

GÜNEY AFRIKA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mehmet YORULMAZ
Mustafa DEMİRKIRAN
Abdullah DEĞİRMENÇİ
Burhanettin UYSAL
Ali BAKIRCI

A. ERDAL SARGUTAN

GÜNEY AFRİKA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1030
I. ÜLKE TANITIMI	1031
I.1. Coğrafi Yapı Ve İklim	1031
I.2. Tarihçe	1032
I.3. İdari Yapı	1034
I.4. Ekonomi Ve Endüstri	1034
I.5. Ulaşım	1035
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1036
II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış	1036
II.2. HIV/AIDS	1037
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	1038
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1041
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1041
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1043
II.4.4. Geleneksel Tıp	1043
II.4.5. Eczacılık Sektörü	1043
II.4.6. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	1044
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı	1045
II.6. Sosyal Sağlık Sigortası	1045
III. GÜNEY AFRİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1047
KAYNAKLAR	1049

ÖZET

Afrika kıtasının en güney ucunda yer alan bu ülke, 1991 yılına kadar ırk ayrımı ile ilgili büyük sorunlar ve karışıklıklar yaşamıştır.

Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinden sorumlu ana kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri ulusal, eyalet ve belediyeler düzeyinde örgütlenmiştir ve birlikte verilmektedir. Bu birimlerin haricinde çeşitli araştırma kuruluşları ve meslek konseyleri de sağlık hizmetlerinin idari yapısı içinde yer almaktadır.

Sağlık sisteminin en önemli özelliği, ülkede son 15 yıla kadar yaşanan ırk ayrımından kaynaklanan toplumsal yapıdaki bozuklukların ve dengesizliklerin meydana getirdiği kötü kaynak dağılımıdır. Ülkede ağırlıklı olarak beyazların yaşadığı bölgelerde sağlık hizmetleri yüksek düzeylerdeken, %90'dan fazlasını oluşturan diğer ırkların yaşadığı bölgelerin bazılarında sağlık hizmetleri çok düşük seviyelerdedir. Daha önceki dönemlerde uygulanan ırkç politikaların etnik gruplar arasında yarattığı farklar hâlâ mevcuttur. Ülkede sağlık kaynaklarının her bölgeye eşit oranlarda götürülebilmesi için yoğun çalışmalar yapılmaktadır.

Diğer önemli bir sorunu da HIV/AIDS salgını ve buna bağlı tüberküloz gibi hastalıklardır. Nüfusun yaklaşık sekizde biri HIV pozitifdir. AIDS'ten kaynaklanan ölümlerden dolayı 600 binin üzerinde çocuk öksüz kalmıştır. Malarya yaygındır.

Birincil sağlık hizmetlerine önem verilmesine rağmen, bazı bölgelerde bu hizmetlerin oldukça düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir. Birincil sağlık hizmeti sunan tesislerin çoğunda elektrik, su, telefon, kanalizasyon gibi temel unsurlar eksiktir. Bu hizmetler genellikle ücretsizdir. Tedavi hizmetleri genellikle ücretlidir.

En önemli sorunlardan biri de personel sayısının yetersizliğidir. Bu yetersizlik, özellikle kamu sektöründe kendini göstermektedir. Sağlık personelinin yarısından fazlası özel sektörde çalışmayı tercih etmektedir.

Hastahaneler açısından bakıldığında özel sektör de bulunmaktadır. Sosyal sağlık sigortası, işsizlik sigortası, özel sigortalar, sağlık yardımı hizmetleri vardır.

Sağlık hizmetlerine yönelik zorunlu sigorta sistemi yaygınlaştırılamamıştır. Bunun en önemli nedeni de halkın fakir olan ve sağlık sigortasına ihtiyaç duyan kısmının sigorta primlerini ödeyemeyecek düzeyde olmasıdır.

Halkın büyük bir çoğunluğu geleneksel tıp yöntemlerinden yararlanmaktadır ve hükümet bu konuda çeşitli düzenlemeler oluşturmakta, araştırmalar yürütmektedir.

Güney Afrika'da Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinde sağlık sistemi ağırlıktadır.

GÜNEY AFRIKA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Güney Afrika Cumhuriyeti
YÖNETİM BİÇİMİ	: Başkanlık Tipi Cumhuriyet
YÜZÖLÇÜMÜ	: 1.219.912 km ²
NÜFUS	: 44.819.778
BAŞKENTİ	: Pretoria
PARA BİRİMİ	: Rand
RESMİ DİLİ	: 11 ayrı dil resmi dil kullanılmaktadır (14/1).

I.1. Coğrafi Yapı Ve İklim

22. ve 35. güney enlemleri arasında yer alan, Limpopo ırmağından iğne burnuna kadar uzanan Güney Afrika topraklarının çok büyük bir bölümü, tropikal kuşakta yer alır (ülkenin %87'sine yağışlar yazın düşer). Merkezi ortalama olarak 30 derece güney enlemine denk düşen bir maksimum basınç kuşağının doğrudan etkisindedir. Bununla birlikte, yalnızca Mascareignes antisiklonu ile Güney Atlas Okyanusu maksimum basıncı sürekli. Oysa kıta kökenli diğer yüksek basınçlar mevsimden mevsime büyük değişiklikler gösterirler. Mayıs-Ekim ayları arasında 32. enlemin kuzeyine yerleşir, alanı güneybatı kıyısına kış yağışları getiren kutup cephesi düşük basınçlarına bırakılır. Yazın ise daha yüksek enlemlere kayarak zayıflayıp, Mascareignes antisiklonu kökenli alizenin Kalahari çölü üstündeki ince tabakalar halinde bulunan alçak basınçlara doğru ilerlemesine engel olmazlar. Bulunan enlem bütünüyle ele alındığında, ülkede sıcak ve kurak bir iklime neden olur ama kuzey yarımküreye oranla kıtanın daralması okyanusun etkisini artırır ve antisiklon ulaşımının ağır basan etkisini azaltır. Bunun sonucunda iklimde bir çeşitlilik gözlenir.

Ana çizgileriyle son derece yalın olan yüzey şekillerinin ana özelliği, iç kesimlerdeki yüksek yaylayla ülkenin kenar kesimlerdeki alçak bölgeler arasında gözlenen çelişkidir. Merkezini Transvaal'ın güney kesimindeki Highveld'in özerk Orange Eyaletinin, Cape Eyaletinin Kuzeydoğu kesiminin oluşturduğu yaylanın yükseltisi 1200-1800 metre arasında değişir. Yükseltinin kuzeye doğru artması enlemin etkilerini yok eder. Yaylanın kenarları ulaşımı engellemeyen sarp kayalıklar halinde yükselir. Bu kesintisiz yüksekliklerin çizdiği daire yayının eteğinde yer alan alçak topraklarda birbiriyle çelişen görünüm gözlenir. Güney doğuya doğru basamak dizileri, güneye doğru Cape sıradağcıkları ve batıda tekdüze görünümlü dağ eteği görülür.

Hint okyanusu üstündeki nemli hava kütleleri, yağışların başlıca kaynağını oluşturur. Drakensberg kütlesi, Natal ve Transvaal'de güney doğu alizesinin etkisi sınırlıdır. Böylece Güney Afrika kıtasının temel özelliği ortaya çıkar: eşyağış eğrisinin boylam yönünü izlemesi. Yıllık en yüksek yağış toplamları rüzgâra açık yamaçlarda gözlenir. Buna karşılık batıya doğru yağışlılık oranı düzenli biçimde azalır ve 400 mm'lik yağış sınırı ülkeyi ikiye böler.

Güney Afrika topraklarının üçte ikisi 500 mm'den az yağış alır. Jstelik yağışların yıl içindeki dağılımında gözlenen büyük düzensizlik ciddi kuraklıklara yol açar. Ayrıca en bol yağış alan bölgeler başka bir sınırlayıcı etmenin etkisindedir: yamaçların dikliği.

Güney Afrika cumhuriyetinin 122 milyon hektarlık yüzölçümünden 102 milyon hektarı ilke olarak tarıma elverişlidir ama iklim koşulları ve yüzey şekilleri sulamasız tahıl üretimi için sürülebilir alanı, bu toplamın yaklaşık onda birine düşürür. Geri kalan yararlanılabilecek kuru topraklar hayvancılığa elverişliyse de otlardan oluşan ve pek gür olmayan bitki örtüsü, aşırı olatmadan ötürü yozlaşma eğilimindedir (14/1,2).

I.2. Tarihçe

On beşinci asır öncesinde Avrupalılar için meçhul olan ülke, 1488'de Bartholomeu Dias'ın Ümit Burnunu geçmesi ile tanındı. Avrupalılar için yeni bir Hindistan yolu olan Ümit Burnu, stratejik bir önem kazandı. Güney Afrika hakkında tarihi bilgiler bu tarihten sonra başlar.

Avrupa ile Hindistan arasında seferler yapan İspanyol, Hollandalı, Portekizli ve İngiliz gemiciler için Güney Afrika sahilleri bir uğrak noktası olmuştur. Hollandalı, Jan Von Riebeek isimli bir doktor, 1652 senesinde çalışmakta olduğu Hollanda-Doğu Hindistan Şirketi adına Güney Afrika sahillerindeki şimdiki Cape Town şehrinin bulunduğu Tavora Körfezinde, ticaret gemileri için depo ve levazım istasyonu kurdu.

On yedinci yüzyılın ortasında kurulan bu ticari üs aynı yüzyılın sonlarında koloni (sömürge) haline getirildi. Bu ülke topraklarını sömürge yapmak isteyen İngilizler, Fransızların bölgeyi işgal etmelerini engellemek perdesi arkasında, bölgeyi işgal ettiler ve kendi sömürgeleri arasına kattılar. Bu işgal, söz konusu Avrupa devletleri arasında 1815 senesinde yapılan bir anlaşma ile kabul edildi.

Avrupalıların buralarda ilk sömürge kurmaları esnasında yerli halka karşı yapılan ırk ayrımı politikası, 1807'de İngilizlerin çıkarttığı kanunla kaldırıldı. Fakat azınlıkta olan Boer adı verilen çiftçiler tarafından ırk ayrımı şiddetle tatbik edildi. Bu kanunun kalkmaması karşısında Boerler, 1836'da sömürge topraklarından ayrılarak iç kısımlara doğru göç ettiler ve ırkçılıklarını buralarda sürdürdüler.

İngiltere sömürgesinden sırasıyla 1852 ve 1854 senesinde Orange ve Transvaal adı ile iç işlerinde bağımsız yeni iki sömürge kuruldu. İç kesimlere yerleşen Boerlerle İngilizler arasında ilk zamanlar mevcut olan ılımlılık, gün geçtikçe soğuk harbe ve nihayet iki Boer Devletinin İngiltere'ye savaş ilanıyla sıcak harbe dönüştü.

Sömürgeci İngiltere ile ırkçı Boerler arasındaki kanlı savaşlar, 1902 senesinde İngilizlerin kesin galibiyeti ile nihayet buldu. İngiltere buraları iç işlerinde bağımsız birer sömürge olarak ilan ve savaş tazminatı ödemeğe mahkum etti. İki İngiliz sömürgesine (Orange ve Transvaal) iki de Boer devleti katılınca (bunlar iç işlerinde bağımsız), Güney Afrika dört devletten meydana gelmiş bir federasyon oldu.

Birinci Dünya Savaşından sonra her geçen gün ağırlık kazanan ırkçılık, 1924'te başa geçen General Herzog'un zamanında çıkarılan kanunlarla meşru hale getirildi. General Herzog 1934 senesinde çıkarttığı kanunlarla zencilerin yurttaşlık ve siyasi haklarını ellerinden aldı. İkinci Dünya Savaşından sonra bu ırkçı politika şiddetini artırarak devam etmiştir.

1948'de Dr. Molan'ın iktidara gelmesi ile mevcut ırkçı politika had safhaya vardı. Çeşitli dünya ülkelerinden yapılan baskılara rağmen, Güney Afrika Cumhuriyeti iktidarlara, ırkçı politikadan vazgeçemediler. Ülke bu politikalarını terk etmemek pahasına Milletlerarası bazı teşkilatlardan ayrıldı. 1961'de ayrıldığı Commonwealth İngiliz Milletler Topluluğu teşkilatı da bunlardandır.

1968'de öğrencilerin düzenledikleri ırk ayırımına karşı gösterileri din yetkililerince de desteklendi. Bunun üzerine hükümet, askerleri en yeni silahlarla donattı. Güvenlik kuvvetlerini ve istihbarat teşkilatını kuvvetlendirdi. Böylece Afrika'daki diğer devletlere karşı da üstünlük sağladı.

1969'da Birleşmiş Milletlerin Namibya'dan çekilmesi isteğini reddetti. Namibya, Güney Afrika Cumhuriyetinin fiilen bir eyaleti oldu. Irk ayırımını burada da uyguladı. Dünya devletleri arasında yalnız kalan Güney Afrika Cumhuriyeti, 1970'ten sonra Afrika Devletleri arasında taraftar kazanmak için bazıları ile ilişkiler kurmaya çalıştı.

1976'daki zenci hareketlerinde yüzlerce zenci öldürüldü. Devam eden baskı ve öldürmeler üzerine, BM Güvenlik Konseyi, Güney Afrika Cumhuriyetine silah satışını yasakladı (1977). Milletlerarası ilişkileri hemen hemen kopma noktasına gelen yönetim, sert ırkçı yönetiminden tavizler vermeye başladı. Zencilere sendika kurma hakkı tanıdı (1979).

1982'de Namibya'nın sömürgeleikten kurtulmak için başlattığı hareket, ülkeyi yeniden karıştırdı. Sorgusuz, yargısız öldürmeler başladı. Yeni anayasa yapılarak başkanlık sistemine geçildi. Buna rağmen ülkedeki çatışmalar durmadı. Cumhurbaşkanı P.W. Botha, ülkesini milletlerarası yalnızlıktan kurtarmak için çeşitli ülkeleri ziyaret etti ve bunda başarı sağladı. Zenci çoğunluğun sesi, baskı ve zulümle susturuldu. Komşu devletlere saldırılar başladı.

Cumhurbaşkanı Botha, lideri bulunduğu Ulusal Parti içinde meydana gelen muhalefetin de tesiriyle 1989 Ağustosunda istifa etmek mecburiyetinde kaldı. Yerine Frederik W de Klerk geçti. Eylül 1989 seçimlerinde seçme hakkı bulunmayan zenciler ülke çapında büyük grev yaptılar. Zencilere karşı yumuşama politikası uygulayan Cumhurbaşkanı de Klerk Şubat 1990'da meclisi açarken yaptığı konuşmada Afrika Milli Konseyi, Afrika Komünist Partisi ve 33 muhalefet örgütü hakkında bulunan yasağın kaldırıldığını açıkladı.

Ayrıca 1962'den beri hapiste bulunan zenci lider Nelson Mandela serbest bırakıldı. Afrika Milli Konseyi 1991 senesi "İktidarın halka devredilmesi için doplu eylem yılı" ilan etti. Aynı sene yapılan Afrika Milli Konseyi toplantısında Nelson Mandela başkanlığa seçildi.

İrk ayrımı politikasındaki bu yumuşama sebebiyle birçok ülke Güney Afrika'ya uyguladığı ekonomik müeyyideleri kaldırdı. Komşularıyla arasındaki gerginlik de yumuşadı. Zenciler arasındaki şiddet olayları zaman zaman önemli boyutlara ulaşmaktadır (14/1,2).

I.3. İdari Yapı

Ülkenin eski adı Güney Afrika Birliği'dir. Yönetim biçimi başkanlık tipi Cumhuriyet'tir. Başkenti Pretoria'dır.

Ülke 9 idari bölüme ayrılmıştır: Doğu Cape, Serbest Bölge, Gauteng, KwaZulu-Natal, Mpumalanga, Kuzey Batı, Kuzey Cape, Kuzey Eyaleti, Batı Cape (14/1).

I.4. Ekonomi Ve Endüstri

2000 yılı rakamlarına göre, Güney Afrika'nın GSYİH'sı 369 milyar \$'dır ve reel büyüme oranı ise %3'tür. GSYİH sektörel bileşimi şöyledir:

- Tarım: %5
- Endüstri: %30
- Hizmet: %65

Enflasyon oranı tüketici fiyatlarında %5,3'tür.

Ülkedeki işsizlik oranı %30 civarındadır.

Sanayisi ağırlıklı olarak madencilik, metalürji, makine, tekstil, demir - çelik, kimyasal ürünler, gübreler, gıda maddeleri üzerine kuruludur. Endüstrinin büyüme oranı yıllık %2,4 civarındadır.

Yıllık elektrik üretimi 186,903 milyar kWh, elektrik tüketimi 172,393 milyar kWh olup elektrik fazlasının 3,884 milyar kWh'ini ihraç etmektedir. Ancak ülkenin 2,457 milyar kWh miktarında da elektrik ithalatı bulunmaktadır.

Başlıca tarım ürünleri Mısır, buğday, şeker kamışı, meyve, sebze, et, kümes hayvanı, koyun eti, yün, süt ürünleridir.

İhracatı 30,8 milyar \$ olup, ihracat ürünleri arasında altın, değerli taşlar, diğer metaller ve mineraller, makine ve parçalar ilk sırayı alır. En önemli ihracat ortakları İngiltere, İtalya, Japonya, ABD ve Almanya'dır.

Güney Afrika'nın ithalat hacmi 27,6 milyar \$ olup başlıca ithalat ürünleri makine, gıda maddeleri, kimyasallar, petrol ürünleridir. Önemli ithalat ortakları arasında Almanya, ABD, İngiltere ve Japonya yer alır. Dış borç tutarı: 25,6 milyar \$'dır (14/3).

I.5. Ulaşım

Ülkede demiryollarının uzunluğu 21.431 km., Karayollarının uzunluğu 358.596 km. dir.

Önemli limanları Cape Town, Durban, Doğu Londra, Mosselbaai, Elizabeth Limanı, Richards Körfezi ve Saldanha'dır. Ülkede 741 adet havaalanı bulunmaktadır (14/ 1,2).

A. ERDAL SARGUTAN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Güney Afrika yaklaşık 43 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında sayılsa da nüfusunun %35-55'lik kısmının fakirlik içinde yaşadığı, sağlık hizmetleri, temiz su ve hijyen şartlarından yoksun bulunduğu tahmin edilmektedir (1/1).

Güney Afrika sağlık sisteminin amacı tüm Güney Afrikalıların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanabilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasıdır. Tüm Güney Afrika vatandaşlarının sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişebilmesini sağlamak, sağlık hizmeti sunucuları arasında tüm düzeylerde belirli standartları yakalamak ve özellikle de koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin rolünü tüm sağlık sistemi içinde öncelikli olarak uygulamak önemli hedefler arasındadır.

1999 yılında uygulamaya konulan beş yıllık planda hedeflenenler şu şekilde özetlenebilir:

- Ölüm nedenlerini ve başlıca yaygın hastalıkları azaltmak,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek,
- Sağlık sistemi içinde birincil sağlık hizmetlerini en küçük birimlere kadar götürebilmek,
- Kamu hastahaneleri hizmetlerini yeniden canlandırmak,
- Kaynakların dağıtımını ve yönetimini kaynak ayırımındaki eşitlik ilkesini çiğnemediği geliştirmek,
- İnsan kaynaklarını ve yönetimlerini geliştirmek,
- Bazı destek hizmetlerini yeniden organize etmek,
- Belirli konulara yönelik yeni yasal düzenlemeler oluşturmak,
- Hizmet sunucuları ile topluluklar arasında iletişim ve dayanışmayı artırmak,
- Uluslararası partnerle işbirliğini güçlendirmek (2/11).

Güney Afrika'da 20 yaş ve üstündeki 4,57 milyon kişi hiç okula gitmemişken, 4,1 kişi de sadece ilkokula gitmiştir. Limpopo eyaletinde 20 yaş ve üzerindeki nüfusun yaklaşık üçte biri hiçbir resmi eğitim almamıştır. 8 milyon'dan fazla Güney Afrikalı sağlık iyileştirilmesine yönelik olarak hazırlanan materyallerden eğitim durumları kötü olduğu için yararlanamamaktadır. 2001 yılında yapılan bir araştırmaya göre çalışma çağındaki nüfusun %16,5'i işsizken, nüfusun 43,9'unun da ekonomik olarak pasif durumda olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırma nüfusun sadece %39,6'sının çalıştığını belirtmiştir. Ulusal çapta evlerin %84,5'inde su tesisatı bulunmamaktadır. Batı Cape bu %64,2 ile düşük orana sahiptir. Free State, Kuzey Cape, Gauteng ve Batı Cape'te ise neredeyse evlerin %95'inde su tesisatı mevcuttur. 1.500.000 kişinin ise yaşadığı evde tuvalet bulunmamaktadır.

Eğitim, işsizlik, fakirlik, uygun hijyen koşulları gibi kavramlar, sağlık durumunun en önemli kriterleridir. 2003 Ağustosuna ait verilere göre aşılama çalışmalarının kapsamı %74'e ulaşmıştır. Bu 1998 yılına ait %63,4'lük orana göre bir gelişmedir (4/10-13).

Tablo 1: Bazı Demografik Ve Sağlığa Yönelik Göstergeler

	Güney Afrika	Dünya
<i>Toplam Nüfus</i>		
1995	13.683.000	2.519.495.000
2002	44.203.000	6.211.082.000
2025 (tahmini)	43.772.000	7.936.741.000
<i>Yıllık Nüfus Artış Odanı (1980-2000)</i>		
Toplam	%0,3	%1,6
Kırsal alanlarda	%-0,7	%0,9
Kentsel alanlarda	%0,6	%2,4
<i>Nüfusun Yüzdesi</i>		
15 yaş altı (2002)	%33	%29
65 yaş üstü (2002)	%4	%7
Kentsel Alanlarda Yaşayanlar	%50	%47
<i>Çocuk Ölüm Oranı</i> (bin canlı doğumda)2000-2005	2,9	2,7
<i>Ortalama Yaşam Beklentisi (2000-2005)</i>		
Kadın	48,3	68,1
Erkek	46,5	63,9
<i>Beş Yaş Altı Ölüm Oranı</i>	70	83
<i>Eğitilmiş Personel Tarafından Yaptırılan Doğum Oranı 1994-2000</i>	%84	%57
<i>15-49 Yaş Arası HIV/AIDS Virüsü Kapmış Kişi Sayısı 2001</i>	5.000.000	40.000.000
<i>Salgınin Başlangıcından İtibaren AIDS Yüzünden Yetim Kalmış Çocuk Sayısı (2001)</i>	660.000	14.000.000

Kaynak: (3) EarthTrends (2003) Population, Health and Human Well-Being – South Africa, Earth Trends Country Profiles, s.1.

II.2. HIV/AIDS

Güney Afrika sağlık sisteminin önünde duran en önemli sorun HIV/AIDS'tir. Ülkede yaklaşık 5.000.000 HIV/AIDS taşıyan insan bulunmaktadır ve bu rakam dünyadaki tüm vakaların sekizde birini oluşturmaktadır.

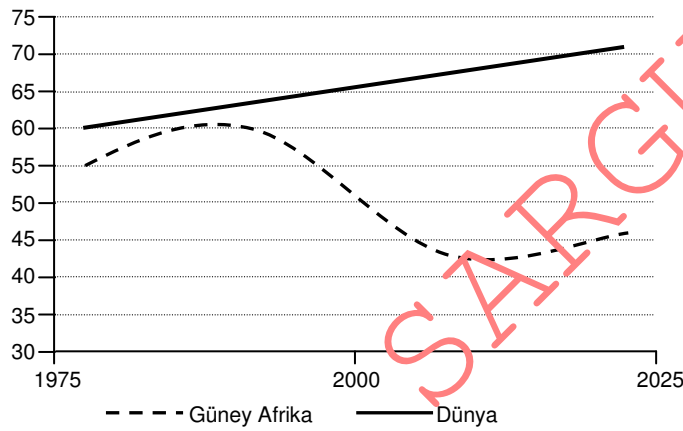
Kamu sektörü doğum kliniklerinde HIV vakasına rastlanma sıklığı 1994 yılında %7 iken 2002 yılında %27'ye çıkmıştır. Ancak bu artışa rağmen, 20 yaş ve altı grupta HIV'e rastlanma sıklığının düşmesi ilerisi için ümit verici olarak kabul edilmektedir.

Bu salgın hastalığın etkileri sağlık sistemi için oldukça kötü bir etkiye bulunmaktadır. AIDS ve AIDS'e bağlı olarak yakalanılan hastalıkların tedavisi için yapılan masraflar sistem üzerinde önemli bir gerilim yaratmaktadır. Sağlık çalışanları da hem hastalığa yakalanma riskiyle karşı karşıya olmaktan hem de henüz herhangi bir tedavi yöntemi bulunmadığından dolayı umutsuzluğa düşmektedirler.

AIDS'in önlenmesi, tedavisi ve hastaların bakımına yönelik kapsamlı bir plan oturtulmaya çalışılmaktadır.

Güney Afrika tüberküloz vakaları sayısından dünyada yedinci sıradadır ve bu da HIV ile tüberküloz arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tüberküloz hastalarına yapılan HIV testlerinin sonuçları bu hastaların yarısından fazlasının HIV pozitif olduğunu göstermiştir (3/1).

Grafik 1: Ortalama Yaşam Beklentisi, 1975-2025



Kaynak: (3) EarthTrends (2003) Population, Health And Human Well-Being – South Africa, Earth Trends Country Profiles, s. 1.

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Sağlık Bakanlığı Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinden sorumlu ana kurumdur. Sağlık Bakanlığı'nın amaçları şunlardır:

- Bir bütün olarak Ulusal Sağlık Sistemi'ni oluşturmak
- Görev ve amaçlarını yerine getirmeye yönelik politikalar üretmek ve uygulamak,
- Rahatsızlıkları ve ölüm nedenlerini azaltmak,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek,
- Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimince eşit şekilde erişilebilir olmasını sağlamak,
- Birincil sağlık hizmetlerini geliştirmek,
- Sağlık sektörü insan kaynaklarını geliştirmek.

Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışan çeşitli meslek kuruluşları mevcuttur.

Bunlar;

- Güney Afrika Sağlık Çalışanları Konseyi,
- Güney Afrika Dış Teknisyenleri Konseyi,
- Güney Afrika Hemşirelik Konseyi,

- Güney Afrika Eczacılık Konseyi,
- Güney Afrika Yardımcı Sağlık Çalışanları Konseyi,
- Sosyal Hizmet Çalışanları Konseyi.

Güney Afrika'da sağlık hizmetleri ulusal düzeyde, eyalet düzeyinde ve belediye düzeyinde olmak üzere üç kademeli bir yapıya sahiptir.

Ulusal düzeyde sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı idare eder ve görevleri şunlardır:

- Sağlık politikasına yönelik sağlık politikalarını ve yasal düzenlemeleri oluşturmak,
- Sağlık hizmetlerine yönelik norm ve standartları belirlemek,
- Sağlık kaynaklarının en uygun şekilde kullanılmasını sağlamak,
- Enformasyon sistemlerini koordine etmek ve ulusal sağlık hedeflerini gözlemek,
- Kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerini düzenlemek,
- Tüm düzeylerde makul fiyatlı ve uygun sağlık olanaklarını sunmak,
- Diğer ülkelerdeki sağlık bakanlıkları ve sağlık kuruluşları ile ilişkiler kurmak.

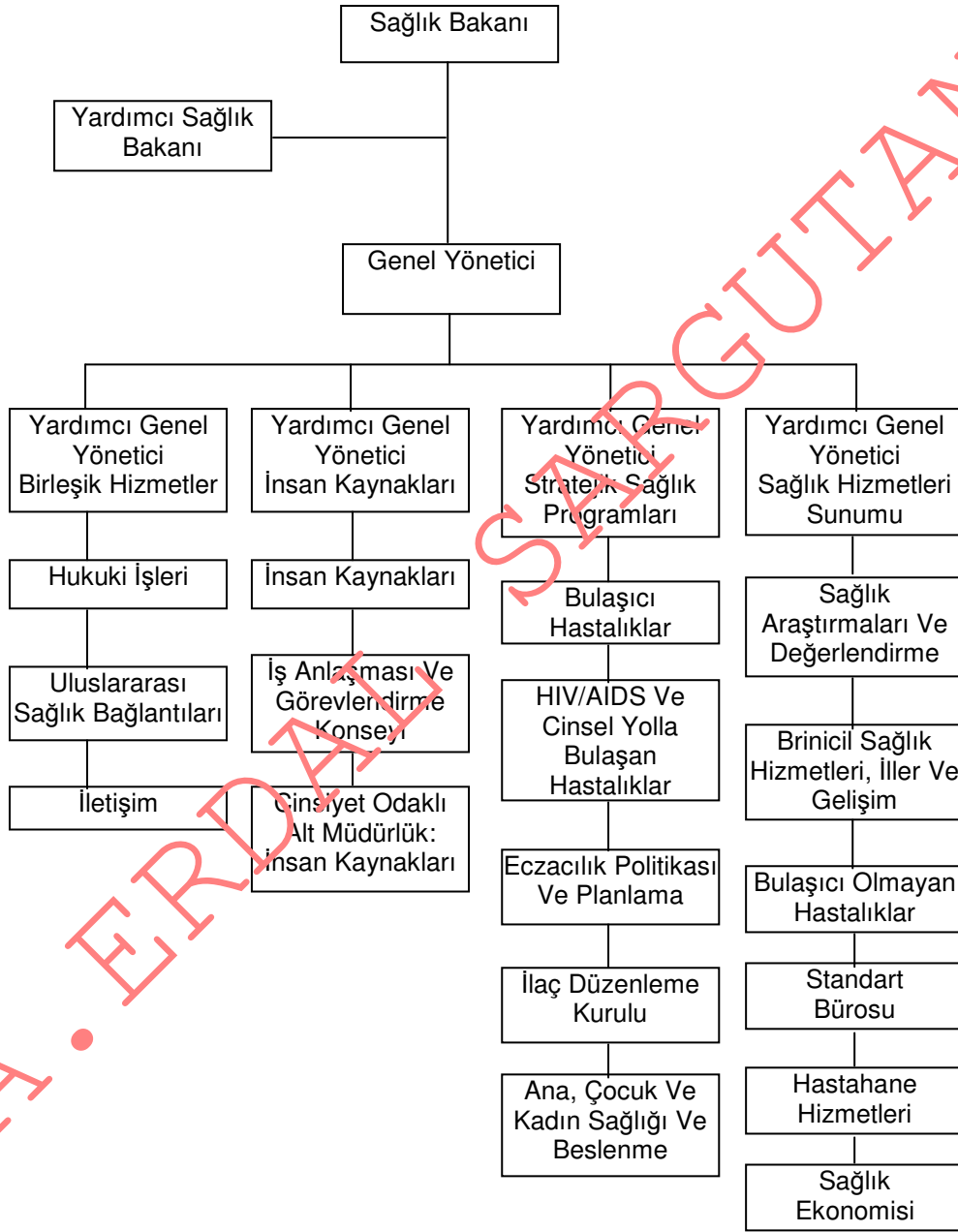
Eyalet düzeyindeki sağlık hizmetleri eyalet Sağlık Bakanlıklarına aittir ve bu bakanlıkların sorumlulukları şunlardır:

- Sağlık hizmetlerini sağlamak ve sunmak,
- Eyalet sağlık politikasını, standartları ve yasal düzenlemeleri belirlemek ve uygulamak,
- Eyalette bulunan sağlık hizmetlerini verimlilik ve kalite açısından en iyi hale getirmek,
- Tüm sağlık hizmetlerinin ve tesislerinin kalitesini denetlemek,
- Özel sağlık tesislerinin uygulamalarını izlemek ve onlara işletme lisanslarını vermek,
- İl sağlık idarelerinin kuruluş ve finansmanlarını sağlamak,
- Topluluklar düzeyinde sağlık konusunda danışmanlık yapmak,
- Devredilen işlerin yapılmasını sağlamak.

Hükümet temel sağlık hizmetleri bir temel hak olarak ele almaktadır. Hizmetlerin kalitesini artırmak ve devamlılığını sağlamak, kapsamlı bir birincil sağlık hizmeti paketi oluşturmak, tüm sağlık bölgelerinde (bu sağlık bölgeleri artık belediye sınırları esas alınarak belirlenmektedir) birincil sağlık hizmeti ağını oluşturmak hükümetin denetimindedir.

● Belediye sağlık hizmetlerinin anayasal tanımı birincil sağlık hizmeti paketine göre daha dar kapsamlıdır. Yerel yönetimler bu yüzden daha kapsamlı sağlık hizmetleri sunabilmek için çeşitli hizmet anlaşmaları yapmaktadırlar (11/1-3).

Şema 1: Sağlık Bakanlığı Organizasyon Şeması



Kaynak: (7) Department of Health (2005) Organizational Structure of the Ministry of Health, s. 2.

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinin sunumu iki sistem tarafından gerçekleştirilir:

- **Kamu sağlık hizmetleri** nüfusun büyük bir çoğunluğuna hizmet verir ve hükümet tarafından sübvans edilir.

- **Özel sağlık hizmetleri** sağlık sigortası programları tarafından yönetilir ve sağlık yardım kapsamı/sigortası masraflarını karşılayabilen çok az sayıda kişiye hizmet verir.

İki sistem birbirinden bağımsızdır ve farklı önceliklere, standartlara ve gereksinimlere sahiptirler. Özel sektör sistemi Batı standardında tesislere sahiptir. Kamu sektörü ise hem idari açıdan hem de tesisler açısından büyük bir değişim içindedir (1/1,2).

Güney Afrika GSYİH'sının %8,5'ini sağlık hizmetlerine ayırırken bunun %60'lık kısmı özel sektöre aittir. Hükümet 1994 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde önceliği birincil sağlık hizmetlerine biçim konusuna vermektedir. 1997 yılında yayınlanan "Sağlık Sektörü'nün Dönüşümü Hakkında Beyaz Sayfa"da 'kamu ve özel sektör sağlık hizmetlerinin tüm sağlık kavraklarının optimal düzeyde kullanılacak şekilde bütünleşik bir yapı oluşturması gereklidir' diye belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörün bir arada çalışması hizmet sunumunda eşitliğin sağlanmasında önemli faydalar sağlayacaktır.

Kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri alanında bir arada çalışmalarını gerektiren önemli nedenler vardır. Bunlardan başlıcaları şunlardır:

- Özel sektör hastahanelerinin son yıllarda hızla artması sonucunda yüksek sayılarda iyi yetişmiş personeli ve ödeme gücü bulunan hastaları kamu hastahaneleri sistemi dışına çekilmesi,

- Özel sigorta kuruluşlarının, pahalı tedavi gerektiren vakaları özel sektör hastahanelerinde tedaviye kapsamları içine almaları sonrası, kamu hastahanelerini daha düşük ücretler uygulamaya zorlaması,

- Sigortalı hastaların, kendilerini sigortasız olarak gösterip devlet hastahanelerinde ücret ödememeleri (1/2).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Güney Afrika, Gayri Safi Milli Hâsılasının yaklaşık %8,5'ini sağlık hizmetlerine ayırmaktadır ve bunun %60'ı özel sektör tarafından yapılmaktadır. Sağlık harcamalarında öncelik 1994 yılından beri birincil sağlık hizmetlerine verilmektedir.

Cape Town Üniversitesi Sağlık Ekonomisi Bölümü ve Nitwatersrand Üniversitesi Sağlık Politikası Merkezi tarafından yapılan bir araştırma, 2001-2002 yıllarında tüm kaynaklardan finanse edilen ve birincil sağlık hizmeti sunan il düzeydeki kliniklerin ve sağlık merkezlerinin harcama seviyesini ve sosyoekonomik kötüleşmeyi göstermektedir.

İller arasındaki sağlık harcaması seviyesi oldukça farklıdır ve temel birincil sağlık hizmetleri paketine dahil edilen hizmetlerde yapılan değişikliklerden dolayı, maliyetin tam olarak bilinmemesine rağmen, bu hizmetlerin sunulabilmesi için kişi başı sağlık harcamasının en az R200 olması gerektiği tahmin edilmekte ve bölgesel tabloya bakıldığında illerin çoğunluğunun bu düzeyin altında olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamalarındaki dengesizliği daha da kötü hale getiren durum ise, illerde yapılan birincil sağlık hizmeti harcamalarının ihtiyaca uygun olarak yapılmıyor oluşudur. Yani en fazla sağlık harcaması yapılan ildeki insanlar birincil sağlık hizmetlerine en az ihtiyaç duyan, en az harcama yapılan ildeki insanlar da birincil sağlık hizmetlerine en fazla ihtiyaç duyan insanlardır.

Birincil sağlık hizmetlerine yeterince harcama yapılamamasının en büyük nedenleri şunlardır:

- Gelişmemiş bölgelerdeki altyapı eksiklikleri ve yönetim yetersizlikleri
- Gelişmemiş bölgelere sağlık personeli göndermekteki güçlükler
- Birincil sağlık hizmetleri finansal akımını karışık olması (İl Sağlık Bölümü'nün doğrudan harcamaları, bölgelerden yerel yönetimlere yapılan transferler ve yerel yönetimlerin kendi gelirlerinden ayırdığı kaynaklar) ve bu finansmanın koordine edilememesi
- Birincil sağlık hizmetlerinin bölge sağlık bölümleri ve yerel yönetimler tarafından yeterince sunulamaması
- Hastahanelere harcama yapılması yönündeki baskılar (6/40,41).

Birincil sağlık hizmeti sunan klinikler hakkında oluşturulan bir veritabanı çalışması, ülkedeki birçok kliniğin elektriğinin, temiz suyunun, kanalizasyon sisteminin ve telefonunun olmadığını görmüştür. Ülkedeki 3.560 kliniğin %27'sinin belediye su sistemine bağlantısı yoktur, %11'inde elektrik bulunmamaktadır, %13'ünde kanalizasyon sistemi yoktur ve %9'unda telefon bulunmamaktadır (2/25).

Çocukların bulaşıcı hastalıklardan korunmasına yönelik olarak verilen en önemli hizmet aşılama hizmetidir. Ancak Güney Afrika'da birincil sağlık hizmeti sunan tesislerin sadece %67'si aşılama hizmeti sunmaktadır. Bu da çocukların herhangi bir nedenle bir birincil sağlık hizmeti sunan tesise gelmeleri durumunda aşılanma şansını yitirmeleri anlamına gelmektedir. 2003 yılı itibarıyla Gauteng (%40) ve Kuzey Cape'te (%35) aşılama hizmeti veren birincil sağlık hizmeti tesislerinin sayısı oldukça düşüktür. Mpumalanga'da ise oran %100'e yakındır.

● Hamilelik döneminde hamileliğin izlenmesi anne-bebek ölümlerinin engellenmesi ve rahatsızlıkların önlenmesi açısından önemlidir. Birincil sağlık hizmeti veren tesislerden hamilelik dönemine yönelik olarak hizmet verenlerin sayısı da oldukça yetersizdir, ayrıca bu hizmeti verenlerin çoğu haftanın 5 günü boyunca da hizmet vermemektedir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri birincil sağlık hizmetlerinin ana görevi olmamasına rağmen, özellikle okul çağındaki çocuklar için koruyucu ve önleyici çalışmalar oldukça önemlidir. Birincil sağlık hizmetleri içinde diş ve ağız sağlığı hizmetlerinin sunumu çok düşük düzeydedir. Bunun en önemli nedenlerinden biri

de diş hekimlerinin sadece %10'unun kamu sektöründe çalışması ve kamu sektöründe 100.000 kişiye 0,8 diş hekimi düşmesidir (8/9-11).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı'na göre, 2002 yılında ülkede 357 eyalet kamu hastahanesi bulunmaktadır.

Devam etmekte olan çeşitli programlarla hastahane hizmetlerinin kalitesi artırılmaya çalışılmaktadır. Bir dizi hasta hakkı uygulaması geliştirilmiştir, bunun yanı sıra şikayet ve önerilerle ilgilenmek üzeri birimler oluşturulmuştur. İl hastahanelerine yönelik olarak çeşitli normlar ve standartlar oluşturulmuş, bunlar bölge hastahanelerine de uygulanmaya başlanmıştır. Üçüncül sağlık hizmetleri ise Ulusal Üçüncül Hizmetler Sözleşmesi ile reformdan geçirilmiştir.

Son yıllarda uygulanmaya başlanan Hastahane Güçlendirme Programı ile büyük bir ilerleme kaydedilmiş, 2003 bütçesi bir önceki yıla oranla 200 milyon Rand artırılarak 710 milyon Rand'a çıkarılmıştır.

2003 yılında Bakanlığın listesinde 27 hastahane bulunmaktadır. Bunların 18 tanesi yeni tesislerin oluşturulmasına yönelik yeni hastahanelerdir, diğerleri ise var olan hastahanelere yeni birimlerin eklenmesine yöneliktir.

Hastahanelerin güçlendirilmesi ayrıca teknolojik bakım, yenileme, yeni donanım, yönetim sisteminin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin genel anlamda iyileştirilmesi konularını da içermektedir.

Bu program yöneticilerin ve sağlık çalışanlarının hastaların ihtiyaçlarına yanıt verebilmelerini, daha özenli ve saygılı davranmalarını "önce halk" ilkesi içinde ele almaktadır.

Ulusal bazda 1999 yılı itibariyle Güney Afrika'da 200 özel hastahane mevcut olup bunların toplam yatak kapasitesi 23.706'dır. Bu hastahanelerin çoğu özel hekimlerin oluşturduğu grupların ya da büyük çaplı şirketlerin mülkiyetinde ve yönetimdedir. Özel hastahanelerdeki ücretler genellikle kamu hastahanelerinden daha yüksektir (11/10).

II.4.4. Geleneksel Tıp

2003 yılının Ağustos ayında Güney Afrika'da Afrika Geleneksel İlaçlar Enstitüsü açılmıştır. Bu kurumun açılmasındaki amaç Afrika bitkilerini araştırmak ve hükümetin HIV, AIDS, tüberküloz ve diğer yaygın hastalıklara karşı yürüttüğü mücadelede bunların tıbbi değerlerini saptamaktır. Ayrıca çeşitli kurum ve kuruluşlar da bu konuda ortak çalışmalar yürütmektedir.

Enstitünün açılması, Sağlık Bakanlığı'nın geleneksel ilaçların etkinliğini, güvenliğini ve kalitesini saptamak, halkı şüpheli yöntem ve ürünlerden korumak amacıyla yürütülen bir araştırmanın sonucudur. Güney Afrika nüfusunun yaklaşık %80'i geleneksel tedavi yöntemlerini kullanmaktadır ve birçok kişinin bu tedavilerden olumlu sonuçlar aldığı rapor edilmektedir (11/24,25).

II.4.5. Eczacılık Sektörü

Ulusal İlaç Politikası'nın genel amacı güvenli, makul fiyatlı ve yeterli kalitede ilacı tüm vatandaşlara sağlayabilmektir. Eczacılık sektöründe iyi bir yönetim sağlık hizmetleri sunumunun kritik bir bileşenidir. Temel İlaçlar Programı, Ulusal İlaçlar Programını tamamlamak amacıyla oluşturulmuştur.

Temel İlaçlar Programını güçlendirmek için 2002/2003 yılında bir dizi strateji uygulanmıştır. 1997 yılında hazırlanan İlaçlar Ve İlgili Maddelerin Geliştirilmesini Denetimi hakkındaki kanun 2 Mayıs 2003 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla bir Fiyatlandırma Komitesi kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı'na ilaç fiyatlarını izleyerek ilaçların kalitesi ve uygun fiyatlar konusunda bilgi vermeye başlamıştır (4/34).

II.4.6. Sağlık İnsangücü Ve Eğitimi

Güney Afrika'da sağlık personelinin hemşireler hariç büyük çoğunluğu özel sektörde çalışmaktadır. Özellikle dış hekimlerinin ve eczacıların %90'dan fazlası özel sektör çalışanıdır. Hemşireler için ise tam tersi bir durum söz konusu olup, özel sektörde çalışanların oranı sadece %5,5'tir (1/2).

Tablo 2: Güney Afrika Sağlık Personeli

Kategori	Toplam Sayı		Özel Sektör		Kamu Sektörü	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Pratisyen	17.438	100	10.067	57,7	7.371	42,3
Uzman Hekim	6.342	100	3.657	57,7	2.962	42,3
Dış Hekimi	3.748	100	3.380	90,2	368	9,8
Eczacı	15.794	100	14.841	94,0	953	6,0
Hemşire	119.922	100	6.586	5,5	113.336	94,5

Kaynak: (1) Ndinande, B., (2002) Health Care Services Country South Africa, Industry Canada, s. 2.

İrk ayrımının yaşandığı süreçte, Güney Afrika'da okuyan tıp öğrencilerinin çoğunluğunu ve öğretim görevlilerini beyazlar oluşturmaktaydı. 1994 yılında ülkenin ilk demokratik seçimlerinden sonra beyazların egemen olduğu tıp fakültelerine diğer ırklardan öğrenciler de alındı. Böyle bir uygulama hem eşitlik açısından önemliydi hem de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından.

Ancak, günümüze kadar gelen süreç içerisinde bile ırk ayrımı birçok okulda halen sürmektedir. Tıp öğrencilerinin eşit şartlarda eğitim görmesinin sağlanması çeşitli nedenlerden dolayı kolay bir iş değildir. Birçok Hintli, renkli ve özellikle Afrikalı öğrenciler zayıf lise eğitimleri yüzünden okullara girememekte ve girebilecek düzeyde olanların çoğu da yüksek maliyetli okul giderlerini karşılayamamaktadır.

1998 yılında bu eşitsizliği gidermek için çeşitli programlar uygulamaya konmuş ve bunun sonucunda 2003 yılında ülkedeki tıp öğrencilerinin %45,9'unu Afrikalılar, %30'unu beyazlar, %9,3'ünü zenci ve beyaz olmayıp renkli tene sahip olanlar ve %14,9'unu Hintliler oluşturmuştur. Ancak farklı eğitim kurumlarında öğrenciler arasında eşitsizlik halen devam etmektedir.

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Mali Yapısı

Güney Afrika, devlet bütçesinin %11'ini teşkil eden 5,3 milyar ABD dolarını sağlık hizmetlerine harcamaktadır. Son 30 yıl içerisinde özel sektörün toplam ulusal sağlık harcamaları içindeki oranı oldukça yükselmiştir. Günümüzde %60'a ulaşan bu oranın %18'ini özel sigortası olan vatandaşların yapıları ödemeler oluşturmaktadır (9/2).

Toplam sağlık harcamalarının üçte birini teşkil etmekte olan kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları yıllık olarak kişi başına yaklaşık 100 ABD Doları civarında olup, Dünya Bankası'nın tavsiye ettiği miktarı oldukça üstündedir. Orta gelirli bir ülke için nispeten yüksek bir seviyedeki bu sağlık harcamasına rağmen, Güney Afrikalıların bir çoğu kronik hastalıklardan şikayetçidir (8/3).

Tablo 3: Güney Afrika Sağlık Harcamaları Ve Bazı Kriterler

Kişi başına düşen GSYİH	7,538
GSYİH'nin yüzdesi olarak toplam sağlık harcaması	8,6
Kişi başına düşen sağlık harcaması (ABD Doları)	652
Toplam sağlık harcamaları içinde genel hükümet harcamalarının yüzdesi	41,4
Genel Hükümet harcamaları içinde genel hükümet sağlık harcamalarının yüzdesi	10,9
Kişi başına hükümet sağlık harcaması (ABD Doları)	270
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının yüzdesi	58,6
Özel sağlık harcamaları içinde kişisel/doğrudan yapılan ödemeler	%22,10

Kaynak: (10) World Health Organization, (2002). Statistics By Country Or Region – Country: South Africa, s. 2.

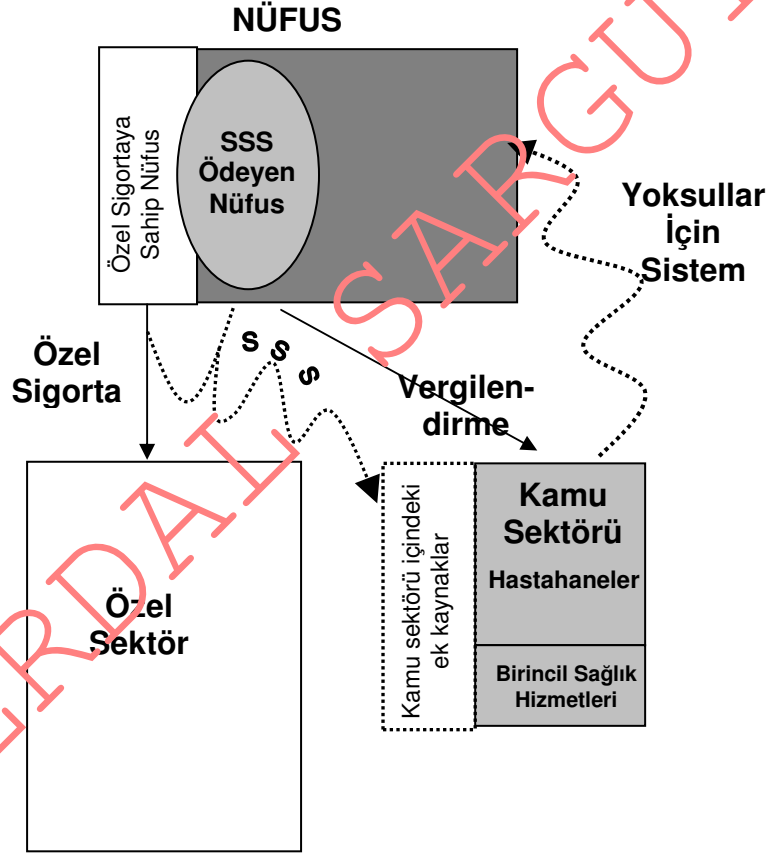
II.6. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal Sağlık Sigortası ilk olarak 1980'lerde önerilmiş, Güney Afrika'daki sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmek ve adaleti sağlamak için bir anahtar mekanizma olarak görülmüştür. Politika içindeki eksiklik, Sosyal Sağlık Sigortasının düzenlenmediği, kamu ve özel sektördeki sağlık bakımı arasındaki büyük eşitsizliklerin el değmeden devam ettiği anlamına gelir.

Sosyal sağlık sigortasının bazı özellikleri şunlardır:

- Hükümet tarafından kanunlaştırılır ve üyelerin düzenli, zorunlu katkıda bulunmaları gerekir.
- Sistem içine bir kez alınan bir üye sistem dışında kalmaz ve sistem dışına atılamaz.
- Primler, ödeme gücüne/gelire göre hesaplanır.
- Faydalanma kapsamlarının standartları vardır.
- Toplanan primler sadece sağlık hizmetlerine harcanabilir (5/1, 2).

Şema 2: Sağlık Sigortasının Dağılımı



* Koyu alan kamu hizmetlerine bağımlı nüfusu ve SSS'den önceki kamu hizmetlerini gösterir.

Kaynak: (5) Doherty, J., McIntyre, D., Gilson, L., (2000). Social Health Insurance, South African Health Review 2000, Briefing Summary, The Pres Gang, Durban, s:4

III. GÜNEY AFRİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Güney Afrika Ve Türkiye'ye Ait Bazı Kriterler

Göstergeler	Güney Afrika	Türkiye
Toplam Nüfus (2001)		
Kadın	22.426.100	33.955.000
Erkek	21.776.400	34.614.300
Nüfus Artış Hızı %	1,6	1,6
Doğum Oranı (1000 Kişide)	26,7	23,5
Ölüm Oranı (1000 Kişide)	10,8	6,5
Kentsel Nüfus Oranı (%)	58,5	66,6
Doğurganlık Oranı (15-49 Yaş Arası)	3,10	2,70
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi		
Genel	56,7	69,0
Kadın	59,5	71,7
Erkek	53,9	66,5
Kişi Başına GSYİH (ABD \$)	9,401	6.974
GSYİH Artış Oranı (%)	3,1	7,2
Temiz Su Kullanım Oranı (%)	86	83
Eğitimli Personel Tarafından Yapıtılan Doğum Oranı	84	81
Çocuk Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)	58,2	45,7
5 Yaş Altı Ölüm Oranı		
Erkek	107	56
Kadın	95	42
Anne Ölüm Oranı (1000 Canlı Doğumda)	340	55

Kaynak: (13) United Nations Population Fund and Population Reference Bureau, (2003) Country Profiles for Population and Reproductive Health, Washington DC, s. 1, 2.

Güney Afrika sağlık sisteminin en önemli özelliği, ülkede son 15 yıla kadar yaşanan ırk ayrımından kaynaklanan toplumsal yapıdaki bozuklukların ve dengesizliklerin meydana getirdiği kötü kaynak dağılımıdır. Ülkede ağırlıklı olarak beyazların yaşadığı bölgelerde sağlık hizmetleri yüksek düzeylerdeyken, nüfusun %90'ını oluşturan diğer ırkların yaşadığı bölgelerin bazılarında sağlık hizmetleri çok düşük seviyelerdedir. Ülkede sağlık kaynaklarının her bölgeye eşit oranlarda götürülebilmesi için yoğun çalışmalar yapılmaktadır.

Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin ve kaynaklarının ülke çapında dengeli ve yeterli dağılımında önemli sorunlar yaşanmaktadır. Ülkenin kırsal alanları ile büyük kentleri arasında önemli farklar bulunmaktadır. Türkiye'de özellikle doğu bölgelerinde sağlık tesisleri ve personeli konusunda önemli sıkıntılar yaşanmaktadır. Sağlık tesisleri ve personeli daha çok büyük şehirlerde yoğunlaşmıştır.

Güney Afrika'nın diğer önemli bir sorunu da HIV/AIDS salgını ve buna bağlı tüberküloz gibi hastalıklardır. Nüfusun yaklaşık sekizde biri HIV pozitif, AIDS'ten kaynaklanan ölümlerden dolayı 600.000'in üzerinde çocuk öksüz kalmıştır. Türkiye'de ise AIDS vakalarının sıklığı dünya ortalamasının oldukça altındadır, ancak vaka sayılarında bir artış gözlenmektedir.

Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinden sorumlu ana kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri ulusal, eyalet ve belediyeler düzeyinde örgütlenmiştir. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinden sorumlu ana kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetleri ulus, il ve ilçe seviyelerinde örgütlenmiş olup, ayrıca yerel yönetimler de sağlık hizmetlerinin idari yapısı içerisinde yer aldığı görülmektedir.

Güney Afrika'da Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinde sağlık sistemi ağırlıktadır. Güney Afrika'da sağlık hizmetlerine yönelik zorunlu bir sigorta sistemi yerleştirilememiştir. Bunun en önemli nedeni, halkın fakir olan ve sağlık sigortasına ihtiyaç duyan kısmının sigorta primlerini ödeyemeyecek düzeyde olmasıdır. Türkiye'de sağlık sigortası belli kesimlere zorunludur ve nüfusun yaklaşık dörtte üçlük kesimi sağlık güvencesi altındadır. Ayrıca sağlık sigortasına sahip olmayıp ödeme güçlüğü çekenler için de çeşitli sosyal yardım uygulamaları mevcuttur.

Güney Afrika'da birincil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın en çok önem verdiği konuların başında gelmesine rağmen, bazı bölgelerde bu hizmetlerin oldukça düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir. Birincil sağlık hizmeti sunan tesislerin çoğunda elektrik, su, telefon, kanalizasyon gibi temel unsurlar eksiktir. Türkiye'de birincil sağlık hizmetlerinin gerektiği şekilde sunulabildiği söylenemez. Bunda tesis ve personel sayısının yetersizliğinden çok, hastaların daha iyi hizmet alabilmek için hastahanelere yönelmesi rol oynamaktadır.

Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan en önemli sorunlardan biri de personel sayısının yetersizliğidir. Bu yetersizlik, özellikle kamu sektöründe kendini göstermektedir, çünkü sağlık personelinin yarıdan fazlası özel sektöre çalışmayı tercih etmektedir. Türkiye'de de sağlık personeli konusunda bir sıkıntı yaşanmaktadır. Doktor başına düşen hasta sayısı yüksektir ve bunun yanı sıra sosyal ve ekonomik yönden gelişmemiş olan bölgelerde sağlık personeli görev yapmak istememektedir.

Güney Afrika'da halkın büyük bir çoğunluğu geleneksel tıp yöntemlerinden yararlanmaktadır ve hükümet bu konuda çeşitli düzenlemeler oluşturmakta, araştırmalar yürütmektedir. Türkiye'de geleneksel tıp uygulamaları yasak olmasına karşın halkın başvurduğu bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Ndimande, B., (2002) Health Care Services Country South Africa, Industry Canada.
<http://strategies.ic.gc.ca/epic/internet/inim-ri.nsf/fr/gr112182f.html>
2. South African Department of Health (2004) National Department Of Health Strategic Plan, 2004/5 – 2006/07.
www.doh.gov.za/docs/misc/stratpan/
3. EarthTrends (2003) Population, Health and Human Well-Being – South Africa, EarthTrends Country Profiles.
<http://earthtrends.wri.org>
4. Health Systems Trust (2004) Better Health for All in South Africa
www.hst.org.za/publications/128.
5. Doherty, J., McIntyre, D., Gilson, L., (2000) Social Health Insurance, South African Health Review 2000, Briefing Summary, The Pres Gang, Durban.
<http://www.hst.org.za/sahr>
6. Ntuli, A., Day, C., (2004) Ten Years On – What We Ordered?, Health Systems Trust.
www.hst.org.za/publications/128
7. Department of Health (2005). Organizational Structure of The Ministry of Health.
www.capecape.gov.za/eng/pubs/guides/n
8. Reagon, G., Irlan, J., Levin, J., (2004) The National Primary Health Care Facilities Survey 2003, Editör: Jaine Roberts, Health System Trust, Durban.
www.hst.org.za/publications/617
9. Benatar, S. R., (2004) Health Care Reform and the Crisis of HIV and AIDS in South Africa, New England Journal of Medicine, Health Policy Report, Cilt: 351:81-92, Sayı 1.
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/351/1/81>
10. World Health Organization (2002) Statistics by Country or Region – Country: South Africa.
www3.who.int/whosis/Country/Indicators.cfm?country=zaf
11. South African Government Information (2005) Health
www.info.gov.za/aboutsa/index.htm.

12. Padarath, A., Ntuli, A., Berthiaume, L. (2004) Human Resources, Health Systems Trust.
www.hst.org.za/healthstats/index.php
13. United Nations Population Fund and Population Reference Bureau, (2003) Country Profiles for Population and Reproductive Health, Washington DC.
14. İpedia.net, Güney Afrika Cumhuriyeti.
www.turkcebilgi.com

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN