

ÇEVİRİ

EŞİTLİK VE SAĞLIK SEKTÖRÜ REFORMLARI: DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKELER MEDİKAL YOKSULLUK TUZAĞINDAN KAÇABİLİR Mİ ?*

Margaret Whitehead, Göran Dahlgren, Timothy Evans *
Çeviren: Mediha KARA**, İlker BELEK***

Geçmiş 20 yıllık dönemde piyasa yönelimli uluslararası sağlık reform akımları kuzeyden güneye ve batıdan doğu yarımküreye doğru hızla yayılmaktadır. Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından sağlık hizmeti üreticilerin özelleştirilmesi ve kamu kurumlarında kullanıcı ödentileri (user fees) aracılığıyla özel finansmanın artırılması savunulmaktadır. Ayrıca kamu hizmetlerinin yabancı yatırımcılara ve piyasalara açılmasını hedefleyen ticari eğilimler, Dünya Ticaret Örgütü tarafından artan şekilde desteklenmektedir (Price, D. et al.; 1999:1889-92, Pollock, A., Price, D.;2000:1995-2000, Anon.;2000:1941). Bu politika, özellikle kuzey yarımküredeki zengin ve endüstrileşmiş ülkelerde, sağlık ve eğitim sektörlerinde özel operatörlerin kamu finansmanının yerini almasının yolunu açabilir (Pollock, A., Price, D.; 2000: 1995-2000).

Kamu hizmetlerini zayıflatacak bu tür girişimler, Avrupa ve Kanada gibi iyi gelişmiş sosyal refah sistemlerinde eşitliğe açık bir tehdit oluştursalar da, diğer gelişmeler orta ve düşük gelirli ülkelerin kırılgan sistemleri için daha acil tehditler oluşturmaktadır. Bu eğilimlerden ikisi; kamu hizmetleri için kullanıcı ödentilerinin alınması ve özel hizmetler için cepten harcamalardaki artış, eğer birlikte etki ederlerse, büyük bir yoksulluk tuzağı oluşturabilirler.

* *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001; 358 : 833-36'da yayınlanmıştır.*

** Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

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

Kamu Hizmetlerinin Özel Finansmanı (Private finance for public services)

Kamu hizmetleri için kullanıcı ödentilerinin alınmaya başlanması, Dünya Bankası'nın 1987 tarihli politika dökümanlarının yayınlanmasından beri, gelişmekte olan birçok ülkede yerleşmiştir (Akin, J. et al.;1987). Bu strateji, borçlu ülkeler için oluşturulmuş, genel makroekonomik yapısal düzenleme programlarının bir unsuru haline gelen sağlık politika paketinin bir parçasıydı (Sen, K. Koivusalo, M.;1998:199-215). Dünya Bankası'nın bu stratejisi, Kenya ve Uganda'da olduğu gibi, uluslararası kuruluşlardan yardım ve borç alabilmenin koşulu olarak kullanıcı ödentilerinin uygulanması yoluyla dayatılmaktadır.

Kamuya ait sağlık hizmetlerinin özel finansmanı Çin ve Vietnam gibi ekonomik büyüme hızları yüksek ve sabit ülkelerde de artmaktadır. Özelleştirme ile halkın sağlık hizmetine ilişkin takdirinin artacağı, aşırı kullanımın önleneyeceği, (Akin, J. et al.; 1987) hizmet kalitesini artırmak isteyen sağlık hizmeti üreticilerine finansal olanaklar sağlanacağı iddia edilmektedir

Sağlık hizmetindeki bu tür özelleştirme politikaları ileri derecede regresiftir, çünkü risk havuzunu azaltır ve sağlık maliyeti, direk olarak, sağlıklı bireylerden çok, muhtemelen daha yoksul, çocuk ve yaşlılardan oluşan hastalar üzerine binmiş olur. Dünya Bankası'nın karşı görüşü, kullanıcı ödentilerinden elde edilecek gelirlerin sağlık bakımından en az derecede yararlanabilecekleri sübvansane etmek için kullanılacağı şeklindedir (Shaw, P.,

Griffin, C.; 1995). Temel sağlık hizmetlerinin parasını karşılayamayacak olan yoksul insanların bu zorlukları aşmaları için istisna projeler üretildi. 1990'larda Dünya Bankası, kullanıcı ödentisi politikasının, daha yoksul grupların temel sağlık hizmetlerini kullanmalarını ve yararlanmalarını artıracığını öngörmüştür (**Shaw, P., Griffin, C.; 1995**). O halde gelişmekte olan ülkelerde bu politikayla ilgili yaygın hoşnutsuzluğun nedeni nedir? Yanıt, tahminlerden ziyade, ailelerin ve toplulukların deneyimlerimde, gerçeklerde yatmaktadır.

Özel Hizmetler İçin Cepten Harcamalar (Out-of-pocket expenses for private services)

Kamu sektöründe kullanıcı ödentilerinin etkisini güçlendiren ikinci eğilim, özel tıbbi uygulamalardaki artış ve özel eczanelerdeki patlayıcı büyümedir (**Paphassarang, C. et al.; 1995: 433-35**). Gelişmekte olan ülkelerde ilaçlar toplam sağlık harcamalarının % 30-50'sidir. Piyasa ekonomilerinde ise bu oran %15'in altındadır (**Velasquez, G. et al.;1998**). Özellikle Afrika ve Asya'daki özel ilaç satıcıları profesyonel hizmetlere maddi gücü yetmeyen yoksul insanlara hizmet ederler. Uygun niteliklere sahip olmayan bu satıcılar, emredilen düzenlemelere uyum göstermezler. Çin ve Hindistan'da neredeyse her köşede ilaç satıcıları vardır (**Kamat, V. et al.;1998:779-94**). Profesyonel sağlık hizmetlerine sınırlı ulaşım yalnızca sağlıksız ve irrasyonel ilaç kullanımına yol açmaz, aynı zamanda, özellikle yoksullar arasında kıt finansal kaynakların boşa harcanmasına da neden olur.

Medikal Yoksulluk Tuzağı (Medical poverty trap)

Bu stratejilerin dayandırıldığı olumlu beklentilerle desteklenmemiştir. Bu politikaların etkileriyle ilgili ampirik çalışmaların sonuçları ciddi olumsuz sonuçlara işaret etmektedir (**Tippling, G.;2000, Creese, A., Kutzin, J.;1995**). Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi aileleri yoksulluğa sürüklemekte ve zaten yoksul olanların yoksulluğunu artırmaktadır. Medikal yoksulluk tuzağı olarak bilinen bu durumun boyutları ulusal hane halkı araştırmalarıyla ve yoksulluğu azaltmayı hedefleyen katılımcı çalışmalarla ortaya konmaktadır (**Tippling, G.;2000, Fu, W. ;1999, Segall, M. et al.; 2000, World Bank; 1999, Nahar, S., Costello, A.;1998:417-22**). Ana etkiler 4 kategoriye ayrılır.

a) Tedavi Edilmemiş Hastalık (Untreated morbidity)

En ciddi etkiler, sağlık hizmetlerine maddi gücü yetmediği ve hastalıkları tedavi edilmediği için hizmetten yoksun bırakılan insanlar tarafından hissedilir. Böyle insanların sağlığı daha da bozulma riski altındadır. Karayipler'de hasta olduğu bilinen insanların %14-20'si tedavi ve ulaşım için gerekli fonlardan yoksun olduklarından sağlık hizmeti alamamışlardır (**Theodore, K.; 1999**). Kırgız Cumhuriyeti'nde hastaneye sevk edilmiş hastaların yarısından fazlası hastane maliyetlerini ödeme gücü olmadığı için hastaneye kabul edilmemiştir (**World Bank; 1999**). Hindistan'da, bazı kırsal alanlarda hastalığı olan insanların %17'si sağlık hizmetini araştırmamıştır ve bunun

%25'ten fazlasının nedeni finansaldır (**Iyer, A., Sen, G.;2000**).

Yoksullar arasında tedavi edilmemiş hastalık olguları, yalnızca ciddi ekonomik sorunları olan ülkelerde değil, aynı zamanda yüksek ve sabit ekonomik gelişmesi olan ülkelerde de saptanmaktadır. Örneğin, kırsal Çin'de temel hizmetlere ulaşımındaki artış çok meşhurdu. Ancak yıllık yaklaşık %10'luk ekonomik büyüme oranına karşın, bu son 20 yılda dramatik biçimde azaldı. Kırsal Çin'de yapılan hane halkı araştırmalarında, geçmişte hastalığı olan insanların %35-40'ının ana neden olarak finansal güçlüklerden dolayı sağlık hizmetini araştırmadığı bildirilmektedir (**Fu, W. ;1999, Hao, Y. et al.;1997:28**). Bir hekim tarafından hastaneye sevk edilen hastaların %60'ı ise, yüksek kullanıcı fiyatlarını karşılayamayacaklarını bildikleri için hastaneye hiç bağlantı kurmamışlardır (**Fu, W. ;1999**). Tedavi edilmemiş hastalığın bireylere ve topluma maliyeti potansiyel olarak tahir edicidir.

b) Sağlık hizmeti kullanımında azalma (Reduced access to care)

Yüksek kullanıcı ödentilerinin uygulanması sağlık hizmetine ulaşmada rastgele azalmaya neden olmuştur. Sosyal Gelişime İlişkin Birleşmiş Milletler Araştırma Enstitüsü kullanıcı ödentilerine ilişkin deneyimleri yakınlarında özetlemiştir. Yerel toplumdan gelir elde etmek amacıyla önerilen tüm önlemler muhtemelen en akılsızca olanlardır. 39 gelişmekte olan ülkeye ait bir çalışmada, kullanıcı ödentilerinin, düşük gelirli olanların temel hizmetlere ulaşımını belirgin derecede azaltırken, gelirleri çok hafif derecede artırabildiği ortaya konulmuştur. Diğer çalışmalar ücretlerin cinsiyet eşitsizliğini artırdığını göstermiştir (**United Nations Research Institute for Social Development; 2000**). Yoksul insanlar parasal sıkıntılardan dolayı acil bir durum oluşuncaya kadar sağlık hizmetini ertelerler (**Tippling, G.;2000**). Bu erteleme onları sağlık bakımını daha pahalı düzeyden almak durumunda bırakır. Yani bir sağlık merkezinden ziyade bir hastanede. Kullanıcı ödentilerinin olumsuz etkileri bundan dolayı ikiye katlanır: Daha kötü bir sağlık ve artmış tıbbi bakım masrafları. Bu nedenle yüksek kullanıcı ödentileri, hem verimsiz hem de eşitsizdir.

Ancak özel finansmanı savunanlar, kullanıcı ödentilerinin olumsuz etkilerinin kaçınılmaz olmadığını belirtmektedirler. Kullanıcı ödentilerinden vazgeçerek etkili ve adil sistemler kurulabilir ve ödeme gücü olmayan insanlar için kamu sağlık hizmetlerinden yararlanma mümkün olabiliirdi (**Shaw, P., Griffin, C.; 1995**). Uygulamada ödemedenden vazgeçerek iyi işleyen sistemlerin kurulmasının çok zor olduğu kanıtlanmıştır (**Russel, S., Gilson, L. ;1997:359-79**). Temel zorluklardan birisi, yoksulluğun hüküm sürdüğü bir toplumda çok yoksul insanları tanıyabilmektir. Başka bir zorluk, yerel hizmet üreticilerinin yoksul hastalara ilişkin ödentilerin azaltılması ya da ortadan kaldırılmasıyla oluşacak kayıplarını kompanse edecek kamusal fonların oluşturulmasındadır. Gelirleri ödentilere bağlı olan kamu sağlık üreticileri, muhtemelen ödeme olanağı olan hastalara öncelik vereceklerdir. Birçok

ülkede ödentilerden elde edilecek gelir direk olarak sağlık personelinin maaşlarına bağlı olduğu için, bu eğilim güçlü şekilde ortaya çıkmaktadır (McPake, B. et al.;1999:849-65). Böyle bir durumda; kamu hastaneleri, kamu fonlarından yoksullara göre daha fazla pay alan zenginlere hizmet verme eğiliminde olurlar.

c) Uzun dönem yoksullaşma (Long-term impoverishment)

İnsanlar, sağlık harcamaları zorunlu olduğu için, uzun dönemde geçimlerine mal olsa bile sağlık hizmetini satın alırlar. Onların sorunu, kıt kaynakların tahsis edilmesinde değil, ameliyat gibi acil tedaviler için gerekli parayı bulup bulamayacaklarıdır. Sağlık hizmeti için direk kullanıcı harcamalarının olumsuz sosyal etkileri diğer harcamalardan daha büyüktür. Çünkü, bu harcamalar beklenmedik harcamalardır ve tam maliyeti tedavi sonuna kadar bilinemez.

Hastalığın ekonomik etkisi ABD'de uzun zamandır iflas nedeni olmaktadır (Gottlieb, S.;2000:1295). Ayrıca 1990'larda Çin'in kırsal kesimleri gibi geçiş ekonomilerinde (Fu, W.;1999) ve eski SSCB'nin Asyatik Cumhuriyetleri'nde de hane halkının yoksullaşmasının başta gelen nedeni olmuştur (World Bank ;1999). Kuzey Vietnam'da, kırsal bölgede, yoksul ev halkı bütçelerinin % 22'si sağlık bakımı için harcanmaktadır. Halbuki zengin ev halkı için bu oran % 8'dir (Segall, M. et al.; 2000). Dahası bir sağlık merkezinde yoksullar zenginlerden daha çok ödeme yapmışlardır ve yoksul topluluklardaki hizmet zenginlerden daha pahalıdır (Ensor, T., Pham, S.;1996: 69-83). Tayland'da sağlık bakımı için yoksullar zenginlerden oran olarak daha çok harcama yaparlar (Pannarunothai, S., Mills, A.;1997:1781-90). Dhaka Bangladeş'te ana sağlığı hizmetleri için ailelerin beşte birden fazlası aylık gelirlerinin %50-100'üne eşdeğer bir harcamayı gizli ve resmi olmayan yollardan yapmak zorunda kalmaktadır (Nahar, S., Costello, A.;1998: 417-22). Vietnam'da hastane yatışının ortalama maliyeti iki aylık maaşa eşittir (Segall, M. et al.; 2000). Kırsal Çin'de ise, hastane masrafı, yoksul bir ailenin net aylık gelirinin 7 katına kadar ulaşabilir (Yu, H. et al. ;1997:16-23).

Bu tür harcamaların yaygın sonuçları, borçlanma ve ödünç almalarıdır. Kuzey Vietnam'ın kırsal kesiminde yoksul halkın % 60'ı borçluydu, bunların üçte biri borcun, sağlık giderlerini karşılamak için, alındığını söylemişlerdir (Ensor, T., Pham, S.;1996: 69-83). Benzer borçlanma nedenleri Afrika, Çin, Kamboçya'da da görülmektedir. Phnom Pen Kamboçya'da sağlık harcamalarını karşılamak için borçlanan hastaların % 20'si bunları tefecilerden aylık %20-30 faizle sağlamıştır. Bu hastaların % 10'u borçlarını kapatmak için yiyecek giderlerini azaltmıştır. Uganda'da iki kırsal bölgede hastaların %20-40'ı hem ödünç para olarak, hem de başkaları için çalışarak ya da arazi veya hayvanlarını satarak sağlık harcamaları için para biriktirmişlerdir. Çocukları okuldan geri almak diğer yaygın yöntemdir. Bu şekilde okul masraflarından kurtulabilir ve anne baba hastane faturalarını ödemek için geçici işler

araştırırken, çocuklar kendi çiftliklerine bakabilirler (Tipping, G.;2000). Geleneksel ekonomik analizlerde yoksulların sağlık bakımı için ödeme yapması, tipik olarak ödeme için gönüllülüğün kanıtı olarak kullanılmaktadır. Buna rağmen, ödemenin, kişinin ödeme gücüyle aynı olmadığı açıktır. Birçok yoksul insan, ödeme güçleri olmadığı halde ailelerine ve kendilerine uzun dönemde maliyete neden olsa da, yine de bu ödemeyi yapar.

d) Bilinçsiz ilaç kullanımı (Irrational use of drugs)

Bilinçsiz reçeteleme ve ilaç direnci de medikal yoksulluk tuzağının eşitsizliklerine önemli, ancak gözden kaçan bir katkı yapar. Örneğin, Hindistan'da cepten sağlık harcamalarının %52'si ilaçlara ve ödemelere gitmiştir ve yataklı hizmetlerde de bu oran %71'dir ((Iyer, A., Sen, G.;2000). Kırsal Çin'de de insanlar bir reçete için ortalama olarak kişi başı günlük gelirlerinin 2-5 katı kadar ödeme yaparlar (Zhan, S.et al. ;1997:66-70). Giderek artan sayıdaki düşük gelirli ülkede ilaç satışlarından elde edilen karlar, sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli bir parçası olmuştur ve bu durum, çalışanların satışları artırmalarını sağlamaya yönelik bir güdü halini almıştır (Wolffers, I.;1995:1325-32).

Gelişmekte olan ülkelerde, kalifiye olmayan kişiler tarafından finansal nedenlerle reçetesiz ilaç satışı, gereksiz ve bilinçsiz ilaç kullanılmasına neden olmaktadır. Hindistan'da kırsal bölgelerde ve kentlerin yoksul bölgelerinde enjeksiyonların ve hapların gelişigüzel reçete edilmesi çok yaygındır. Örneğin, Hindistan'da Maharastra'daki Satara Bölgesi'nde reçetelerin analizinde (Phadke, A.;1996:60-65), %19'unun irrasyonel, %47'sinin gereksiz, %11'inin ise tehlikeli olduğu ortaya çıkmıştır. Vakaların % 24'ünde gereksiz enjeksiyonlar verilmiştir. Hindistan'daki ilaç harcamalarının % 70'inden fazlasının gereksiz olduğu düşünülmektedir (Iyer, A., Sen, G.;2000).

Vietnam'da ulusal düzeyde yapılan bir araştırmaya göre, önceki 4 haftada hastalık beyan eden insanların % 67'si bir hekimle görüşmeden ilaç almıştır (Prescott, N.;1997). Ayrıca toplum sağlığı çalışanları oral antibiyotikleri, gentamisin enjeksiyonlarını, potent steroidleri, oral ve intravenöz vitamin preparatlarını sıklıkla uygunsuz olarak reçete etmektedir (Tipping, G. et al.;1994). Vietnam'daki yüksek antibiyotik direnci uygunsuz ve bilinçsiz ilaç tüketiminin olumsuz etkilerinin açık işaretidir (Törnqvist, N. et al.; 2000). Meksiko'nun yoksul bir bölgesinde özellikle geleneksel iyileştiricilere veya perakende ilaç satıcılarla yapılan başvuruların %74'ü yetersiz tedavi veya önerilerle sonuçlanmıştır (Briggs, J.;2000). Yetersiz reçeteleme nedeniyle yapılan harcama, hasta başına aylık 13 günlük minimum ücret kadardır (Briggs, J.;2000).

Yoksul insanlar, uygunsuz veya yetersiz tüberküloz tedavisini de içeren inefektif ve hatta tehlikeli (Uplekar, M. et al.; 1991:284-90) ve gebeler için kontrendike ilaç tedavilerini almaktadırlar (Krause, G. et al.;1999:291-98).

Eğer insanlar tüberküloz ve malarya gibi bazı hastalıkların tedavisi için gerekli ilaçların ancak bir kısmını alabilirlerse, bu tedavi inefektiflikten başka tüm toplumu ilgilendiren ilaç direncine de neden olabilir (Farmer, P. et al.; 1999). Aynı durum, ORS'nin en uygun olacağı diyarelerde kendi kendine ilaç alımı nedeniyle ya da gereksiz antibiyotik kullanımına bağlı olarak da ortaya çıkabilir (Le Grand, A. et al.; 1999:89-102). Örneğin Meksiko'daki diare epizodlarının % 37'si antibiyotiklerle tedavi edilmiştir, oysa bunların yalnızca %5'inde antibiyotik gerektiği saptanmıştır (Bojalil, R., Calva, J.; 1994:147-56). Diğer altı Latin Amerika ülkesinde masa üstünde satılan ilaçların dörtte birinin tıbbi izlem gerekliliği nedeniyle reçete ile satılma zorunluluğu vardır (Drug utilization research group.; 1997: 488-93).

Tıbbi yoksulluk tuzağı konusunda ne yapılabilir ? (What can be done about the medical poverty trap ?)

Yoksul insanların ekonomik girdilerinin azalması ve toplam maliyetlerin artması nedeniyle, önceki ve şimdiki piyasa yönelimli reformların gerçek sonuçları, sıklıkla, belirlenmiş amaçlara ters düşmektedir. Belirlenmiş amaçlar ve çıktılar arasındaki bu farklılıklar sağlık sektöründe kanıt dayalı bir politikanın yokluğunu ve gerekliliğini ortaya koymuştur. Bütüncül bakış, yaygın olarak savunulan politikaların değeri hakkındaki kanıtsız varsayımlar ve retorik tarafından gölgelenmiştir. Eşitlikçi ve etkili sağlık hizmet sistemlerinin gelişimindeki engelleri, seçenekleri ve piyasa yönelimli reformların arkasındaki varsayımların geçerliliğini değerlendirecek politika araştırmalarına gereksinim vardır.

Kullanıcı ödentileriyle ilgili politikalar, varsayımlara güvenmekten ziyade, düşük gelirli ülkelerde gerçekte yaşananların ortaya çıkarılmasına ve uyanık olmaya yönelik gereksinimi açık biçimde göstermektedir. Bazı eleştirmenler, Dünya Bankası'nın düşük gelirli ülkelerde bir yöntem olarak kabul edilen kullanıcı ödentilerini sürdürmeye son verdiğini kabul etmektedir ve dahası bu yöntemin geçmişte kaldığı ve artık bir sorun olmadığı konusunda hemfikirlerdir. Maalesef güvenilirliği zayıflamış bu politika hala canlıdır ve ek olarak güney yarımküredeki birçok ülkede büyük sıkıntılara neden olmaktadır. Bu politikaların sürekliliğini hesaba katan US Temsilciler Meclisi, Temmuz 2000'de, Dünya Bankası üzerinde, yoksul ülkeleri temel sağlık hizmetleri ve ilk eğitimde kullanıcı ödentisi almaya zorlayan politikasını durdurması için baskı kararı almıştır. Bu, tam anlamıyla değerlendirilmemiş olmasına karşın, mevcut en iyi kanıtı kullanarak, Dünya Bankası'nın kullanıcı ödentisi politikasını etkileyecek bir fırsat sunmaktadır.

Kullanıcı ödentisi politikasından ayrı olarak, reformların diğer yönleri de yoksullar için tehlikelidir ve sağlık sektöründeki eğilimleri izlemek için çok daha aktif yaklaşımlara gereksinim vardır. Eşitlik ölçümü olarak isimlendirilen böyle bir yaklaşım vardır ve bu, bunun nasıl yapılabileceğine ilişkin bir model ortaya koymaktadır (Health Systems Trust. ; 2000). Ülkelerin ilaç politikalarını

eşitlik ve kalite açısından değerlendirecek temel ilaçlar listesi bu bağlamda değerlendirilmektedir ve sağlık konularındaki bilinci artırmaktadır.

Reformların etkileri hane halkı bakış açısı ile değerlendirilmelidir. Sağlık reformları düşük, orta ve yüksek gelirli için ne anlam taşımaktadır ? Aileler için farklı politika seçenekleri maddi açıdan ne kadar katlanılabilir ? Reformlar, farklı sağlık gereksinimi olan farklı toplum gruplarını nasıl etkiler ? Böyle bir yaklaşımda artan sayıda aile bireyinin var olan kamu sağlık hizmetlerini kullanmayıp niçin evde kendi kendini tedavi ettiği de sorgulanacaktır. Bu durumda etkili olan tüm faktörlerin anlaşılması için kalitatif çalışmalara ihtiyaç vardır. Birçok insanın sağlık hizmetleri için ödeme yapması uzun bir süredir ödeme yeteneği ve istekliliğiyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak; ödeme yükünün ev halkının bütçesi üzerindeki etkileri değerlendirilmemektedir (Ewans, TG.; 1995: 495-506). Satın alma gücü, sağlık reform araştırmalarında önemli bir yere sahip olmalıdır. Düşük gelirli birçok ülke, ulusal hane halkı yaşam standardı ve değişik katılımcı yoksulluk değerlendirme araştırmaları gerçekleştirdiği için bu tip hane halkı odaklı araştırmalar artmaktadır.

Medikal yoksulluk tuzağı nasıl engellenebilir ? Farklı ülkelerde sağlık yoksulluk tuzağının önlenmesine ilişkin politik seçenekler nelerdir ? Bu soruların yanıtı, sonraki birkaç yılda can alıcı bir öneme sahip olacak ve sadece sağlık sistemi politikasını değil, aynı zamanda yoksulluğu azaltmaya yönelik daha kapsamlı kalkınma konularını da etkileyecektir.

Dahası kamu sağlık hizmetlerindeki zayıflık kabul edilmeye ve onaylanmaya ihtiyaç gösterir. Kültürel kabul bazı şeyleri kuşatan özel bir problemdir: sorumluluk eksikliği, dezavantajlı gruplara gösterilen saygısızlık ve el altından ödeme olarak adlandırılan resmi olmayan kullanımın yayılması. Bunların tümü bazı düşük gelirli ülkelerde kamu hizmetinin daha az kullanımına katkı yapmaktadır. Bu eksik kullanım, kısmen kronik kaynak yetersizliğinden, kısmen personelden, kısmen de hizmet kullanımındaki dolaylı maliyetlerden (gelir eksikliği, ulaşım masrafi gibi) kaynaklanmaktadır (McPake, B. et al.; 1999:849-65., Bloom, G., McIntyre, D. ; 1998: 1529-38). Daha da ötesinde kamu hastane hizmetleri çoğunlukla yüksek maliyetleri ödeyebilecek olan insanlar tarafından kullanılmaktadır. Daha yoksul insanların dışlanması yönündeki bu eğilim, zenginlerin özel sağlık harcamaları için zorlandığı ekonomik regresyon zamanlarında artar. Çözüm, ülkeden ülkeye değişmektedir ve en uygun seçeneklerin belirlenmesi için de politika belirleyici araştırmalar yapılmalıdır.

Böyle seçenekler, bütün nüfus için risk paylaşımını sağlayacak vergi politikalarından oluşan kamu finansman stratejilerini içerir. Ayrıca direk ödemelerden sosyal sigorta sağlık sistemlerine doğru büyük ölçekli bir değişime gerek vardır ki, bu sistemde yüksek gelirli insanların düşük gelirli insanları sübvanses etmesi söz konusu olacaktır. Bu sigorta

sistemleri, temel ilaç maliyetlerini de karşılayabilecek biçimde kamu fonları tarafından desteklenen, topluma dayalı sigorta sistemlerini kapsar. Kamu sağlık hizmetlerindeki kayıt dışı ödemeleri azaltmak, hatta ortadan kaldırmak için çaba gösterilmelidir. Temel ilaç programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve medikal teknolojilerin sistematik olarak değerlendirilmesi için hükümetlerin düzenleyici rolünü güçlendirme yolları araştırılmalıdır. Güçteki bu kayma, sağlık hizmetleri ve ilaç için harcanan paranın değerini de, sağlığın geliştirilmesi, yan etkilerin azaltılması ve sağlık hizmetine ulaşmadaki eşitsizliklerin azaltılması anlamında, maksimize edebilecektir.

Uluslararası düzeyde, finansal kuruluşlar, yoksullardan daha çok zenginlere nasıl vergi yükleneceği konusuna odaklanmalıdır. Örneğin bunu vergisiz off-shore hesaplarında gizlenmiş fonlar üzerinde vergilendirmeyi artırarak yapabilirler. Eğer bu off-shore hesaplarındaki mevduatlar (IMF 8 trilyon dolar olduğunu tahmin etmektedir) yıllık %5 gelir kazansaydı, bu gelir üzerinden %40 vergi alınsaydı, yıllık 160 milyar dolar gelir elde edilirdi. Bu oranın gelişmekte olan ülkelerin temel sosyal hizmetlerini karşılayacak maliyetten daha çok olduğu tahmin edilmektedir (United Nations Research Institute for Social Development; 2000).

Sonuç

Verimli ve eşitlikçi sağlık reformlarını garantileyecek, kanıta dayalı bir yaklaşım gecikmiştir ve politikacıların birçok alandaki çabalarını bu konuya odaklamaları gerekmektedir (Whitehead, M. et al. ;2001). Araştırma toplumu, gerçeklerin mitlerden ayrılması ve önerilen politikaların altındaki değerlerin açıklanması bakımından önemli bir konuma sahiptir (Segall, M. ; 2000: 61-79). Sağlık hizmetlerinde çalışanlar, bakış açılarını, yoksullukla, onu hafifletici stratejiler arasındaki ilişkileri içerecek şekilde genişletmelidir. Tüm bunların ötesinde bakış açısındaki bu değişme, sağlık ve sosyal refah alanlarında önerilen politika değişikliklerinin etkileri değerlendirilirken, eşitliğe daha büyük önem verilmesi için de gereklidir. Özellikle, küresel sağlık politika reformlarında yoksulların ve daha zayıf olanların kaybedenler değil, kazananlar olduğundan emin olmak için, değişikliklerin bu gruplarla birlikte gözden geçirilmesine gerek vardır.

KAYNAKLAR

Akin, J., Birdsall, N., Ferranti, D. (1987), "Financing health services in developing countries: an agenda for reform", Washington : World Bank.

Anon. (2000), "Trading public health for private wealth", Lancet, 356: 1941.

Bloom, G., McIntyre, D. (1998), "Towards equity in health in an unequal society", Soc Sci Med, 47: 1529-38.

Bojalil, R., Calva, J. (1994), " Antibiotic misuse in

diarrhea: a household survey in a Mexican community", J Clin Epidemiol, 47: 147-56.

Briggs, J. (2000), "The economic consequences of inadequate prescribing on health care users and providers: a case study in San Cristobel, Mexico", Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine.

Creese, A., Kutzin, J. (1995), "Lessons from cost-recovery in health", Discussion Paper No 2. Forum for Health Sector Reform. Geneva: World Health Organisation.

Drug utilization research group, Latin America. (1997), "Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries", Clin Pharmacol Ther, 61: 488-93.

Ensor, T., Pham, S. (1996), "Access and payment for health care. The poor of Northern Vietnam", Int J Health Plann Manage, 11: 69-83.

Ewans, TG. (1995), " Socioeconomic consequences of blinding onchocerciasis in West Africa", Bull World Health Organ, 73: 495-506.

Farmer, P., Reichman, L., Iseman, M., eds. (1999), "The global impact of drug resistant tuberculosis", Boston: Harvard Medical School/Open Society Institute.

Fu, W. (1999), "Health care for China's rural poor, international policy programme", Washington: World Bank.

Gottlieb, S. (2000), "Medical bills account for 40 % of bankruptcies", BMJ, 320: 1295.

Griffin, D. (1992), "Welfare gains from user charges for government health services", Health Policy Plan, 7: 177-80.

Hao, Y., Suhua, C., Lucas, H. (1997), "Equity in the utilization of medical services: a survey in poor rural China", IDS Bull, 28.

Health Systems Trust. (2000), "Equity gauge: an approach to monitoring equity in health and in health care in developing countries", Report of an international meeting 17-20 Aug, Durban: Health Systems Trust.

Iyer, A., Sen, G. (2000), "Health sector changes and health equity in the 1990's in India", in: S. Rogharam (ed.), Health and equity: technical report series 1.8. Bangalore:HIVOS.

Kamat, V., Nichter, M. (1998), "Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India", Soc Sci Med, 47:779-94.

Krause, G., Borchert, M., Benzler, J. et al. (1999), "Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso", Health Policy Plan, 14:291-98.

- Le Grand, A., Hogerzeil, H., Haaijer-Ruskamp, F.** (1999), "Intervention research in rational use of drugs: a review", *Health Policy Plan*, 14: 89-102.
- McPake, B., Asimwe, D., Mwesigye, F., et al.** (1999), "Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care", *Soc Sci Med*, 49: 849-65.
- Nahar, S., Costello, A.** (1998), "The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh", *Health Policy Plan*, 13:417-22.
- Pannarunothai, S., Mills, A.** (1997), "The poor pay more: health-related inequality in Thailand", *Soc Sci Med*, 44: 1781-90.
- Paphassarang, C., Tomson, G., Choprapawon, C., Weerasuriya, K.** (1995), "The Lao national drug policy: lessons along the journey", *Lancet*, 345: 433-35.
- Phadke, A.** (1996), "The quality of prescribing in an Indian district", *Natl Med J India*, 9: 60-65.
- Pollock, A., Price, D.** (2000), "Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems", *Lancet*, 356: 1995-2000.
- Prescott, N.** (1997), "Poverty, social services and safety nets in Vietnam", *World Bank discussion paper no 376*, Washington : World Bank.
- Price, D., Polloc, AM., Shaoul, J.** (1999), "How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care", *Lancet*, 354:1889-92.
- Russell, S., Gilson, L.** (1997), "User fee policies to promote health service access for the poor: a wolf in sheep's clothing?" *Int J Health Services*, 27:359-79.
- Segall, M., Tipping, G., Lucas, H., et al.** (2000), "Health care seeking by the poor in transitional economies; the case of Vietnam", research report no 43, Sussex: Institute of Development Studies.
- Segall, M.** (2000), "From co-operation to competition in national health system-and back? Impact on professional ethics and quality of care", *Int J Health Plan Manage*, 15: 61-79.
- Sen, K., Koivusalo, M.** (1998), "Health care reforms and developing countries-a critical overview", *Int J Health Plann Manage*, 13 :199-215.
- Shaw, P., Griffin, C.** (1995), "Financing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance : directions in development", Washington : World Bank.
- Theodore, K.** (1999), "Health sector reform and equity in Jamaica", report to the Pan-American Health Organisation. Washington : PAHO.
- Tipping, G., Truong, V., Nguyen, T., Segall, M.** (1994) "Quality of public health services and household health care decisions in rural communes of Vietnam", *IDS report no 27*. University of Sussex : Institute of Development Studies.
- Tipping, G.** (2000), "The social impact of user fees for health care on poor households", commissioned report to the Ministry of Health, Hanoi, Vietnam.
- Törnqvist, N., Wenngren, B., Nguyen, TK., et al.** (2000), "Antibiotic resistance in Vietnam:an epidemiological indicator of inefficient and inequitable use of health resources", in: PM. Hung, IH. Minas, Y. Liu, G. Dahlgren, WC. Hsiao eds., *Efficient equity-oriented strategies for health: international perspectives-focus on Vietnam*. CIMH: University of Melbourne.
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).** (2000), "Visible hands-taking responsibility for social development", Geneva: UNRISD.
- Uplekar, M., Shepard, D.** (1991) "Treatment of TB by private GP's in India", *Tuber Lung Dis*, 72:284-90.
- Velasquez, G., Madrid, Y., Quick, J.** (1998), "Health reform and drug financing: selected topic-health economics and drugs", *DAP Series No 6*. WHO/DAP/98.3, action programme on essential drugs, Geneva: World Health Organisation.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Gilson, L.** (2001), "Developing the policy response to inequities in health: a global perspective", in: T. Ewans, M. Whitehead, F. Diderichsen,, A Bhuiya, M. Wirth,, *Challenging inequities in health: from ethics to action*, New York: Oxford University Press.
- Wolffers, I.** (1995), "The role of pharmaceuticals in the privatization process in Vietnam", *Soc Sci Med*, 41:1325-32.
- World Bank.** (1999), "The Kyrgyz Republic:participatory poverty assessment, prepared for the global synthesis workshop poverty programme", Washington: World Bank.
- Yu, H., Cao, S., Lucas, H.** (1997), "Equity in the utilisation of medical services: a survey in poor rural China", *IDS Bull*, 28:16-23.
- Zhan, S., Tang, S., Guo, Y.** (1997), "Drug prescribing in rural health facilities in China.", *IDS Bull*, 28:66-70.