

**DOSYA/DERLEME****SAĞLIK "REFORM"LARI VE BAĞIŞIKLAMA**

Meltem ÇİÇEKLİOĞLU\*, Işıl ERGİN\*\*,  
Hür HASOY\*\*

Tüm dünyada her yıl üç milyon çocuk aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bu hastalıklar özellikle toplumun en yoksul %5'lik dilimini etkilemektedir. Oysa bağışıklama sağlık müdahaleleri içinde en ucuz ve en etkin toplum sağlığı uygulamasıdır (DeRoeck, D. Levin, A., 1998). Diğer yandan bağışıklama kapsayıcılığı, sağlık sistemlerinin temel sağlık hizmetlerini toplumdaki en duyarlı kişilere ulaştırma kapasitesi açısından değerlendirmek için iyi bir gösterge olarak kullanılmaktadır (Bos ve Batson, 2000).

Bütün bu özellikleri nedeniyle bağışıklama, başta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) olmak üzere pek çok uluslararası sağlık örgütünün az gelişmiş ülkeler için önerdikleri sağlık sistem modelleri uygulamalarında özellikle desteklenen bir konu olmuştur. DSÖ sağlık müdahaleleri konusundaki etkin rolünü sağlık reformları sürecinde Dünya Bankasına (DB) devretmiştir. DB'nin önerileri doğrultusunda gelişen sağlık 'reform'ları sürecinde de aşı kapsayıcılığı, 'reform' uygulamalarının değerlendirilmesi açısından "iyi bir gösterge" olarak kabul edilmiştir (Bos ve Batson, 2000). Bu nedenle; 'reform' ve bağışıklama arasındaki bu kritik ilişkinin netleştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu yazıda bağışıklama hizmetlerine dair politika ve yaklaşımların zaman içindeki değişimi, reformların gündeme gelme süreci, temel reform stratejileri ile bağışıklama hizmetlerinin ilişkisi, ülke örnekleri üzerinden bu stratejilerin uygulanma gerekçeleri, süreçleri ve bağışıklama hizmetlerine yansımaları değerlendirilmiştir.

### 1. BAĞIŞIKLAMA HİZMETLERİ AÇISINDAN SAĞLIK REFORMLARININ GELİŞME SÜRECİ

1970'li yıllarda daha fazla kaynağın olduğu endüstrileşmiş ülkelerde, toplumun pek çok sağlık

sorununun birarada çözümlenebildiği birinci basamak sağlık hizmetini önceleyen 'yatay' örgütlenme modeli kullanılmıştır. Oysa aynı dönemde yoksul ve az gelişmiş ülkelerde önerilen ve yürütülen sağlık hizmet modeli 'dikey' örgütlenmedir. Çiçeğin eradikasyon sürecinden sonraki yıllarda, dünyanın en yoksul, kalabalık ve çoğu unutulmuş bölgelerinde sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla başta DSÖ olmak üzere çeşitli uluslararası örgütlerce uygulanan müdahale programları böylesi bir dikey örgütlenme yaklaşımının ürünüdür (WHO, 2001a). 1974'te oluşturulan "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (GBP) bu müdahalelerden birisidir. GBP'nin yaratıcıları çiçekteki deneyimlerini aşı ile korunabilen altı hastalığa (tbc, difteri, neonatal tetanus, boğmaca, polio, kızamık) yöneltmişlerdir. Daha sonraki dönemde sarı humma, kızamık-kabakulak-kızamıkçık ve hepatit B aşıları da programa eklenmiştir. GBP kapsayıcılığı giderek arttıysa da, bu beklenen düzeyde bir artış olmamıştır (WHO, 2003a). 1974'te GBP kapsamında yapılan bir araştırmaya göre dünyadaki çocukların sadece % 5'i altı hastalığa karşı tam bağışıklı. 2000'li yıllarda toplam kapsayıcılık altı hastalık için % 80'lere ulaşmış, ancak pek çok az gelişmiş ülke için % 50'nin altında kalmıştır.

Dikey ve yatay örgütlenme deneyimlerinin sonuçları sağlık hizmetinin örgütlenmesi konusunda geniş bir bilgi birikiminin oluşmasını sağlamıştır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde uygulanan yatay örgütlenme modelleri ile elde edilen sonuçlar daha geniş nüfuslara sağlık hizmetini ulaştırabilme umidini doğurmuştur (WHO, 2001a). Tüm dünyadaki eşitsizliklerin yarattığı endişe ile birleşen bu ümit, dönemin iki kutuplu sosyopolitik dinamiklerini de arkasına alarak Alma Ata'yla sonuçlanmıştır. '2000 yılında herkes için sağlık' stratejilerinin gündeme gelmesiyle, Temel Sağlık Hizmeti yaklaşımı benimsenmiştir.

Fakat ortaya atıldığı ilk dönemde dahi, bu yaklaşım maliyet ve eğitilmiş personel yetersizliği gibi nedenlerle amaçları açısından ulaşılmaz olarak değerlendirilmiştir.

\*Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

\*\*Uzmanlık Öğrencisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Aynı dönemde DB başkanı Robert Mc Namara, yüzyılın sonuna kadar az gelişmiş ülkelerde ılımlı düzeyde ekonomik iyileşme olsa bile, 600 milyon insanın 'yoksulluk' kavramı içinde yer alan malnütriyon, okur yazmaz olmama, hastalık, yüksek bebek ölümlülüğü ve düşük yaşam beklentisinin kıskaçında olacağını belirtmiştir (WHO,2001a).

1980'lerde, dünya genelinde yaşanan ekonomik krizin yüksek gelir seviyesindeki ülkelere kadar ulaşan etkisi, Alma Ata amaçları doğrultusunda ilerlemeye ciddi zararlar vermiştir. Uluslararası finans örgütleri tarafından 'Yapısal Uyum Programları' olarak geliştirilen paketler, özellikle gelişmekte olan ülkelere hükümetlerin sosyal harcamalardan, özellikle sağlık bütçesi açısından giderek daha çok uzaklaşmalarına yol açmıştır.

1987'de DB, reçetesini 'Sağlık Sektöründe Reform' adıyla; sağlık hizmetinde kullanıcı ödentileri alınması, sağlık sigorta sistemi, özel sektör katılımının artması, sağlık hizmetinin desantralizasyonu ve öncelikli sağlık sorunlarına yönelik sağlık hizmet paketi başlıkları altında sunmuştur. DB, 1987'de ortaya attığı bu fikri 1993'te Dünya Gelişim Raporu'nda da resmen önermektedir. Bu raporda, toplum sağlığı hizmetleri ile ilgili terminoloji değişikliği yapılmıştır. Bağışıklama, aile planlaması, sıtma gibi finansmanı ve stratejileri diğer sağlık hizmetlerinden ayrı olan programları tanımlamada kullanılan 'dikey' yaklaşımı bırakılmış, 'öncelikli' terimi bunun yerini almıştır. Öncelikli terimi eskiden dikey olarak belirlenen sorunların yanısıra, toplum sağlığını geliştirmede maliyet etkin olacak stratejileri de içermektedir (WHO, 2001a). Sağlık reformları kapsamında toplum sağlığı hizmetleri her ne kadar 'öncelikli' olarak değerlendirilse de reformistler toplum sağlığı hedeflerinin, sağlık reformlarının hedefleri ile kesişmesini sağlamanın sağlık reformları sürecinde en önemli zorluğu oluşturacağını belirtmektedir (WHO, 2001b).

Bu süreçte DSÖ aşılama politikalarının gündemini ve önceliklerini belirleme konusunda ülkelere teknik destek sağlamada önemli bir rol almıştır. DSÖ aynı zamanda reformların tasarımına, uygulamasına ve sonuçlarına dair kaynak materyal geliştirme açısından sağlık reformlarının aktif bir katılımcısı olmuştur (WHO, 2001b). Reform sürecinde DSÖ ve DB'nin görevleri ayrılmış, DSÖ görevlerini DB tarafından finanse edilen ülkelere kredi koşullarını belirlemek ve ülkelere teknik rehberlik ve yardım yapmak olarak belirlemiştir (WHO, 2001a).

Bazı eleştirmenler, kendilerini sağlık reformu zorlaması içinde bulan fakir ülkelerin devlet bütçesinden ayrılan kaynakları kesmek zorunda kalmalarının ve bunun da üstüne banka kredisi ya da kaynak ülke desteğine zorlanmalarının altında yatan gerçek nedenleri sorgulamaktadır (WHO, 2001a). Chaulet, reformun nedenlerinin sağlık sektöründeki sorunlarla açıklanmaya çalışıldığını, oysa sağlık sektöründeki eksikliklerin bu değişikliklerin itici gücü olmadığını belirtmiştir. Her ne

kadar sağlık reformu olarak adlandırılrsa da, reformun olduğu dönemde temel motivasyonun toplum sağlığını yükseltmeyi hedefleyen çabalar olduğunu gösteren kanıtlar yoktur. Hatta uygulandığı pek çok ülkede reformların toplum sağlığını ilgilendiren konulardan çok yapısal, yönetsel ve finansal uygulamalara odaklandığı gözlenmektedir. Dünya'da sağlık reformunu zorlayan sebepler konusundaki fikirler farklı olsa da, sağlık sistemindeki sorunlara ilişkin belirlenen saptamalar doğrudur. Reformistler devlet tarafından organize edilen ya da yürütülen sağlık hizmetlerini verimsizlik, pek çok kişinin ilaç ve hizmete ulaşamaması, personel motivasyonunun az, bekleme sürelerinin uzun olması gibi nedenlerle eleştirmektedir. Buna karşılık reformistler sağlık hizmetinde hakkaniyeti, kaliteyi ve verimliliği arttıracaklarını iddia etmektedir (WHO, 2001a). Bu amaçlara ulaşmak için geliştirdikleri temel stratejiler;

1. Sistemin yeniden organize edilmesi: Bunun için önerilen yöntem desantralizasyondur.

2. Kaynak kıtlığına karşı koyma stratejileri: Reform stratejileri genellikle kıt kaynakların en etkin ve verimli bir tarzda kullanılmasındadır (Saltman ve Figueras, 1997). Asıl amaç harcamaların sınırlandırılması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasındadır (Belek, 2001). Sağlık reformunda maliyet sınırlaması arz ve talep yönelimli olmak üzere iki farklı şekilde gündeme gelmiştir. Özellikle az gelişmiş ülkelere uygulanan talep yönelimli maliyet sınırlaması iki alana yoğunlaşmaktadır :

a. Maliyet paylaşımının düzenlenmesi

b.Önceliklerin belirlenmesi (Saltman ve Figueras, 1997).

Bundan sonraki bölümde reformun stratejileri olan desantralizasyon, maliyet paylaşımının düzenlenmesi ve önceliklerin belirlenmesi yaklaşımları bağışıklama hizmetleri açısından değerlendirilecektir.

## 2. REFORM STRATEJİLERİ VE BAĞIŞIKLAMA

### II. 1. Sistemin Yeniden Organize edilmesi; Desantralizasyon ve Bağışıklama

Reform kapsamı içinde yer alan uygulamalardan en önemlisi desantralizasyondur. Desantralizasyon; kamu planlamasında, yönetiminde ve karar alma sürecindeki yetkin ve gücün ulusal düzeyden alt ulusal düzeylere transferi olarak tanımlanmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997). Uygulamada ise ülkelerin idari, politik ve sosyal yapısına göre çok farklı şekiller alabilmektedir (Denis ve Levin, 1998). Bazı ülkelere çeşitli alanlarda birarada (eğitim, sağlık, tarım vb) uygulanırken, bir kısmında ise sadece sağlık alanına sınırlı kalmaktadır.

Sağlık hizmetini planlayanlar ve politika üretenler için bağışıklama ve benzeri toplum sağlığı hizmetlerine desantralizasyonun etkisinin ortaya konması oldukça yararlıdır. Bu çerçevede DB bağışıklamanın önemini üç başlık altında toplamıştır:

1- Aşılama mevcut sağlık uygulamaları arasında en ucuz ve en etkin olanıdır ve tüm ülkelerde toplum sağlığı programlarının ana unsurudur. Sadece toplum sağlığı programları olarak değil ulusal gelişim stratejilerinin de vazgeçilmez bir parçası olarak görülmektedir.

2- Aşı kapsayıcılık oranları, toplum sağlığı hizmetlerinin gelişimi açısından uluslararası karşılaştırmalara olanak veren ve kolayca ulaşılabilen bir veri kaynağıdır. Kapsayıcılık oranları ; desantralizasyonun toplum sağlığı hizmetleri sunumuna etkisinin değerlendirilmesi için bir gösterge olarak kullanılabilir (Bos ve Batson 2000).

3- Bağışıklamanın iki temel özelliği kamusal mal olması ve dışsalıdır. Bu özellikleri nedeniyle yerel idarelerin tavrından, toplum katılımı ve sorumluluğundan etkilenir. Bu yüzden desantralizasyonun olumsuz etkileyebileceği hizmetlere bir örnek oluşturabilir (Khaleghian, 2003).

Sağlık hizmeti sunumunda desantralizasyonu anlayabilmek için farklı ülkelerde uygulanan şekillerini bilmek ve bunların hizmet sunumu, örgütlenmesi ve finansmanına etkilerini anlayabilmek gereklidir. Desantralizasyon tipleri; politik, idari, mali olmak üzere üç başlık altında değerlendirilebilir. Desantralizasyonu bu başlıklar altında değerlendirmek, desantralizasyon talebinin altında yatan yapısal bileşenleri daha iyi açıklamaya yardımcı olmanın yanısıra bu talebin sınırlarına da işaret eder (WB, 2003a).

#### *Politik Desantralizasyon (Devölasyon)*

Tanımlanmış bir takım görevler açısından ulusal düzeyden büyük ölçüde bağımsız olan yerel hükümet düzeylerinin oluşturulması veya güçlendirilmesidir (DSÖ, 1997). Yerel düzeyde atanmış değil seçilmiş daha fazla birimin bulunduğu, yerel yönetimlerin seçimle işbaşına geldiği ve seçimlerin özgür ve adil olduğu ülkelerde daha yüksek düzeyde politik desantralizasyonun sağlanmış olduğu bildirilmektedir (WB, 2003a).

#### *İdari Desantralizasyon (Dekonsantrasyon)*

Merkezi hükümet bakanlıklarının idari sorumluluklarının yerel yönetimlere devredilmesidir (DSÖ, 1997). Yerel ve merkezi idarenin rollerinin net bir yasal çerçeve ile belirlendiği, görev devrinin esas alındığı, bunun için de asıl hizmet sunumu ve uygulamanın yerele delege edildiği, ayrıca hizmet sunan kamu görevlilerini yerel idarelere karşı sorumlu kılan bir kurumsallaşmanın olduğu ülkelerde idari desantralizasyonun yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir. Yasal çerçevesi olmayan, hizmet sunumunda ve işe alıp çıkarmalarda ısrarlı bir merkezizetiği olan ülkelerde ise idari desantralizasyonun düşük düzeyde olduğu ifade edilmektedir (WB, 2003a).

#### *Mali Desantralizasyon*

Finansal yükümlülük desantralizasyonun ana bileşenidir. Eğer yerel idareler ve özel kuruluşlar desantralize edilmiş işlevleri etkin yerine getirmek istiyorsa uygun düzeyde vergi gelirleri yanında -ya yerel olarak elde edilen veya merkezden transfer edilen- harcamalara da karar

verme konusunda da yetki sahibi olmalıdırlar. (WB, 2003b) Merkezden yerele mali transferleri için iyi bir formülasyon kullanan ve yerelden kontrol edilen harcamalarının genel kamu harcamaları içindeki oranı yüksek olan bir ülke mali desantralizasyonu yüksek düzeyde gerçekleştirmiş olarak tanımlanmaktadır (WB, 2003a).

Yetkiler yerel yönetimlere bırakıldığında, yerel otoriteler programlara ya yetersiz kaynak sağlayarak ya da izlem ve danışmanlık veya hastalık süreyansı gibi zorunlu işlevleri yürütmeyi ihmal ederek aşılama programının ulusal düzeyde işleyişinde aksamalara neden olmaktadır. Bunun sonucunda aşılama da dahil olmak üzere tüm ülkede hastalıktan korunma düzeyinde olumsuz sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bunu önlemek için, desantralize sistemlerde bile, merkezde güçlü olmanın gerekliliği vurgulanmaktadır. Ancak, pratikte, desantralizasyona merkezi işlevlerin zayıflaması çoğunlukla eşlik eder ve merkezi yönetimin, düzenleyen ve koordine eden rolüne gölge düşer. Örneğin Nepal'de desantralizasyon merkezde önemli personel azalmasını beraberinde getirdiği için, ülkenin Genişletilmiş Bağışıklama Programını olumsuz etkilemiştir. Uganda'da izlem ve danışmanlıkta merkezi destek azalmış, bunun sonucunda da aşı kapsayıcılığı düşmüştür. Endonezya'da aşılama ve desantralizasyon üzerine yapılan çalışmada, aşıların sağlanması, politika geliştirilmesi, izlem ve değerlendirme, toplumun bilgilendirilmesi, kalitenin sağlanması ve hastalık süreyansı gibi alanlarda merkezin rolünün belirgin bir şekilde azalmasıyla sorunların ortaya çıktığı gösterilmiştir (Khaleghian, 2003).

Öncelikler konusunda karar alma sürecine toplumun katılımı, desantralizasyonun önemli bileşeni olarak ifade edilmektedir (Saltman ve Figueras, 1997). Ancak toplum katılımı özellikle kaynakların dağılımına karar verme söz konusu olduğunda aşılama programlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun nedeni aşılama gerekliliğinin atfedilmediği toplumlarda yerel yönetimin sağlanması gereken diğer gereksinimler karşısında bağışıklama hizmetinin düşük öncelikli olarak değerlendirilmesidir (Khaleghian, 2003). Bağışıklama hizmeti; yerel yönetime devredilen diğer birinci basamak hizmetler, yataklı hizmetler, eğitim, tarım ve alt yapı hizmetleri gibi alanlarda kaynak aktarılması açısından rekabete girmektedir (WHO, 2001a). Güçlü merkezi baskı veya mali kontrol eksikliğinde yerel yönetimler toplumun tercihlerine karşılık olarak fonlarını aşılama dışındaki hizmetlere kaydırmak şeklinde yanıtlayabilirler. Bunun sonucu olarak yerel aşılama programları kötüleşebilir. Yayınlanan raporlar bu görüşü doğrulamaktadır. Uganda'da yerel yönetimler, desantralizasyon sonrasında, bağışıklama gibi zorunlu toplum sağlığı hizmetlerine, öncekinden daha az para harcamıştır. Filipinlerde desantralizasyon; sağlık harcamalarındaki dengenin yönünü koruyucu hizmetlerden tedavi edici hizmetlere doğru değiştirmiştir. Nikaragua'da merkezi yönetimin kararı sağlık harcamalarının % 46'sını birinci basamağa ayırmak iken, yerel yönetimler kaynağı ikinci basamağa ayırmıştır. Aşılama kapsayıcılığı üç yılda uygulamanın yapıldığı

bölgelerde % 50'lere kadar düşmüştür. Endonezya'da başka sektörlerle sıkı rekabet nedeniyle yerel yöneticilerin bütçelerinin % 15'ini sağlığa ayırma vaatlerinden vazgeçmeleri de bir başka örnektir. Benzer durumlar Tanzanya, Uganda ve Kolombiya'da da tespit edilmiştir. (Khaleghian, 2003).

## II. 2. Kaynak Kıtlığına Karşı Koyma Stratejileri

### II. 2-a. Maliyet Paylaşımının Düzenlenmesi ve Bağışıklama

Talebi etkileyen maliyet paylaşımı stratejileri kullanıcı ödentileri, katkı payları, sağlık harcamaları üzerinde global bütçeleme ya da sağlık sigorta sisteminin kurulmasıdır (Belek, 2001). DB bağışıklama hizmetinde kaynak yaratmak için az gelişmiş ülkelere aşağıdaki finansman modellerini önermektedir:

#### *Kullanıcı Ödentileri:*

Kullanıcı ödentileri sağlık hizmeti almak için tüketicilerin ödedikleri herhangi bir ücrettir. Tipik olarak kullanıcı ödentileri hizmetin verildiği noktada alınmaktadır. Kendi gelirlerini artırma baskısı altında olan ve aşılamanın finansmanına dair kamu desteğinden pek umudu olmayan yerel yönetimler bu hizmetleri karşılamak için kullanıcı ödentilerini ödeme şekli olarak kullanılmaktadırlar (WB 2003a). Kullanıcı ödentileri pek çok ülkede sağlık hizmetinden yararlanmayı engellemektedir (GAVI, 2001). Bağışıklama, bir koruyucu sağlık hizmeti olduğu için tedavi edici hizmetlere kıyasla kullanıcı ödentilerinden daha çok etkilenmektedir (WHO, 2001c). Çin'de 1990'ların başlarında merkezi ödeneklerin azaltılmasına bağlı olarak koruyucu hizmetlerde kullanıcı ödentilerinin başlatıldığı bölgelerde, bu hizmetlerin kötüye gittiğinin bildirilmesi en bilinen örnektir (WB, 2003a).

Dünya Bankasının önderliğinde GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization), bağışıklama hizmetinin finansmanında kullanılmasını önerdiği modellerini beş özellik üzerinden değerlendirmiştir. Temelde desteklediği bu yöntemler için getirdiği açıklamalar dikkat çekicidir.

GAVI'ye göre bile, bağışıklama hizmetinin finansmanı için kullanıcı ödentilerinin kullanımı hakkaniyetli değildir (GAVI, 2001). Kullanıcı ödentilerinin gelişmekte olan ülkelerde yoksulları, kendileri ve çocukları için aşı hizmeti almaktan alıkoyduğunu gösteren somut kanıtlar vardır (WHO 2001c). Böylece bu yol hakkaniyeti sağlama açısından yetersiz bulunmuştur. Kullanıcı ödentileri sisteminin yönetiminin tipik olarak ek idari maliyetler getirdiği ve gelire dayalı başlı mekanizmalarının da işe yaramadığı göz önüne alınırsa verimliliğe ulaşmak açısından da başarısızdır. GAVI, kullanıcı ödentilerinin bazı kaynakları sağlık hizmeti yönünde harekete geçirdiğini, bunun da toplam finansman dengesine katkıda bulunduğunu ifade ederek yeterli, zamanında, güvenilir kaynaklar sağlama yönünden başarılı olduğunu savunmaktadır. Ancak bu ödentilerin toplam maliyetin küçük bir bölümünü oluşturabileceğini satır aralarına sıkıştırılmıştır. Hesap verme sorumluluğu' nun tamamen fonların toplanmasında, korunmasında ve dağıtımının

şeffaflığına bağlı olduğunu ve bu sağlanamazsa büyük açıklar oluşabileceğini öngörmektedir. Rutin aşı şemasına girmeyen ve temel olmayan aşılardan finansmanı açısından ise kullanıcı ödentilerinin kendine yetebilirliği (otonomiyi) destekleme özelliği olduğunu savunmaktadır.

#### *Çapraz Destekleme*

Çapraz Destekleme başkaca sağlık hizmetlerinden alınan ücretlerle bağışıklama için ek kaynak sağlanmasıdır. Bu yöntem; tedavi edici hizmetler (ilaç vs.) için ederinden fazla para alarak bunu bağışıklamaya aktarmak şeklinde örneklenebilir. Alınan ücret "ekstra ücret veya vergi" olarak nitelendirilirken, daha çok alıcısı olan hizmetlerden yüksek ücret alınması önerilmektedir. DSÖ'nün Bamako Girişimi, bağışıklama hizmetlerinde çapraz desteklemeyi öneren bir örnektir. Destekler ilaç ve tıbbi hizmetler, hastanelerde otelcilik hizmeti (yemek gibi) ve diğer tedavi edici hizmetler ya da tıbbi olmayan mal ve hizmetlerden alınmakta, bunlar ücretsiz olarak verilen sağlık hizmetleri için kaynak oluşturmaktadır (GAVI, 2001).

GAVI çapraz destekleme modelini hakkaniyeti sağlama açısından değerlendirdiğinde; "Desteklerin eşitliği sağlanması, farklı sosyo ekonomik düzeylerdeki insanlar için nasıl yapılandırıldığına bağlıdır. Unutulmamalıdır ki hastalar özellikle de yoksullar için ek vergi uygulaması regresif etki yapabilir" sonucuna varmıştır. Çapraz destekleme modelinde de kaynakları toplamak, korumak ve dağıtmak, hatırı sayılır yönetsel imkanları gerektirdiği için verimsiz bulunmuştur. Çapraz desteklemenin sınırlı kamu kaynaklarını özel fonlarla güçlendirmeyi sağlayacağı savunularak, yeterli, zamanında, güvenilir kaynaklar sağlama açısından başarılı bulunmuştur. "Çapraz destekleme ile mobilize edilebilecek miktar sınırlıdır, devletin sağlık sistemi içerisinde kar sağlayabileceği malların ve hizmetlerin sayısı kısıtlıdır." ifadesiyle temel düşünceye vurgu yapılmıştır. Diğer iki özellik kullanıcı ödentilerinde açıklandığı gibi yorumlanmıştır.

#### *Sağlık Sigortası*

Sağlık sigortası ortak havuza toplanan paranın üçüncü bir kurumca yönetilmesidir. Bu fonlar hizmetlerin tamamını ya da bir bölümünü finanse eder. Üçüncü kurum devletin sosyal sigortası, kamu finansman havuzu veya özel finansman havuzundan biri olabilir. Sigortalanan insanlar tarafından küçük periyodik ödemelerle oluşturulan kaynak, pahalı hizmetlere ihtiyacı olan bireyler için kullanılır. Bu model bağışıklama hizmetlerinin doğasından dolayı, uygun bir finansman modeli değildir. Aşılama "belirli zamanlarda ihtiyaç duyulan, tüm çocuklar için gerekli olan, düşük maliyetli bir hizmet"tir. Sigorta daha çok toplumda nadir kullanılan ve pahalı hizmetler için uygundur (GAVI, 2001).

Sigorta aynı zamanda geniş bağışıklama kapsayıcılığına ulaşmak isteyen toplumlar için de uygun bir yol değildir. Sigorta programlarının idari muhasebesi oldukça karmaşıktır ve maliyetlidir. Aynı zamanda az gelişmiş ülkelerde var olan maaşlarla prim toplamak da güçtür. Bu da düşük gelir düzeyli ülkelerde sağlık sigorta sistemi ile fon oluşturmanın etkinliğini azaltır.



GAVI bu modeli belirlenen kriterler ışığında şöyle yorumlamaktadır; "Eğer herkesi kapsayan bir sosyal sigorta programı varsa toplumun tüm kesimleri bağışıklama hizmetlerine ulaşabilir. Eğer kısmi kapsayıcılık söz konusu ise- ki genelde yaygın olan budur- kırsal kesimdeki yoksullar kapsayıcılık dışında kalır." Bu nedenlerden dolayı sağlık sigorta sistemi hakkaniyeti sağlama açısından başarısız bulunmuştur. Verimliliği sağlamak açısından ise sigorta sistemleri arasında farklılık tespit edilmiştir. Ancak genelde tüm sigorta kurumlarında yönetsel maliyete, vergi tabanlı maliyet de eklendiği için verimsiz olarak değerlendirilmiştir. Hizmet paketindeki bağışıklama hizmeti için özel fonlar harekete geçirilse de sigorta sisteminin kendi kendine yeterliliği sağlaması zordur. İyi işleyen bir sigorta modelinin hizmet sunucularına sürekli bir finansman desteğiyle yeterli, zamanında, güvenilir kaynaklar sağlayabileceği, eğer bağışıklama hizmetlerinin finansmanı birden fazla sigorta ile sağlanırsa, harcama ve ödemelerin takip edilmesinin zorlaşarak hesap verme sorumluluğu' nun güçleşeceği öngörülmüştür.

Bağışıklama hizmetleri finansmanı için önerilen modellerin temel özellikleri tablo 1'de özetlenmektedir. Sağlık reformlarının beraberinde getirdiği bu finansman modellerinin, başta bağışıklama olmak üzere toplum sağlığı hizmetlerine büyük zarar vereceği ortadadır. Kurgunun sorunlu yönleri; gerek belirlenen kriterlerce ve gerekse örnekler ışığında netlikle görülebilmektedir. Öneri sahiplerinin bu tekniklerin kurgusal yanlışlıklarını ustalıklı tespit etmiş olmalarına rağmen, az gelişmiş ülkelerde uygulanması için dayatmaları son derece düşündürücüdür.

## II. 2. b. Önceliklerin Belirlenmesi (Temel Hizmet Paketi) ve Bağışıklama

Sağlık reformları kapsamında yüksek öncelikli olarak belirlenen ya da maliyet etkin bir müdahalenin temel sağlık hizmet paketi içinde yer alıp almayacağı sorusu, ülke sağlık politikasının oluşturulması ve uluslararası yardımlar yönünden oldukça önemlidir. Bu yüzden de öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesi, temel hizmet paketinin içeriğine karar verilmesi açısından reformların önemli bir uğraş alanı haline gelmiştir.

Bağışıklama ile ilgilenen uzmanlar ulusal ve bölgesel düzeyde bağışıklama açısından önceliklerin saptanmasının kolay olmadığını belirtmişlerdir. Bağışıklama düzeyinin yüksek olması nedeniyle bulaşıcı

hastalıkların azaldığı bölgelerde, bu hastalıklara yönelik bağışıklama uygulamalarının öncelikli sayılmayarak ihmal edilmesi sonucu, ilgili bulaşıcı hastalığın insidans ve prevalansı artmıştır. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi bağışıklama alanında önceliklerin belirlenmesi metodolojisinde teknik yardımın alınması gereklidir. Koruyucu hizmetler (halk sağlığı hizmetleri ve survekans sistemleri) toplumda popüler olup talep edilen hizmetler değildir ve bu yüzden de toplumsal talebe göre öncelikli alanlar içinde yer almaları mümkün değildir. Öncelikli alanların belirlenmesinde demokratik kurumların oluşmadığı, okur-yazarlık oranlarının düşük olduğu ülkelerde hangi yöntemlerin kullanılacağı, önceliklerin belirlenmesine kimlerin katılacağı, karar vericilerin bu konudaki bilgi düzeyinin ne olduğu gibi sorular hala daha yanıt beklemektedir (WHO, 2001a).

## III. ÜLKE ÖRNEKLERİ

Farklı ülkelerde çeşitli şekillerde uygulanan sağlık reformlarını bağışıklama açısından daha ayrıntılı inceleyebilmek için ülkeleri sağlık reformları süreci ve uygulama yöntemleri açısından bütüncül olarak değerlendirmek daha doğru olacaktır. Bu yüzden reform uygulamalarının bir süredir sürdürüldüğü ve sonuçları açısından ayrıntılı incelenmiş olan Zambiya, Uganda, Kırgız Cumhuriyeti ve Kolombiya örnekleri burada özetlenecektir.

### ZAMBİYA

#### Genel Özellikler

9.5 milyon nüfusu ve % 43 kentsel nüfus oranıyla Zambiya en çok kentleşmiş ikinci Afrika ülkesidir. Nüfusun % 84'ünün günde 1 dolardan az para kazandığı ülkede kişi başına Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 400 dolardır. Doğumda beklenen yaşam süresi 48 yıl, 5 yaş altı ölüm hızı binde 196.6, bebek ölüm hızı binde 108.9 dur (WHO 2001b).

1964'te bağımsızlığını kazanan, ekonomisi büyük oranda bakır ihracatına dayanan Zambiya'da, tek partili hükümet kamu hizmetlerine büyük kaynak ayırmaktaydı.. 1970'lerde bakır piyasasındaki dar boğaz ve petrol krizi ülkenin ekonomisini sarstı. Hükümet ücretsiz sağlık hizmetlerini karşılama zorluk çekmeye başladı. Bu durumda hükümet verimliliği artırmak söylemiyle kullanıcı ödentileri yoluna gitti (WHO 2001a). 1991'de çok partili döneme geçilmesiyle yerel hükümet söylemi, reformcuların ve sağlık hizmetinin söylemi haline geldi.

Tablo 1. Bağışıklama hizmetlerinin finansmanı için önerilen modellerin belirlenen temel özelliklere göre karşılaştırılması

	Kullanıcı Ödentileri	Çapraz Destekleme	Sağlık Sigortası
Hakkaniyeti Sağlama	-	+/-	-
Verimliliğe Ulaşma	-	-	-
Yeterli, Zamanında, Güvenilir Kaynaklar Sağlama	+	+	+
Hesap Verme Sorumluluğu	-	-	+/-
Kendine Yeterlilik (Otonomi) Destekleme	+	+	-

Yasal olarak reformların hayata geçirilişi 1995 yılıdır. Bu süreçte uluslararası kuruluşlar ve donörler finansal yardımda bulundular.

#### *Reform Süreci*

Zambiya'da yürütülen sağlık reformu tüm kamu sektörü reformunun bir parçası değildir. Reform sürecindeki en önemli değişiklik finansmanın ortak bir sepette toplanması ve kullanıcı ödentilerinin alınmasıdır. 1991'de Bölge Sağlık Kurulları, 1997'de Merkez Sağlık Kurulları oluşturuldu. Sağlık Bakanlığı politika üretmek, kanun yapmak, genel bütçeyi tahsis etmek ve donörlerle işbirliği yapmak görevini üstlenirken, Merkez Sağlık Kurulları standart oluşturmak, performans izlemi ve kamu hizmetlerinin ulaştırılmasından sorumlu oldu. Bölge Sağlık Kurulları ise Merkez Sağlık Kurulu'ndan gelecek fonları edinmek ve kullanıcı ödentiyle oluşturulan yerel bütçeyi yapmakla görevlendirildi. Bölge Sağlık Kurulları idari anlamda planlama ve organizasyonu yürütmektedir. Yöneticiler seçimle değil tayin ile iş başına geldiği için Zambiya'daki desantralizasyonda politik anlamda bir bölge tanımından söz edilemez. Bu özelliği nedeniyle Zambiya'daki desantralizasyon diğer Afrika ülkeleri arasında düşük düzeyde desantralize olarak nitelendirilmektedir. Sağlık çalışanları da Bölge Sağlık Kurulları tarafından seçilmekte ve işe alınmaktadır.

Reform, ülkenin karşılayabileceği bir temel hizmet paketi oluşturulması temeline dayanmaktadır. Bu paket 6 hizmet başlığından oluşmaktadır; 1-Çocuk Sağlığı, 2-Üreme sağlığı, 3-AIDS, 4-Tbc, 5-Sıtma, 6-Su sanitasyonu (Bağışıklama çocuk sağlığının içinde yer almaktadır) Hizmetin sunum yeri sağlık merkezleridir, sağlık merkezleri 500 aile ya da 3000 nüfusa hizmet vermektedir (WHO 2001a).

#### *Uygulanan stratejiler ve bağışıklama özelinde görülen değişiklikler*

1991-1997 yılları arasında bağışıklama kapsayıcılık oranı artmış, kır kent arasındaki açık daralmıştır. Ancak aşı kapsayıcılık hızlarındaki geniş farklılıklar dokuz eyalet ve 61 bölgede sürmektedir. Kızamık aşılması için bu fark % 100 ile % 20 arasında değişmektedir. 1996'da iki yaşındaki tam aşı oranı % 78, bir yaş altında % 68 olarak bildirilmektedir (WHO 2001a).

Aşı alımını uluslararası organizasyonlar halen üstlense de, periferde hizmetin yürütmesi için gerekli finansmanda yaşanan iki temel sorun; merkezden periferde fonların ulaşmasındaki gecikmeler ve toplanabilen paranın beklenenin altında kalmasıdır. Finansmanda yaşanan bu zorluk periferdeki hizmet sunanların bağışıklama için kullanıcılarından para almasına yol açtı. 24 aydan küçük çocuğu olan 133 anneye yapılan bir çalışmada annelerin % 15'inden bağışıklama hizmeti için para alındığı belirlendi. Reform sürecinde yaşanan bir diğer önemli sorun da talep edenlere yani bağışıklama için kurumlara başvuranlara aşı uygulanmasıdır. Bu yaklaşıma "süpermarket yaklaşımı" adı verilmektedir (WHO 2001b).

Sözleşmeli personelin merkezden periferde kaydırılması, işten çıkarmalar bağışıklama konusunda bilgili personelin kaybına yol açmaktadır. Desantralizasyonun getirdiği yönetsel sorularla uğraşılması personel eğitimi ve denetlemelerinin yapılamamasına, bu da bağışıklama gibi teknik bilginin çok önemli olduğu bir alanda hizmette aksamalara neden olmaktadır.

Reform sürecinde bağışıklama ile ilgili hala yanıtlanması gereken sorular şöyle sıralanmaktadır;

- 1-Bağışıklama konusundaki yenilikleri kim takip edecek, bu konuda bölgelere eğitimi kim verecek?
- 2-Kalite artışını sağlamak için klinik izlem nasıl yapılacak?
- 3-Gerekli malzeme ve bu malzemenin sürekliliği nasıl sağlanacak?
- 4-İleride aşı alımını kim finanse edecek ? (WHO 2001b)

#### **UGANDA**

##### *Genel özellikler*

Ülke nüfusu 19 milyondur (1997). Nüfusun yaklaşık % 90'ı kırsal kesimde yaşamaktadır. Kişi başına GSMH 190 dolar (1994) olup kadın okuryazarlığı % 50 gibi düşük düzeydedir. Uganda, 1962 yılındaki bağımsızlık süreci ile birlikte genel sosyoekonomik gelişim açısından bölgenin en ileri ülkeleri arasında yerini aldı. Ancak 1970'lerde ülkenin politik hayatında baş gösteren problemler kamu hizmetlerinde ve işleyişinde önce bir dağılım ardından 1980'lerde tam bir çöküş ile seyretti. Hizmetlerdeki bu çöküş aşılama istatistiklerine net olarak yansdı. 1970'lerde 14 yaş altı çocuklarda BCG aşı kapsayıcılığı % 70 iken, bu oran 1980'lerde % 1'ler düzeyine indi (WHO, 2001b).

##### *Reform süreci*

1986'da başa geçen hükümetin verdiği en önemli söz; politik sistemde, kamu hizmetlerinde ve ekonomide önemli reformlar yapmak ve özünde de gücün periferde devolüsyonu yatıyordu. Gerçekleşen değişikliklerle beş basamaklı yerel hükümet modeli 1993'te tam olarak oluşturuldu. Sağlık sektöründeki reform hareketinin başlangıcı DB'nin genel yapısal reformlarını takiben başladı. Sağlık sektörünün ana problemi "devletin ücretsiz sağlık hizmetini finanse etmeye devam edemeyeceği" gerçeği olarak tanımlanmakta idi. 1994'te DB'nin finanse ettiği Hastalık Yükü Araştırması yapılarak şu hizmetlerin maliyet etkin olacağı tespit edildi: Sıtma, bağışıklama hizmetleri, hijyen, temiz su ve sanitasyon, beslenme, tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, diğer sık rastlanılan hastalıklar, süregen süveyans ve belli sağlık problemlerinin (gine kurdu, şistosomiasis, tripanozomiyasis, onkoserkiyasis, epidemik menenjit) tedavisi (WHO, 2001b).

1997'de sağlıkta desantralizasyonun son şekli belirlendi ve birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'ndan Yerel Konseylere devredildi. Bölge

düzeyindeki hastaneler de bu seviyede kontrol edilmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri ise Sağlık Bakanlığı'na bağlıydı. Yerel Konseyin sağlık dışında tarım, eğitim ve diğer kamu hizmetlerinde de önemli yetkileri vardı. Yerel Konsey bölgedeki sağlıktan, sağlık planlamasının geliştirilmesinden, uygulanmasından ve bütçeden sorumluydu (WHO, 2001b). Bu özellikleriyle Uganda 2002'de yapılan araştırmalarda Afrika kıtasında Güney Afrika'dan sonra ikinci en çok desantralize olmuş ülke olarak değerlendirilmektedir (WB, 2003a).

Reformun başlangıcında sağlık, diğer kamu alanları ile bölge düzeyindeki genel bütçenin dağılımında yarışmak zorunda kaldı. 1997'de yapılan düzenlemelerde sağlık ve eğitimin bütçesi genel bütçeden ayrıldı (WHO, 2001b).

Tüm bu değişikliklerin yaşandığı geçiş sürecinde uluslararası örgütlerin oldukça cömert bağışları ile güçlü, iyi işleyen Uganda Ulusal Genişletilmiş Aşı Programı (UNEPI) kuruldu ve reformların uygulanması sürecinde de bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu oldu (USAID, BASICS II, 2003).

#### *Uygulanan stratejiler ve bağışıklama özelinde yapılan değişiklikler*

Reform; sağlık çalışanlarında arayacağı minimum özelliklerin tesbitini merkezde bırakırken, çalışanların seçimi ve atama sorumluluğunu perifere devretmektedir. Uygulama tüm çalışan atamalarını durdurmak şeklinde başladı. Hedef; maaş ödemelerinin bütçedeki payını azaltmaktır. Tıp fakültelerinden mezun olduklarında Sağlık Bakanlığı'ndan her öğrenciye gönderilen işe başlama mektubu artık gönderilmeyecekti. 1994'te çalışan sayısı yarı yarıya azaltıldı. Ancak kalan personelin maaşlarını arttırma ve kırsal kesimdekilere daha fazla maaş verme planları bölge vergilerinde istenen hedeflere ulaşamaması nedeni ile gerçekleşemedi. Personel sorunu UNEPI için de sorun oluşturmaktadır. Bölgelerde izlenen personel azaltıcı rejim nedeni ile eğitilmiş personelin kaybedilmiş olması, özel sektör koşullarına kıyasla çekiciliğini kaybeden kamu hizmetlerinde işten ayrılmalar ve böylece bölgedeki eğitilmiş ve alanı tanıyan birinci basamak personelinin kaybı söz konusudur. Ortaya çıkan gereksinim eğitimsiz ve deneyimsiz çalışanlarla doldurulmaya çalışılmaktadır. UNEPI'nin hizmet içi eğitimleri de ihtiyacı karşılayamamaktadır. Eğitimle sorumlu kişilerin ifadelerine göre program "periferde tamamen terk edilmiş" durumdadır. Daha önce katedilen yollar da sık personel değişimi ve kayıpları nedeni ile silinmiş görünmektedir (WHO, 2001b).

Bölgelerin ikinci ana gelir kaynağı olarak görülen, yerel vergilerden elde edilen gelirden oluşan fonlar, beklenenin sadece % 30'una ulaşmaktadır. Sadece maaşları karşılayabilen yerel bütçe başkaca hizmetleri kısarak bunu tamamlamaktadır (WHO, 2001b).

UNEPI tüm bu sağlık reform sürecinin dışında bırakıldı. Ancak UNEPI'nin desantralizasyon ve sağlık sektör

reformundan etkilenmediği de söylenemez. UNEPI'nin kendi iç organizasyonu katı bir dikey model içinde oldukça kontrollüdür. Perifere ulaşmak için gerekli olan donanım, soğuk zincirin kontrolü ve bunları karşılayan fonların kontrolü UNEPI'nin sorumluluk alanındadır. Ancak reform otorite ve sorumluluk zincirinde yaptığı değişimlerle aşılama çalışmalarını ciddi şekilde etkilemektedir. Bunun birinci nedeni; fonların artık bölge sağlık bütçesine akması, ikincisi ise yeni yönetsel düzenlemeler ile bölge soğuk zincir yönetiminden bölge idaresinin sorumlu olması ve artık UNEPI ile resmi otorite anlamında bir bağının olmamasıdır (WHO, 2001b).

Bölgede aşılama hizmetinde kullanılan motorlu araçların sağlanması ve tamirinin Bölge Yerel Konseyince desteklenmemesi nedeniyle malzeme takviyesi ve teknik destek çöktü, toplum destekli taşıma gibi yeni düzenlemelerle sorun çözülmeye çalışılmaktadır (WHO, 2001b).

## KIRGIZ CUMHURİYETİ

### *Genel özellikler*

Kırgız Cumhuriyeti Orta Asya'da 1991'de Eski Sovyetler Birliği'nin parçalanmasının ardından kurulmuş bir cumhuriyettir. Nüfusu 4 986 000 (2001) kişi olup, 2426 dolar kişi başına GSMH'sı (2000) ile Avrupa bölgesindeki en fakir ülkelerden dördüncüsüdür. Doğumda beklenen yaşam süresi (E/K) 60.1/68.2, bebek ölümlülüğü (E/K) ise binde 72/55 (2001) düzeyindedir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 145 \$ ve milli gelirden sağlığa ayrılan pay % 6'dır (2000)(WHO, 2003b).

### *Reform süreci*

1991'de kurulan Kırgız Cumhuriyeti'nde ekonomik stabilizasyon ve yapısal reformları içeren bir program başlatıldı. Sağlık hizmetlerindeki problemler ve ekonomik çöküşün de etkisi ile toplumun sağlık göstergeleri ciddi bir düşüş göstermekteydi. Hassas erişkinlerin sayısının artması, çocukluk çağı aşılama oranının azalması, kötü sosyoekonomik koşullar ve artan nüfus hareketliliği nedenleri ile difteri salgınları başgösterdi. 1998'de rublenin içine girdiği ekonomik kriz, zaten inişte olan sağlık göstergelerinin daha da kötüleşmesine neden oldu. (WHO, 2000).

1991'deki bağımsızlaşmayı, liberalleşme ve pazar ekonomisine açılmanın getirdiği kurumsal ve yapısal değişiklikler izledi. Hükümet, kapsamlı bir programla sağlık hizmetlerindeki reformu başlattı. Bu program kapsamında Master Plan'da reforma dair hedefler kısa, orta ve uzun vadede tanımlandı. Master Planda hedefler şöyle sıralanmaktadır : Kısa dönemin (1996) öncelikli alanı birinci basamağın güçlendirilmesi ile birlikte kaynakların belli bir alanda kısıtlanıp öncelikli sayılan diğer alanlara yönlendirilmesi söz konusudur. Kamu tarafından finanse edilecek sağlık hizmetlerinin bir paket halinde sunulması gereklidir. Pakete dahil olmanın en önemli kriteri maliyet etkinliğidir. Orta vadeli planlarda (1998-2000) ise sağlığın özelleşmesi reform stratejilerinin bir parçası olacak ve

yumuşak bir geçişle gerçekleştirilecektir. Genel vergiler ana kaynak olmaya devam ederken, kullanıcı ödentileri, sigara ve alkole getirilecek ek vergiler ve sosyal fonlardan bazı transferler ek kaynakları oluşturacaktır. Kentsel alanda birinci basamak sağlık hizmeti sunanlara kişi başına ödeme uygulaması başlatılacak, yerel düzeydeki sağlık idarecileri planlama ve program geliştirme yanında zaman içinde ödemeleri de planlayan olacaktır. Uzun vadedeki (2001-2006) hedef ise; hizmeti sunanla, hizmeti satanı tam anlamıyla ayırmaktır. Hizmet sunucuları, kırsalda sağlık merkezi olarak aynı kalırken, kentlerde aile grup pratiği ekiplerince sunulacaktır. Her iki düzeyde de ödemeler kişi başına yapılacak ve bu birimler tıpkı İngiliz fon tutucu sisteminde olduğu gibi hizmeti satacaktır. Sağlık Bakanlığı ve Yerel Sağlık İdaresinde satın alma birimleri kurulacaktır (WHO, 1996).

Master Plan doğrultusunda gelişen reform sürecinde, Sağlık Bakanlığı politika geliştirme, danışmanlık etme, koordine etme ve doküman geliştirme sorumluluklarını üstlendi. Yerel sağlık yönetimleri; sağlık hizmetlerine dair vatandaşların haklarını korumak, sağlık programları geliştirmek, yerel bütçeyi hazırlamak, kendi bölgelerinde programları uygulamak ve sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler düzenlemekle görevli oldu. Mali sıkıntı durumlarında yerel yönetimlerin merkezi bütçe yerine yerel vergilerle yerel kaynaklarını harekete geçirmeleri bekleniyordu. Bu da yerel yönetimlerin gücünü ve yaptırımını artıran bir durumdur. Kullanıcı ödentilerinin yaygın bir şekilde kurumsallaşması bütçeye dair gücün bu şekilde dekonsantrasyonunun sonucudur. Birimler mali destekten yoksun kaldıklarında kendi pragmatik adaptasyonları ile krizi aşmaktadır. (WHO, 1996).

Eski birinci basamak örgütlenmesinin hizmet kullanımının düşük olduğu gerekçesiyle kaldırılmasıyla 1997'de pilot uygulama olarak Aile Grup Pratiği başlatıldı. Bu uygulamada bir dahiliyecisi, bir çocuk hastalıkları uzmanı, bir kadın doğum uzmanı ve hemşireler bulunmakta, diğer hekimler aile hekimliğine yönelik olarak eğitimden geçirilmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin finansmanında, Sağlık Sigortası Fonu yaratılması ek kaynak yolu olarak benimsendi. Bu fonlar çalışanların maaşlarından yapılacak % 2 vergilendirme ve devletin Sosyal Fonunun da işsizlere ve emeklilere katkısı ile sağlanmaktadır (WHO, 2000).

#### *Uygulanan stratejiler ve bağışıklama özelinde yapılan değişiklikler*

Aşılama hizmetlerindeki ana reformlar başlamadan önce aşılama hizmetlerinin örgütlenmesinde bazı değişiklikler gerçekleşmeye başlamıştı. Ağustos 1991'de Aşılama Kurulu, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kuruldu. Bu kurulun oluşturulmasındaki birinci amaç epidemiyologlar ile çocuk hekimleri arasındaki ayrışmanın üstesinden gelmekti. 1992'de donörler ilk kez aşılama hizmetine katılmaya başladı. İlk öncelik çocukluk aşılarının uygulanması, ayrıca kızamık ve difterinin kontrol altına alınması oldu. Pek çok teknik tartışma bu süreçte ele alındı (WHO, 2000).

1994'te kurulan İmmunoprofilaksi Merkezi 1994-2000 Ulusal İmmunizasyon Programını uygulamaya koydu. Bu ekip reformda ve aşılamaadaki deneyimli yöneticilerin birarada çalışması gerektiği ve bu birimin NICC (National Immunization Coordinating Committee) adı altında kurulabileceğine karar verdi. Bu kurulun önerileri doğrultusunda Sağlık Bakanlığı:

- Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankasının sağlık reformunu geliştirirken aşılamaı öncelmesini
- Reformun sağlık çıktılarının izleminde aşı kapsayıcılığının kullanılmasını kabul etti (WHO, 2000).

Bu süreçte aşı kapsayıcılığının bu derece önemsenmesi, reformistlerin kamu sağlığı ve koruyucu hizmetlerin, sağlık sektöründe meydana gelen reformlar doğrultusunda değişen yapı ve sorumluluklar çerçevesinde işlemeye nasıl devam edeceği konusunda kaygıları olduğunu göstermektedir.

Kırgız Cumhuriyetindeki uygulamada bireylerin Aile Grup Pratiği birimini seçme özgürlüğüne sahip olmaları, sağlık hizmeti sunanları hastalara tabi kılmaktadır. Bu durum sadece bununla bağlantılı kalmayıp, kullanıcı ödentileri, hizmeti sunanların ödemeleri ve faydalanılan hizmet paketlerini de etkilemektedir. Böylece 'daha çok hasta çeken daha çok fonla anlaşır' mantığı ile sistem hem rekabet hem de hastaya tabi olma gibi yeni 'pazar' anlayışı unsurlarına uyum sağlamaktadır. Ancak sağlık sistemi bu haliyle oldukça parçalı bir yapı oluşturmakta ve bu birimlerin hizmet verdikleri nüfuslar karışabilmektedir. Örneğin aşı şemaları bile farklı uygulamalar şeklinde yürütülebilmektedir. Ayrıca Aile Grup Pratiği birimine bir aşılama ünitesi ve hemşiresi verilerek "desantralize edilmesi" ekipman, eğitim ve denetim açısından maliyet etkin bulunmamaktadır (WHO, 2000).

Bu sistemde aşılama ile ilgili diğer bir sıkıntı da, şırıngalar sağlık hizmetleri bünyesinde yeterince mevcut değilse ailelerin bunları cepten ödemelerinin istenebilmesidir.

Kırgız Cumhuriyeti'nde yapılanlar daha çok "pazar dili" kullanılarak hizmeti sunanlar ve satanlar olarak finansmanın şekillendirilmesidir. Hasta yükü hastanelerden birinci basamağa, polikliniklerden aile grup pratiği uygulamalarına kaydırılarak, müşteri tercihi ve mali gereklilikler öne çıkarılmaktadır. Bu süreçte merkezi ve yerel düzeyde sağlık, bütçe paylaşımında diğer sektörlerle yarışırken, benzer bir çekişme hastaneler ve birinci basamak arasında veya olası bir temel hizmet paketinde aşılama ile diğer öncelikli alanlar arasında yaşanmaktadır (WHO, 2001a).

#### **KOLOMBİYA**

##### *Genel Özellikler*

Kolombiya nüfusu 42.8 milyondur. Nüfusun % 76'sı kentlerde yaşamaktadır (2001). Kişi başına düşen GSMH 1910 dolardır (2001). Nüfusun %20'si günde bir dolardan az kazanmaktadır (1990-1999). 1990-2000 yılları arasında nüfusun en yoksul % 40'ı gelirin % 10'unu



alırken, en zengin % 20'si gelirin % 61'ini almaktadır. Bir yaşındaki çocuklarda tam bağışıklanma durumu DPT, polio ve kızamık için sırasıyla % 74, %78 ve %75'tir (2001). (UNICEF, 2003).

#### *Reform Süreci*

Kolombiya'da 1970'lerden beri tüm çocukları aşılama hedefi benimsendi ve bağışıklama programları konusunda uluslararası örgütlerden güçlü destek alındı. Ulusal Sağlık Sistemi döneminde 'her gün aşılama günüdür, şansınızı kaybetmeyin' benzeri sloganlarla hareket ediliyordu. 1978'de Sağlık Bakanlığı GBP'na geçti. Bu program çerçevesinde bağışıklama hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nca sıkıca denetlenen dikey bir örgütlenme şeklinde yürütüldü. Bakanlığın görevi politikaları belirlemek, kaynakları sağlamak ve yerel birimlerin atması gereken adımları belirlemektir. GBP Sağlık Bakanlığı içinde geniş bir örgütlenmeye sahip ve pek çok finansal ağı içeren neredeyse bağımsız bir yapıydı. Bu geniş yapılanma içinde bağışıklama hedefleri açısından sağlık sistemindeki her bir birimin görev tanımları net olarak belirlenmekteydi (IESE ve WB 2002).

1990 yılında ulusal sağlık sistemini yeniden düzenleyen yasa ile Kolombiya'da reform süreci başladı. Reformun temel bileşenlerini, finansmanın desantralizasyonu ve karar verici düzeyin ulusaldan daha alt kademelere aktarılmasını içermektedir (WHO 2001a).

Sağlık hizmetleri yeni yasayla oluşturulan sosyal güvenlik kurumlarınınca farklı kaynakların karışımı ile finanse edilmeye başladı. Bu yeni yasanın amacı, özellikle de tamamen merkezi olan ulusal sağlık sisteminin bağışıklama alanında hiç yer vermediği yerel yönetimlere sağlık yönetiminde rol vermektir. Bu teknik bir konu değil, ideolojik bir yaklaşımdır. Yeni yasadaki temel hata ise, birinci basamaktaki sağlık hizmeti için sorumlulukları oluştururken halk sağlığı alanındaki uygulamalara ait sorumlulukları netlikle ortaya koyamamasıydı. Böylece dikey programlar 1990-1993 yılları arasında çözümsüzlük içinde seyretti. 1993'te yürürlüğe giren yeni yasa ile belediyeler, birinci basamak hizmetlerinden, desantralizasyon ile yeni görevler üstlenen departmanlar ise ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinden sorumlu hale getirildi (IESE ve WB 2002).

#### *Reformların bağışıklama hizmetlerine etkisi ve sonuçlar*

Reformlarla her alanda hizmet kullanımı % 24'ten %58'e yükseldi, bu konuda tek istisna bağışıklamadır. Bağışıklamada böyle bir sonuca varılamadı. Sınırlı kaynakları olan yoksul insanlar yeni sistemde de hizmet alanlarının kapsamına giremediler. Belediyeler ve sigorta şirketleri bu düşük gelir düzeyine sahip insanlara kaynak tahsis etmede ve yeni fonksiyonları yürütmekte hantal kaldı (Teresa, 2002). 1997'ye gelindiğinde bağışıklama kapsayıcılık hızları azaldı ve epidemiyolojik sürveyans kötüleşti (WHO 2001a). Beş yaş altı çocuklarda tam aşıllık oranı kentsel alanda 1990'da %81'den, 2000'de %69'a

kırsal alanda %71.1'den, %59.7'ye düşmüştür (IESE ve WB, 2002).

Bağışıklama durumu ve diğer toplum sağlığı hizmetleri sonuçları değerlendirildiğinde sağlık sistemindeki reformlar sorgulanmaya başlandı, sorunlar bağışıklama özelinde şöyle sıralanmaktadır:

1-Desantralizasyon sonucu karmaşanın yarattığı finansal problemlerden dolayı yeterli aşı sağlanamaması

2-Bağışıklama sorumluluğunun, kişilerin kendilerine verilmesinin yarattığı problem

3-Bağışıklama hizmetlerinin, farklı sosyal güvenlik kurumlarınınca yürütülmesinden dolayı, kişilerin hangi kurumdan faydalanacaklarını bilememeleri

4-Bağışıklama kampanyalarının rutin hizmetlere yaptığı zarar ve insanların gözünde uzun dönem sürmesi gereken bir aktivite yerine bir kerelik bir iş biçiminde düşünmeye sebep olması

5-İnsanların aşılama ile sadece kampanyalar vasıtası ile tanışması ve isteğe bağlı aşılamaya hiçbir biçimde rağbet etmemeleri

6-Hastanelerin aşılama işini ucuz ve kar getirici bulmamaları nedeniyle aşılama için ayrılan süreleri kısaltmaya gitmeleri

7-Sigorta şirketleriyle ilgili yönetsel sorunlar. Kolombiya'nın başkenti Bogota'da daha önce 200 birimde verilen aşılama hizmeti, yeni düzenleme ile bir merkezde verilmeye başlandı, bu durum sigorta şirketlerine avantaj getirirken, ulaşılabilirliği sınırlayıcı bir faktör oldu. Sigorta şirketleri ile ilgili temel sorun, kısa sürede büyük verim beklentileri ve uzun dönemde düşünenlerin işlerine gelmemesidir (IESE ve WB 2002).

#### IV. SONUÇ

Sağlık sisteminde yapısal, yönetsel ve finansal alanda köklü değişiklikler getiren sağlık reformları uygulamalarının temel amacı toplum sağlığının geliştirilmesinden çok sağlık sisteminde piyasa koşullarının sağlanmasıdır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde kredi baskısı altında dayatılan sağlık reformlarının uygulanması süreçlerindeki şu benzerlikler çarpıcıdır;

- İlk uygulamalar 1990 - 1991 yılları arasında başlamıştır ki, ülkemizde de Türkiye Sağlık Reformu tasarımı çalışmalarının gündeme geldiği tarih 1991'dir (Soyer, 2003).

- Tüm ülkelerde reformun gerekçesi, devletin ekonomik zorluklar içinde olması nedeniyle ücretsiz sağlık hizmeti vermeye devam edemeyeceğidir.

- Reformun uygulamalarında ilk stratejiler yönetsel yetkinin yerele devredilmesi ve sigorta sistemi uygulamalarının başlatılarak finansman konusundaki yetkinin de yerele devredilmesidir. Türkiye'de de 1992'de sağlık reformu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından TBMM'ne sunulan dört yasadaki ikisi Bölge Sağlık İdareleri Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'dur. Bu iki kanun kapsamında bölge sağlık idarelerinin sigorta kurumları ile 'para' ilişkisine girmesi, harcamaların bölge sağlık idarelerince yapılması yer almaktadır (Soyer, 2003).

- Birinci basamak sağlık hizmeti Sağlık Merkezleri ve Aile Grup Pratiği gibi farklı uygulamalarla sağlık reformlarının öncelikli gündemini oluşturmuştur. Türkiye için de gündeme geldiği ilk yıllardan bu yana sağlık reformlarının değişmeyen parçası Aile Hekimliği modelidir.

Bağışıklama açısından reformlar değerlendirildiğinde şu saptamaları yapmak mümkündür;

- Bağışıklama hizmeti reformların uygulanması sürecinde desantralizasyonun etkisiyle pek çok farklı kurumda verilen, ülke içinde bölgeler arasında farklılıkların yaşandığı, denetleme mekanizmasının iyi işlemediği kalitesiz bir hizmet halini almıştır,

- Finansman kaynağı olarak önerilen sigorta sistemi ve kullanıcı ödentilerinin etkisiyle, kapsayıcılık oranlarında düşüşler olmuş ve özellikle gereksinimi olanlara bağışıklama hizmetinin ulaşmasında sıkıntılar yaşanmıştır,

- Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ayrıştırılması hizmetin ve finansmanın tedavi edici hizmetlere kaymasına neden olmuş, diğer toplum sağlığı hizmetleri gibi bağışıklama hizmetleri de aksatılmıştır.

Bütün bu saptamalar doğrultusunda;

- Benzer stratejilerle uygulanmaya çalışılan sağlık reformlarının ülkemiz için de toplum sağlığı uygulamaları açısından benzer sonuçları doğuracağı açıktır,

- Bağışıklama hizmeti merkezi bir planlama, denetim ve organizasyonla, her aşamada kontrollü olarak, kesintisiz ve tüm nüfusu kapsayacak şekilde tek elden yürütülmelidir,

- Bağışıklamanın finansmanı için en adaletli yol genel vergilerdir ve bağışıklama hizmetleri ücretsiz olmalıdır.

#### KAYNAKLAR

**Belek, İ.** (2001) Sağlık Reformları Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma, Toplum ve Hekim, TTB Yayını 16,(6),430-437

**Bos, E. Batson, A.** (2000) Using immunization coverage rates for monitoring health sector performance, HNP discussion paper, Development Research Group, World Bank, Washington, D.C.

**DeRoeck, D. Levin, A.** (1998) Review of Financing of Immunization Programs in Developing and Transitional Countries, Partnership for health reform, USA, Special report 12

**DSÖ** (1997), Avrupa Sağlık Reformu- Mevcut stratejilerin analizi Çeviri;T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

**GAVI** (2001) "Domestic Private Finance:User Fees" Recovering costs for immunization. Financing Task Force (FTF) Resources - Immunization Financing Options Resource Kit - "The Briefcase [www.vaccinealliance.org](http://www.vaccinealliance.org)

**IESE ve WB** (2002) "Vaccination In Bogota In The Context Of The Decentralisation And Reform Of The Health System In Colombia (A)" Managing Health Systems for Better Health The Stewardship Function of Health Ministries Europa and the Americas forum on health sector reform Malagna, Spain February 24-27

**Immunization, at a Glance** (2003) Why is immunization of high priority? WB Health-Nutrition-Population: <http://wbln0018.worldbank.org/HDNet> (Erişim tarihi Ağustos 2003)

**Khaleghian, P.** (2003) Decentralization and Public Services:The Case of Immunization, World Bank Policy Research Working Paper,Development Research Group, Washington, D.C. 2989, Mart 2003

**SaltmanR.B.,Figueras J.**(1997) Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi,Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 14 (5),384-396 (Çeviri )

**Soyer A.** 2003, Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform, TTB yayınları

**Teresa, M.** (2002) "Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean Is Health-Sector Reform Improving Public Health? Colombian Lessons" 29. Annual Conference Global Health in Times of Crisis 28-31 Mayıs 2002 Washington, D.C., USA

**UNICEF** (2003) The State of the World's Children 2003 reports on child participation UNICEF

**USAID, BASICS II** (2003) BASICS I Short-term Program: Uganda <http://www.basics.org/programs/basics1/uganda.html> (Erişim tarihi Eylül 2003)

**WB,** (2003a) Decentralization in Africa: Emerging trends and progress, Findings; Public Sector and Capacity Building, Ağustos

**WB** (2003b) DecentralizationNET; Project design: fiscal [www.worldbank.org/publicsector7decentralization/fiscalcontent.htm](http://www.worldbank.org/publicsector7decentralization/fiscalcontent.htm) (Erişim tarihi Eylül 2003)

**WHO,** (1996) Health care systems in transition, Kyrgyzstan. World Health Organization, Regional Office for Europe, European Observatory on Health care System, , Copenhagen

**WHO,** (1999) Immunization and health sector reform in the Kyrgyz Republic, World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals, EPI, Geneva

**WHO,** (2000) Health care systems in transition , Kyrgyzstan. European Observatory on Health care System, World Health Organization, Regional Office for Europe, European Observatory on Health care System, , Copenhagen

**WHO,** ( 2001a), Health Reform and priority health interventions: the case of immunization services, World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals, EPI, Geneva

**WHO,** ( 2001b ),Immunization and health reform: making reforms work for immunization, Rachel Feilden and Ole Frank Nielsen, WHO/V&B/EPIWorld Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals, Geneva

**WHO** (2001c) Fact Sheet1 User Fees For Immunization In Developing Countries Department Of Vaccines And Biologicals World Health Organization Geneva

**WHO** (2003a) Diseases and Vaccines: The History of vaccination <http://www.who.int/vaccines-diseases/history/history.shtml> (Erişim tarihi Eylül 2003)

**WHO** (2003b) Country information: Kyrgyzstan <http://www.who.int/country/kgz/en/> (Erişim tarihi Ekim 2003).