

HİNDİSTAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR
Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ahmet GÖDELEK
Aykut ERKUŞ
Mehmet SARAÇ
Ömür AKTEPE

A. ERDAL SARGUTAN

HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1136
I. ÜLKE TANITIMI	1139
I.1. Coğrafya	1139
I.2. Tarihçe	1139
I.3. Sosyal Yapı	1141
I.4. İdari Yapı	1142
I.5. Ekonomi	1143
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1145
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	1146
II.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	1149
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	1150
II.3.1. Kamu Sağlık Sektörü	1151
II.3.1.1. Merkezi Hükümet	1152
II.3.1.1.1. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı	1153
II.3.1.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	1155
II.3.1.1.2. Eyalet Yönetimleri Ve Yerel Yönetimler	1155
II.3.2. Özel Sağlık Sektörü	1156
II.3.2.1. Kâr Amaçlı Kuruluşlar Ve Bireysel Uygulamalar	1156
II.3.2.2. Kar Amaçsız Kuruluşlar Ve Devlet Dışı Örgütler	1158
II.4. Sağlık Hizmetleri	1158
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1159
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1162
II.4.3. Geleneksel Tıp	1163
II.5. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	1164
II.5.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı	1164
II.5.1.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansman Kaynakları	1165
II.5.1.1.1. Kamu Kaynakları	1165
II.5.1.1.1.1. Merkezi Hükümet	1165
II.5.1.1.1.1.1. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı	1165
II.5.1.1.1.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	1166
II.5.1.1.1.2. Eyalet Yönetimleri Ve Yerel Yönetimler	1166
II.5.1.1.1.2. Özel Kaynaklar	1167
II.5.1.1.1.2.1. Sağlık Sigortası Kuruluşları Ve Özel Kuruluşlar	1167
II.5.1.1.1.3. Dış Kaynaklar	1167
II.5.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı	1167
II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları	1168
II.6. Sağlık İnsangücü	1168
II.7. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	1171
II.8. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji	1171
II.9. Sağlık Sigortası	1171
II.9.1. Sosyal Sağlık Sigortası	1172
II.9.1.1. Merkezi Hükümet Sağlık Programı	1172
II.9.1.2. Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı	1173
II.9.1.3. Kapsayıcı Sağlık Sigortası Programı	1174
II.9.2. Özel Sağlık Sigortası	1174
II.9.2.1. Tıphakkı	1174
II.9.2.2. Toplumsal Sağlık Sigortası	1175
III. HİNDİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1176
KAYNAKLAR	1179

ÖZET

Hindistan, Hinduizmin halkı sınıflandıran Kast sistemi iyi bir sağlık sisteminin işlemlerini güçleştirmektedir. İnanişâ göre hastalanan kişi, dünyaya bir sonraki gelişinde daha iyi bir yaşam elde edebilmek için, hastalığını kötü bir durum değil iyi bir işaret olarak yorumlamaktadır.

Hindistan'da sağlık sistemi içerisinde büyük bir özel sağlık sektörü ile birlikte nispeten küçük bir kamu sağlık sektörü yer bulunmaktadır.

Sağlık sistemi ulusal, eyalet ve bölge olmak üzere üç ayrı kademede yürütülmektedir. Hindistan'da sağlık hizmetlerini temel olarak eyaletler yürütür.

Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı, Hindistan Anayasasına göre, sağlık ve aile refahı ile ilgili konularda en üst düzey kurumdur. Kamu sağlık sektörü başta merkezi hükümet düzeyinde Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı olmak üzere, eyalet yönetimlerindeki Sağlık Ve Aile Refahı bölümleri ve bazı bakanlıklar ile sosyal sigorta kuruluşlarından oluşmaktadır.

Hindistan eyalet sağlık sistemi de Sağlık Ve Aile Refahı Bakanı tarafından yönetilir ve bu amaçla ulusal seviyede uzmanlaşmış kurumlar ve hastahanelerden yardım alır. Eyalet Sağlık İdareleri, Eyalet kabinesinde görevli bir bakan tarafından yönetilir ve Sağlık ve Aile Refahı bölümlerine ayrılır. Aile Refahı, birinci kademe sağlık, ikinci kademe sağlık, tıbbi öğretim ve eğitim birimleri şeklinde organize olmuştur ve bu birimlere doktorlar başkanlık eder.

Bölge seviyesi en alt yönetici birimdir. Bölgeye, doktor konumunda bir devlet memuru başkanlık eder. Yaklaşık 10-15 hastahane, 40-70 sağlık ocağı bir bölgeyi oluşturur. Hükümet, toplum sağlık merkezleri, primer sağlık merkezleri ve alt birimlerden oluşan geniş bir alt yapıyla insanlara aile planlaması ağırlıklı sağlık hizmetleri sağlayarak yardımcı olur.

Hindistan'da birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda kentsel alanlarda özel sektör daha büyük ağırlığa sahipken, kırsal alanlarda kamu sektörüne ait Alt Merkezler, Birincil Sağlık Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri daha büyük öneme sahiptir. Çok düzensiz olan özel sektörün birincil sağlık hizmetleri genellikle tek bir doktora ait olan bir dispanserde ayakta tedavi şeklinde olmaktadır. Geleneksel Tıp uygulayıcılarının gerek kamu sektöründe gerek özel sektörde yaptıkları bireysel ve kurumsal uygulamalar yanında, her hangi bir yetkisi olmayan kişilerin özellikle kırsal alanlarda yaptığı uygulamalar da özel sektör kapsamındadır.

Hindistan'da ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda da özel sektörün baskınlığı söz konusudur. İkincil sağlık hizmetleri kamu Toplum Sağlığı Merkezleri, Bölge Hastahaneleri, kırsal hastahaneler ve genel hastahaneler ile özel sektör hastahaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Ayrıca Hindistan'da sosyal sigorta kuruluşu olan İşçiler İçin Eyalet Sigortası Programı kendi birincil ve ikincil sağlık kuruluşları aracılığıyla üyelerine sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Üçüncül sağlık hizmetleri alanında ise kamuya ve özel sektöre ait tıp okullarının hastahaneleri faaliyet göstermektedir.

Özel sektör bireysel uygulayıcılardan, kurumsallaşmış sağlık hizmet sunucularından ve özel sigortalardan oluşmaktadır. Hindistan sağlık sisteminde özel sektör ve gönüllü kuruluşlar oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Özel sağlık kuruluşları faaliyetlerin bir bölümünü kâr amaçsız sunmaktadırlar. Bu hizmetler küçük bakım evleri veya hastahanelerde verilmektedir. Özel sektör ayrıca teşhis merkezleri, acil hizmetleri veya eczahane hizmetleri gibi ek hizmetler de sağlar. Ağırlıklı olarak geleneksel sağlık uygulayıcılarıdır.

Hindistan sağlık sisteminin özelliklerinden birisi de resmi olarak tanınmış olan geleneksel sağlık uygulamaları olan Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi hem kamu sağlık sektöründe hem de özel sağlık sektöründe yer almaktadır. Geleneksel sağlık uygulamaları Hindistan'da büyük önem arz etmekte ve bu alanda birçok bilimsel araştırma yapılarak, tedavi şekilleri geliştirmektedirler. Gelişen sağlık teknolojisi ve yeni tedavi yöntemlerinin yanında önemli bir yer işgal etmektedir. Geleneksel sağlık hizmetleri hem Hindistan içinde oluşan, hem de dışarıdan gelen, fakat zaman içinde Hindistan'a uyarlanmış geleneksel uygulamaları kapsar. Bu hizmetlerin başlıcaları ve en yaygınları Homeopati, Ayurveda, Siddha, Unani, Yoga ve Naturopati'dir.

Kamu finansmanının temel gelir kaynakları genel vergiler ile diğer bütçe gelirleridir. Hindistan'da sağlık hizmetleri arzının finansmanında özel sektör kamu sektörüne nazaran daha önemlidir. Sağlık hizmetleri arzının finansmanının yaklaşık dörtte üçü özel kaynaklarla yapılmaktadır. Kamu sektörü ise sağlık hizmetleri arzının dörtte birini finanse etmekte ve en büyük katkıyı da eyalet hükümetleri yapmaktadır. Kamu sektörü sağlık hizmetleri talebinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlerin sunduğu ücretsiz sağlık hizmetlerinin maliyetinin karşılayarak da destek olmaktadır.

Hindistan'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanında özel harcamalar ağırlıktadır. Bu özel harcamaların çok büyük bir kısmı doğrudan kişisel ödemelerle, küçük bir kısmı ise sigorta primleri gibi dolaylı kişisel ödemelerle gerçekleşmektedir.

Tüm bu özellikler göz önüne alındığında Hindistan'da sağlık hizmetleri arzında ve talebinde, kamu sektörünün kısmen etkili olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemi yürürlüktedir.

A. ERDAL SARGUTAN

HİNDİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Hindistan Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 3.166.414 km ²
BAŞKENTİ	: Yeni Delhi
NÜFUSU	: 1.067.421.100 (2003)
PARA BİRİMİ	: Rupi (14:76).

I.1. Coğrafya

Hindistan Asya'nın güneyinde bulunan dünyanın en büyük yedinci ve en kalabalık ikinci ülkesidir. Kuzeybatıda Pakistan ve bu ülkeyle anlaşmazlık konusu olan Cemma ve Keşmir, kuzeydoğuda Çin, Nepal ve Bhutan, doğuda Myanmar ve Bangladeş'le çevrilidir. Güneybatıda Umman Denizine, güneydoğuda da Bengal Körfezine bakar. Güneydoğu ucundaki kıyıların açığında, Mannar Körfezi ve Faik Boğazıyla ayrılan Sri Lanka uzanır. Cemma ve Keşmir'in Pakistan ve Çin işgali altındaki toprakları dışında 3.166.414 km²'lik bir alanı kaplar. Ayrıca Bengal Körfezindeki Andaman ve Nicobar ile Umman Denizindeki Lakshadvip adalarını kapsar. Hindistan coğrafi özellikleri bakımından kuzeyde bir yarımay biçiminde kuzeybatı güneydoğu doğrultusunda uzanan Himalayalar ve bu sisteme bağlı dağlar, Indus, Ganj ve Brahmaputra ırmaklarının alüvyonlu ovalarının birleşmesiyle oluşan Indus-Ganj Ovası ve bu ovidan dağlık bir kütleyle ayrılan Dekkan Platosu olmak üzere üç ana bölgeye ayrılır.

Hindistan'ın iklim koşullarını tropik muson rejimi belirler. Ülkede dört mevsim hüküm sürer. Soğuk mevsim, aralık-mart, sıcak mevsim nisan-mayıs, yağışlı mevsim haziran-eylül ve güneybatı musonlarının çekildiği mevsim ekim-kasım ayları boyunca sürer. Yağış miktarı ve sıcaklık bölgelere göre büyük değişiklikler gösterir. En çok yağış alan bölgeler kıyı şerididir. Meghalaya'daki Çherrapunci'de yıllık ortalama yağış miktarı 11.430 mm'yi bulur. Buna karşılık Büyük Hint Çölünde yılda ancak 100 mm yağış düşer. Sıcaklık düzeyini genellikle yükseklik belirler. Yıllık ortalama sıcaklık Himalayalar'ın yüksek kesimlerinde 12-14°C, ülkenin öteki kesimlerinde 26-29°C arasında değişir (14:76,77).

I.2. Tarihçe

Hindistan'ın tarihi hakkında bilgiler, Aryalardan başlamaktadır. Bundan önceki dönemler içindeki olaylar hakkında çok çeşitli ve kesin olmayan bilgiler mevcuttur. Dravitleri yenerek Hindistan'a yerleşen Aryalar, Yunan istilaları, İskender'in saldırıları, Asoka dönemi, Mouryo İmparatorluğu, Gupta Devri, Hunlar, Harşalar, Kuzey ve Güney Sülaleler Dönemi, Türk-Moğol Hâkimiyeti, Arapların, Gaznelilerin, Babür Devletinin fetihleri, Avrupalıların yerleşmeleri ve bugünkü Hindistan'ın kurulması safhaları takib eder.

M.Ö. 2000 yıllarında Himalayaları aşarak gelen Aryalılar, Hindistan'da asırlarca sürecek bir hayat tarzının temelini attılar.

Daha sonraları Maurya İmparatorluğu Hindistan'a hakim oldu. Bu imparatorluğun yıkılmasından sonra hakim olan Guptaların ülkedeki hakimiyetine Hun saldırıları son verdi. Bundan sonrası, ülkede kurulan prenslikler dönemi ve aralarında yaptıkları savaşlarla geçti.

Müslümanlar, Hindistan'a ilk olarak sekizinci asırda geldiler. 712 yılında Muhammed bin Kasım'ın ordusu Hindistan'a girdi. Bunu takiben ülkede Müslüman Arap ordularının ve Gaznelilerin fetihleri görüldü. Gaznelilerin Sultan Mahmud zamanında başlattıkları seferleri, Muhammed Guri Han zamanında Hindistan'ın tamamının fethedilmesiyle sonuçlandı. Bundan sonra 1206-1290 yıllarında Memlükler, 1290-1320 yıllarında Halaciler, 1320-1413 yıllarında Tığluklar ve 1526 yılına kadar da Ludiler Hindistan yönetimini ellerinde tuttular.

On beşinci asır başlarında bir ara Timur Han ordusuyla Hindistan'ın büyük bir kısmını topraklarına kattı. Böylece Hindistan'da Türk-Hind İmparatorluğu başladı. Timur Hanın soyundan Babür Şah, bütün Hindistan'ı fethederek Gürganiye (Babür İmparatorluğu) Devletini kurdu. Bu devlet, İngilizlerin Hindistan'ı işgaline kadar bölgede 342 sene hükümranlığını sürdürdü (20:1,2).

Doğu'ya karadan ulaşmayı sağlayan ticaret yollarının 15. yüzyılda giderek kapanması, Avrupa'nın denizci devletlerini yeni ticaret yolları aramaya yöneltmişti. Vasco da Gama'nın 1498'de Kalikut'a çıkmasıyla, uzun bir aradan sonra Avrupa ile Hindistan arasında ilk bağlantı kuruldu. Bahara ticaretini ele geçiren Portekizliler, Hint Okyanusundaki üstünlüklerini korumak için başka yerlerin yanı sıra Hindistan'ın batı kıyısındaki Goa'yı alarak burada bir koloni oluşturdular (1510). Bu arada Pondiçeri'ye yerleşme izni alan Fransızların 1720'den sonra ticaret alanlarını geliştirmeleri, İngilizler için bir tehdit oluşturmaya başlamıştı. İngilizler, Yedi Yıl Savaşı sırasında Fransız kuvvetlerini yenilgiye uğratarak Pondiçeri'yi aldı (1761). Ertesi yıl Babürlü hükümdarı II. Şah Alem'le yapılan Baksar Çarpışması (Ekim 1764) İngilizlerin kesin üstünlüğüyle sonuçlandı. Bu arada 1773'te İngiliz hükümetinin parlamentoda geçirdiği bir yasayla İngilizler'in denetiminde olan Bengal'in valisine Hindistan'daki bütün İngiliz yerleşmelerini denetleme yetkisi verildi. Ayrıca dört kişilik bir danışma kurulu atandı ve bir yüksek mahkeme oluşturuldu. 1784'te çıkarılan Hindistan Yasası'yla ikili bir denetim sistemi oluşturuldu. Yasaya uyarınca ticaret ve yönetimle ilgili işler, çok güçlü bir konumda olan İngiliz Doğu Hindistan Kumpanyasının yönetim kuruluna bırakılırken, atamalarda söz sahibi olan denetim kurulu aracılığıyla hükümete siyasal müdahalelerde bulunma olanağı sağlandı (14:91).

İngiliz Hindistan İmparatorluğu'nu oluşturma süreci 1818'de büyük ölçüde tamamlanmış oldu. Bu imparatorluk doğrudan yönetim külfeti altına girmeksizin geniş bir ülkenin ekonomik potansiyelinden alabildiğince yararlanma amacıyla oluşturulmuştu. Kurulan sistem, Hindistan'ın hemen hemen yarısını, güçten düşmüş ve birleşme olanağı bulunmayan irili ufaklı Hint hükümdarlarının yönetimine bırakma esasına dayanıyordu. Bu toplu boyun eğişin temelinde ise geçmişten beri birbiriyle çatışma içinde olan yerel güçlerin bir dış gücün üstünlüğünü rakiplerden birinin egemenliğine girmeye yeğ tutması yatıyordu (14:92,93).

1906 yılında Svaraç (kendi kendini yönetme) sloganı ile bağımsızlık savaşı başlatıldı. Bu arada Hindistan Müslüman Birliği kurulmuştu. 1919 yılında Gandhi ile birlikte Hindistan'da pasif direnme ve protesto hareketlerine başlandı. 1935'te ilk anayasa kabul edilerek parlamenter düzen kuruldu. 18 Temmuz 1947'de tam bağımsızlığını kazanarak, dünya devletleri tarafından tanındı. 26 Ocak 1950'de Hindistan Birliği olan devletin ismi Hindistan Cumhuriyeti olarak değiştirildi. Ülke yönetim yönünden eyaletlere bölündü (20:1).

Birlikçi yerel hükümetin görevden çekildiği Pencap'da Müslüman, Sih ve Hindu toplulukları içine alan çatışmalar baş gösterdi. Olayların büyümesini önlemek için taraflara Hindu ve Müslüman toplulukları göçüne dayalı bir bölünme planı kabul edildi. Plan uyanca Kongre Partisi'nin yönetiminde olduğu eyaletlerin birleşik Hindistan'ın içinde yer alması, Sind, Belucistan ve Kuzeybatı Sınır Eyaleti'nde Hindistan'a ya da yeni bir Müslüman devlete katılma konusunda halkoylamasına gidilmesi, daha karmaşık bir yapı gösteren Pencap ve Bengal'de de aşamalı bir oylama yapılması kararlaştırıldı. Müslümanların büyük çoğunluğu oluşturduğu Sind, Belucistan ve Kuzeybatı Sınır Eyaleti beklediği gibi Hindistan'dan ayrılma yönünde oy kullandı. Bengal ve Pencap eyaletlerinin de aynı doğrultuda karar alması üzerine, Müslüman olmayanların çoğunluk olduğu iller bu eyaletlerin bölünmesi yönünde bir tutum sergiledi. Böylece 15 Ağustos 1947'de Hindistan ve Pakistan iki ayrı devlet olarak ortaya çıktı (14:98,99).

Ekonominin büyük ölçüde bozulduğu bir dönemde yapılan seçimleri İndra Gandhi'nin başkanlığındaki Kongre Partisi kazandı. Radikal tedbirleri başarıyla alan İndra Gandhi, 1971'de erken seçime giderek büyük bir zafer kazandı. Aynı sene Hindistan ile Pakistan arasında savaş çıktı. Bu savaş neticesinde Doğu Pakistan yani Bangladeş bağımsızlığını ilan etti. Baskı rejimi uygulayan İndra Gandhi, 1974'den itibaren halk desteğini kaybetti. 1977'de yapılan seçimleri Janata Partisi kazandı. Janata Partisi yönetiminde başarılı olamayınca, 1980'de yapılan seçimleri tekrar Kongre Partisi kazandı. Aynı sene özerklik için mücadele eden Sihler, büyük bir mücadeleye başladılar. 1984 Ekimde iki Sih muhafızı İndra Gandhi'yi bir suikast neticesinde öldürdü. Bunun üzerine başbakanlığa Raciv Gandhi getirildi. İç çatışmalar hala devam etmekte olup, Hindularla-Müslümanlar arasında çatışmalar büyük hız kazandı. Başbakan Raciv Gandhi 22 Mayıs 1991'de uğradığı bombalı suikast sonucunda öldü (20:1,2).

1.3. Sosyal Yapı

Hindistan eyaletlerinin sınırları büyük ölçüde geleneksel bölgelerle çakışır. Himalayalar tarihsel açıdan Ari ve Moğol uygarlıkları ile Hinduizm ve Budacılık dillerinin buluşma noktasıdır. Keşmir Vadisinde oturanların büyük bölümü Müslümandır. Ganj Havzasının önemli bir bölümünü kapsayan Uttar Pradesh modern Hinduizmin beşiği sayılır İlginç topluluklar arasında Koçin bölgesinin beyaz ve siyah Yahudileri ile Arap tüccarların soyundan gelen Müslüman Moplahlar sayılabilir. Hindistan'ın çok sayıda değişik halkı barındırması tarih öncesi dönemlerden başlayarak ülkeyi altüst eden sürekli istilaların ürünüdür. Hindistan'da değişik büyüklükte toplulukların konuştuğu 723 dil ve lehçe saptanmıştır.

Birçok dinin beşiği olan Hindistan, dışarıdan gelen çeşitli dinleri de benimsemiştir. En eski Hint dini olan animizm ıssız yörelerdeki kabileler arasında hâlâ varlığını sürdürmektedir. Hindistan'ın geleneksel dini sayılan Hinduizm, Ari ve Dravid kültürleri arasında bir kaynaşmayı yansıtır. Günümüzde toplam nüfusun %73,7'si Hindudur. M.Ö. 6. yüzyılda ortaya çıkan Caynacılığın etkisi Gucerat ve Racasthan'daki küçük topluluklarla sınırlı kalmıştır. Aynı dönemde gelişen Budacılık, sonradan Hindistan'da Hinduizm karşısında sürekli gerilemesine karşın, Asya'nın büyük bölümüne yayılmıştır. Hindistan'a fetih yoluyla giren ve Babur İmparatorluğu'yla birlikte ülkenin bir bölümüne egemen olan İslam, günümüzde toplam nüfusun %12'sini kapsamaktadır. İlk Hıristiyanların soyundan gelen küçük topluluklar Nasturiler olarak bilinir. Avrupalı sömürgecilerle birlikte yeni bir Hıristiyanlaştırma döneminin başlamasına karşın, batı kıyısında yoğunlaşan Hıristiyanların toplam nüfus içindeki oranı çok küçüktür.

Hindistan'ın nüfus yoğunluğu kilometrekare başına 331 kişidir. En sık nüfuslu bölgeler Ganj Havzası ile kıyı ovalarıdır. Toplam nüfusun %72,2'si kırsal kesimde yaşar. Belirli bölgelerde kentleşme büyük boyutlara ulaşmıştır. Kalabalık kentlerin başlıcaları Kalküta, Bombay, Delhi, Madras, Bangalore, Ahmedabat ve Haydarabad'tır İç ve dış göçler nedeniyle toplumsal hareketlilik yüksektir. Toplam nüfusun yaklaşık %34'ünü 15 yaşın altındaki nüfus oluşturur. Bu durum sağlık hizmetleri, yeterli beslenme ve iş olanakları açısından yönetim için büyük yük oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu'nun mali desteğiyle yoğun bir aile planlaması programı yürütülmektedir. Bununla birlikte doğum oranı binde 24,8 gibi yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Geçmişte çok daha yüksek olan ölüm oranı binde 8,9'a düşmüştür. Yüzde 1,6 olan nüfus artış hızı, ekonomik büyüme hızının kaldırtabileceği oranın üzerindedir.

Eğitim hizmetleri merkez yönetimin ve eyalet yönetimlerinin ortak sorumluluk alanına girer. Merkezi yönetimin eskiden daha çok eğitim kuruluşları arasında eşgüdümü sağlama, yükseköğretim için gerekli standartları belirleme, bilimsel ve teknik araştırmalara yönelik çalışmaları yürütme gibi işlerle sınırlı olan görevleri, Anayasa değişikliğiyle temel eğitim düzeyinin yükseltilmesini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Aligarh'daki Aligarh Müslüman Üniversitesi, Varanasi'deki Benares Hindu Üniversitesi, Şantiniketan'daki Vişva-Bharati Üniversitesi, Delhi'deki Cavaharlal Nehru Üniversitesi, Haydarabad'daki Haydarabad Üniversitesi doğrudan merkezi yönetime bağlıdır.

Okuryazarlık oranı yüzde 52 düzeyindedir. Yetişkinlere yönelik halk eğitim programları yaygın biçimde yürütülmektedir. Anayasa uyarınca 14 yaşına kadar bütün çocuklar için eğitim zorunlu ve parasızdır. Beş yıllık ilköğretim (6-11 yaş arası) bütün ülkede, üç yıllık ortaöğretim (11-14 yaş arası) eyalet ve birlik topraklarının hemen hepsinde, üç yıllık lise öğrenimi (14-17 yaş arası) çoğu eyalet ve birlik toprağında parasızdır (14:77,80,81,83).

1.4. İdari Yapı

Yönetim biçimi demokratik federal cumhuriyet olan Hindistan 28 eyalet, altı birlik toprağı ve Delhi ulusal başkent toprağından oluşur.

Özel statülü bir eyalet olan Cemma Keşmir 1972'de Pakistan'la varılan anlaşma uyarınca Hindistan'ın denetimi altında kalan kesimi kapsar. İngiliz Uluslar Topluluğu'nun bir üyesi olan Hindistan'ın 26 Ocak 1950'de yürürlüğe giren Anayasası dünyanın en uzun yazılı anayasasıdır. Bölünmez ve tek bir devlet yapısı öngörmesine karşın, ikincil düzeyde federal özelliklere yer verdiği için yarı federal bir sisteme dayanır. Savunma, dış ilişkiler, ulaşım, iletişim, maliye, para basma ve yüksek yargı yönetimi gibi konular merkezi yönetimin yetki alanı içine girer. Eyaletlerin yetki alanı ise kolluk işleri, genel sağlık, eğitim, ormanların bakım ve benzeri yerel konuları kapsar. Hindistan laik bir ülkedir, inanç ve vicdan özgürlüğü benimsenmiştir. Hinduizmin öngördüğü kast sistemi anayasayla kaldırılmış olmasına karşın, uygulamada hâlâ sürmektedir.

Merkezi yönetim düzeyinde yasama yetkisini Halk Meclisi ve Eyaletler Meclisi'nden oluşan parlamento kullanır. Üyeleri beş yılda bir doğrudan seçimle belirlenen Halk Meclisi'nde eyaletler en çok 525, birlik operatörleri de en çok 20 sandalyeyle temsil edilir. Cumhurbaşkanı, İngiliz ve Hint melez topluluğun yeterince temsil edilmediği kanısına varırsa, bu topluluğu temsil üzere iki üye atayabilir. Eyaletler Meclisi en çok 250 üyeden oluşur, Bu üyelerin 12'si cumhurbaşkanı tarafından atanır. Öteki üyeler Anayasa'da yer alan, dolaylı bir seçim sistemiyle belirlenir. Buna göre, herhangi bir eyalet için ayrılmış olan temsilciler o eyalet meclisinin seçimle göreve gelmiş üyeleri tarafından nispi temsil sistemine göre seçilir. Eyaletler Meclisi üyelerinin üçte biri iki yılda bir yenilenir.

Merkezi yönetim düzeyinde yürütme gücü Cumhurbaşkanı, Cumhurbaşkanı Yardımcısı ve Bakanlar Kurulunun elindedir. Devletin başı konumunda bulunan Cumhurbaşkanı, Parlamentonun ve Eyalet Meclislerinin seçimle göreve gelmiş üyelerinden oluşan bir seçmenler kurulunca seçilir. Görev süresi beş yıl olan Cumhurbaşkanı yeniden seçilebilir. Cumhurbaşkanı Yardımcısı parlamentonun ortak oturumunda seçilir. Parlamentodaki çoğunluk partisinin ya da koalisyonun belirlediği başbakanı kurduğu bakanlar kurulu asıl yürütme gücünü elinde tutar ve Halk Meclisi'ne karşı sorumlu sayılır. Bakanlar Kurulu bileşim olarak kabine üyesi bakanlar, kabine dışı devlet bakanları ve bakan yardımcılardan oluşur. Eyaletlerin yönetim sistemi büyük ölçüde merkezi yönetime benzer; yürütme yetkisi cumhurbaşkanınca beş yıllık bir dönem için atanan bir vali ile bakanlar kurulunun, yasama yetkisi ise yasama meclisinin elindedir. Her eyalette adli yönetimin başında bulunan bir üst mahkeme vardır. Seçimler merkezi yönetime bağlı baş seçim görevlisinin gözetiminde yapılır. Yüksek Mahkeme yargıçları için söz konusu olan gerekçeler dışında görevden alınamaz (14:82,83).

I.5. Ekonomi

Bir milyardan fazla nüfusuyla Hindistan dünyadaki en kalabalık ikinci ülkedir. Dünya nüfusunun %17'si Hindistan'da yaşamaktadır (11:2).

Karma bir ekonominin yürürlükte olduğu Hindistan, düşük ekonomik büyüme hızına karşın, gelişmiş yönetsel yapısı, köklü bir birikime dayanan bürokrasisi, yetişmiş insan gücü kaynağı, geniş ulaşım ağı ve güçlü sanayi temeliyle gelişme yolundaki ülkelerin çoğunun ilerisindedir. Dünyanın ilk 20 sanayi ülkesi içinde yer almasına karşın, dünya toplam ihracat hacmi içindeki payı %1'in altındadır.

Gelir düzeyi farklılıkları çok yüksektir. Nüfusun büyük çoğunluğu normal geçim düzeyinin altında yaşar, Hindistan ekonomisinin en büyük sorunu yüksek nüfus artışı ve işsizliktir. 2000 verilerine göre ülkenin Gayri Safi Milli Hasılası 454 milyar Amerikan Doları, kişi başına düşen milli gelir ise 450 Amerikan Doları'dır.

Toplam insangücünün üçte ikisi GSMH içindeki payı %28 olan tarım sektöründe çalışır. Yeraltı kaynakların bakımından zengin sayılan Hindistan kömür, demir cevheri, manganez ve bakır rezervleri bakımından dünyanın sayılı ülkeleri arasında yer alır. Ayrıca dünya boksit rezervlerinin yaklaşık %5'ini barındırır. Kromit, kurşun, çinko ve tungsten yatakları da önemlidir. Demir dışı metaller, alüminyum dışında iç gereksinimi karşılamaya yetmez. Gucerat'taki sınırlı petrol alanları dışında kıyı açıklarında da petrol arama çalışmaları yürütülmektedir. Bağımsızlık sonrasında uygulanan ekonomik planlamayla değişik ürünlere dayanan geniş bir sanayi temeli oluşturulmuştur. Özellikle ağır sanayide yoğun yatırımlara girişmiş olan kamu sektörü, 800 kadar sanayi kuruluşunu işletmektedir. Daha çok tüketim malları sanayisinde etkinlik gösteren özel sektör üzerinde sıkı bir devlet denetimi vardır. Yabancı şirketlerin %40'ın üzerinde hisse sahibi olmasına yalnızca belirli sanayilerde izin verilmektedir, Özel sanayi kuruluşları az sayıda ailenin elindedir. Günümüzde ihracat kalemleri içinde demir cevheri, demir çelik, makine ve taşıt gibi ürünler önemli bir yer tutmaktadır. İthalatın büyük bölümü başta petrol ve demir dışı metaller olmak üzere hammadde, ara mallar ve yatırım mallarından oluşur. Gıda ürünlerinde dışa bağımlılık, 1970'lerdeki tarım reformunun sonucunda önemsiz bir düzeye inmiştir. Devlet büyük ölçekli sanayi kuruluşlarını fiyat ve kota denetimi, sermaye kaynakları ve çeşitli yasal düzenlemeler aracılığıyla yönlendirir. Kilit ve temel sanayileri elinde tutmaya özen gösteren devlet genelde orta ve küçük ölçekli özel kuruluşları destekleyici bir politika izler. Özel sektöre devletin sıkı denetimi altında zenginleşmiş olan sanayiciler egemendir (14:81-82).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

Hindistan'da sağlık hizmetlerinin siyasi ve ekonomik yapısı çeşitli boyutlara sahiptir. Sahiplik açısından farklı tipte kuruluşların olması, hizmet sunum düzeyinde farklı altyapıların bulunması nedeniyle sağlık sisteminin örgütlenmesi oldukça karmaşıktır.

Hindistan Anayasası sağlık hizmetleri alanında sorumlulukların büyük bir kısmını eyalet hükümetlerine vermiştir. Ancak bu sorumluluk çeşitli nedenlerle merkezi hükümete doğru kaymıştır. Merkezi hükümet bu sorumluluğu yeterli derecede kullanmakta ve sağlık sektörünün tamamında kontrolü elinde tutmaktadır (9:4).

Hindistan'daki kamu ve özel sağlık sektörünün önemli bir özelliği de dünyadaki en büyük toplum temelli Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha ve Homeopati'den (AYUSH) oluşan yerlilerin geleneksel tıp sistemini üzerine kurulu bir sistem olmasıdır (1:3) (Geleneksel Tıp başlığına bakınız).

Ancak baskın olan tıp sistemi alopatic tıp sistemidir. Sistemde birincil olarak alopatic uygulamalarının yer tutması bu baskınlığın bir göstergesidir (9:4).

Nüfusun küçük bir kısmı devlet tarafından zorunlu sosyal sigortalar olan Merkezi Hükümet Sağlık Programı, Çalışanlar İçin Eyalet Sağlık Programı, madenciler, tarım işçileri, arıcılıkla uğraşanlar, sinema sektöründe çalışanlar, denizciler, silahlı kuvvetler üyeleri, demir yolları işçilerine gibi meslek gruplarına özel herhangi bir sigorta tarafından kapsanan kimselere ve sigortalıların aile bireylerine, sigorta kuruluşları ya doğrudan ya da dolaylı olarak (sağlık hizmetlerini satın alarak) sağlık hizmeti sunmaktadır. Sigortalı nüfus toplam nüfusun yaklaşık %12'sini oluşturmaktadır (9:8).

Özel sektör içinde örgütlenmiş olan özel sağlık hizmetleri ile beraber özel ilaç sanayisi dünyadaki en güçlü özel sağlık sektörlerindedir (9:7).

Dünya Bankası'nın Hindistan kamu sağlık sektörü değerlendirmesine göre sağlık sektörü yeterli kaynaktan yoksun ve toplumun ihtiyaçlarıyla bağdaşmamaktadır. Aynı zamanda kamu sektörünün çok merkezi, bürokratik ve katı bir şekilde yönetildiği de eleştiriler arasındadır. Kamu sağlık sektöründe kaynakların dağılımı etkili değildir. Örneğin yüksek doğum oranına rağmen bağışıklama hizmetlerinde çalışan sağlık insangücüne yeterli kaynak ayrılmamaktadır (1:4).

Hindistan Sağlık Sistemi'ndeki önemli eksikliklerden birisi de kalite güvencesinden yoksunluktur. Klinik uygulamalardaki standartları garanti altında alacak kamu gücü çok azdır. Kamu sektörü'nde özel sektör de düzensizdir. Bakım standartlarını gözetemeyen temel kuruluş olan Hindistan Tıbbi Konseyi doktorların var olan yeteneklerinin standartlara uygunluğunu değerlendirecek yeniden kayıt sürecine sahip değildir (2:17).

Bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, hastahane yatış sayısı gibi verileri içeren ulusal sağlık göstergelerine göre kamu sektöründeki sağlık hizmetleri kalite güvencesi programlarından yoksundur ve yeterince değerlendirilememektedir (1:4).

Özel sağlık sektörünün de bir çok kısıtlılığı vardır. Özel sağlık sektörü büyük oranda düzensizdir ve hangi hizmetlerin kim tarafından, hangi maliyetle ve hangi şekilde verildiği çok az denetlenmektedir. Mubmai'deki özel sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan bir çalışmaya göre malarya hastalığının çoğunlukla teşhis edilemediği ve Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre tedavi edilmediği görülmüştür. Bir çok enjeksiyon ve reçetelerin büyük bir kısmı kamu sağlık sektöründeki hizmet sunucularından çok özel sağlık sektöründeki hizmet sunucular tarafından hazırlanmaktadır. Hazırlanan reçetelerdeki ilaçlar çok pahalıdır (1:3).

2002 yılında tahminen 24 milyar Amerikan Doları sağlık harcaması yapılmıştır. Bu miktar GSMH'nin yaklaşık %4,8'ine eşittir. Kişi başına sağlık harcaması ise 23 Amerikan Doları olmuştur (1:3).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hane halkının hizmet başı kişisel ödemeleri önemli bir yer tutmaktadır. Devletin sağlık harcamalarıyla karşılaştırıldığında hane halkı harcamaları, kamu sağlık harcamalarının dört, beş katıdır (11:3).

II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Hindistan'da tüm düzeylerde modern kamu sağlık hizmetlerine geçiş ilk olarak 1857'de İngiliz ordusunun çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşması ve 1900'lü yıllarda büyük bir salgına karşılık verilmesi şeklinde koloni döneminde olmuştur. Hindistan Halk Sağlığı Ve Hijyen Kurumu, Malarya Kurumu gibi araştırma kuruluşları XX. Yüzyılın ilk yirmi yılında kurulmaya başlamıştır. Yerel yönetimler, dispanserler ve hastahaneler aracılığıyla kentsel alanlardaki insanlara sınırlı bir şekilde sağlık hizmetleri sunulmuşlardır. Daha sonra XX. Yüzyılın ilk yarısında kırsal alanlarda yaşayan insanlara da küçük ölçekte sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır.

Bağımsızlık sonrası dönem olan 1950'li ve 1960'lı yıllarda gelişmiş araştırma kuruluşları, üçüncül sağlık hizmetleri düzeyindeki tıbbi kolejler ve Birincil Sağlık Merkezleri hızla kurulmaya başlamış, ardından köy düzeyinde Alt Merkezler kurulmuştur. Tıbbi eğitimin artmasıyla birlikte hemşirelik ve diğer sağlık meslekleri alanlarında da eğitim kuruluşları kurulmuştur.

Genel sağlık hizmetlerinin artmasıyla birlikte malarya ve çiçek hastalığı gibi alanlarda dikey sağlık programları uygulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde teknik ve hiyerarşik açıdan doktor merkezli bir sağlık hizmetleri kültürü oluşmuştur. Kobra Komitesi gibi Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi kuruluşlarının artmasıyla alopantik kuruluşlara nazaran daha az da olsa bu alanlara da kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Köy düzeyindeki çalışanlar için ilk program 1977'de uygulanmaya başlanan Köy Çalışanları Sağlık Programı olmuştur.

Bu dönem boyunca sağlık kuruluşları ağının kurulması, ülkenin büyük bir kesiminde çiçek hastalığının ortadan kaldırılması ve 1940'lı yıllar boyunca 70 milyon insanın ölümüne neden olan malarya hastalığının kontrol altına alınması gibi konularda başarı elde edilmiştir. Aynı zamanda ekonomik şartlar iyileşmiş, gıda üretimi artmış ve yaşam şartları gelişmiştir. Tüm bu gelişmeler ile bu dönem boyunca ölüm oranları düşmüştür (9:51).

1970'lerde küresel petrol krizi sosyal alanlardaki kamu harcamasında gerilemeye neden olmuştur. Bu durum sağlık hizmetleri gelişiminde bir yaklaşım olarak uluslararası kabul gören 1978 Almaata Birincil Sağlık Hizmetleri kararına göre kırsal alandaki sağlık hizmetlerine odaklanılmasına sebep olmuştur.

Alt yapının gelişimi için atılan adımlar Alt Merkez düzeyindeki sağlık kuruluşlarının sayısında büyük bir sıçramaya neden olmuştur. Sağlık sektöründe aile planlaması programındaki başarının sınırlı olması, ülke çapında malaryanın yeniden ortaya çıkması ve iki kat daha fazla ölüme sebep olması sağlık politikaları alanında yeniden düşünülmesine sebep olmuştur. Dikey sağlık programları ile elde edilen başarının sınırlı olmasına sebep olan şeyin programların genel sağlık hizmetlerinden soyutlanması olduğu kabul edilmiştir. Bu programlar köy düzeyindeki altyapıyı artırmış ancak sağlık hizmetleri vizyonu dikey ve bazı alanlarla sınırlı kalmıştır.

Yeni oluşturulan ve toplum temelli çalışan çok amaçlı sağlık çalışanları tüm sistemin öncelikli sorunları olan malarya ve aile planlaması programı gibi görevlere odaklanılmasını güçlendirmiştir. Tıbbi Eğitimin Yeniden Yapılandırılması Programı gibi girişimler kırsal şartlardaki eğitim gören tıbbi öğrencilerin bu şartlar altındaki tecrübelerini artırmış ve kırsal düzeydeki hizmetlerin kalitesinde artışa neden olmuştur. Temel koruyucu sağlık hizmetleri ve ilk yardım hizmetlerini kapı kapı dolaşarak verilmesini içeren Toplum Sağlığı Gönüllüleri Programı gibi başka girişimler de ortaya çıkmıştır. Toplum Sağlığı Gönüllüleri toplumun katılımı yoluyla sağlık sistemi ile toplum arasında iki yönlü bir iletişimi sağlamıştır. Ancak bu program da çok etkili olmamış, yalnızca yeni bir sağlık hizmeti personeli oluşturulmuştur.

Nüfusun sağlık hizmet talebi oluşmuş olsa da hizmet kuruluşlarının ülkeye yayılımı sınırlı kalmıştır.

1980'lerde sağlık kuruluşları her düzeyde artmıştır ancak en büyük artış kamu ve özel sektörde birincil düzeydeki sağlık kuruluşlarında meydana gelmiştir. Uluslararası tavsiyeler ile vizyon daralmış ve 1980'de Birincil Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı'na dayalı programlar geri çekilmiştir (9:52).

Özel hastalıkları ve nüfus artışını kontrol programları uluslararası profesyonel destek ve fonlarla yürütülmüştür. Halk sağlığı hizmetleri aile planlaması ve sağlık programlarına saplanıp kalmıştır. Sonuçta halk sağlığı hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine dönüşmeye başlamıştır.

Bu dönem boyunca kamu sektörü tarafından istihdam edilmeyen çok sayıda eğitimli tıbbi ve paramedikal profesyonel ile Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcısı kişiler, her düzeyde ve her bölgedeki talepleri karşılamak için özel uygulamalara yönelmiştir. Yoksul semtlerde ve kırsal alanlarda bu uygulamalar resmi olmayan uygulayıcıların uygulamalarını da kapsamıştır. Kentsel alanlarda geniş bir kalite ve fiyat aralığında, kırsal alandakilere göre daha iyi olan klinikler, poliklinikler, hemşirelik evleri ve hastahaneler kurulmuştur. Sağlık hizmetlerine olan ticari ilginin artmasıyla birlikte rekabet ortaya çıkmıştır.

Eczacılık sanayisindeki pazar stratejileri gelişmiş, teşhise yönelik sağlık hizmetleri genişlemiş, özel genel pratisyenlerden ve kamu sektörü sunucularından hasta toplayan uzmanların sayısı artmıştır. Ticari olan özel sektörün cazibesi ve kamu sektöründeki kısıtlılıklar ile çarpıklıklar sağlık hizmet sunucularının kamu sektöründe istihdamını engellemiş, özel sektörün gelişmesiyle kamu sektöründeki kalite tükenmiştir. Sağlık alanındaki ticari davranışlar ile birlikte gerçekçi olmayan sağlık hizmetlerinde bir patlama yaşanmıştır.

Hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde gereksiz ve birlikteliği olmayan prosedürler insanların beklentilerini etkilemiştir (9:53).

Bu dönemde kamu sektöründeki doktorlar daha bilgili ancak ihmalkâr ve kaba davranışlar göstermiş, ayrıca fiziksel ulaşımdan yoksun, zaman kaybına yol açan kamu sağlık hizmetleri, hastaya odaklanmış bir şekilde verilmemiştir.

Özel sektör ise daha az bilgi sahibi fakat daha ticari ve hasta odaklı olmuştur. İnsanlar özel uygulamalar aracılığıyla aldıkları tıbbi hizmetlerin kamu kuruluşlarından alınan sınırlı ve rutin uygulamalara göre daha iyi olduğuna inanmıştır. Sonuçta kamu sektörü ve özel sektör arasında hareket, farklı geleneksel sistemlerin farklı hastalıklar için karmaşık bir şekilde kullanımı, var olan hastalıkların daha ciddi bir duruma gelmesine yol açmıştır.

Hindistan Tıbbi Araştırmalar Konseyi gibi sivil işbirliği içindeki profesyonel yapılar sağlık kuruluşlarının yeniden yapılanmasını, tedaviye yönelik tıbbi uzmanları da içeren kamu sağlık hizmetlerinin genişlemesini savunmuşlardır. Sonuçta Toplum Sağlığı Merkezleri ve Birincil Sağlık Merkezlerinin kapsadığı nüfus, herhangi bir kurumsal genişleme olmaksızın 30.000'den, 100.000'e çıkarılmıştır. 1977 ve 1980 yıllarında aile planlaması programı aile refahı olarak yeniden adlandırılmıştır. Sağlık sistemi alt yapısının güçlendirilmesi için Hindistan Nüfus Projesi ve Alan Projeleri görülmemiş uluslararası kaynakları ülkeye getirmiştir. Birincil düzeydeki sağlık kuruluşlarının sayısı artmış, ancak personel alıştığı şekilde aile planlaması programındaki görevlerini ifa etmiş ve sağlık hizmetleri geride kalmıştır. Tıbbi personel normal ihtiyaçtan daha fazla istihdam edilirken, geri plandaki alanlarda önemli personel kısıtlılıkları oluşmuştur.

1980'ler boyunca gerçekleşen ekonomik büyüme ve fakirliğe yönelik olarak uygulanan özel programlar, yoksulluk sınırı altında yaşayan insanların sayısını hızla düşürmüştür. Bebek ölüm hızı daha hızlı bir şekilde gerilemiştir. Ancak ekolojik şartların değişmesi, devam ettirilmeyen hastalık kontrol programları ile beraber ekonomik gelişim nedeniyle toplumun geniş çaplı göç hareketi bulaşıcı hastalıkların salgın haline dönüşmesine yol açmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar da artmış ve iki kat daha fazla yük haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerine olan talebin artışı ile GSMH'nin %6'sı sağlığa harcanmaya başlanmış ancak ciddi sağlık hizmet alt yapısına rağmen sağlık sistemi tarafından verilen sağlık hizmetleri güvenilir bir şekilde karşılanmamıştır.

1980'lerin sonunda artan sağlık hizmetleri talebi, birincil sağlık hizmetleri düzeyinde artan fakat işlevleri, zayıf alt yapı ve özel sektördeki rekabetin kızışması kamu sağlık sektörünü krize sokmuştur.

Aynı zamanda ülke, ödemeler dengesindeki zayıflık ve yabancı kaynakların olmaması gibi nedenlerle ekonomik kriz içine girmiştir. Bu nedenlerle Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu ile yapısal dönüşüm programlarına başlanmıştır. Daha önceki sağlık sektörü reformu seçici ve teknoloji merkezli dikey programlara dönüşmüştür (9:54).

Yapısal dönüşüm programlarını eyaletlerin sorumluluğunda olan sosyal yardım sektörünü topluma terk etmiştir.

1990 ve 1991'deki gelişmeler Hindistan'da çeşitli cephelerdeki yavaş ve zayıf olan gelişim sürecini ortaya çıkarmıştır. Kişi başına halen göreceli olarak yüksek olan GSMH'ya rağmen eski koloni ülkeleri ya da gelişmekte olan diğer ülkelere nazaran ekonomik büyüme daha yavaş gerçekleşmiştir. Aynı zamanda sağlık alt yapısı, insangücü, teknoloji ve üretim kapasitesi de geri kalmıştır. Kriz yüzünden sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi faaliyetlerinin önü kesilmiştir. Sağlık sektörü reformlarının ölçütleri Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar tarafından belirlenmeye başlanmıştır (9:55).

80'lerden beri artan özel sektör 1990'ların başında kamu sektörünün genel sağlık hizmetlerine olan harcamalarının önünü kesmiştir.

Aile Planlaması Ve Çocuk Sağlığı Programı dışında ilaçların ve miyaların kısıtlılığı artmıştır. Çok amaçlı erkek sağlık çalışanının istihdamı azalırken, aile planlaması ve çocuk sağlığı programı odağının yansımaları olarak yardımcı hemşire ve ebelerin sayısı artırılmış ve mecburi bütçe kesintileri yapılmıştır.

Sonuç olarak hastalık kontrol programlarından arındırılmış birincil düzeydeki hizmetler güçlendirilmiş fakat, toplumun genel sağlığı Birincil Sağlık Merkezlerinin temel altyapı ve girdilerden yoksun olması sebebiyle kötüleşmiştir. 2002 yılında açıklanan bağışıklama oranlarındaki düşüş bu kötüye gidişin bir yansımasıdır (9:56).

II.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

Özel sektörün egemen durumu ve yaygın fakirlik nedeniyle ülkenin sağlık göstergeleri kötüdür. Sağlık göstergelerinin gelişmişliğini temsil eden bebek ölüm hızı, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı ve beklenen yaşam süresi gibi oranlar oldukça kötüdür (9:8).

Yetersiz beslenme devam etmektedir ve ülkenin çeşitli yerlerinde veba görülmektedir. Anne ve yeni doğan göstergelerinin yanında AIDS, verem, malarya, ishal, akut solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı hastalıklar Hindistan nüfusunun yarısını etkilemektedir (11:3).

Hindistan'da bebek ölüm oranı 2001 yılında binde 68 olarak belirlenmiştir. 2001 yılında Kerala Eyaleti binde 16 ile ülkedeki en düşük bebek ölüm oranına sahipken, Orissa Eyaleti binde 98 ile en yüksek oranda bebek ölümlerinin görüldüğü bölge olmuştur (2:7).

Hindistan'da tüm doğumların yalnızca %42'si tıp eğitimi almış kişilerin gözetiminde gerçekleşmektedir.

Tüm doğumların %30'u doktorların, %11'i hemşirelerin, %35'e yakını geleneksel ebelerin, %22'ye yakını ise hiçbir eğitimi olmayan kişilerin gözeriminde gerçekleşmektedir. Doğumların bir çoğu aşırı kirli ortamlarda gerçekleşmektedir. Özellikle kırsal alanlarda kadınların bir çoğu acil durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulabilecek şartlara sahip değildir (2:9).

Hindistan dünyadaki en yüksek anne ölüm oranına sahiptir. 2000 yılında bu oran yüz binde 407 olarak gerçekleşmiştir. Bu orana göre her 200 anneden birisi doğuma bağlı sebeplerle ölmektedir (2:8).

Vektör kaynaklı bir hastalık olan ve dişi sivrisinekler aracılığıyla bulaşan Malarya dünyada anneden bebeğe geçen hastalıklar arasında ikinci sıradadır. 1953 yılında Ulusal Malarya Kontrol Programı'na başlanmadan önce Hindistan'da her yıl 75 milyon malarya vakası görülmekte ve bu vakaların 800.000'i ölümlerle sonuçlanmaktaydı. 1958 yılında Ulusal Malarya Kontrol Programı, Ulusal Malarya Eradikasyon Programı şeklinde yeniden düzenlenmiştir. 1965 yılında ülkede görülen yıllık malarya vakası 100.000'e gerilemiştir. Ancak 1970'lerde malarya yeniden salgın şeklinde görülmeye başlanmış ve büyük bir halk sağlığı sonunu olmuştur. 2001 yılında Hindistan'da 2000 yılında bildirilene yakın bir sayı olan 2 milyon civarında malarya vakası görülmüştür (2:10).

Ulusal AIDS Kontrol Örgütü'ne göre Hindistan'da 4 milyon kişi ya da başka bir deyişle her 1000 kişiden 3,8'i HIV virüsü ile yaşamaktadır. Her yıl binde 8 oranında yeni vaka görülmektedir (2:12).

Dünya'da her yıl görülen dört verem vakasından biri Hindistan'da görülmektedir. Yeni vaka sayısı ortalama 2 milyondur. Hindistan'da her yıl malarya, hepatit, memenjit, yetersiz beslenme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, lepra ve tropikal hastalıklar ortalama 258.000 ölüme neden olurken, verem hastalığı her yıl 421.000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. Hindistan'da en çok ölüme neden olan bu hastalık sadece tıbbi ve halk sağlığı ile ilgili nedenlere değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik nedenlere de bağlıdır (2:11).

II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Hindistan'da sağlık sistemi, kullanıcılarına ücretsiz olarak ülke çapında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan, birincil sağlık hizmetleri kuruluşları ile ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kuruluşlarından oluşan, kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen bir kamu sektörü ile bireysel ya da kurumsal şekilde ayakta tedavi ve yataklı tedavi hizmeti sunan, sağlık hizmetlerinde baskın bir rol üstlenmiş olan, özel sağlık harcamalarına dayalı bir özel sektör vardır (6:8).

Hindistan Anayasası'na göre kamu hizmetlerinde yasama gücünün kimde olduğu ve bu hizmetlerden kimin sorumlu olduğunu bir liste içinde belirtilmiştir. Merkezi hükümet için olan bir Birlik Listesi, eyaletler için Eyalet Listesi ve sorumlulukların eyaletler ve merkezi yönetimce paylaştırıldığı bir Uyuşan Liste vardır. Birlik Yasaları Uyuşan Listede yer alan eyalet yasalarından daha baskındır. Uyuşan Lisetedeki sağlık ile ilgili hizmetler, limanların karantinası, sağlık araştırmaları ile bilimsel ve teknik eğitimidir.

Uyuşan Liste aynı zamanda bir eyaletten diğerine bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi ve aile planlaması, gıda ve ilaçlar, tıp eğitimi, istatistikler gibi ulusal çaptaki konuları içermektedir.

Diğer tüm halk sağlığı ve çevre sağlığı hizmetleri eyaletlerin sorumluluğundadır. Ancak merkezi yönetim bütçe kontrolü sayesinde büyük bir güce sahiptir. Bağımsızlık sonrası dönemde Hindistan merkezi şekilde planlama yapılan, politika belirlenen, yerleşmiş uygulamalara sahip, eyaletlere fon dağıtan merkezi hükümetin göreceli olarak finansal bir güce sahip olduğu bir ülke olarak şekillenmiştir. Ülkede halk sağlığı hizmetleri eyaletlerin sorumluluğunda olsa da sağlık politikalarının gelişimi ve sağlık programlarının tasarlanması merkezi olarak yapılmaktadır (4:3).

II.3.1. Kamu Sağlık Sektörü

Kamu sağlık sektörü toplam sağlık harcamalarının dörtte birinden daha azını yapmaktadır. Buna rağmen sağlık sektöründe planlama, düzenleme ve sağlık hizmetleri sunum şeklini belirleme açılarından önemli bir role sahiptir (17:7).

Kamu sağlık sektörü merkezi hükümet, eyalet hükümetleri, belediyeler ve yerel yönetimlerden oluşmaktadır. Kamu sağlık sisteminin yapısı oldukça karmaşıktır (11:3).

Eyaletler ve yerel yönetimler kamu sağlık harcamalarının dörtte üçünü, merkezi hükümet dörtte birini yapmaktadır. Kamu sağlık sektörünün amaç ve stratejileri tüm düzeydeki hükümetlerin danışma sürecini içeren Merkezi Sağlık Ve Aile Refahı Komisyonu'nda belirlenmektedir. Sağlık Ve Aile Refahı Merkezi Konseyi'ndeki toplantılardan çıkan sonuçlar sağlık sektöründeki farklı alt sektörlere bir hedef sunmaktadır (6:8).

Kamu sektörü sahipli kuruluşlar merkezi hükümete, eyalet hükümetlerine, yerel yönetimlere ait kuruluşlardır. Bu kuruluşlar eğitim hastahaneleri, ikincil düzeyde sağlık hizmeti veren hastahaneler, Toplum Sağlığı Merkezleri veya kırsal hastahaneler olarak bilinen birincil düzeydeki sevk hastahaneleri, dispanserler, Birincil Sağlık Merkezleri, Alt Merkezlet ve sağlık postalarından oluşmaktadır.

Kamu kuruluşlarının bir parçası olarak Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı üyelerine, Savunma Bakanlığı personeline, Merkezi Hükümet Sigorta Programı üyelerine, demir yolları, posta ve telgraf, madenciler gibi seçilmiş bazı gruplara sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları vardır. Bu kuruluşlar genellikle çeşitli kapasitelere sahip hastahaneler, dispanserler ve kliniklerdir (9:4).

1951'de Toplum Gelişimi Programı uygulanmaya başladığından beri Hindistan'daki kamu sağlık sektörünün alt yapısı oldukça gelişmiştir. Halen 142.655 Alt Merkez, 23.109 Birincil Sağlık Merkezi ve 3.222 Toplum Sağlığı Merkezi kırsal alanda yaşayan 742.490.000 kişiye sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunların dışında 5.479 bölge hastanesi ve uzmanlaşmış hastahaneler kamu sağlık sektöründe hizmet sunmaktadır (15:29).

II.3.1.1. Merkezi Hükümet

Merkezi hükümet sağlık sektöründe Anayasa'da belirtilen rolden daha önemli bir role sahiptir. Sağlık politikalarının belirlenmesi, planlanması merkezi hükümet tarafından yapılmaktadır. Merkezi hükümet eyaletlerin, tasarlanmasında ve içeriğinde küçük bir söz hakkına sahip olduğu lepra, verem, malarya, AIDS programları gibi çeşitli ulusal programları yürütmektedir. Merkezi hükümetin eyalet hükümetlerinin sağlık hizmetleri nüfuz alanına karışması kamu sağlık hizmetleri incelemelerinde tartışılması gereken önemli özelliklerdendir (9:5).

Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı Hindistan Anayasası'nda tüm hatları belirlenmiş olan sağlık ve aile refahı ile ilgili konularda en tepedeki yönetim örgütüdür ve bakanlar kurulu'nda alınan siyasi kararlara göre ülkenin ulusal sağlık politikasını belirlemektedir (16:2).

Merkezi düzeyde siyasi sorumlu Sağlık Ve Aile Refahı Bakanı'dır. Bakanlığın merkezi örgütü Sağlık, Aile Refahı ve Hindistan Tıp Ve Homeopati Bölümlerinden oluşmaktadır. Her bölüme devlet memuru konumundaki bürokratlar başkanlık etmekte ve bölümlerin faaliyetleri çeşitli ulusal düzeydeki uzman kuruluşlarca desteklenmektedir. Genelde sağlık alanında danışma ve destek rolünü oynamaktadır. Aile Refahı Bölümü'nün Kırsal Sağlık Hizmetleri programı ve başka bir çok ulusal program desteklenmektedir. Merkezi hükümet çalışanları için Merkezi Hükümet Çalışanları Sigorta Programı yönetilmektedir. Finansal gücünü ve siyasi gücünü kullanan merkezi hükümet, eyaletlerin ulusal çapta özel ve öncelikli sağlık alanlarında faaliyet göstermesini sağlayabilmekte ve bunlar için gerekli teknik desteği sunmaktadır (16:3). Örneğin eyalet sorumluluğunda olan kırsal alanda sağlık faaliyetleri büyük oranda ihmal edildiği için 1984 yılında merkezi hükümet tarafından bir program düzenlenmiştir. Bu program eyaletlerin mecburen kırsal sağlık projelerini uygulamasına neden olmuştur (4:3).

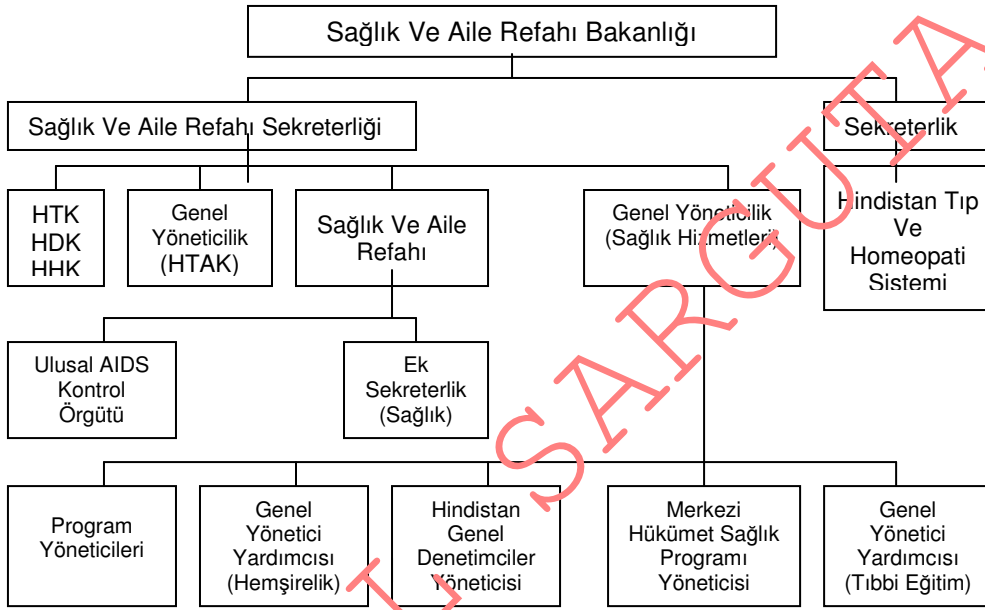
II.3.1.1.1. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı

Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı'nın örgütlenmesinde en başta kabine düzeyindeki bir Sağlık Bakanı vardır. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı sekreterlik düzeyinde birbirinden bağımsız üç bölüme ayrılmıştır. Bu bölümler Sağlık Bölümü, Aile Refahı Bölümü ve Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü'dür. Buna ek olarak Bakanlık 2 ilave sekreterlik, 8 ortak sekreterlik ve teknik danışma birimi dışında 30 yönetim bürosuna sahiptir. Sağlık Bölümü halk sağlığı, tıbbi hizmetler, tıp eğitimi, gıda ve ilaç standartları, profesyonel konseyler, uluslararası yardımlar ve sağlık araştırmaları konuları ile ilgilidir (4:3).

Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı'nın Sağlık Bölümü merkezi hükümet yönetimi altında, ancak özerk bir yapıda olan tüm ülkeye dağılmış bulunan eğitim ve araştırma kuruluşlarının çalışmalarını desteklemektedir. Bu kuruluşlar bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek üzere kurulmuş olan Delhi'deki Ulusal Bulaşıcı Hastalıklar Kurumu, Yeni Delhi'deki Sağlık Bilgisi Merkezi Bürosu, bir çok bölgesel eğitim kuruluşu, Merkezi Gıda Laboratuvarı ve Merkezi İlaç Laboratuvarı gibi uzman kuruluşları içermektedir.

Aynı zamanda 6 Bölgesel Tıbbi Araştırma Merkezi olan ve genel yönetimi Yeni Delhi'de bulunan Hindistan Tıbbi Araştırmalar Konseyi'ni ve 20'nin üzerinde uzman araştırma kuruluşu ve laboratuvarı da Sağlık Bölümü'nün sorumluluğundaki kuruluşlardır (4:4).

Şema 1: Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı'nın Örgütsel Şeması



HTK: Hindistan Tıbbi Konseyi, HDK: Hindistan Dış Konseyi, HHK: Hindistan Hemşirelik Konseyi, HTAK: Hindistan Tıbbi Araştırmalar Konseyi

Kaynak: (17) MOHWF (2005) National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare Government of India, s:106.

Bazı programlar için yöneticiler, komisyon üyeleri ve bu yönetici ve üyelerin yardımcılarını bulunmaktadır (9:5).

Sağlık Bölümü'nün Ulusal Hastalık Kontrol Programı hükümetin öncelikle üzerinde durduğu programdır. Geride kalan zaman içerisinde Dünya Bankası, Birleşik Devletler İnsani Gelişim Ajansı gibi uluslararası kuruluşların önemli katkılarıyla programa aktarılan kaynaklar artmıştır. AIDS, verem ve malarya ile mücadele Küresel Fonu gibi finansman mekanizmaları bu hastalıklarla mücadelede önemli katkılar sağlamaktadır (18:149).

Aile Refahı Bölümü öncelikle aile planlaması, çocuk ve anne sağlığı konularından sorumludur. Kendi özel alanında olmamakla beraber Aile Refahı Bölümü aynı zamanda kırsal sağlık hizmetlerinin alt yapısı ile ilgili konulardan da sorumludur (4:3). Aile Refahı Bölümü'nün çalışmaları ülke çapında 18 araştırma merkezi ve diğer bir çok kuruluşta desteklenmektedir.

Bunların dışında Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı merkezi hükümet sorumluluğundaki ilaç araştırmaları ve çevre mühendisliği konusunda uzmanlaşmış bir birim olan Bilimsel Ve Sanayi Araştırmaları Konseyi gibi bir çok kuruluşca desteklenmektedir (4:4).

Aile Refahı Bölümü'nün uyguladığı program olan Ulusal Kırsal Sağlık Görevi Nisan 2005 tarihinde özellikle fakir ve risk altındaki toplum tabakaları için kapsamlı birincil sağlık hizmetleri sunmak üzere başlatılmıştır. Program ile bebek ölüm oranının ve anne ölüm oranının düşürülmesi, kadınlar ve çocukların içilebilir su, hijyen, bağışıklama ve beslenme konularında kamu sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, yerel olarak sık görülen hastalıklar ile bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve bu hastalıkların önlenmesi, birleşik ve kapsamlı birincil sağlık hizmetlerine ulaşımın geliştirilmesi, nüfus artış hızının kontrol altına alınması, yerel gelenekleri yeniden canlandırarak Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi çatısı altına alınması, sağlığı geliştirecek yaşam şeklinin sağlanması gibi amaçlar için uygulanmaktadır (18:182).

Mart 1995'de Sağlık Ve Aile Bakanlığı bünyesinde ayrı bir bölüm olarak Hindistan Homeopati Ve Tıp Sistemi Bölümü oluşturulmuştur (6:8). Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü Ayurveda, Siddha, Unani, Homeopati, Naturopati ve Yoga gibi alternatif tıp sistemi ile ilişkili konularda sorumludur (4:3).

Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü eğitim, araştırma ve düzenleme konularında çalışmalar yapmaktadır. Bölüm ülkedeki Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi kolejlerinde eğitim standartlarını belirlemekte, sistemin etkili bir şekilde tedavi ettiği hastalıkları, sağlığı geliştirici uygulamaları, kullanılan tıbbi bitkilerin geliştirilmesi ve işlenmesi konularındaki araştırma programlarını sürdürmekte olan araştırma kuruluşlarını desteklemekte ve Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi'nin gelişimi için standartları belirlemektedir (11:14).

Bölüm Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcılarının uygulamalarını garanti altına almakta, modern tıp sistemi uygulayıcıları ile tamamlayıcı tıp uygulamalarının tek bir çatı altında sunmayı amaçlamaktadır.

Geride kalan 50 yıl içinde nüfusa geleneksel tıp uygulamalarını sunacak bir çok dispensar ve hastahane inşa edilmiştir. Bu kuruluşların bir çoğu birincil bakım verecek şekilde kurulmuşlardır. Buna ek olarak ikincil ve uzman hastahaneler düzeyinde Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi kolejleri kurulmuştur. Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü merkezde ve eyaletlerde çeşitli uygulamalar ile her düzeydeki bu hizmetlerin kapsamını ve kalitesini geliştirmektedir. İlk olarak farklı düzeylerde yeterli klinik ve araştırma altyapısı sağlanmıştır. Bölüm merkezi düzeydeki büyük üçüncül sağlık hizmet kuruluşlarına Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi doktorlarını yerleştirmiştir.

Tüm eyaletlerin benzer stratejileri bölge hastahanelerinde ve üçüncül sağlık hizmetleri düzeyinde uygulaması teşvik edilmektedir (18:173).

Merkezi hükümet ile eyalet hükümetleri arasındaki etkileşimini kolaylaştıran tüm eyaletlerin sağlık bakanları, sekreterleri ve atanmış birkaç üyeden oluşan Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı Merkez Komisyonu bulunmaktadır.

Bu komisyon ülkedeki sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli role sahiptir. Planlama Komisyonu danışma ve politika belirleme işlevleri yanında ülkedeki sağlık sektörü için detaylı planlar yapan bir birime sahiptir (9:5).

II.3.1.2. Eyaletler Ve Yerel Yönetimler

Merkezi hükümet düzeyindeki karmaşık yönetsel yapı eyaletlerde de az çok tekrar edilmiştir (9:5).

Eyalet hükümetleri, sınırları belirlenmiş sistemler ile düzenli sağlık hizmetleri sunmakta ve projeleri uygulamaktadır. Genellikle eyalet merkezinde bulunan, birincil sağlık hizmetleri, ikincil sağlık hizmetleri ve tıbbi kolejler ile tıbbi eğitimi kapsayan üçüncül sağlık hizmetleri düzeyinde örgütlenmiş farklı yönetim ve başkanlıklar vardır. Bir çok eyalet aile planlaması hizmetleriyle nüfusun kontrol altına alınması konusunun çok önemli hale gelmesi nedeniyle ayrı bir aile refahı yönetsel yapısı oluşturmuştur (16:3).

Bir çok eyalet kendi sağlık hizmetlerini güçlendirmek için finansman ajanlarının yardımıyla büyük projeler başlatmıştır. Andhra Pradesh Dünya Bankası yardımıyla bir Sağlık Sistemi Projesi başlatmıştır, Karnata, Batı Bengal ve Punjab onu izlemiştir. Anne sağlığı alanında öncelikli merkezi yardımla ülke ortalamasından üç kat daha fazla olan anne ölümlerinin olduğu 6 eyalet ve 213 bölgede İlk Sevk Birimlerinin kurulması sağlanmıştır. Hindistan eyaletleri kendi sağlık sistemi örgütlenmesi ile ilgili konularda kendisi belirleyicidir. Ancak anahtar reformları düzenleyecek kapasiteden halen yoksundurlar (6:8).

Hindistan'da eyaletler sivil bir yönetime ve gelirlere sahip olan 10 ile 15 bölgeye sahiptir. Bölge sağlık yönetimi 10 ile 15 arasında hastahane, 30 ile 60 arasında Birincil Sağlık Merkezi ve 300 ile 400 arasında Alt Merkezin yönetiminden sorumlu olan, doktorlardan oluşan bir yapı ile yönetilmektedir (16:3).

Bu karmaşık yapı sonucu bir çok yerel kuruluş, bir çok yatay bilgi kanalı ve bildirimde ikilem oluşmaktadır (16:4).

Eyalet düzeyinde siyasi sorumlu eyalet kabinesindeki eyalet sağlık bakanıdır. Eyalet sağlık yönetimi Sağlık Bölümü ve Aile Refahı Bölümü şeklinde, devlet memuru konumundaki bürokratlarca yönetilen iki bölüme ayrılmıştır. Sağlık ve Aile Refahı Yönetimleri içinde doktorlar tarafından yönetilen, eğitim ve tıbbi eğitimi içeren üçüncül sağlık hizmetleri, ikincil sağlık hizmetleri ve birincil sağlık hizmetleri şeklinde örgütlenmiş birimler vardır. Eyalet yönetimler hastahane hizmetlerinden, ulusal programların ve aile refahı programlarının uygulanmasından sorumludur. Eyalet yönetimleri finansal güce ve personel gücüne sahiptir (16:3).

Bölge yönetimleri en uçtaki yönetsel birimdir. Bölgeler 1 ile 1,5 milyon nüfuslu yerlerdir. Bölge Sağlık Yönetimine Bölge Tıbbi Memuru başkanlık etmektedir. 10 ile 15 hastahane, 40 ile 70 birincil sağlık merkezinin eşgüdümü ve kontrolü sağlanmaktadır. Bölge sağlık yönetimi istatistiklerin toplanması, ilaçların ve destek malzemelerin sağlanmasından sorumludur. Bölge Sağlık Yönetimleri finansal güce ve personel gücüne sahip değildir (16:3).

Öncelikli sorumluluk alanlarından birisi olan sağlık sektörünün finansmanını eyalet yönetimleri sağlamaktadır. Eyaletler birincil sağlık kuruluşlarını, ikincil sağlık kuruluşlarını ve tıbbi kolejler ile kendi birlik hastahanelerini içeren üçüncül sağlık kuruluşlarını finanse etmektedir. Eyalet hükümetleri aynı zamanda merkezi hükümet yönetimi adına uygulanan aile refahı programları, hastalık kontrol programları için merkezi hükümetten fon almaktadırlar (18:148).

Eyalet hükümetleri özel sektörle ve sivil toplum kuruluşlarıyla birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri düzeyinde bir çok yolla bağlantılıdır. Kamu sektörü kuruluşları olan eyalet tıbbi kolejinde yer alan kalp hastalıkları hastahaneleri bazı eyaletlerde, birlikte inşa edilmekte ve işletilmektedir. Bu yola üçüncül düzeydeki kalp hastalıkları tedavi hizmetleri özel sektör ile ortaklaşa yürütülmektedir. İkincil ve üçüncül düzeydeki hastahanelere finansal özerklik sağlanarak ikincil ve üçüncül düzeydeki laboratuvar hizmetlerini özel sektör kuruluşlarından satın alınmasına izin verilmektedir. Birincil düzeyde uzman tedavisi hizmetleri bazı eyaletlerde anlaşmalı özel doktorlardan satın alınmaktadır (18:149).

Sağlık sektörü'nün büyük bir kısmında sorumlulukları yerel yönetimler üstlenmiştir. Ancak uygulanan yerelleştirme politikaları çok yetersizdir. Özellikle bütçe yerelleşmesi henüz gerçekleşmemiştir. Yerelleşmenin meydana geldiği Maharashtra Eyaleti'nde Bölge ve Taluka düzeyinde büyük yerel bürokrasiler oluşmuştur. Hatta yönetimin yerelleşmediği yerlerde görülen bazı sorunlar buralarda daha da artmakta ve bu durum sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilenmektedir (9:5).

II.3.2. Özel Sağlık Sektörü

Özel sektör kâr amaçlı ve kâr amaçsız kuruluşlardan oluşmaktadır. Kâr amaçsız kuruluşlar çeşitli sağlık hizmetlerini sunan devlet dışı örgütler, inanç kuruluşları, yardım kuruluşları gibi sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Kâr amaçlı sağlık sektörü ise çeşitli sağlık uygulayıcıları ve sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Sağlık uygulayıcıları genel pratisyenlerden uzman doktorlara, farklı tipteki danışmanlara, hemşirelere, paramediklere, kayıtlı kırsal uygulayıcılara ve çeşitli düzeyde yetkisiz kişilere kadar değişmektedir. Resmi olmayan sektörü herhangi bir sınıflamaya tabi tutulmamış şifacıları, yerel ilaçları üreten kadın ve erkekleri, geleneksel ebeleri, din adamlarını içermektedir. Özel sektör kuruluşları ise tek yataklı özel kliniklerden, büyük hastahane zincirlerine, tıp merkezlerine, tıbbi kolejlere, eğitim merkezlerine, dispanserlerle, kliniklere, polikliniklere, fizyoterpi ve teşhis merkezlerine, kan bankalarına kadar değişmektedir. Buna ek olarak özel sağlık sektörü çok uluslu tıbbi donanım ve ilaç üreticilerini de içermektedir (11:5).

II.3.2.1. Kâr Amaçlı Kuruluşlar Ve Bireysel Uygulamalar

Elde edilen verilere göre özel kliniklerin büyük bir kısmı (%60'ı) genellikle bir doktor tarafından bireysel olarak çalıştırılmaktadır. Bu klinikler tek sahipli klinikler olarak sınıflandırılmaktadır. Özel hastahanelerin bir kısmı ortaklık şeklinde olan sınırlı kamu işbirliği ile örgütlenmiş kâr amaçsız sınıfında yer alan hastahanelerdir. Ortaklık şeklindeki hastahaneler ve bireysel sahipli klinikler ülke boyunca çeşitli sayıdadırlar ancak sınırlı kamu işbirliği hastahanelerinin sayısı çok azdır.

Özel sektörün büyük bir kısmını oluşturan bireysel sahipli sınıftaki kliniklerin %80'inden fazlası sadece ayakta tedavi hizmeti sunan kliniklerdir. Bir doktorun sahibi olduğu ve 10 yataktan daha az yatağa sahip olan hemşire evleri olarak adlandırılan bir çok küçük kuruluşlar da vardır. Özel sektörde sunulan sağlık hizmetleri basit tedavilerden karmaşık işlemlere kadar değişiklik göstermektedir. Laboratuvar ve teşhis hizmetlerini sunan kuruluşlar ile kan bankaları kentsel ve yarı kentsel alanlarda sınırlı sayıda bulunmaktadır (11:5).

Büyük hastahane birlikleri sağlık hizmetleri pazarındaki tıbbi teknolojiye yatırımın gelişmesi talebi nedeniyle artmıştır. Sağlık hizmetleri kuruluşlarında, insan gücünde ve harcamalarda özel sektörün payının yüksek olmasına rağmen, özel sağlık sektörünü düzenleyici, denetleyici mekanizmalar yeterince gelişmemiştir (10:4).

Özel sektör yönetiminde olan hastahanelerin sayısında önemli bir artış olmasına rağmen yatak sayılarında önemli bir artış olmuştur. Eyaletler arasında özel sektör hastahane ve yatak sayılarında büyük farklılıklar vardır (18:149). Özel sağlık kuruluşları büyük oranda Hindistan'ın kentsel alanlarında kullanılmaktadır. Ancak özel sağlık uygulayıcıları ıssız ve arka plandaki bölgelere oldukça iyi şekilde dağılmıştır (10:4).

Kentsel alanlarda özel sektörün sağlık kuruluşları içindeki payı %88'iken kırsal alanlarda bu oran %24'dür (17:5).

Özel sektör özellikle üçüncül sağlık hizmetleri, ilaçlar ve araştırma geliştirme alanlarındaki yatırımları dikkate değer bir şekilde artmaktadır. Özel sektör tıbbi eğitimde, teşhis hizmetlerinde sağlık teknolojisinde, ilaç üretimi ve satışında, hastahane kurulmasında baskın bir konum kazanmıştır (18:149).

Özel sektör sağlık teknolojisinin %85'ine uzmanların ise %75'ine sahiptir (17:5).

Alopatik doktorların %75'i özel sektörde çalışmaktadır. Özel sektördeki bu alopatik doktorların %80'i bireysel olarak çalışmaktadır. Alopatik olmayan doktorların ise %90'ından fazlası özel sektörde çalışmaktadır (9:7).

Özel sağlık hizmet sunucularının kesin sayısı bilinmemekle birlikte yaklaşık 633.103'i alopatik, 691.470'i Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcısı olmak üzere 1.324.578 kayıtlı uygulayıcı vardır (1:4).

Hindistan'da özel sağlık sektörü, özellikle de alopatik doktorlar çok güçlü bir nüfuza sahiptirler.

Özel sağlık uygulamalarına ilişkin bir düzenleme neredeyse yoktur. Tıp sistemi içindeki çeşitli tıbbi konseyler sadece yetkili doktorların kaydı ve uygulamalarının lisanslanması gibi işlemlere sahiptir. Gözetim, denetim, mezuniyet sonrası eğitim, fiyat düzenlemesi, reçetelerin incelenmesi gibi bir çok konuda herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Özel sağlık sektörü özel ilaç sanayisi tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir. Tüm sağlık politikalarında çok güçlü bir etki alanına sahiptirler. Hindistan'daki ilaç üretiminin değeri yaklaşık 200 milyar Rupidir (9:7).

II.3.2.2. Kâr Amaçsız Kuruluşlar Ve Devlet Dışı Örgütler

Sağlık sisteminin gelişiminin dışında yer alan kâr amaçsız ve gönüllü sektör de oldukça önemlidir. 1960'ların ortalarına kadar öncelikle yataklı tedavi şeklinde hizmet sunan ve zengin ailelerin yardım kuruluşları ve dini kuruluşlarca örgütlenmiş olan bu kuruluşlar yıllar içinde toplum temelli sağlık hizmeti sunan çeşitli devlet dışı örgütler şeklini almışlardır. Devlet dışı örgütler genelde engelliler, AIDS hastaları, kadınlar ve çocuklar gibi risk altındaki kimselere hizmet sunmaktadır. Zamanlar sağlık sistemindeki işlevleri artmasına rağmen devlet dışı örgütler sağlık sektörünün küçük bir parçasını oluşturmaktadır ve toplam sağlık harcamalarındaki payı binde 3 civarındadır (11:5).

Kâr amaçsız özel sağlık sektörü gönüllü örgütler, yardım kuruluşları ve misyoner kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerini içermektedir. 1933 ve 2002 yılları arasındaki Ulusal Sağlık Politikası kâr amaçsız sağlık sektörü tarafından verilen sağlık hizmetlerine ulaşımın ve elde edilebilirliğin artırılmasını amaçlamıştır (7:10).

Kâr amaçsız özel sağlık sektörünün sağlık sektörü içindeki faaliyetleri geniş bir aralıkta görülmektedir. Bu faaliyetler şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Hükümetlerin programlarının uygulanması,
- Temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplumun gelişimi için uygulanan özel toplum sağlığı programlarının yürütülmesi,
- Çocuk felcinin eradikasyonu, kan bankalarının yönetimi, doğal afetler ve salgınlar boyunca destek hizmetlerin gibi sağlık hizmetlerinin verilmesi,
- Bireysel sağlık araştırmalarının desteklenmesi.

Kaba tahminlere göre ülkede sağlık alanında çalışan 7.000'i aşkın gönüllü örgüt bulunmaktadır. Devlet dışı örgütlerin katkısını gösteren sistematik bir çalışma bulunmamaktadır ancak devlet dışı örgütler ve kâr amaçsız örgütler doğrudan sunum ya da diğer faaliyetleriyle sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitliğin ve kalitenin sağlanmasında önemli role sahiptir (7:10).

II.4. Sağlık Hizmetleri

Kırsal alandaki kamu sağlık hizmetleri çoğunlukla koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleridir. Sonuçta Hindistan'ın kırsal alanlarında çocuklar ve gebe kadınlar için için bağışıklama, doğum öncesi izlem, bazı hastalıklar için izlem ve bildirim, aile planlaması hizmetlerine odaklanılmış ve birincil sağlık hizmetleri sistemi ile verilmektedir.

Birincil sağlık hizmetleri sistemi içindeki ayakta tedavi hizmetleri oldukça yetersizdir. Buna karşın kentsel alanlarda sağlık kaynaklarının büyük bir kısmını kullanan hastahaneler ve dispanserler aracılığıyla büyük oranda tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir (9:230).

Kırsal alanlarında çeşitli sağlık hizmetlerini ve gezici sağlık hizmetlerini sunan kırsal hastahaneler, Birincil Sağlık Merkezleri ve Alt Merkezler vardır (9:6).

Kamu sağlık hizmet sunum alt yapısı 142.655 Alt Merkez, 23.109 Birincil Sağlık Merkezi, 3.222 Toplumsal Sağlık Merkezi, 3.5000 Kentsel Aile Refahı Kuruluşu, 15.393 ikincil ve üçüncül sağlık hizmet kuruluşlarından oluşmaktadır. Kırsal alanda 29.848 doktor, 27.336 hemşire ebe, 137.407 yardımcı hemşire ebe, 71.053 çok amaçlı erkek sağlık çalışanı, 21.118 eczacı ve 58.752 para medikal personel ve diğer teknik personel çalışmaktadır (18:148).

Kentsel alanlarda 100.000 kişiye 4,48 hastahane, 6,16 dispanser ve 308 yatak düşerken, kırsal alanlarda 100.000 kişiye 0,77 hastahane, 1,77 dispanser, 3,2 Birincil Sağlık Merkezi ve 44 yatak düşmektedir. Şehir hastahaneleri ve genel hastahaneler yataklı ve ayakta tedavi şeklinde birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar (9:7). Araştırmalar sağlık hizmetlerinin elde edilebilirliğinin eyaletten eyalete göre, cinsiyete göre, ikamet yerine göre ve sosyal ekonomik seviyeye göre değiştiğini göstermektedir (10:3). Kamu sağlık hizmetlerine ulaşım oranları kırsal alanlar ile kentsel alanlar arasında ve gelir seviyesine göre değişim göstermektedir. Bu değişim oranları ayakta tedavi hizmetlerinde %20, yataklı tedavi hizmetlerinde %56 ile %55, doğum öncesi sağlık hizmetlerinde %60, bağışıklama hizmetlerinde ise %90'ı bulmaktadır (1:3).

Kamu sektörünün sunduğu sağlık hizmetlerinin düşük kalitede olduğu anlayışı halk arasında yaygındır (2:18). Bu durum ücretsiz olan sağlık hizmetlerinin oldukça az kullanılmasına sebep olmaktadır. Hindistan'da halk genelde özel sektör sağlık hizmetlerine kamu sektörünün sunduğu sağlık hizmetlerine göre daha bağımlıdır. Kentsel alanda yaşayanların sadece %23,5'i, kırsal alanda yaşayanların ise sadece %30,6'sı temel sağlık hizmet sunucusu olarak hükümetin sağlık kuruluşlarını seçmektedir (2:14).

Halkın sağlık hizmet sunucusunu seçimi hane halkının gelirinde oldukça etkilenebilir. Geliri yüksek olanlar temel sağlık hizmet sunucusu olarak bir özel sektör sağlık kuruluşunu seçmektedir. Özel sektörün sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmeti büyük bir finansal yüke sebep olsa da düşük gelirli olanlar sadece üçte biri hükümetin sağlık kuruluşlarını seçmektedir. Fakir halkın %79'u ayakta tedavi hizmetlerini özel sektör sunucularından sağlamaktadır (2:19).

1995-1996 yılları arasında 121.000 kişi ile görüşülerek yapılan Ulusal Anket kamu sektöründeki hizmetlerin ayakta tedavi hizmetleri hariç tatmin edici olmadığını ortaya koymuştur. Doğum öncesi sağlık hizmetleri ve bağışıklama gibi hizmetlerden oluşan koruyucu sağlık hizmetlerinde ise kamu sektörü özel sektöre nazaran daha baskındır. Bunun nedeni özel sektörün özellikle ayakta tedavi şeklinde tedavi hizmeti sunmasıdır (1:4).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Hindistan geniş bir kamu sağlık sistemine sahiptir. Birincil sağlık hizmetleri, Birincil Sağlık Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Bölge Hastahaneleri ve Alt Merkezler aracılığıyla sunulmaktadır. Kırsal alandaki birincil sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı Alt Merkezler ve Birincil Sağlık Merkezlerince sunulurken, kentsel alanlarda bu hizmetler gezici sağlık ekipleri ve Aile Refahı Merkezlerince sunulmaktadır (2:13).

Her Toplum Sağlığı Merkezi 100.000 kişiyi kapsayacak, 30 yataklı şekilde bir çok sağlık hizmetini sunmaktadır. Her toplum Sağlığı Merkezi kadın doğum, çocuk hastalıkları, cerrahi ve genel tıp alanında uzman tedavi hizmetleri sunmaktadır. Toplum sağlığı merkezleri 4 uzman doktora, 3 genel tıp doktoruna, 1 radyoloji teknisyenine, 1 eğitimciye, 1 göz hastalıkları yardımcı sağlık personeline, 1 istatistik memuruna, 16 yardımcı sağlık personeline ve 10 destek hizmet personeline sahiptir. (11:3). Taluk hastahaneleri de Toplum Sağlığı Merkezleri'ne benzemektedirler (17:100).

Birincil Sağlık Merkezleri'nin dağlık alanlarda 20.000 kişiyi, normalde ise 30.000 kişiyi kapsaması gerekmektedir. Birincil sağlık merkezleri asgari 6 yataklıdır. Birincil Sağlık Merkezleri'nde tıbbi memurlar olarak adlandırılan 2 ya da 3 doktor vardır. Bu merkezlerde Birincil Sağlık Merkezi'nin tamamından sorumlu olan bir tıbbi memur, bir Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi eğitimi almış doktor ve bir erkek sağlık yardımcısı ile bir kadın sağlık yardımcısı olan bir sağlık ekibi hizmet vermektedir. Aynı zamanda çok amaçlı personel olarak görev yapan ve Alt Merkezler ile doktorlar arasında bağlantıyı oluşturan bir eğitimci, ayakta tedavi hizmeti veren bir kadın sağlık çalışanı ya da yardımcı ebe hemşire, bir laboratuvar teknisyeni, bir istatistikçi, bir şoför ve diğer destek hizmet personelleri vardır. Birincil Sağlık Merkezleri acil durumlarda sevk noktasıdır (11:4).

Her Birincil Sağlık Merkezi dağlık alanlarda 3.000 kişiyi, diğer alanlarda ise 5.000 kişiyi kapsayacak şekilde düzenlenmiş bir Alt Merkez ağına sahiptir. Bu Alt Merkezler bir çok amaçlı kadın sağlık çalışanına ve bir de çok amaçlı erkek sağlık çalışanına sahiptir. Kadın sağlık çalışanı ya da yardımcı ebe hemşire aile planlaması hizmetleri, gebe izlemleri ile verem, çocuk felci, tetanoz, difteri, boğmaca ve tifo aşılması yapmaktadır. Erkek sağlık çalışanı ise erkeklere yönelik aile planlaması hizmetleri, malarya izlemleri, bağışıklama hizmetleri gibi alanlarda hizmet vermektedir. Her Alt Merkez'de bölgedeki 1.000 kişiden bir kişi seçilerek görevlendirilmiş toplum sağlığı gönüllüsüne sahiptir. Toplum sağlığı gönüllüsü bulunduğu toplumda yerli doğan hizmetleri, beslenme, sağlık eğitimi gibi konularda toplumun sunulan sağlık hizmetlerini kabul etmesini teşvik etmektedir (11:4).

1998-1999 döneminde yapılan Ulusal Aile Sağlığı Anketi'ne göre kırsal alanlarda yaşayanların sadece %13'ü bir Birincil Sağlık Merkezi'ne, %33'ü bir Alt Merkez'e, %2,6'sı bir hastahaneyle, %28,3'ü bir dispanser ya da kliniğe ulaşabilmektedir. Bir sağlık kuruluşunun kullanımında belirleyici olan temel etken sağlık kuruluşunun kullanıcıların evinden uzaklığıdır. Bu durum özellikle kadınlar ve çocuklar için geçerlidir. Tüm köylerin %47'si köylerinde bulunan her hangi bir sağlık kuruluşuna ulaşabilirken, %38,9'u beş kilometreden daha az bir mesafe giderek her hangi bir sağlık kuruluşuna ulaşabilmektedir (2:14).

Birincil sağlık hizmetleri, kuruluşların sayısından başka sağlık kuruluşunda hizmet veren doktorların, hemşirelerin ve diğer tıbbi personelin sayısına da bağlıdır. Hindistan'daki kamu sağlık sistemi tıbbi personelin kırsal kesimlerde ve ıssız bölgelerde çalışmak istememesi sebebiyle özellikle kırsal alanlarda personel sıkıntısı gibi önemli bir sorunla karşı karşıyadır. Bu nedenle kırsal alanlardaki bir çok Alt Merkez ve Birincil Sağlık Merkezi boş kalmıştır (2:15).

Hindistanda kamu sağlık sisteminde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi alt yapı, yeterli ilaç ve donanım bulunması, düzenli ve nitelikli sağlık personeli bulunması gibi yönlerden oldukça düşüktür (2:16).

Ülkenin bazı bölgelerinde birincil sağlık hizmetleri eksik kaynak nedeniyle neredeyse çökme durumuna gelmiştir. Özendirici sistemlerle sivil toplumun aktif katılımı gerekmektedir (17:9). Bağışıklama açısından temel sorun aşuların soğuk zincirle kontrol altına alınamamasıdır. Bir çok Toplum Sağlığı Merkezi ve Birincil Sağlık Merkezi aşuların tavsiye edilen sıcaklık aralığında depolanmasını sağlayacak teknik donanımdan yoksundur (3:33).

Kuruluşların birçoğu buzdolabı, temel ilaç ve donanımlara ihtiyaç duymaktadır. Aile Refahı Bölümü'nün 1999 yılında yaptığı araştırma özellikle Bihar, Uttar, Pradeş ve Orissa eyaletlerindeki Birincil Sağlık Merkezlerinin birçoğunun temel donanım ve alt yapıdan yoksun olduğunu göstermiştir. Birincil Sağlık Merkezlerinin %77'si yeni doğan terazisine, %65'i derin dondurucuya, %60'ı sterilizasyon cihazına ve sadece %16'sı buzdolabına sahiptir (2:16). Bu kuruluşların yalnızca %20'si doğum sırasında tıbbi müdahale yapabilecek donanıma sahiptir (2:17).

Alt Merkezler toplum ile kamu sağlık sisteminin ilk temas ettiği ve yardımcı hemşire ebeler ile erkek sağlık çalışanının görev yaptığı sağlık kuruluşlarıdır. Alt Merkezlerin %7'si yardımcı hemşire ebeden, %50'si ise erkek sağlık çalışanından yoksundur (15:32).

Ülkede 229 tıp kolejinden yılda 25.600 doktor mezun olmasına rağmen yaklaşık 700 Birincil Sağlık Merkezi'nde doktor bulunmamaktadır. Var olan Toplum Sağlığı Merkezlerinin %56'sı kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %67'si çocuk hastalıkları uzmanından, %56'sı cerrahi uzmanından ve %59'u dahiliye uzmanından yoksundur (15:33).

Alopatik doktorların sunduğu hizmetler toplumun yararlandığı sağlık hizmetleri arasında en çok kullanılan hizmet türüdür. Özel uygulamalar şeklindeki bireysel tıp uygulamalarının arasında birçok yetkisiz uygulayıcı tarafından sunulan hizmetler de vardır (11:5). Kırsal alanlarda özellikle de köylerde herhangi bir profesyonel sınıflandırmaya dahil olmayan, alopatik ya da geleneksel tıp sistemi içinde tanımlanmış olan farklı şekillerde tedavi uygulayan birçok sağlık uygulayıcısı vardır. Kentsel alanlardaki düşük gelirli insanlar ve kırsal alanlardaki düşük gelirli insanlar bu uygulayıcıların sunduğu hizmetlerden özellikle de tedavi alanında sunduğu hizmetlerden oldukça fazla faydalanmaktadır.

Hindistan'da bu alanda resmi olmayan bir şekilde uygulamalar yapan kişiler farklı halk kültürlerinden gelen, büyüsel ve inançsal şifacılar, çıkıkçılar, kulak yıkayıcılar gibi şifacılar ve büyücülerdir.

Resmi olmayan uygulamaları yapan kişiler kolay ulaşılabilirlikleri, içinde bulunduğu toplumla sürekli ilişkide olmaları, güvenilir ve saygılı davranış şekilleri, bekleme süresi, ulaşım, ilaç gibi maliyeti yükseltici etkenlerin olmaması nedeniyle kamu ve özel sağlık kuruluşlarına göre oldukça revaçtadır (11:20).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Kamu sağlık sektöründe farklı tipte sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Hizmetler temelde farklı eğitim hastahaneleri, bölge hastahaneleri, sivil hastahaneler, küçük hastahaneler, kırsal hastahaneler ve çevresel hastahaneler tarafından sunulmaktadır. Ayrıca verem, lepra, ruh hastalıkları gibi konularda uzman hastahaneler de vardır. Büyük şehirlerde nüfusa göre değişen eğitim hastahanelerini de içeren birkaç devlet hastahanesi bulunmaktadır. Aynı zamanda yerel yönetimlerin sahip olduğu hastahaneler ve dispanserler de vardır.

Bölge düzeyinde bölge merkezinde ortalama 150 yataklı bir sivil genel hastahane ve merkezin çevresine yayılmış dispanserler ve daha küçük hastahaneler vardır (11:3).

Büyük şehirlerde nüfus, eğitim hastahanelerini de içeren birkaç kamu hastahanesinden sağlık hizmeti almaktadır (9:6). Şehir hastahaneleri ve sivil hastahaneler ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri şeklinde birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Kentsel alanlarda, büyük şehirlerde ve belediyelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirleyen belediye tüzel kişilikleri vardır ve sağlık hizmetleri Kentsel Aile Sağlığı Merkezleri, yaklaşık 150.000 kişiyi kapsayan Sağlık Postaları ve Doğum Sonrası Bakım Merkezleri ağı tarafından sunulmaktadır. Doğum Sonrası Bakım Merkezleri tıbbi kolej ve hastahane işlevini yerine getirmekte ve Aile Planlaması ile Aile Sağlığı Hizmetleri alanında gerekli hizmetleri sunmaktadır. Ülkede 550'si bölge düzeyinde ve 1.012'si alt bölge düzeyinde 1.562 Doğum Sonrası Bakım Merkezi vardır. Doğum Sonrası Bakım Merkezlerinde 10.000 kişiye bir yardımcı hemşire ebe gezici sağlık hizmetlerini sunmaktadır (11:4).

Halen %34'ü kırsal alanda olmak üzere 17.000 hastahane, %40'ı kırsal alanda olmak üzere 25.670 dispanser ve %23'ü kırsal alanda olmak üzere yaklaşık 1 milyon yatak kapasitesi vardır (9:7).

Hindistan'da yataklı tedavi hizmetleri sunan kamu sağlık kuruluşları hem kırsal hem de kentsel alanlarda hastaların akınına uğramaktadır. Kamu hastahanelerindeki yataklı tedavi hizmetlerine olan güven dağlık alanlarda ve arka plandaki eyaletlerde daha fazladır. Kamu sağlık sektörü hastahanelerinin %70'i yatak kapasitesinin ise %85'i kentsel alanlarda bulunmaktadır. Bu kuruluşlar daha çok özel sağlık uygulayıcılarının tedavi edemediği ya da tedavi etmek istemediği salgınlara yol açan hastalıklar için kullanılmaktadır (10:2).

Kırsal alanlardaki sağlık kuruluşları aile planlaması, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri sunmaktadır. Tedavi hizmetlerine olan büyük talebe rağmen kırsal alandaki sağlık kuruluşlarının sunduğu tedavi hizmetleri oldukça zayıftır. Sonuç olarak bu talep özel uygulayıcılar veya şehir hastahanelerinde karşılanmaktadır (9:7).

Bunlara ek olarak eyaletler örgütlenmiş sektör çalışanları olarak adlandırılan özel ve kamu çalışanlarına ait Eyalet Çalışanları Sigorta Programı ve Merkezi Hükümet Sağlık Programı kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla hizmet sunmaktadır (11:5).

Özel sektör yatak kapasitesinin %49'una sahiptir kamu sektöründe yatak işgal oranı %62'iken özel sektörde bu oran %44'dür (17:5). Yataklı tedavi hizmetlerinin %46'sı, ayakta tedavi hizmetlerinin %81'i özel sektörce sunulmaktadır (15:29).

Diş sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, ortopedik tedavi hizmetleri, dolaşım sistemi hastalıkları ve kanser hastalıklarının tedavisi için verilen sağlık hizmetlerinin %75'i, bulaşıcı hastalıklar için verilen sağlık hizmetlerinin ise %40'i özel sektör tarafından sağlanmaktadır (17:5).

II.4.3. Geleneksel Tıp

Geleneksel tıp sistemi ulusallaşma hareketi ile yeniden canlanmaya başlamış olsa da batı tıp sistemiyle paralel olarak ilerlemektedir. Ancak batı tıp sisteminin gölgesinde kaldığı da söylenebilir. Modern Hindistan'da geleneksel tıp sistemine özgü resmi kurumsal eğitim ve profesyonel sınıflandırma fikirleri ve geleneksel tıp sisteminin ülkede resmi olarak tanınması nedeniyle batı tıp sistemine adapte edilmiştir (11:12).

Geleneksel tıp uygulamalarını ve eğitimini düzenleyen bağımsız konseylerin ve özel yasaların kılavuzluğunda geleneksel tıp sistemi eğitimi hızla yaygınlaşmaktadır. 1971'de Hindistan Merkezi Geleneksel Tıp Konseyi, 1974'de Merkezi Homeopati Konseyi kurulmuştur. Bu konseyler eğitim sırasında ve eğitim sonrasında verilen temel kursların içeriğini belirlemektedirler. Aynı zamanda batı tıp sistemine benzer şekilde 5 yıllık üniversite eğitimi şeklinde geleneksel tıp sistemi eğitimi verilmektedir. 2005 yılı itibariyle kendi alanlarındaki konseylere kayıtlı 339.233 ayurvedik¹ doktor, 22.241 unani² doktoru, 4.963 siddha³ uygulayıcısı, 150.267 homeopati⁴ uygulayıcısı ve 492 naturopati⁵ uygulayıcısı olmak üzere ülkede 517.196 yetkili geleneksel tıp uygulayıcısı vardır. Kurumsal olarak yetkilendirilmemiş olan kişiler de bu sayıya eklendiği zaman geleneksel tıp uygulayıcısı sayısı 717.860 kişiye ulaşmaktadır (11:13).

¹ Ayurveda kelimesi eski Hint dili olan Sanskritçe'den gelmektedir ve "Hayat Bilimi" şeklinde ifade edilebilir. Ayurveda uygulayıcıları hayatın dört elzem bileşenden oluştuğunu savunurlar. Bunlar zihin, beden, duygular ve ruhtur. Ayurveda'nın iki temel amacı sağlıklı olanların sağlığının korunması ve hasta olanların iyileştirilmesidir. Rahatsızlıklardan uzak kalmanın doğru hayat tarzına sahip olmaktan geçtiğini savunur. Doğal denge içinde yaşamak için gerekli olan diyeti, hayat tarzını, hareketleri ve aktiviteleri öğretir. Ayurveda, doğadaki beş temel elementi boşluk / uzay, hava, ateş, su ve toprak olarak ifade eder. Buna göre sağlık, bu beş elementin vücudumuzda tamamen dengede olduğu durumdur. Hastalıklar ise bu elementlerin arasındaki dengenin bozulmasından ortaya çıkmaktadır.

² Unani, Araplara ait ya da İslami bir alternatif tıp uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Unani diyet, bitkisel ilaçlar, masaj ve cerrahi işlemleri içeren geleneksel bir uygulamadır.

³ Siddha Sanskritçe'de başarmak ulaşmak anlamına gelmektedir. Felsefi bir öğretisi olan Siddha çeşitli meditasyon tekniklerini kullanarak vücut olarak bir bütün olmayı amaçlamaktadır.

⁴ Homeopati, bir hastalığın yol açtığı hastalık belirtilerinin, aynı belirtileri sağlam bir insanda ortaya çıkarabilecek ilaçların çok düşük dozlarla verilmesiyle ortadan kaldırılabilmesi ilkesine dayanan tedavi yöntemidir. İlk olarak Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından uygulanmaya başlanmış olan homeopatide, ilaçlar alerji bile uyandırmayacak kadar az miktarlarda verilmektedirler.

⁵ Naturopati bir hayat felsefesidir. Günlük hayatta sağlığın nasıl yönetilebileceğini, geliştirebileceğini, doğru şekilde nasıl beslenilmesi gerektiğini, sağlıklı ve dengeli bir hayat tarzına nasıl sahip olunabileceğini, insanın kendisinde ve çevresinde varolan güçlerden en fazla nasıl yararlanabileceğini öğreten bir metottur.

Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcıları genelde tek başına kar amaçlı bir şekilde ayakta tedavi hizmeti sunmaktadırlar. Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü aynı zamanda 53.000 yatak kapasitesine sahip 1.355 hastahane ve 23.000 dispanserde bu hizmetleri sunmaktadır. Geride kalan beş yıl süresince benzer sağlık politikası tavsiyeleri Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcılarının sağlık hizmetleri sunumu içerisinde yer almasını sağlamıştır (11:14).

II.5. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Hindistan'ın insani gelişim puanı 1990'lı yıllarda kamu sektörünün harcama ve yatırımlarının düşmesi ile bağlantılı olarak sürekli düşmektedir. 1980'li yılların ortalarında kamu harcamaları kırsal sağlık altyapısının büyük oranda genişletilmesi sebebiyle hızla yükselirken 1986'dan sonra hükümetin hem tüm sektörlerdeki hem de sağlık sektöründeki harcama ve yatırımlarının GSMH'ya oranı bir düşüş içine girmiştir. Bunun tam zitti olarak özel sektöre yapılan kişisel ödemeler görülmemiş bir şekilde artmıştır (9:8).

2001-2002 döneminde Hindistan'ın toplam sağlık harcaması 1.057.341 milyon Hindistan Rupisi olmuştur. Bu miktar GSMH'nın %4,6'sıdır. Toplam sağlık harcamalarının %20,3'ü kamu sektörü sağlık harcaması, %77,4'ü özel sektör sağlık harcaması, %2,3'ü ise dış kaynaklardan sağlanan sağlık harcamalarıdır (12:1).

II.5.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı

Özel sektörün toplam sağlık arzına katkısı %71 oranındadır (13:240).

Diğer finansman kaynakları ülkede sağlık hizmetleri sunan Eyalet hükümetleri %13, Merkezi Hükümet %6 ve kamu ve özel firmaların çalışanlarına ve onların bağımlılarına sundukları tıbbi faydaları içeren %5, dış kaynaklar %2'dir (12:1).

II.5.1.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansman Kaynakları

II.5.1.1.1. Kamu Kaynakları

Kamu sağlık sektörünün finansmanı eyaletler, merkezi hükümet ve eyaletler ile merkezi hükümetin projelerine yardımcı olan dış örgütlerden sağlanmaktadır (18:148).

● Kamu finansmanının birincil kaynağı genel vergilerden ve vergi dışı gelirlerden gelmektedir. Bu kaynaklar farklı bakanlıkların ve bölümlerin taleplerini karşılamak için dış ve iç borç kaynaklarından alınan borçları da içermektedir. Bu kaynaklarla merkezi hükümet ya da eyalet hükümetleri kendi sağlık programlarını finanse etmektedir.

Merkezi hükümet eyaletlerin sağlık programlarının ulusal sağlık politikası amaçlarıyla uyumu için kritik sağlık programlarının doğrudan finanse ederek ve bu programların uygulanmasını eyalet hükümetlerine yaptırarak önemli bir rol oynamaktadır (13:241).

Merkezi hükümet, eyalet hükümetleri ve yerel yönetimler toplam sağlık harcamasının dörtte birini yapmıştır (13:240).

2003 ve 2004 yılları arasında ülkede GSMH'nin %4,8'i sağlık harcamalarına ayrılırken kamu sağlık harcamaları GSMH'nin %1,3'ü civarında olmuştur (17:7).

Kamu sağlık hizmetleri finansmanının %80'i eyalet hükümetlerinden, %12'si merkezi hükümetten ve %8'i yerel yönetimlerden gelmektedir (9:229).

II.5.1.1.1.1. Merkezi Hükümet

Merkezi hükümetin sağlık harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki payı 1997'de %3,2'iken, 2001'de %3,1'e gerilemiştir (10:3).

Merkezi hükümet tıbbi eğitim kuruluşları, hemşire eğitim kuruluşları, aşı üretim kuruluşları, bazı hastalıklar için özel merkezler, Merkezi Hükümet Sağlık Programı, acil durumlar ve sağlık stratejilerinin belirlenmesi ile hastalıkların kontrolü için ön çalışma niteliğinde olan pilot projeleri finanse etmektedir (18:148).

Merkezi hükümetin sağlık hizmetleri arzının finansmanına katkısı %6,4 olmuştur (12:7).

II.5.1.1.1.1.1. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı

Sağlık Ve Aile Sağlığı Bakanlığı kamu sağlık harcamalarını kırsal sağlık programı, tıbbi eğitim, araştırma ve uzman hastahaneler aracılığıyla kamu kuruluşları arasında en büyük payı harcamıştır (12:1).

Politika uygulamaları ve reformlar sektörün finansmanında kritik bir öneme sahip olan Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı'nca uygulanmaktadır. Bakanlık bütçesinin üçte biri Sağlık Bölümü'ne, yaklaşık üçte ikisi Aile Refahı Bölümü'ne harcanmaktadır. Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi Bölümü'ne toplam Bakanlık bütçesinin %2'si ile %3'ü arasında bir miktar harcanmaktadır (13:243).

Bakanlık Merkez Hükümet Sağlık Programı, ulusal hastalık kontrol programları gibi bazı programları doğrudan kendisi uygularken bazı programlar ise eyalet hükümetlerince uygulanmaktadır.

Bakanlık bütçesinin büyük bir kısmı eyalet hükümetlerince uygulanan çeşitli ulusal sağlık programlarını finanse etmek için eyaletlere aktarılmaktadır. 2003-2004 yılları arasında Bakanlık bütçesinin yaklaşık %43'ü bu yolla eyaletlere aktarılmıştır. Merkezi sağlık bütçesinden eyalet hükümetlerine aktarılan pay 1991-1992 döneminde %57'iken 2003-2004 yıllarında bu oran %43'e düşmüştür.

Tüm Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı bölümlerinin bütçe toplamının %6'sı ya da Sağlık Bölümü bütçesinin %18'i Merkezi Hükümet Sağlık Programınca kapsanan ve nüfusun %0,5'i olan 440.000 kişiye harcanmıştır. Özel hastahaneler ile sağlık hizmeti sunumunda anlaşma yapıldıktan sonra bu programın harcamaları oldukça artmıştır (13:244).

II.5.1.1.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları

Merkezi hükümet bakanlıkları olan demir yolları, savunma, posta ve telgraf ile diğer bakanlıklar ülkedeki toplam sağlık harcamasının %2,42'sini yapmıştır. Bu tahminler bakanlıkların doğrudan sağlığa yaptığı harcamaları ve işçilerine sağlık giderleri için yaptıkları ödemeleri içermektedir (13:240).

II.5.1.1.1.2. Eyalet Yönetimleri Ve Yerel Yönetimler

Eyalet hükümetlerinin finansmana katkısı %12,6 olmuştur (12:7).

Sağlığın konusu olduğu eyaletler birincil olarak eyalet hükümetlerince finanse edilmektedir (13:241). 16 büyük eyaletin toplam bütçesi içindeki sağlık bütçesi 1987-1988 yıllarında %6,7'iken 1996-1997 yıllarında %5,4'e düşmüştür (10:3).

Sağlık öncelikli olarak eyaletlerin sorumluluğundadır ve eyalet hükümetlerince finanse edilmektedir. Bu sektöre kaynak dağıtımı bütçe durumundan oldukça etkilenmektedir. 2003-2004 yıllarında sağlık sektörüne aktarılan bütçe 1985-1986 yıllarında aktarılan bütçeye göre %2'den daha fazla düşmüştür. 1985-1986 yılları arasında bütçenin %7'si sağlığa aktarılırken 2003-2004 yıllarında bütçenin %5'i sağlığa ayrılmıştır.

Kamu sağlık sektöründe tüm eyaletlerde ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde kullanıcı ücreti alınmaktadır (17:7).

Eyaletlerin Sağlık Ve Aile Refahı Bölümleri finansman kaynaklarının %33'ünü hastahane ve dispenser harcamalarına, %17'sini Birincil Sağlık Merkezleri ve Alt Merkezlere harcamıştır (12:1).

Yerel yönetimler kaynaklarını eyalet hükümetlerinden yapılan kaynak aktarımlarından ve kendi gelirlerinden karşılamaktadır (13:240). Yerel yönetimlerin finansmana katkısı %1,3 olmuştur (12:7).

II.5.1.1.2. Özel Kaynaklar

Özel sektörün toplam sağlık arzına katkısı %71 oranındadır (13:240).

Bu oran dünyadaki en yüksek orandır. Özel sağlık sektörü geride kalan 15 yıl içinde hızla büyümüş ve Hindistan dünyadaki en büyük özel sağlık sektörüne sahip ülke haline gelmiştir. Özel sektör, gelirlerinin büyük kısmını hane halkının kişisel ödemelerinden sağlamaktadır (1:3).

II.5.1.1.2.1. Sağlık Sigortası Kuruluşları Ve Özel Kuruluşlar

Sigorta katkıları sosyal sigorta programları ve özel sigorta primlerinin katkısı oldukça düşüktür (9:229).

Özel şirketlerin yaptığı harcamalar farklı yollarla olmaktadır. Özel şirketler kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla, işçilerine sağlık için yaptıkları ödemelerle veya gönüllü sağlık sigortaları ya da Çalışanlar İçin Eyalet Sağlık Sigortası Programı'na yaptıkları katkılar yoluyla arz ve talebin finansmana katılmaktadırlar (13:240).

II.5.1.1.3. Dış Kaynaklar

Dış kaynakların hükümete veya devlet dışı örgütlere yaptıkları katkılar toplam sağlık bütçesinin yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır (13:240).

Toplam kamu sağlık harcamasının %10'u dış kaynaklarla finanse edilmektedir (9:229).

II.5.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri talebinin finansman kaynakları merkezi hükümet, eyalet hükümetleri, yerel yönetimler, hane halkı, çalışanlarına tıbbi hizmetleri sunan kamu ve özel sektör firmaları, kar amaçsız kuruluşlar ve yabancı kuruluşlardan gelmektedir (12:43).

Sağlık sisteminin kullandığı fonları sağlayan finansman kuruluşları veya talebin finansman kaynakları toplam sağlık harcamasının %72'sini yapan hane halkıdır. Bunlar hane halkının hastalıkların tedavisi için hane halkının doğrudan kişisel ödemelerini ve aile bireylerinin çeşitli gönüllü sigorta kuruluşlarına yaptıkları prim ödemelerini içermektedir (12:1).

Sağlık hizmetleri talebinin finansman kaynaklarını kullanan kuruluşlar Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı, diğer merkezi hükümet bakanlıkları, eyaletlerin Sağlık Ve Aile Refahı Bölümleri, diğer eyalet bölümleri, sosyal sigorta fonları, kamu ve özel sektör sigorta sunucuları, devlet dışı örgütler, kamu ve özel sektör kuruluşları ile hane halkıdır (12:43).

Finansal araçlardan sosyal sigortanın toplam sağlık talebine katkısı %2,36 civarında olmuştur. En büyük katkıyı Çalışanlar İçin eyalet Sigorta Programı yapmıştır. Toplumsal sağlık sigortasının katkısı çok az olurken, özel gönüllü sağlık sigortalarının katkısı toplam sağlık harcamalarının %1'ini oluşturmuştur (17:69).

Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payının en yüksek olduğu ülke Hindistan'dır (10:3).

Toplam GSMH'nin %3,3'ü civarında bir rakam hane halkı tarafından sağlığa harcanmıştır (13:240).

Hane halkının kişisel ödemelerini içeren özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamasının %72'sidir (12:2).

Hane halkının sağlık harcaması 1995-1996 yılındaki harcamalara göre %14 civarında artmıştır (13:240).

Hane halkının sağlık harcamaları çoğunlukla kişisel doğrudan ödemeler yoluyla, özellikle hastahane hizmetleri için yapılmaktadır (9:229).

Hane halkı, harcamalarının %88'ini tedavi hizmetleri için geri kalan kısmını ise bağışıklama, aile planlaması ve ana sağlığı hizmetleri için yapmıştır (12:1).

Eyaletlerdeki ikincil ve üçüncül sağlık hizmet kuruluşlarına ödenen kullanıcı ücretleri toplam sağlık harcamalarının %2'si ile %3'ü kadardır (17:7).

II.5.3. Toplam Sağlık Harcamaları

Ülkedeki kamu sağlık harcamalarının %74'ü tedavi hizmetlerine harcanmıştır. Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı tedavi hizmetleri harcamalarında kaynaklarının %29'unu, eyaletlerin Sağlık Ve Aile Refahı Bölümleri %48'ini kullanmıştır (12:1).

Kişi başına özel sağlık harcaması yaklaşık 250 Rupi civarındadır. Kentel alanlardaki sağlık harcaması kırsal alandaki sağlık harcamasına göre %40 daha fazladır. Ülkedeki toplam sağlık harcamaları özel sağlık harcamalarındaki değişimlerden oldukça etkilenmektedir (10:3).

Toplam sağlık harcamalarının %74'ü tedavi hizmetlerine, %11,3'ü çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine, %1,4'ü bulaşıcı hastaların kontrolüne, %1,8'i tıbbi eğitime ve sağlık personelinin eğitimine harcanmıştır (12:34).

II.6. Sağlık İnsangücü

Hindistan bağımsızlık sonrası dönemde çok hızlı bir şekilde hem alopatisi olarak bilinen biyomedikal tıp sisteminde hem de ayurveda, unani, siddha ve homeopatiyi içeren geleneksel tıp sisteminde profesyonelleşmeye başlamıştır (11:7).

Tıbbi ve paramedikal sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı kâr amaçlı özel sektör içinde uygulamalarını sürdürmektedirler. Özel sektör birincil olarak ülkedeki devasa boyuttaki tedavi hizmetleri talebini karşılamaktadır. Özel sektöre nazaran daha küçük olan kamu sektörü ise birincil olarak koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile bazı tedavi hizmetlerini sunmaktadır (11:21).

Hindistan Tıbbi Konseyine kayıtlı 622.000 alopatisi doktor vardır (18:148).

1947'de 25 olan tıbbi kolej sayısı hızla artarak 1981'de 106'ya, 2006'da ise 260'a ulaşmıştır. Bu tıbbi kolejlerin 125 tanesi kamu sektörüne aittir. Kolejlerin ülkedeki dağılımı kötüdür. Fakir eyaletlerde kolej bulunmamaktadır (11:11).

Kuzeydeki eyaletlerde tıp kolejlerinin öğrenci kapasitesi 4.557'iken güney eyaletlerde 13.740'dır. Toplam öğrenci kapasitesi ise 29.222'dir. Toplam öğrenci kapasitesinin %99'u 1950 yılında kamu sektöründe iken, halen %55'i kamu sektöründedir. Bu durum özellikle güney bölgesinde bulunan zengin eyaletlerde tıbbi eğitimde hızlı bir özelleşmeyi işaret etmektedir (11:12).

• Mezun olan doktorların %75'i kamu eğitim kurumlarından mezun olmaktadır. Ancak bu mezunların %80'i kamu hizmetlerinde çalışmamaktadır. Büyük bir kısmı ya özel sektörde çalışmakta ya da yurt dışına göç etmektedir (9:7).

Kayıtlı alopatisi doktorlar Tıp Ve Cerrahi Diplomasına sahip doktorlar ile farklı disiplinlerdeki uzman doktorları içermektedir. Hindistan Tıbbi Konseyi'nden elde edilen verilere göre ülkede 1.598 kişiye bir doktor ya da başka bir deyişle 100.000 kişiye 62,5 doktor düşmektedir (11:8).

Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi doktorları da bu doktorların sayısına eklendiğinde oran 809'a 1 şeklinde olmaktadır. Dişçilerin nüfusa oranı 2.222'ye 1'ken hemşirelerin oranı 1.223'e 1'dir (18:148).

31 Aralık 2005 tarihi itibarıyla ülkede farklı eyalet dış konseylerine kayıtlı 55.000 diş cerrahı bulunmaktadır (11:7).

Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı'nın resmi tahminlerinde Hindistan Hükümeti farklı eyaletlerdeki kamu sağlık alt yapısı içerisinde doktorlar çalıştırmaktadır. Ülke çapında hükümetin kırsal alanlardaki Birincil Sağlık Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde 23.858 doktor bulunmaktadır.

Bu 23.858 doktor içinde çoğunlukla Toplum Sağlığı Merkezleri'nde çalışan uzman doktorlar da yer almaktadır. Resmi verilere göre uzman doktorların 1.201'i cerrahi alanında, 1.215'i kadın hastalıkları ve doğum alanında, 894'ü fizyoterapi alanında ve 678'i çocuk hastalıkları alanında uzmandır.

Farklı eyaletlerdeki hükümet hizmetlerinde 77.000 alopantik doktor, 2.000 diş cerrahı bulunmaktadır (11:9).

Kırsal alanlarda resmi eğitim almış ve yetkin doktorlar genelde kamu sağlık kuruluşlarında bulunmaktadır. Toplam doktor sayısı ile kamu sağlık kuruluşları olan Birincil Sağlık Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bulunan doktor sayısı arasında büyük fark vardır. Kırsal alanlarda 17.230 kişiye bir doktor düşmektedir (11:10).

Aynı zamanda yetkili Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcıları da kentsel alanlarda kırsal alanlara nazaran daha çok bulunmaktadır (11:11).

Kırsal alandaki kamu sağlık kuruluşlarında çalışan kadın doktor oranı da oldukça düşüktür. Birincil Sağlık Merkezi'nde çalışan kadın doktorların, buralarda çalışan toplam doktora oranı %15'dir (11:10).

Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcılarının sayısı neredeyse alopantik doktora eşittir hatta bazı eyaletlerde alopantik doktorlardan çok Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcıları bulunmaktadır (11:14).

Her yıl 23.000 Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi uygulayıcısı, 448 Hindistan Tıp Ve Homeopati Sistemi kolejinde mezun olmaktadır (18:173).

Ülkede varolan ve değerli bir insangücü kaynağı olan çok miktardaki geleneksel tıp uygulayıcılarının sağlık sistemine etkili yollardan dahil edilmesi gerekmektedir (11:21).

Hindistan'da 358 eczacı ön lisans diploması veren ve yılda 21.200 öğrenci kabul eden eğitim kuruluşu ile yılda 11.670 öğrenci kabul eden 212 eczacı lisans diploması veren eğitim kuruluşu bulunmaktadır (15:29).

Hindistan Eczahane Konseyi Hindistan'daki eczacıların işlevlerini ve eğitimini düzenlemektedir. Konseye asgari sınıflandırmaya kayıt için 2 yıllık eczacılık diploması, yüksek sınıflandırmaya kayıt için 4 yıllık lisans diploması ve 2 yıllık yüksek lisans diploması gerekmektedir.

Konseye kayıtlı 500.000 civarında eczacı vardır ancak bunların yalnızca %3'ü kırsal alanda bulunmaktadır. Ülke çapında yapılan araştırmaya göre eczacıların %55'i halk eczhanesinde, %20'si hastahane eczhanesinde çalışmaktadır (11:17).

Bağımsızlıktan sonraki dönemde farklı sınıflarda paramedikal sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık çalışanına eğitim veren kuruluşların sayısı artmıştır. Bu sağlık çalışanları genel hemşirelerden, yardımcı hemşire ebelerden, genel ebelerden, çevre sağlığı denetçilerinden, laboratuvar teknisyenlerinden, mikrobiyoloji teknisyenlerinden, sağlık istatistikçilerinden, diyetisyenlerden, tıbbi kayıt memurlarından oluşmaktadır (11:14).

Hemşireler ve ebeler sağlığın geliştirilmesinde, korunmasında, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde önemli bir role sahiptirler. Ülkede yaklaşık 800.000 genel hemşire ve genel ebe, 500.000 yardımcı hemşire ebe bulunmaktadır. Ancak düşük ücretler, göç ve kötü çalışma şartları nedeniyle ülkede kayıtlı olan 1,4 milyon hemşirenin yalnızca %40'ı aktif olarak çalışmaktadır.

Merkezi Aile Planlaması Eğitim Kuruluşları bölge düzeyinde tıbbi kayıt memurlarına eğitim verirken, Bölgesel Sağlık Ve Aile Refahı Merkezleri Birincil Sağlık Merkezleri'nde görev yapan sağlık çalışanlarının eğitiminden sorumludur.

Yardımcı hemşire ebelerin ve çok amaçlı sağlık çalışanlarının eğitimi ülke çapına dağılmış Eyalet Sağlık Ve Aile Refahı Kuruluşları, Sağlık Ve Aile Refahı Eğitim Merkezleri, Bölge Eğitim Merkezleri ve Bölge Yardımcı Hemşire Ebe Eğitim Merkezlerinde verilmektedir (11:15).

Ülkede 747 genel hemşirelik ve genel ebelik okulu, 235 yardımcı hemşirelik ebelik okulu, 254 hemşirelik koleji, 40 mezuniyet sonrası eğitim koleji, 56 çok amaçlı sağlık çalışanı eğitim merkezi vardır (15:29).

Her yıl 20.000 genel hemşire mezun olmaktadır. Yardımcı hemşire ebe sayısı 400.000'dir ve bunların 150.000'i kamu sektöründe çalışmaktadır (18:148).

Hemşire ve eczacılar dışında ülkede 12.500 laboratuvar teknisyeni, 3.000 eğitimci, 20.000 erkek sağlık yardımcısı ve 61.000 erkek sağlık çalışanı vardır (11:18).

Diğer sağlık insangücü kaynaklarından olan halk sağlığı uzmanları, sağlık yöneticileri, sosyal hizmet çalışanları, halk sağlığı mühendisleri, fizyoterapistler, klinik psikolojistler ve diğer sağlık hizmet sunucuları hakkında yeterli ve güvenilir bilgi bulunmamaktadır (11:21).

II.7. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayisi

Dünyadaki güçlü özel ilaç sanayilerinden biri Hindistandır. Buna karşın, piyasada bulunan temel ilaçların sadece dörtte biri olan 76 ilaç fiyat düzenlemesi kapsamındadır. 152 ilacın fiyat eğilimi araştırmasına göre kayıtlı antibiyotiklerin, verem ilaçlarının, malarya ilaçlarının ve kalp yetmezliği ilaçlarının fiyatlarında 1976 ve 2000 yılları arasında yıllık %1 ile %15 arasında artış gözlenmiştir.

Sahte ve düşük standarttaki ilaçlar uzun süredir kaygı vermektedir. Merkezi ve eyalet düzeyinde ilaç kontrol alt yapısının zayıflığı ve yetersizliği nedeniyle ilaçlar ile ilgili düzenlemeler oldukça zayıftır. 31 eyalet ve birlik topraklarının yalnızca 17'sinde ilaç test birimleri bulunmaktadır ve bu birimler de insangücü açısından yetersizdir. İlaç patent düzenlemesinin küresel sisteme ayak uydurabilmesi son teknolojinin elde edilebilir olması için yardımcı olacaktır. Aynı zamanda temel ilaçlara ulaşılabilirlik ilaç ücretlerinin artması nedeniyle potansiyel risk arz etmektedir (17:6).

II.8. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji

Hindistan sağlık sistemi araştırmalarını da içeren uzun bir biyomedikal araştırma tarihine sahiptir. Çeşitli araştırma sonuçları uygulanan sağlık programlarında strateji değişikliğine ya da yeni programların uygulanmasına sebep olmaktadır. Bir çok araştırma kuruluşundan birisi olan ve 1971 yılında kurulan Hindistan Tıbbi Araştırmalar Konseyi bu alanda lider kuruluştur (6:11).

Hindistan Tıbbi Araştırmalar Konseyi bağımsız bir kuruluş olan ve Birleşik Devletler Gıda Ve İlaç Yönetimi kuruluşuna benzer şekilde, tıbbi donanımların verimliliği ve lisans durumu hakkında kamuya bilgi sağlayan Hindistan Tıbbi Araçlar Düzenleme Yönetimi'ni kurmuştur (17:68).

Tablo 1: Merkezi Hükümet Sağlık Programı ve Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı'nın Özellikleri

GÖSTERGE	Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı	Merkezi Hükümet Sağlık Programı
Faydalanıcıları	Geliri 7.500 Rupı altında olan sanayi sektörü çalışanları ile onların bağımlıları	Merkezi hükümet çalışanları ve emeklileri ile onların bağımlıları, bazı özerk ve yarı özerk hükümet örgütlerinde çalışanlar ve bağımlıları, yüksek mahkeme üyeleri, gazeteciler.
Fayda Çeşidi	Sigortanın sahip olduğu sağlık kuruluşları ve anlaşmalı kuruluşlar tarafından sunulan sağlık hizmetleri	Kamu sağlık kuruluşları ve sınırlı sayıda özel sektör sağlık kuruluşları aracılığıyla sunulan sağlık hizmetleri
Primler (Programın Finansmanı)	%4,75 işçiler, %12,5 işverenler, %1,75 eyalet hükümetleri	İşçilerin ücretlerine göre 15-150 Rupı arasında değişen primler

Kaynak: (19) MOHWF (2005) National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare, s:277

Yüksek teknolojinin kullanımı ile ilgili bir araştırma, kamu sektöründeki satın alma prosedürlerinin tıbbi teknolojiyi elde etmede engel teşkil ettiğini, kamu kuruluşlarındaki tıbbi teknolojik donanımların kapasitelerinin altında kullanılması nedeniyle ortalama maliyetlerin yükseldiğini, tıbbi donanımları tamir edecek teknik uzmanların kısıtlı olduğunu, kaliteli yedek parça elde etmenin zor olduğunu, özel sektördeki tıbbi teknoloji sanayilerinin ve tıbbi araç desteğinin kalite standartları, satış ve verimli kullanım açısından düzenlemelerden yoksun olduğunu ortaya koymuştur (17:7).

II.9. Sağlık Sigortası

Tıbbi olarak acil durumlarda sunulan sağlık amaçlı yardımlaşma hizmetleri Hindistan Medeniyeti kadar eskidir. Bugün bile uygulamada Hindistanlı köylüler hasta kimseler için hane halkından "piravu" adı altında para toplamaktadır. Ancak ülkede bilinen şekildeki sağlık sigortasına 1912 yılında çıkarılan Sigorta Yasası ile başlanmıştır.

Günümüzde uygulamada olan sigorta şekli 1938'de çıkarılan Sigorta Yasası'na dayanmakla birlikte yüzlerce özel sigorta şirketinin şemsiye bir örgüt olan Genel Sigorta Şirketi adı altında toplandığı tarih olan 1972'de küçük değişikliklere uğramıştır. Hindistan'daki sigorta sektörü 1990'lardaki liberalizasyon sürecinden oldukça etkilenmiştir. Özel yabancı sigorta şirketlerinin sektöre girişine 1999 yılında izin verilmiştir (8:6).

II.9.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Hindistan'da zorunlu katılım gerektiren iki sağlık sigortası vardır. Bunlardan birincisi Hindistan'daki devlet memurları için olan Merkezi Hükümet Sağlık Programı ve düşük gelirlili sanayi çalışanları için olan Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı'dır. Sigorta kapsamındaki kişilerin primleri özel bir sağlık fonunda toplanmaktadır. Bu fon sigortalılara sunulan faydaları finanse etmektedir (8:6).

II.9.1.1. Merkezi Hükümet Sağlık Programı

Merkezi Hükümet Sağlık Programı 1954'de merkezi hükümette çalışanlar ve onların aile bireyleri için kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla kurulmuştur. Bu sigortadan faydalananlar merkezi hükümete ait tüm sektörlerde çalışanlar, meclis üyeleri ve üst mahkeme üyeleridir. 1997'de yaklaşık 4,2 milyon kişinin bu sigortaca kapsandığı belirlenmiştir. Çalışanlar gerçek ücretlerinin bir kısmını (15 Rupı ile 150 Rupı arasında) prim olarak ödemektedirler.

Sunulan fayda paketi ayakta tedavi hizmetlerini ve yataklı tedavi hizmetlerini içermektedir. Ayakta tedavi hizmetleri sigorta kuruluşuna ait olan ve 2002 yılı itibarıyla 17 büyük şehirde bulunan 320 dispanserce sunulmaktadır. Aynı zamanda hükümete ait sağlık kuruluşları ile anlaşmalı hastahanelerde yataklı tedavi hizmeti sunulmaktadır.

Program Hindistan Hükümeti tarafından finanse edilmekte ve farklı yönetimlerce yönetilmektedir (8:7).

II.9.1.2. Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı

1948'de kurulan Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı nakdi ve tıbbi faydalar sağlayan bir sigorta sistemidir. Bu program kayıt içi sektörlerde çalışanlar için zorunlu olan ve sosyal sigorta faydaları sunan bir sigorta şekli olarak kabul edilebilir. Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Şirketi programı yönetmektedir. Yönetimin başkanı olan Çalışma Bakanı ve bir Genel Yönetici ile yarı hükümetse bir şekilde işbirliği ile yönetilmektedir. Yönetimin üyeleri merkezi hükümet ve eyalet hükümetlerini, işçileri, işverenleri, sağlık profesyonellerini temsil eden üyelere ve meclisi temsil eden parlamenterlerden oluşmaktadır (8:7).

Yasa zorunlu olarak dönemsel çalışmayan ve 10'dan çok işçinin bulunduğu işgücüne dayalı fabrika çalışanlarını, işgücüne dayanmayan ve 20'den fazla kişinin çalıştığı yerleri, hizmet sektöründe çalışan marketlerde, otellerde, sinema sektöründe, kara yolları ve gazete gibi sektörlerde çalışanları kapsamaktadır. Tarım ve maden sektöründe çalışanlar Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı'na katılmaktan muafır.

Bu sektörlerde çalışanların kendi sigorta kuruluşları bu programa benzer faydalar sunmaktadır. Uygun sektörlerdeki kuruluşların sadece aylık 7.500 Rupı'den daha az ücret alan çalışanlarının programa katılmasına izin verilmektedir. Sigortalının hastalık durumundaki faydaları elde edebilmesi için en az 78 gün çalışması gerekmektedir. Benzer şekilde annelik faydaları için kadınların en az 70 gün çalışması gerekmektedir.

İşçilerin vergilendirilebilir kazancının %1,75'i oranında ve işverenlerden de %4,75 oranında prim kesilmektedir. Günlük 40 Rupı'den az kazanan işçilerden prim alınmamaktadır. Eyalet hükümetleri reçetelerin %12,5'ini ve şayet reçete tutarı 600 Rupı olarak belirlenmiş olan üst sınırı aşmışsa geri kalanını ödemektedirler.

Tüm işçiler ve bağımlıları kapsam altındadır. Sigorta kapsamında kişilere Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı kuruluşlarından alınan sağlık hizmetleri, hastalık durumunda nakdi fayda, analık faydası, sakatlık faydası, işçinin ölümü durumunda harcamalar ve dulluk faydası sunulmaktadır. Sigorta kapsamında sunulan sağlık hizmetleri koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir. Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı kendi hastahanelerine, dispanzelerine ve tıbbi personeline sahiptir. Hastalar ihtiyaç duydukları uzman tedavisini Çalışanlar İçin Eyalet Sigorta Programı kuruluşlarından sağlayamazlarsa uzman hastahanelere gitmekte ve harcamaları kuruluş tarafından kendilerine ödenmektedir (8:8).

Program 25 eyalet ve birlik topraklarında 677 merkezde 7,8 milyon işçiyi ve 25 milyondan fazla sigortalıyı kapsamaktadır. 2001 yılı itibariyle program 67 milyar Rupı bütçe fazlası vermiştir (8:9).

II.9.1.3. Kapsayıcı Sağlık Sigortası Programı

Hindistan hükümeti 2003 yılında Kapsayıcı Sağlık Sigortası Programı'nı (fakirler için gönüllü sağlık sigortası) yürürlüğe koymuştur. Bu standart bir Tıphakkı ürünüdür ve bir aile için yıllık 30.000 Rupı'ye kadar olan riskleri kapsamaktadır.

İlk uygulamaya geçildiğinde bireysel prim 365 Rupı, beş kişilik ailenin primi 548 Rupı, yedi kişilik ailenin primi 730 Rupı olarak düzenlenmiştir. Program yerli sigorta sektöründe tasarlanmıştır ve amacı toplumun fakir kesimlerini sigorta kapsamına almaktır (8:11).

Daha sonraları Kapsayıcı Sağlık Sigortası Programı toplumun fakir olmayan kesimini kapsayacak şekilde çarpıtılmıştır. Sonuçta ilk yılda yalnızca yoksulluk sınırı altında yaşayan 9.252 aile kapsanabilmiştir. Bu yüzden yoksulluk sınırının altındaki ailelerin program kapsamına alınmasına ve devletin bütçeden ayırdığı yardımın artırılmasına karar verilmiştir. 2004 yılında sadece yoksulluk sınırı altında yaşayan aileleri kapsayacak şekilde tasarlanmış ve devlet bütçesinden ayrılan yardımın yükseltildiği yeni bir Kapsayıcı Sağlık Sigortası Programı başlatılmıştır. Yeni programla kapsanmak isteyen ve yoksulluk sınırı altında yaşayan bir kişinin 165 Rupı, beş kişilik ailenin 248 Rupı ve yedi kişilik ailenin 330 Rupı ödemesi gerekmektedir (8:12).

II.9.2. Özel Sağlık Sigortası

II.9.2.1. Tıphakkı

Hindistan'daki özel sağlık sigortası Genel Sigorta Şirketi altında Tıphakkı (Mediclaım) adıyla birleştirilmiştir. Tıphakkı 1986 yılında yürürlüğe girmiştir ve yerli sigorta sektörü ile yabancı sigorta sektöründeki sigorta şirketleri tarafından gönüllü bir sağlık sigortası programı şeklinde sunulmaktadır.

Riske göre belirlenmiş primleri yatırabilen herkes programa katılabilmektedir. Primler yaşa, riske ve sunulan fayda paketine göre değişmektedir. 25 yaşın altındakiler için asgari prim 201 Rupı sunulan azami fayda ise 15.000 rupidir. Grup olarak sigorta kapsamına girildiğinde primlerde indirim yapılmaktadır. 2001 yılı itibarıyla 7,8 milyon kişi Tıphakkı kapsamındadır. Sigorta kapsamındakiler genelde orta ve yüksek gelirli kişiler ile özellikle Tıphakkı'na katılarak vergi indiriminden faydalanmak isteyen kişilerdir.

Standart Tıphakkı programı sadece hastahane de sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bir çok tıbbi durumda ödeme yapılmaktadır ancak önemli bazı durumlar kapsam dışında bırakılmıştır. Bu durumlar daha önce varolan hastalıklar, gebelik, doğum ve AIDS'dir. Ruhsatlı olan ve 15 yataktan daha fazla yatağa sahip olan hastahaneler sağlık hizmet sunucusu olarak belirlenebilmektedir (8:9).

Genel Sigorta Şirketi programı yönetmektedir. Bir tazminat programı altında hastalara hastahane ye yaptıkları ödemenin faturasını ve gerekli belgeleri şirkete sunması durumunda geri ödeme yapılmaktadır. Ortalama geri ödeme süresi 121 gün olarak tespit edilmiştir. Bu ödeme süresi ödemenin miktarına, hastanın tek seferde ödeme istemesine ve belgelerin eksik olması gibi durumlara göre değişmektedir (8:10)

II.9.2.2. Toplumsal Sağlık Sigortası

Toplumsal Sağlık Sigortası kayıt dışı sektörlerde çalışan kişileri kapsamayı amaçlayan, sağlık risklerinin bir araya toplanması üzerine şekillenmiş kâr amaçsız bir sigorta programı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım ortak sağlık örgütlerini, yerel sağlık sigortalarını ve küçük sağlık sigortalarını içermektedir.

Ülkede Toplumsal Sağlık Sigortası'nın üç türü vardır. Birinci tür devruden model olarak tanımlanan ve sigorta programınca kabul edilmiş hastahanelerin sunduğu sağlık sigortası ürünleridir. İkinci tür ortak model olarak tanımlanan, devlet dışı örgütlerce uygulanan ve sağlık hizmetlerini çeşitli sağlayıcılardan satın alan sigortadır. Son tür bağlantılı model olarak tanımlanan ve devlet dışı örgütlerin toplumdan topladıkları primlerle sigortayı başka bir sigorta şirketinden satın alınan ve sağlık hizmetlerinin sigortayı satan sigorta şirketinin sunucularından sağlandığı sigorta türüdür.

Toplumsal Sağlık Sigortası programlarının üye sayıları 1000 ile 2 milyon arasında değişebilmektedir. Bu programların birçoğu kırsal alanda işletilmekte ve kayıt dışı sektörlerde çalışanları kapsamaktadır.

Programa kayıt, genellikle üye örgütlerce mikro finansman gruplarınca, kooperatiflerce ve ticari birliklerce kolaylaştırılmaktadır. Prim oranları kişi başına yıllık 20 Rupı ile 60 Rupı arasında değişmektedir (8:12).

Sadece üç program 100 Rupı'den daha fazla prim almaktadır. Programların birçoğu bireysel ve gönüllülük esasına dayanmaktadır. Toplumsal Sağlık Sigortası programlarının 22'si fayda paketi içinde hastahane verileri sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu faydalar standart Tıphakkı faydalarından, çok kapsamlı olan ve hiç bir hastalığı kapsam dışında bırakmayan faydalara kadar değişebilmektedir. Bir çok devlet dışı örgüt kendi programını kendi topluluğu içinde başarılı bir şekilde yürütmektedir. Bazı programlar ülkede bulunan 1000 sigortalıdan 6'sını kapsarken, bazı programlar 1000 sigortalıdan 240'ını kapsamaktadır.

Birçok Toplumsal Sağlık Sigortası devlet dışı örgütlerce yürürlüğe konmuştur ve bu örgütlerce yönetilmektedir. Programların birçoğu yönetsel faaliyetler olan primlerin toplanması, faydaların ödenme sürecinin belirlenmesi, prim oranları ve fayda paketlerinin belirlenmesi gibi faaliyetlere toplulukların üyelerini de dahil etmektedir (8:13).

III. HİNDİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 2: Hindistan Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	HİNDİSTAN	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	1.087,124	72,220
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	1,7	1,6
Kişi başına toplam sağlık harcaması (ABD \$) (2003)	82	528
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	4,8	7,6
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	24,8	71,6
Devletin sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesine oranı (%) (2003)	3,9	13,9
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	4,2	54,6
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	75,2	28,4
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	62	71
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	85	32

Kaynak: (20) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 170,174,175,180,181,184,185,187,189.

Hindistan'da büyük bir özel sağlık sektörünün yanında nispeten küçük bir kamu sağlık sektörü yer almaktadır. Özel sektör bireysel ve kurumsal sağlık hizmetlerini ve özel sigortaları içerirken, kamu sağlık sektörü başta merkezi hükümet düzeyinde Sağlık Ve Aile Refahı Bakanlığı olmak üzere, eyalet yönetimlerindeki Sağlık Ve Aile Refahı bölümleri ve bazı bakanlıklar ile sosyal sigorta kuruluşlarından oluşmaktadır. Hindistan sağlık sisteminin en büyük özelliği beş yüz binden fazla yetkili geleneksel tıp sistemi uygulayıcılarının çoğunlukla özel sektörde olmak üzere kamu sektöründe de verdikleri hizmetin sistem içinde yer almış olmasıdır.

Türkiye'de kamu sağlık sektörü içinde Sağlık Bakanlığı en önemli rolü oynamaktadır. Bunun yanında Milli Savunma Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurumu (eğitim ve hizmet sunumu olarak) kamu sağlık sektörü içinde yer almaktadır. Türkiye'de özel sağlık sektörü kamu sağlık sektörüne nazaran çok daha küçük bir öneme sahiptir.

Hindistan'da sağlık hizmetleri arzının finansmanında özel sektör kamu sektörüne nazaran daha önemlidir. Sağlık hizmetleri arzının finansmanının yaklaşık dörtte üçü özel kaynaklarla yapılmaktadır. Kamu sektörü ise sağlık hizmetleri arzının dörtte birini finanse etmekte ve en büyük katkıyı da eyalet hükümetleri yapmaktadır. Kamu finansmanının temel gelir kaynakları ise genel vergiler ile diğer bütçe gelirleridir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının finansmanında kamu kuruluşları ağırlıktadır.

Ancak kamu kuruluşlarının yanında özel sektör de son yıllarda uygulanan sağlık politikaları sonucu sağlık hizmetleri arzının finansmanında özellikle de kentsel alanlarda artan bir öneme sahip olmuştur.

Hindistan'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanında özel harcamalar ağırlıktadır. Bu özel harcamaların çok büyük bir kısmı doğrudan kişisel ödemelerdir, küçük bir kısmı ise sigorta primleri gibi dolaylı kişisel ödemelerle gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlerin sunduğu ücretsiz sağlık hizmetlerinin maliyetinin karşılanması şeklinde kamu sektörü de rol oynamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri talebinin finansmanında kamu kaynakları, sağlık güvencesi kuruluşlarının harcamaları ve kişisel ödemeler ağırlıklı olarak yer almaktadır. Türkiye'de de devletin sağlık harcamaları genel vergiler aracılığıyla oluşturulan bütçeden gelmektedir. Başlıca kamu finansman aracı olan Sağlık Bakanlığı'na Maliye Bakanlığı tarafından aktarılan kaynak Bakanlık tarafından kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır. Türkiye'de sağlık harcamaları içinde sosyal sağlık güvencesi kaynaklarının payı daha yüksektir. Özel harcamaların üçte ikisi bu kuruluşların primleri aracılığıyla kişisel dolaylı ödeme şeklinde yapılırken, üçte biri kişisel doğrudan ödeme şeklinde olmaktadır.

Hindistan'da birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda kentsel alanlarda özel sektör daha büyük ağırlığa sahipken, kırsal alanlarda kamu sektörüne ait Alt Merkezler, Birincil Sağlık Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri daha büyük öneme sahiptir. Çok düzensiz olan özel sektörün birincil sağlık hizmetleri genellikle tek bir doktora ait olan bir dispanserde ayakta tedavi şeklinde olmakla birlikte, resmen kabul edilen geleneksel tıp uygulayıcılarının gerek kamu sektöründe gerek özel sektörde yaptıkları bireysel ve kurumsal uygulamalar ile her hangi bir yetkisi olmayan kişilerin özellikle kırsal alanlarda yaptıkları uygulamaları da içermektedir.

Türkiye'de birincil sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi sağlık kuruluşları önemli rol oynamaktadırlar. Daha önce hastahanelerde kurulu olan döner sermaye işletmeleri birincil sağlık kuruluşlarında da kurulmuş olup, birincil sağlık hizmetleri arzının finansmanında kamu bütçesinin payı azalmakta ve özel sektörün payı artmaktadır. Hizmet talebinde de azalan kamu bütçe payının ağırlığı azalmış ve sosyal sigorta kuruluşlarına devredilmiştir. Özel sektör muayenehane ve laboratuvarlarının hizmet arzında büyük bir payı vardır.

Hindistan'da ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda da özel sektörün baskınlığı söz konusudur. İkincil sağlık hizmetleri kamu Toplum Sağlığı Merkezleri, Bölge Hastahaneleri, kırsal hastahaneler ve genel hastahaneler ile özel sektör hastahaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Üçüncül sağlık hizmetleri alanında ise kamuya ve özel sektöre ait tıbbi kolejlerin hastahaneleri faaliyet göstermektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastahaneler ağırlıklı olarak ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynamaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastahanelerinde üçüncül sağlık hizmetleri verilmektedir.

Genel olarak üçüncül sağlık hizmetleri ise Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı üniversitelerin tıp fakültelerinin hastahanelerinde verilmektedir. Tüm hastahanelerde yoğun olarak birincil sağlık hizmetleri de verilmektedir. Ayrıca özel sektör de ağırlıklı olarak birincil, daha az ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık güvencesi örgütleri hizmet sunumu yapmazken, Hindistan’da İşçiler İçin Eyalet Sigortası Programı kendi birincil ve ikinci sağlık kuruluşları aracılığıyla üyelerine sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Hindistan’da sağlık insan gücü içerisinde birincil sağlık hizmetine yönelik sağlık profesyonellerinin yanında büyük miktarda alopantik doktorlar gibi, geleneksel tıp uygulayıcısı yer alırken, Türkiye’de geleneksel tıp uygulayıcıları gibi uygulamalar yasaklanmış durumdadır.

Tüm bu özellikler göz önüne alındığında Hindistan’da sağlık hizmetleri arzında ve talebinde kamu sektörünün de kısmen etkili olduğu Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemi yürürlüktedir. Türkiye’de ise özel sektörün daha küçük bir rol oynadığı Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi” yürürlüktedir.

A. ERDAL

SAGLIK SİSTEMİNİN

KAYNAKLAR

1. Gupta A., Bollinger R. C.. (2006) Combating HIV/AIDS in India: Public-Private Partnerships are Necessary for Success, Division of Infectious Diseases, Johns Hopsins University School of Medicine, Baltimore, Maryland.
<http://scid.stanford.edu/pdf/SCID309.pdf>
2. Bajpai N. Goyal S. (2004) Primary Health Care in India: Coverage and Quality Issues, Working Papers Series Center on Globalization and Sustainable Development, The Earth Institute at Columbia University.
http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/bajpai_primaryhealth.pdf
3. Datar A., Mukherji A., Sood N. (2007) Health Infrastructure & Immunization Coverage in Rural India, Indian J. Med. Res 125, January 2007 s:31-42.
http://www.rand.org/pubs/working_papers/2005/RAND_WR294.pdf
4. Gupta M. , Rani M. (2004) India's Public Health System How Well Does It Function at the National Level? World Bank Policy Research Working Paper, World Bank.
http://www.lachealthsys.org/documents/fesp/ephf_india.pdf
5. Ülkeler Tarihi: Hindistan
<http://www.tarihsayfam.com/ulkeler-tarihi/hindistan.html>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. WHO (2004) Country Health Profile India, WHO Regional Office for South-East Asia
http://www.searo.who.int/LinkFiles/India_india.pdf
7. WHO (2006) WHO Country Cooperation Strategy 2006-2011 India, WHO Regional Office for South-East Asia.
http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_india_2006_2011_en.pdf
8. Devadasan N. (ed) (2006) Planning and Implementing Health Insurance Programmes in India An Operational Guide, Institute of Public Health, Bangalore India & WHO India
http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Insurance_Operational_Guide.pdf
9. Gangolli L., Duggal R., Shukla A. (2005) Review of Healthcare In India Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Centre for Enquiry into Health and Allied Themes, Research Centre of Anusandhan Trust.
<http://www.cehat.org/publications/PDF%20files/r52.pdf>
10. WHO (2006) World Health Survey 2003 India, Health System Performance Assessment, WHO Regional Office for South-East Asia.
http://www.whoindia.org/LinkFiles/WHS-India_Health_System_Performance_Assessment_Book.pdf

11. WHO (2007) Health Workforce In India, Not Enough Here... Too Many There...World Health Organization Country Office for India.
http://www.whoindia.org/LinkFiles/Human_Resources_Health_Workforce_in_India_-_Apr07.pdf
12. MOHWF (2005) National Health Accounts India 2001-2002, Ministry of Health and Family Welfare Government of India
http://www.whoindia.org/LinkFiles/NHA_India_NHA_2001-02.pdf
13. MOHWF (2005) Financing of Health Financing and Delivery of Health Care Services in India, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi
http://www.whoindia.org/LinkFiles/Commision_on_Macroeconomic_and_Health_Financing_of_Health_in_India.pdf
14. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Hindistan Maddesi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:11
15. Satpathy S.K., Venkatesh S. (2006) Human Resources for Health in India's National Rural Health Mission: Dimension and Challenges, World Health Organization, Regional Health Forum – Volume 10.
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Regional_Health_Forum_Volume_10_No_1_03-Human_Resources_for_Health_in_Indias_National.pdf
16. HSPH (2002) Evaluation of Health Management Information System in India, Need for Computerized Databases in H.MIS. Harvard School of Public Health
<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/rp176.PDF>
17. MOHWF (2005) Report of the National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare Government of India
http://www.whoindia.org/LinkFiles/Commision_on_Macroeconomic_and_Health_01-Report_of_the_National_Commission.pdf
18. PCGOI (2005) Annual Plan 2005-2006, Planning Commission Government of India, New Delhi
http://planningcommission.nic.in/plans/annualplan/ap0506/ap0506_eng.pdf
19. MOHWF (2005) Health Insurance Financing and Delivery Health Care Services in India, Ministry of Health and Family Welfare
http://www.whoindia.org/LinkFiles/Commision_on_Macroeconomic_and_Health_Health_insurance_in_India.pdf
20. WHO (2006) World Health Report 2006, Working Together for Health World Health Organization.
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

A. ERDAL SARGUTAN