

**DERLEME****SAĞLIK REFORMLARININ ANA SAĞLIĞI  
HİZMETLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ: ÜLKE  
ÖRNEKLERİ***Nilay ETİLER\*, Cavit Işık YAVUZ\****GİRİŞ**

“İyileştirme, düzeltme, ıslahat” anlamında kullanılmakta olan ‘reform’ sözcüğü, son on yılda sağlık alanında sık kullanılan bir kavram haline gelmiştir(TDK, 2004). ‘Sağlık reformu’ terimi bu anlamda sağlık sistemlerindeki değişim tartışmalarında ön plana çıkmış ve reform kapsamında birçok değişiklik tasarlanmış ve uygulanmıştır, uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1995 yılındaki bir dokümanında sağlık reformunu “sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler” olarak tanımlamakta, reform sürecinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişim içeren ‘siyasi’ bir kavram olduğunu belirtmektedir (DSÖ, 1998).

1990’lı yılların başından itibaren dünyada pek çok ülkenin sağlık sistemlerinde reform yapılmaktadır. Bu reformların en dikkat çeken özelliği küçük ayrıntıları hariç her ülke için aynı yönelimde olmasıdır. Toplumların sosyokültürel özellikleri, politik ve ekonomik yapıları göz önünde bulundurulmaksızın her ülke için aynı modelin önerilmesine “herkese aynı beden elbise” benzetmesi yapılmaktadır(Standing H., 2002). Dünya Bankası(DB) ve DSÖ metinlerinde ayrıntılı olarak anlatılan sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin finansmanı, yönetimi ve hizmetin sunumu ile ilgili köklü değişiklikler önermektedir (World Bank, 1993; DSÖ, 1998). “Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi” başlıklı kitabında DSÖ, konuyla ilgili önemli bilgiler sunmaktadır. Reformun,

“yapısal, kurumsal, sürdürülebilir ve uzun dönemli” oluşu ve dört ana tema içermesi özelliklerindedir. Bu dört ana tema, “devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon (kamunun daha alt düzeyine ya da özel sektöre yönelimli), hastanın yetkilendirilmesi, hakları, seçimi ve halk sağlığının giderek değişen rolü” olarak ifade edilmektedir(DSÖ, 1998). Sağlık sistemlerinde etkili yapıların rol değişimi ve özellikle devlet ile özel sektörün rollerinin yeniden tanımlanması reformun ana bileşeni olmaktadır. Sağlık reformu uygulamaları ile özel sektör, sağlık hizmetlerinin sunumunda kilit bir role sahip hale getirilmiş ve rekabet, verimlilik gibi kavramlara yapılan vurgular ile sağlık hizmetlerinin sunumundaki önemi irdelenmiştir. Tartışmalarda DB, sağlık ve eğitim gibi alanlarda kişilerin ceplerinden yapacakları katkıların artırılması gerektiğini belirtmekte ve özellikle “tedavi edici sağlık hizmeti”nin “saf bir özel mal” olduğunun altını çizmektedir (Boratav K., 2004).

Bugüne kadar çeşitli ülkelerde gerçekleşmiş sağlık reformu sonucunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin tedavi edici hekimlik boyutunun “kapı tutucu” olarak işlev gören ve özel hizmet sunan aile doktorlarının sorumluluğuna verildiği, koruyucu hekimlik uygulamalarının önemli bir başlığı olan ana sağlığı hizmetleri için ise “üreme sağlığı merkezleri”nin kurulduğu görülmektedir (WHO Regional Office for Europe, 2000). Toplumun her yerine yayılmış birinci basamak sağlık kuruluşları yerine sayıca az ve sadece tek yönlü olarak üreme sağlığı hizmeti sunulmasının sağlık hizmetlerinde dikey örgütlenme biçimlerinin yeniden yerleştirilmesi anlamına geldiği söylenebilir. Son bir yıl içinde ‘sağlık reformu’, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm

\*Halk Sağlığı Uzmanı., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Programı adıyla Türkiye’de de yeniden gündeme gelmiştir. Yapılacak değişiklikler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunumunun ciddi bir değişikliğe uğrayacağı beklenmelidir. Bu yazının amacı, sağlık sistemlerinde reform yapmış ve yapmakta olan ülkelerde ana sağlığı hizmetlerindeki durumu inceleyerek ülkemizde yaşanacak değişimlere ilişkin çıkarımlar yapmaktır.

### ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN KISA TARİHÇESİ

1960’lı yıllardan başlayarak, çeşitli uluslararası örgütler (UNICEF, USAID vb.) ve gönüllü kuruluşlar, az gelişmiş ülkelere ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak kontraseptif malzeme yardımıyla personel eğitimine kadar çeşitli şekillerde destek olmuşlardır. Örgüt ve kuruluşların verdiği destek ile ülkelerin çoğunda Sağlık Bakanlığı’na bağlı bu hizmetleri verecek dikey örgütler kurulmuştur.

1978 yılında yapılan Alma-Ata Konferansı’nda ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri temel sağlık hizmetleri (TSH)nden biri olarak ve ‘en az bakım kriterleri’ arasında tanımlanmıştır (Öztek Z., 1992). Konferans ile bu hizmetlerin TSH’e entegrasyon süreci başlamıştır. Ardından 1994’te Kahire’de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı, ana-çocuk sağlığı hizmetleri açısından bir dönüm noktası olmuştur. Bu konferansta, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kapsamı tüm üreme dönemine özgü hizmetler olarak genişletilmiş, ayrıca devletlere bu hizmetlere ulaşılabilirliği sağlamak için sorumluluk verilmiştir (Bilgili N., Akın A., 1998).

1980’li yıllardaki küresel olarak yaşanan ekonomik kriz ile TSH’nin tümünün sunulmasının olanaksız olduğu konusunda bir tartışma başlamıştır. Buna göre, kısıtlı

kaynaklarla gerçekleştirilmesinin zor olması gerekçesi ile “kapsamlı TSH” yerine “seçici TSH” kavramı ortaya atılmıştır (Mills A. et al., 1983). Buna göre; bir ülkede ana-çocuk sağlığı gibi temel sağlık hizmetlerinden bazıları “seçici TSH” olarak belirlenebilmektedir. Bu yaklaşım, bir anlamda sağlık hizmetleri için dikey yaklaşımın tekrar gündeme gelmesi anlamını taşımaktadır.

1990’lı yıllarda sağlık sistemlerinde reform adıyla anılan dönüşüm programlarında önceleri ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili bir program dikkati çekmezken, son dönemde üreme sağlığı hizmetlerinde desantralizasyon söylemi ile pek çok ülkede girişimler yapılmaktadır.

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM YAPAN ÜLKELERDE ANA SAĞLIĞI HİZMET SUNUMUNDAKİ DEĞİŞİMLER

Aşağıda reform sonrası bazı ülkelerdeki ana sağlığı hizmetlerinin durumu özetlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform yaşanan ülkelere daha pek çok örnek vermek olanaklıdır. Aşağıda adı geçen ülkelerin özellikleri ise, temel ilkesi “sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu” olan reformlar sonucu ana sağlığı hizmetlerinde farklı uygulamaları sergilemeleridir (Tablo 1).

#### LİTVANYA

1990 yılından beri sağlık sisteminde reform yapan Litvanya’da, sağlık kuruluşları yerel yönetimlere devredilmiş (desantralizasyon) ve sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır. Üreme sağlığı hizmetleri “temel teminat paketi” kapsamında, jinekolojik muayene ve kürtaj hizmet başı ödeme şeklinde yapılmaktadır (Kalediene R., Nadisauskiene R., 2002). Aile planlaması

Tablo 1. Seçilmiş ülkelerde sağlık sistemlerindeki genel değişimlerin özet tablosu

Ülkeler	Reformun başlangıç dönemi	Genel Değişimler	Ana sağlığı hizmetlerinin sunulduğu yerler
Bulgaristan	1999	Özelleştirme Sağlık sigortası (zorunlu ve özel sigortalar)	Uzman Poliklinikleri (kentsel bölgede) Pratisyen hekimler (kırsalda)
Çin	1978	Özelleştirme	Muayenehaneler ve hastaneler (özel hekimler)
Filipinler	1990	Devolüsyon (yerel yönetimlere devir) Sigortacılık	Reform öncesindeki 1. basamak sağlık birimleri (barangay)
Litvanya	1990	Desantralizasyon Kamu sağlık sigortası (temel teminat paketi)	Jinekoloji ve obstetrik merkezleri
Romanya	1989	Desantralizasyon Sağlık sigortası	Özel muayeneler Üreme sağlığı merkezleri
Tanzanya	1995	Devolüsyon (yerel sağlık yetkililerine)	Dikey örgütlenmiş sağlık kuruluşları
Tayland	1996	Devolüsyon (yerel yönetimlere devir) Sigortacılık	Birinci basamak kuruluşlar

hizmetleri, çoğunlukla jinekologlar tarafından birinci basamak "jinekoloji ve obstetrik merkezlerinde" ücretsiz ya da özel kliniklerde ücretli olarak sunulmaktadır. Ancak doğum kontrolünde kullanılan malzemeler ücretlidir (WHO&UNFPA, 2000). Ülkede ana-çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunlardan en önemlisi, üreme sağlığı ile ilgili bir program olmayışı olarak belirtilmektedir (Kalediene R., Nadisauskiene R., 2002).

#### ROMANYA

Romanya'da 1989'da ekonomik sistemin değişmesinden sonra sağlık sisteminde de değişimler olmuştur. Merkezi olarak yapılanmış sağlık sistemi desantralize edilmiş, finansmanda ise sigortacılık sistemine geçilmiştir. Birinci basamak tedavi edici hizmetler, 1998'den beri özel muayenehanelerinde sigorta şirketleri ile anlaşma yapan aile hekimleri veya pratisyen hekimler tarafından verilmektedir. Doğum öncesi bakım ve loğusalık hizmetleri ise dispanserler tarafından yürütülmektedir. Ülkede 11 adet 'üreme sağlığı merkezi' bulunmaktadır (WHO, 2002).

#### BULGARİSTAN

1999 yılında sağlık sisteminde reform yapan Bulgaristan'da sağlık hizmetleri zorunlu sağlık sigortaları ve özel sigortalar üzerinden toplanan primler ile finanse edilmektedir. Üreme sağlığı hizmetleri, kentsel alanda kadın doğum uzmanları ve ebeler tarafından verilmekte, kırsal alanda ise gebe izlemi pratisyen hekimler tarafından yapılmaktadır. Aile planlaması hizmetleri, özel klinikler, birinci basamak birimleri ve annelik hastanelerinde pratisyen hekimler ve/veya kadın-doğum uzmanları tarafından verilmektedir. Aile planlaması danışmanlık hizmeti ücretsizdir. İlaçların üçte ikisi özel kaynaklardan temin edilmektedir. Acil kontrasepsiyon malzemeleri, UNFPA'nın yaptığı yardımlardan, diğer doğum kontrolü malzemeleri ise cepten harcama ile karşılanmaktadır (WHO&UNFPA, 2000).

#### TAYLAND

Tayland'da da sağlık hizmetleri desantralize edilerek yerel yönetimlere devredilmiştir. Reform öncesi 20 yıl boyunca ulusal sağlık sistemine entegre olan aile planlaması hizmetleri için, reform sonrası dönemde kişi başı ödeme kontratı modeli uygulanmaktadır. Tayland'da ulusal sağlık sistemi döneminde üreme sağlığı hizmetleri parasız olarak yürütülmekte iken reform sonrası ücretlendirilmiştir (Tangcharoensathien V. et al., 2002).

#### FİLİPİNLER

Reform sonucu Filipinler'de sağlık sisteminin devolüsyonu (politik desatralizasyon) gerçekleştirilmiştir. Önceden birinci basamak sağlık kuruluşlarında yatay bir örgütlenme içinde verilen ana-çocuk sağlığı hizmetleri yerel yönetimlere devredilmiştir. Reform öncesi sağlık hizmetlerinin tamamına yakını devlet bütçesinden karşılanıyorken, sonrasında yaklaşık %40'ının devlet bütçesinden kalanının ise cepten harcama ve sigortacılık sisteminden karşılandığı görülmektedir. Halk sağlığı

hizmetleri için kamunun sorumluluğu tanımlanmış olmasına karşın yoksullar arasında sosyal sigorta primlerini ödeyemediği için bu hizmetlerden bile yararlanamayanların oldukça fazla olduğu bildirilmektedir (Lakshminarayanan R., 2003). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın kontraseptif malzemeleri sağlamaya devam ederek yerel yönetimlere gönderdiği ancak, bazı yerel yönetimlerin aldıkları politik kararlar (Katolik Kilisesi gibi) sonucu malzemelerin dağıtımını yapmamaları önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Lakshminarayanan R., 2003).

#### ÇİN HALK CUMHURİYETİ

1979 yılında sağlık alanında reformlar başlayana kadar kırsal alanda yaşayan nüfusun %90'ı sigorta sistemi kapsamındayken, sonrasında sigortanın yerini cepten harcamalar almış ve hizmet başı ödeme sistemine geçilmiştir (Kaufman J., Jing F., 2002; Hamzaoglu O., 2003). 1990'larda ise nüfusun sadece %12'sinin sigortaya bağlı olduğu görülmektedir. Aile planlaması hizmetlerinde 1980'lerden sonra başlayan değişim ile hem aile planlaması hizmetleri hem de kontraseptif malzemelerin finansmanı halk sağlığı sisteminden ayrılmıştır. Bunun yerine obstetrik-jinekolojik bakım veren ve kontraseptif kullanımında ortaya çıkan sorunların izlenmesine yardımcı olan bir sistem kurulmuştur (Kaufman J., Jing F., 2002).

#### TANZANYA

Sahraaltı Afrika ülkelerinde 15 yıldan beri süren sağlık reformları çalışmaları sonucunda pek çok ülkede yönetimin dekonsantrasyonu veya yerel yönetimlere devolüsyonu gerçekleştirilmiştir. Tanzanya'da sağlık reformlarında hizmetlerin desantralizasyonu "yerel sağlık örgütlerine devolüsyon" biçiminde yapılmıştır. Reform öncesi üreme sağlığı hizmetleri entegre olarak sunulmakta iken, sonrasında yerel yönetimlerin politik kararları ile yürütülmektedir. Tanzanya'da 1995 yılında Sağlık Bakanlığının Koruyucu Hizmetler Genel Müdürlüğü altında 'Üreme Sağlığı ve Çocuk Sağlığı Birimi' kurulmuş, 2000-2001'de alt birimlere ayrılarak aile planlaması, okul sağlığı, toplum tabanlı sağlık hizmetleri, çocuk sağlığının entegre yönetimi ve güvenli annelik birimleri oluşturulmuştur. Reform süreci sonucunda Tanzanya'da, merkezi düzeydeki yöneticilerin etkililiği sağlamak için bu örgütlenmenin esas olduğunu savunmaları, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde dikey programların doğduğu eleştirisine neden olmuştur (Oliff M. et al., 2003).

Yukarıda bahsedilen ülkelerin dışında pek çok ülkede sağlık sistemlerinde reform yapılmıştır veya halen sürmektedir.

#### ANA SAĞLIĞI GÖSTERGELERİ VE SAĞLIK REFORMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ana sağlığı hizmetleri toplumda bazı göstergeler üzerinden değerlendirilmekte ve izlenmektedir (WHO Regional Office for Europe, 2001). Bu toplumsal göstergeler Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu toplumsal göstergelerin sağlık hizmetleri ile ilişkileri ve ülkelerdeki durumu şu şekildedir:

Tablo 2. Ana sağlığının toplumsal düzeyde izlenmesinde kullanılan göstergeler

1. Ana Ölüm Hızı	Kadın sağlığının en iyi göstergesidir. Toplumun genel refah düzeyi ile de ilişkilidir.
2. Genel Doğurganlık Hızı	Doğurganlığın en iyi göstergesidir. Aile planlaması hizmetleri ile yakından ilişkilidir.
3. Doğum Kontrolü Kullanma Hızı (Etkili ve geleneksel yöntemler)	Temel sağlık hizmetlerinin durumu ve kontraseptif malzemelerin temini ile ilişkilidir.
4. İsteyerek Düşükler	Aile planlaması hizmetlerinin durumunu yansıtır.
5. Doğum öncesi bakım alan gebe yüzdesi	Ülkedeki temel sağlık hizmetlerinin niteliği ile ilişkilidir.
6. Sağlık personeli yardımıyla olan doğum hızı	Doğum öncesi bakım niteliğinden ve sağlık finansmanının durumundan etkilenir.
7. Perinatal Ölüm Hızı	Ana sağlığının göstergesidir. Doğum öncesi bakım ve doğum koşulları ile ilişkilidir.
8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	Sağlık eğitimi ve kondom dağıtımı ile ilişkilidir.

Akın A ve Özvarış Ş.B (1995)

#### Anne Ölümleri

Bir toplumda kadın sağlığının en iyi göstergesi olan ana ölüm hızının rutin verilerle elde edilmesi güçtür ve pek çok ülkede özel araştırmalar ile saptanabilmektedir. Bu nedenle yukarıda örneklenen ülkelerde reformlar sonrası ana ölüm hızının değiştiğine ilişkin veriye rastlanmamıştır.

#### Doğurganlık

Bir toplumda doğurganlığın en iyi göstergelerinden biri olan genel doğurganlık hızı, TSH'nin etkililiği sonucunda değişim gösterebilmesinin yanında kadınların eğitim durumu, sosyoekonomik durum vb. özelliklerden de etkilenebilmektedir. Toplumda aile planlaması hizmetlerinin uzun erimde ortaya çıkan etkisi, doğurganlıkta azalma şeklindedir. Sağlık reformları sonucu genel doğurganlık hızındaki değişim bazı ülkelerde azalma bazılarında da artma şeklinde gözlenmiştir. Bu farklılık, daha çok sağlık sisteminde değişiklik yapılmasına neden olan faktörler tarafından etkilenmektedir. Bu nedenlerle sağlık reformlarının doğurganlık üzerine etkisini değerlendirmek için genel doğurganlık hızı ile kontraseptif yöntem kullanma hızı, istenmeyen gebelik hızı ve isteyerek düşük hızları birlikte değerlendirilmelidir.

Bu etkinin en tipik örnekleri, sosyalist deneyim yaşamış ülkelerdeki 1990 sonrasında doğurganlık hızlarında karşımıza çıkmaktadır. Doğu Almanya, Rusya, Macaristan, Romanya ve Polonya'da, sosyalist sistemin çöküşünden sonra doğurganlık hızlarında azalma gözlenmektedir. Bu ülkelerde, sistemin tamamen değişmesinin sosyal bir yansıması olarak doğurganlıkta azalma olmuştur. Rusya ve Eski Doğu Almanya örneğinde bu azalma çeşitli çalışmalar ile bildirilmiştir ve nedenleri sosyal destek mekanizmalarının ortadan kalkması sonucu, doğan çocukların bakımı ile ilgili sorunlardan dolayı ailelerin çocuk yapmama yoluna gitmeleri ile açıklanmıştır. (Lüschen G. et al., 1997; Kharkova T.L., Andreev E.M., 2000; Fodor E. et al., 2002; Kohler H.P., Kohler I., 2002). Bu ülkelerde istenmeyen gebelik ve düşükler çok fazla olmasına karşın doğurganlıktaki azalmanın nedenlerin

başında, aile, annelik ve çocuk bakımı ile ilgili politikalarda değişim gelmektedir. Bunlar, annelik ve babalık izinlerinin azaltılması veya tamamen kaldırılması, çalışan anneler için kamu olanakları ile çalışan bebek bakım merkezleri ve kreşlerin kapatılması ve annelik yardımının kesilmesi olarak belirtilmektedir (WHO&UNFPA, 2000). Kolombiya'da ve Brezilya'da ise aile planlaması hizmetlerinin bozulması sonucu doğurganlık hızının reform sonrası arttığı bildirilmiştir (PAHO, 1998a; PAHO, 1998b).

#### Doğurganlığın Kontrolü

Bir toplumda aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, "etkili yöntem kullanım hızı"nın artışı ile sonuçlanmaktadır. Yöntem kullanmayanlar ve geleneksel yöntem kullananlar, o toplum için aile planlaması hizmetlerinde "karşılanmamış gereksinim"i ifade etmektedir. Aile planlaması hizmetlerinde kadınların bu konudaki bilgilerinin arttırmanın ötesinde bu yöntemlerin hem fiziksel hem de ekonomik olarak ulaşılabilir olması önemlidir. Bu nedenle doğum kontrolü malzemelerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında bulunması, ayrıca bunların parasız olarak kamu kaynaklarından sağlanması ile toplumda "karşılanmamış gereksinim" azaltılabilmektedir.

Sağlık reformlarının kadın sağlığı üzerine en belirgin etkisi, doğum kontrolü kullanma hızlarında azalma şeklinde gözlenmiştir. Örneğin, Bulgaristan'da reform sonrası sadece danışmanlık hizmetleri ve acil kontrasepsiyon malzemeleri ücretsiz olup ilaçların üçte ikisi özel kaynaklardan temin edilmektedir. Bir aylık doğum kontrol hapı 5-9 USD, bir RİA 12-15 USD ve bir kondom fiyatı 0.12-1.2 USD arasında değişmektedir. Bulgaristan'da doğurgan çağdaki kadınların doğum kontrolü kullanma sıklığı %31'dir (WHO&UNFPA, 2000).

Eski Doğu Bloğu ülkeleri olarak bilinen ülkelerden bazılarının (Bulgaristan, Litvanya, Romanya, Çek Cumhuriyeti vb) ortak özellikleri, doğum kontrol yöntemi kullanan kadın sayısının oldukça az olmasıdır. Bu ülkelerde

aile planlaması danışmanlık hizmetleri kamu tarafından 'ücretsiz' yapılırken, kontraseptif malzemeler eczanelerden cepten harcama ile sağlanabilmektedir (WHO&UNFPA, 2000). Doğu Avrupa ülkelerinden Polonya, Romanya ve Macaristan'da yukarıda bahsedildiği gibi doğurganlık giderek düşmektedir ve etkili doğum kontrolü yöntemlerinin kullanımı sırasıyla %11.0, %51.5 ve %64.0'tür. Bu ülkelerin üçünde de doğum kontrolü malzemeleri ücretli olmasına karşın, doğum kontrolü kullanan kadın sayısında 1990 sonrası artış olduğu bildirilmektedir. Bu tablo, sağlık sistemindeki reformdan çok 1990 öncesinde uygulanan pronatalist politikalara son verilmesiyle doğum kontrolünün serbest bırakılmasının etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bu ülkelerde başka çocuk sahibi olmak istemeyen kadın sayısı ve bununla ilişkili olarak düşük sayısı hala oldukça yüksektir (Fodor E. et al., 2002).

Litvanya'da etkili doğum kontrolü doğurgan çağdaki kadınlar arasında %5 olarak bildirilirken, sadece geri çekme yöntemi %24 olarak bildirilmektedir. Litvanya'da da aile planlaması hizmetleri arasında danışmanlık hizmetleri ücretsiz iken, kontraseptif malzemeler ücretsiz değildir. Doğum kontrol hapları ülkedeki bir aylık ortalama gelirin %2'si, RIA ise %4'üdür ve ülkedeki gelir grupları arasındaki uçurumların artışı da göz önünde bulundurulduğunda, kadınların etkili yöntem kullanmamasının nedeni olarak değerlendirilmektedir. Ukrayna'da ise ancak bazı gruplar için doğum kontrolü malzemeleri parasız olarak sağlanmaktadır ve doğum kontrolü kullanan kadınların yüzdesi Litvanya'ya göre daha yüksektir (%21). Kontraseptif malzemeleri satın almak zorunda kalan kadınlar için ise örneğin bir kutu (aylık) hapın ücreti, aylık gelirin %15-20'si arasında değişmektedir (WHO&UNFPA, 2000). Tayland'da kadınların %30'nun aile planlaması hizmeti alabilmek için para ödemek zorunda olduğu bildirilmektedir (Tangcharoensathien V. et al., 2002). Çin Halk Cumhuriyeti'ndeki reform sonrası kurulan sistem sonucu, kırsal alanda aile planlaması harcamaları artarken ana-çocuk sağlığı hizmetleri harcamalarında azalma gözlenmiştir. Kadın başına aile planlaması hizmetleri için yapılan harcama, 1985'ten 1995'e gelindiğinde yaklaşık 2.5 kat artarak 13.74'ten Yuan'dan 32.28 Yuan'a çıkmıştır. Doğum öncesi bakım, sağlık eğitimi, doğum, doğum sonrası kontroller, aşılar vb. ana-çocuk sağlığı hizmetleri için ise kadın başına harcama 1.74'ten 1.05 Yuan'a düşmüştür (Kaufman J., Jing F., 2002).

### Düşükler

İsteyerek düşük hızı, bir anlamda toplumda aile planlaması hizmetlerinde karşılanmayan gereksinimi göstermektedir. Aile planlaması hizmetlerinin yetersiz olduğu toplumlarda isteyerek düşük, bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır. Rusya'da düşükler hala en önemli doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır, 15-44 yaş kadınlar arasında her canlı doğuma 2.2 düşük düşmektedir (Tulcinsky H., Varikova E.A., 1996). Litvanya'da 1995'te 1.38 düşüğe bir canlı doğum düşerken bu oran 1997'de 1.58 düşüğe 1 canlı

doğum olmuştur. Orta ve Doğu Avrupa Ülkelerinde de, düşükler en temel doğum kontrol yöntemidir. Güvenli olmayan koşullarda yapılan düşükler nedeniyle meydana gelen ölümlerin, aile planlaması hizmetlerine ulaşmada yetersizlik nedeniyle olduğu bildirilmektedir (WHO&UNFPA, 2000). Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde 1980-1990 yılları arasında 1000 canlı doğumda yaklaşık 650-700 civarına seyreden düşük hızlarının, 1990 yılından sonra zirve yaparak 1000 canlı doğumda 1600'e çıktığı görülmektedir. Sağlık reformu sonucu sadece Rusya'da yılda 2.8 milyon düşük bildirilmektedir (WHO Regional Office for Europe, 2000).

Çin'de de ölü doğumların ve düşüklerin, reformun yapıldığı 1990'dan sonra anlamlı olarak arttığını gösterilmiştir. Ayrıca cepten ödeme yapan kadınlarda düşük ve ölü doğum 4.5 kat daha fazla saptanmıştır (Bogg I. et al., 2002).

Tayland'da ise yeni kurulan sağlık sisteminde düşük ile ilgili hizmetler kamu hastanelerinde veriliyor olmasına karşın, büyük bir kısmının güvenli olmayan koşullarda ve sağlık personeli yardımı olmaksızın yapılması sigorta sisteminin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (Tangcharoensathien V. et al., 2002).

### Doğum Öncesi Bakım

Sağlık sistemlerinde reform yapmış ülkelerin hemen hepsinde doğum öncesi bakımın oldukça yaygın olduğu bildirilmektedir (%85-100) (WHO&UNFPA, 2000). Ancak bu hizmetin ücretlendirilmesi durumu ve niteliği konusunda yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Yine de, Filipinler örneğinde, devolüsyondan sonra doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin en fazla sorun yaşanan hizmetler olduğu, bunun da sevk sisteminden kaynaklandığı belirtilmektedir. Diğer bir olumsuzluk olarak gebeler arasında %48 olan tetanoz aşılmasının %45'e düşmesi bildirilmektedir (Lakshminarayanan R., 2003).

### Doğumların Yapıldığı Yerler

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin bir amacı da doğumun hastanede ve/veya sağlık personeli yardımıyla yapılmasıdır. Bu bakış açısıyla sağlık personeli ile yapılan doğumların yüzdesi sağlık hizmetlerinin bir göstergesi olmakla birlikte daha çok başka özelliklerden etkilenmektedir. Bunların en başında, sosyoekonomik durum, sosyal güvence durumu gibi özellikler gelmektedir. Sosyal güvence veya sağlık sigortası, doğrudan sağlık reformlarından etkilenmektedir. Bu nedenle bazı ülkelerde evde doğumlar sigortanın olmayışı ile yakından ilişkilidir. Tayland'da reform sonrası dönemde hastanede yapılabilecek doğumlar sigorta kapsamında sadece iki doğum ile sınırlandırılmıştır. İki'den fazla doğumda, harcamaların cepten ödeme ile karşılanmasının zorunlu olduğu belirtilmektedir (Tangcharoensathien V. et al., 2002). Kolombiya'da reform sonrası evde yapılan doğumların fazla olması nedeniyle neonatal tetanozun yüksek olduğu bildirilmektedir (PAHO, 1998b).



### Perinatal Ölümler

Perinatal ölümlerde tıbbi nedenler, annenin sistemik hastalığı veya gebelik toksemileri, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, bebeğin doğumsal anomalileri gibi nedenlerdir, dolayısıyla doğum öncesi bakımın niteliği ve doğum koşulları tarafından etkilenmektedir. Bu nedenlerle, perinatal ölüm hızı ana ölüm hızının saptanamadığı toplumlarda ana sağlığının en önemli göstergesidir. Ancak ne yazık ki, yeterli ve güvenilir veri olmadığından bu yazıda değerlendirmeye alınamamıştır. Perinatal ölüm hızı, doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin toplumdaki eşit ve kapsayıcı olması halinde azalmaktadır. Yukarıda da açıklandığı gibi reformlar sonrasında doğum hizmetlerinin paralı hale gelmesi ve doğum öncesi bakımın nasıl yapıldığının belirsizliği gibi nedenlerle perinatal ölüm hızında artış olması beklenmelidir.

### Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Ülkelerin sağlık sistemleri incelendiğinde, sağlık örgütlenmelerinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar kontrol programları yürütüldüğü ancak, bunun eğitimden öteye gitmediği anlaşılmaktadır. Yukarıda da açıklandığı gibi ülke örneklerinin hemen hepsinde kondom ihtiyacı cepten harcama ile eczanelerden karşılanmaktadır. Bu durumda, sadece eğitimin yeterli olması beklenmemelidir. Örneğin, eski sosyalist ülkelerde 1990 yılında 100.000'de 50'nin altındaki sifiliz hızı 1992'den sonra hızla artmış, 1997'de Rusya'da 100.000'de 262'e Kazakistan'da 245'e çıkmıştır (WHO Regional Office for Europe, 2000). Ayrıca, 1995 yılından 1998'e kadar geçen üç yılda Rusya'da 39 olan AIDS olgusu 325'e, Çek Cumhuriyeti'nde 13'ten 112'e çıkmıştır, Macaristan ve Polonya'da da olgu sayısında artış olmuştur (WHO&UNPFA, 2000).

### SONUÇ

Yukarıda sağlık sistemlerinde yapılan reformların ana sağlığı hizmetlerine yansıyan boyutu, çeşitli ülke örnekleri ile incelenmiştir. Bu ülkelerdeki durum şu şekilde özetlenebilir;

- Sağlık reformu sonucu hizmetlerin yatay örgütlenmesinin terk edilmesi kadın sağlığı hizmetlerine zarar vermiştir. Bu durum, hizmetin iyi ya da kötü sunulmasının ötesinde örgütlenme ile ilgili bir durumdur.

- Çoğu ülkede düşüklerin artışı ile sonuçlanan istenmeyen gebeliklerde artış olmuştur. Ülkelerin bir kısmında aile planlaması hizmetleri için sadece danışmanlık hizmeti yapılmakta kontraseptif malzemeler ise kapsamamaktadır.

- Yeterli veri olmamakla birlikte, nitelikli doğum öncesi bakım hizmetine ulaşabilenlerin sadece sigorta primlerini ödeyebilenler olduğu görülmektedir. Bu durumda bazı ülkelerde tetanoz aşılması azalmış ve neonatal tetanoz olgularında artış olmuştur.

- Her ne kadar hükümetler ana-çocuk sağlığı hizmetlerini kamusal olarak sunmaya niyetli olduklarını

belirtse ve bu yönde yeni örgütlenmeler yapsalar da yeni sistem buna pek çok noktada izin vermemekte, sonuçta bu hizmetler de özelleştirilmiş olmaktadır. Bunun nedenleri;

Sağlığın finansmanında sigorta modellerinin tercih edilmesi, gerek ödenen prim karşılığında sunulan "hizmet paketlerinin" içeriğinin gerekse de katılım payı, kullanıcı ödentisi vb. ek ödemelerin bu hizmetlerin sunumu ve kullanımını etkileyebilir oluşudur. Bu durumda, doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamındaki tanı testlerinin, hastanede yapılan doğumların, kontraseptif ilaçların vb. bedellerinin nasıl ödeneceğinin düzenlenmesi oldukça zordur.

İkinci olarak, tüm gebelerin doğum öncesi bakımının yapılması durumunda bile, finansmanda sigorta tercihi nedeniyle prim öde(ye)meyen bir gebenin gerekli olduğunda ikinci basamağa sevk edilmesi bir anlam taşımayacaktır.

### TÜRKİYE'DE DURUM ve ÖNGÖRÜLER

Türkiye'de sağlıkta reform ilk kez 1990'lı yılların başında gündeme gelmiştir. Kurgulanan 'reformlar' çeşitli nedenlerle tam olarak uygulanamamış olmasına karşın mevcut sağlık sistemine zarar veren pek çok uygulamalar ile 2000'li yıllara gelinmiştir. 2003 yılında tekrardan gündeme gelen 'sağlıkta reform', özünde ne 10 yıl önceki programdan ne de diğer ülkelerdekilerden farklı görünmektedir. Sağlık hizmetlerinde desantralizasyonu hedefleyen reform, Türkiye'nin sağlık sisteminde devolüsyon olarak tanımlanan özelleştirme aşaması ile uyum göstermektedir (Belek İ., 2004). Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla kamuoyuna sunulan sağlık sistemindeki reform sonucunda Genel Sağlık Sigortası getirilmesi hedeflenmektedir (SB, 2003). Genel Sağlık Sigortası sonrası Türkiye ortamında ana sağlığı hizmetlerinin nasıl sunulacağı konusunda belirsizlik devam etmektedir.

Türkiye'de ana sağlığı hizmetlerinin tarihçesini 1961 yılında çıkan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile başlatmak olanaklıdır. Bu yasa ile nüfus temelinde örgütlenmiş sağlık ocaklarında toplumun tümünü hedefleyen ve sorunların bütününe kapsayan entegre sağlık hizmeti öngörülmektedir. Yasanın uygulanmasıyla sağlık evi ebeleri, bölgelerinde ev ziyaretleri anne ve çocukların izlemlerini yaparak hizmet sunmaya başlamıştır. 1965 yılında çıkan Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile doğum kontrolü yasal olarak serbest bırakılmıştır. Böylece aile planlaması hizmetlerine eğitimin yanı sıra kontraseptif malzemelerin ücretsiz olarak sağlanması da eklenmiştir.

Bu dönemden sonra USAID (United States Agency for International Development) adlı uluslararası yardım kuruluşu kontraseptif malzemeleri aynı yardım olarak sunmaya başlamış ve bu durumun sağladığı olanakla birlikte tüm birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla malzemeler halka ücretsiz olarak sağlanmıştır. USAID

yaptığı malzeme yardımını, 1995-1999 yılları arasında aşamalı olarak keseceğini bildirmiş ve 2000 yılında yardımı tamamen kesmiştir (SB, 1998). Bu dönemden sonra baş gösteren malzeme sıkıntısı aşmak için Sağlık Bakanlığı, "Aile Planlaması Önceliklendirme Planı" adını koyduğu projeyi bazı illerde denemiş ve ülke geneline yaygınlaştırmıştır. Bir dönem Sağlık Bakanlığı bütçesinden malzeme alınarak dağıtılmış ancak bu da oldukça yetersiz kalmıştır. 2000 yılından 2001 yılına gelindiğinde dağıtılan rahim içi araç miktarında %16, kondom ve hap miktarında ise %60 azalma olmuştur (SB, 2002). Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığının bu politikası sonucu sağlık ocakları, sadece aile planlaması eğitimi yapan ama yer yer ve zaman zaman malzeme ver(e)meyen kuruluşlar haline gelmiştir. Öyle ki, 2004 yılında "hap mevcudunun olmaması" nedeniyle Sağlık Bakanlığı yayınladığı bir genelge ile "yerel düzeyde malzeme temini yapılmasını" istemiştir (AÇSAP Genel Md, 2004).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre ise bireye yönelik koruyucu hizmetlerin aile doktorları tarafından verilmesi düşünülmektedir. Programda adı geçmemekle birlikte, 15-49 yaş kadınların izlemleri, aile planlaması ve doğum öncesi bakım hizmetleri de bu kapsam içindedir. Bu durumda öngörülen finansman modeline (GSS) göre primini ödeyemeyenler, sağlık hizmetlerinin genelinden olduğu gibi bu hizmetlerden de yararlanamayacaklardır. Ayrıca bu hizmetleri sağlık kuruluşunda (aile doktorunun ofisi) sunarak kişilerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını beklemek ne kadar akılcıdır? Kontraseptif malzemeler hangi kaynaktan sağlanacaktır? Diğer yandan önerilen finansman modeline göre doğumların sağlık personeli yardımıyla ve sağlık kuruluşlarında yapılması nasıl sağlanacaktır? Kısaca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde arzulanan değişim, hastanelerin işletmeleştirilmesi, finansmanın sigortacılık biçimine dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde devolüsyon gibi 'reformlar' sonucunda sağlık hizmetlerinden tüm toplumun yararlanabilmesi olanaklı görünmemektedir. Bu durum toplumun yoksul kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanamaması ile sonuçlanacaktır. Sağlık Bakanlığının 'bundan böyle kürek çekmemesi, sadece dümen tutması' sonucu bu kayığa binebilenler sadece prim ödeme gücü olanlar olacaktır (SB, 2003).

Ülkelerin içinde buldukları koşullar, yapıları vb. göz önünde bulundurulmaksızın tüm ülkeler için aynı formülün önerilmesi, bize Türkiye'ye ilişkin projeksiyon yapma olanağı tanımaktadır. Sadece ana sağlığı hizmetlerinin durumu incelediğinde hemen tüm göstergelerin etkileneceğini söylemek bir spekülasyonun ötesinde bir öngördür. Doğum kontrol yöntemlerinin ücretli olması, etkisiz yöntem kullanımının artması, istenmeyen gebeliklerin ve bunun sonucunda isteyerek düşüklerin artışı ile sonuçlanacaktır. Aile planlaması hizmeti olarak sadece danışmanlık hizmetinin yapılması, malzemelerin sağlan(a)maması böylesi bir hizmetten sadece ekonomik olarak gücü olanların yararlanmasını anlamına gelmektedir.

#### KAYNAKLAR

**Akın A., Özvarış Ş.B.** (1995) Bölüm 6: Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: "Halk Sağlığı- Temel Bilgiler" Ed. Bertan M., Güler Ç. Güneş Kitabevi, Ankara

**Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü** (2004) Kontraseptif malzeme Hakkında Genelge. Tarihi: 14.05.2004 Sayısı: 2004/70-871.

**Belek İ.** (2001). Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma. Toplum ve Hekim. 16(6):430-37

**Belek İ.** (2004) Yerelleşme: Kapitalizmin Kılcal Damarlarına Sermaye Giriyor. Toplum ve Hekim. 19(1):65-68

**Bilgili N, Akın A.** (1998) Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. Sağlık ve Toplum. 3-4:11-15.

**Bogg I, Wang K, Diwan V.** (2002) Chinese maternal health in adjustment: Claim for life. Reproductive Health Matters. 10(20):95-107.

**Boratav K.** (2004). Yoksulluk Kavramı Üzerine Notlar. Toplum ve Hekim. 19(1):7-9

**Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)** (1998). "Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi" Ed:Saltman R.B., Figueras J. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

**Fodor E., Glass C., Kawachi J., Popescu L.** (2002). Family policies and gender in Hungary, Poland, and Romania. Communist and Post-Communist Studies. 35:475-490.

**Hamzaoğlu O.** (2003) Çin Halk Cumhuriyeti'nde Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim. 18(1):59-67

**Kalediene R., Nadisauskiene R.** (2002). Women's health, changes and challenges in health policy development in Lithuania. Reproductive Health Matters. 10(20):117-126.

**Kaufman J., Jing F.** (2002). Privatisation of health services and the reproductive health of rural Chinese women. Reproductive Health Matters. 10(20):108-116.

**Kharkova TL., Andreev EM.** (2000). Did the economic crisis cause the fertility decline in Russia: evidence from 1994 microcensus. European Journal of Population. 16:211-233.

**Kohler HP., Kohler I.** (2002). Fertility decline in Russia in the early and mid 1990s: the role of economic uncertainty and labour market crises. European Journal of Population. 18:233-262.

**Lakshminarayanan R.** (2003). Decentralisation and its implications for reproductive health: The Philippines Experience. Reproductive Health Matters. 11(21):96-107.

**Lüschen G, Niemann S, Apelt P** (1997). The

integration of two health systems: social stratification, work and health East and West Germany. *Social Science and Medicine*. 44(6):883-99.

**Mills A.** (1983) Vertical versus horizontal health programmes in Africa: Idealism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*. 17(24):1971-1981

**Oliff M., Mayaud P., Brugha R., Semakafu AM.**(2003). Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters*. 11(21):37-48.

**Öztek Z.** (1992), Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/2, İkinci Baskı, Ankara.

**PAHO** (1998a). Brasil. In: *Health in the Americas Volume II*. pp:108-129.

**PAHO (1998b)**. Colombia. In: *Health in the Americas Volume II*. pp:181-193.

**Rifkin S, Walt G.** (1986) Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine*. 23(6):559-566

**Sağlık Bakanlığı (SB)**. (1998) Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.

**Sağlık Bakanlığı (SB)** (2002) "Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl". Sağlık Bakanlığı, Ankara

**Sağlık Bakanlığı (SB)** (2003) "Sağlıkta Dönüşüm". T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara

**Saltman R.B.** (2003). Melting Public- Private Boundaries in European Health Systems. *European Journal of Public Health* 2003;13:24-29

**Standing H.** (2002) An overview of changing agendas

in health care reforms. *Reproductive Health Matters*. 10(20):19-28.

**Tangcharoensathien V., Tantivess S., Teerawattananon Y., Auamkul N., Jongudoumsuk P.** (2002). Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. *Reproductive Health Matters*. 10(20):59-69.

**Tulcinsky H., Varikova EA.**(1996). Addressing the epidemiologic transition in the Former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health*. 86:313-320.

**Türk Dil Kurumu (TDK)** (2004), <http://tdk.org.tr/tdksozluk>, [Erişim tarihi: 5.4.2004]

**Walsh JA, Warren KS** (1979) Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine*. 301(18):2

**WHO&UNFPA** (2000) Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. Third Edition. Copenhagen. <http://www.euro.who.int/document/e71193.pdf> [erişim tarihi 3.5.2004]

**WHO Regional Office for Europe** (2000) European Observatory on Health Care Systems: The Observatory's Health Systems Glossary.

**WHO Regional Office for Europe** (2001) WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen, Denmark

**WHO** (2002). HiT Summaries: Romania. The European Observatory on Health Care Systems. The Online Bulletin. [http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020610\\_6](http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020610_6) [erişim tarihi 4.5.2004]

**World Bank** (1993) Investing in Health. World Development Report, 1993. World Bank. Washington DC.