukluk dönemi aşılamasında da BCG, DBT-3 ve polio-3 aşılarında çok küçük bir azalma olmuş, ancak aşılama oranları yine de %90'ların üzerinde kalmıştır **(AusAID, 2000).**

Laos Demokratik Halk Cumhuriyeti

Laos, Güney Asya'nın yoksul ülkelerinden diğeridir. Güney Asya Krizi'nin Laos ekonomisi üzerine etkisinde, bu ülkenin diğer ülkelere bağımlılığı önemli olmuştur.

Laos'un ekonomisinde önemli bir yeri olan yabancı yatırımların (özellikle Tayland yatırımlarının) yarı yarıya (%48) azalması, ekonomide büyük bir çöküntü yaratmış, 1997 Krizinde Laos'un para birimi %70 değer kaybetmiş, 1999'a gelindiğinde enflasyon %150'lere ulaşmıştır. Ücretlerin hemen hemen sabit kalması ile alım gücü oldukça azalmıştır. Devlet hizmetinde çalışanların maaşları iki katına çıkartılmasına karşın, gelirleri özel sektör çalışanları ile karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmıştır. Ekonomiye giren dış yardımlar ve kredilerin 1998 yılında sırasıyla %27 ve %19 azaldığı bildirilmektedir **(AusAID, 2000).**

Kriz öncesinde nüfusun yaklaşık üçte birinin yetersiz beslendiği Laos'ta alım gücünün azalması ile beslenme sorunları daha da artmıştır. Yetersiz gıda alımı, ağır çalışma yükü ve sık doğumlar sonucunda kadınlardaki zayıflık sıklığı %15'e ulaşmıştır. Krizin beslenme üzerine etkisini ölçen özel bir çalışma olmamasına karşın 1996 ile 1999 arasında Laos'ta gıda fiyatları 5-10 kat artış olmasının, özellikle çocuklar üzerine etkileri olduğu beklenmelidir **(AusAID, 2000)**. Bebek ölümlerinde önemli bir rolü olan düşük doğum ağırlığı, yaklaşık her beş doğumdan birinde (%18) görülmektedir. Laos'ta çocukluk dönemi malnütrisyon sıklığı Güneydoğu Asya bölgesinin ortalamasının altında olmasına karşın, kriz sonrasında bodurluk %47, zayıflık %11 ve düşük kiloluk %12 olarak bildirilmektedir **(UNICEF, 2000).**

Kişi başı yıllık geliri 400 USD civarında olan Laos'ta, aşılama oranları kriz öncesi dönemde yeterli düzeyde olmamasına karşın, krizin yaşandığı yıllar itibariyle hafif bir azalma gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Laos'ta çocukluk döneminde 1996-1998 yılları arasında aşılama oranları

	1996	1997	1998
BCG	61	58	54
DBT3	58	60	52
OPV3	68	69	64
Kızamık (9-23 aylıklarda)	73	67	67

Kaynak: AusAID, 2000.

Devalüasyon sonucu 1997 yılında ilaç fiyatları etkilenmiş, temel ilaçlar yaklaşık iki katına çıkmıştır.

Filipinler

Filipinler, 1997 ekonomik krizinden görece az etkilenen bir ülke olmakla birlikte, aynı dönemde yaşanan El Nino Kasırga'nın da etkisi ile ekonomik çöküntü yaşayan bölge ülkelerinden biri olma özelliği göstermektedir **(DB, 1998)**. Ülkenin para biriminin 1998 yılında Amerikan Doları karşısında %62.4 oranında değer kaybetmesi sonrasında enflasyon %6'dan %12'ye çıkmıştır. Bu dönemde kamu gelirleri de azalmış, bu durum sağlık, beslenme ve sosyal hizmetleri etkilemiştir **(AusAID, 2000)**. Kriz döneminde bir milyon kişi işsizler ordusuna eklenmiştir **(DB, 1998).**

Kriz öncesinde %2-3 arasında seyreden sağlık için ayrılan pay kriz sonrası azalmıştır. 1996 yılında %89.9 olan tam aşılı çocuk oranının 1998'de %74.9'a düşmesi devletin sağlık bütçesinin azaltılması ile ilişkilendirilmektedir **(AusAID, 2000)**. Bu azalmadaki en büyük etken hepatit B aşısının maliyetinden dolayı alım yapılamamasıdır.

Güneydoğu Asya'nın en yüksek doğurganlık hızına sahip ülkesi olan Filipinlerde, kriz sonrası gebeliği önleyici yöntem kullanımı çok az azalarak benzer düzeyde kalmıştır **(AusAID, 2000; Utku, 2007)**. Bu durum, modern kontraseptif yöntemlerin büyük çoğunlukla kamu sağlık kuruluşlarından temin edilmesi ile ilişkili gibi görünmektedir. Benzer biçimde gebe izlemleri de krizden etkilenmemiştir.

Toplumda yetersiz beslenmeyle ilişli sorunların yaygın olduğu ülkede, beş yaşından küçük çocuklar arasında 1996 yılında %30.8 olan düşük kiloluluk sıklığı, 1998'de yeniden %32'e çıkmıştır. Bu hafif artışta, ekonomik krizin yanı sıra El Nino kasırgasının da etkisi olduğu düşünülmektedir **(Monsod, 2003).**

1999 yılında yapılan hanehalkı çalışmasında, 1997'de %7.9 olan hanenin sağlık için harcadığı payın, 1998'te %8.1'e yükseldiği saptanmıştır. Yapılan görüşmelerde kişiler, sağlık harcamasının kendileri için öncelikli olmadığını, ücretsiz ya da ucuz hizmet alabilecekleri, kamu sağlık kuruluşları hatta geleneksel sağaltıcıları tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Sonuç

Geçmişten beri yoksulluğun ve açlığın yaygın olduğu Güney Asya ülkelerinin 1997/1998 yılında yaşadıkları bölgesel kriz, Asya Mucizesi'ni nihayete ulaştırmıştır. Yıllarca ucuz emek pazarı olan bu ülkelerdeki 1997'de ortaya çıkan ekonomik kriz bir kez daha kapitalizmin acımasız kuralları gözler önüne sermiş, milyonlarca insanı işsiz ve aç bırakmıştır. 1997 ekonomik krizinin Güney Asya ülkelerindeki sonuçları, diğer ekonomik krizlerin sonuçlarından farksız olarak, işsizliğin arttığı, yoksulluğun ve eşitsizliklerin derinleştiği, orta gelir tabakaların kemer sıkarak yoksullaşmaya direnişi biçiminde gözlenmiştir. Krizin yaşandığı dönem, hemen tüm ülkeler için sağlık reformu sürecinin işlediği bir dönemdir. Sağlık ve beslenme sorunlarının arttığı bu dönemde, hem ilaç fiyatlarındaki artış hem de sağlık hizmetlerindeki katkı payları sağlık hizmeti kullanmanın önünde engel olmuştur. Herkese eşit ulaşan, koruyucu sağlık hizmetlerine değer verilen kamu sağlık hizmetlerine gereksinimin daha fazla hissedildiği bu dönemde, bölgeye gelen uluslararası finans örgütlerinin önerileri ile reformlar hızlanmıştır. Sağlık finansmanı reformu gibi bu düzenlemeler, Güney Asya ülkelerinin krizle başa çıkabilmek adına uyguladığı ekonomi politikalarının sonucudur ve krizlerin uzun erimde ortaya çıkan siyasal sonuçlarından birdir. Bir anda artan

işsiz ve yoksul nüfusun en temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek için sürekliliği olmayan, geçici sosyal yardımların devreye girmesi de bu siyasal sonuçlarla çelişkili değildir.

KAYNAKLAR

AusAID (2000) The Impact of the Asian Financial Crisis on the Health. Commissioned by the Australian Agency for International Development. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. Australia.

Dünya Bankası (DB) (1998). East Asia. Chapter 5: The Road the Recovery. World Bank.

Khang YH, Lynch J, Kaplan GA (2005). Impact of economic crisis on cause-spesific mortality in South Korea. Int J Epidemiol. 34: 1291-1301.

Kim H, Chung WJ Song YJ et al. (2003) Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. Bulletin of World Health Organisation. 81(8):567-72.

Koyuncu M, Şenses F (2004) Kısa dönem krizlerin sosyoekonomik etkileri: Türkiye, Endonezya ve Arjantin

Kwon HJ (2002) The Economic Crisis and the Politics of Welfare Reform in Korea. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Project on Social Policy and Development. Geneva.

Marshall K (1998). The Asian Crisis: Social Implications and The Agenda Ahead. Regional Conference on "Social Implications of Asian Financal Crisis". July 29-31, Seoul, Korea,

Monsod SC, Monsod TC (2003) Philippines: Case Study on Human Development Progress Towards the MDG at the Sub-National Level. United Nations Development Program. Human Development Report Office. Manila.

Sadaah F, Leberman S, Juwone M (1999) Indonesian Health Expenditures during the Crisis: Have they been protected? East Asia and the Pasific Region. Watching Brief.

Siddiqi A., Hertzman C. (2001) Economic growth, income equality and population health among the Asian Tigers. Int J Health Serv. 31: 2;323-333.

Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V. (2000) Health impacts of rapid economic changes in Thailand. Soc Sci Med. 51:789-807

Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. (2004) Learning from Thailand's health reforms. BMJ. 328:103-105

UNICEF (1997) The State of the World's Children 1997.

UNICEF (2000) The State of the World's Children 2000.

United Nations (UN) (2002) Chapter 1: Social Impact of the Asian Economic Crisis. İçinde: Protecting Marginalized Groups During Economic Downturns: Lessons from the Asian Experience. Economic and Social Commission for Asia and Pasific.

Utku MA (2007) Filipinler'de Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim. 22:39-44.

Waters H, Saadah F, Pradhan M (2003) The impact of the 1997-1998 East Asian economic crisis on health and health care in Indenesia. Health Policy Plan. 18(2):172-181.

WHO (1998a) Health Implications of the Economic Crisis in the South-East Asia Region. Report of Regional Consultation Bangkok, Thailand, 23-25 March 1998" WHO Regional Office for South-East Asia. SEA/Econ/15. New Delhi. S: 3-4

WHO (1998b). Regional Health Forum WHO South-East Asia Region. http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1351/Section1683_7189.htm#Crisis

Yang B-M, Prescott N, Bae E-Y. (2001)The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. Health Policy Plan. 16 (4):372-85