

# KENYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ  
Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Serkan KESKİN  
Safinaz GÜZEL  
Avni GÖRGÜLÜ  
Ayşe YILMAZ  
Kenan GÖZLÜ

ANKARA, 2005

A. ERDAL SARGUTAN

**KENYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1598
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1599
I.1. Tarihçe	1599
I.2. Coğrafi Yapı Ve İklim	1600
I.3. Ulaşım	1600
I.4. Nüfus	1600
I.5. Ekonomi	1601
I.6. Eğitim	1601
<b>II. KENYA SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1602
II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	1602
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	1602
II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri	1603
II.2.1.1. Sağlık Bakanlığı	1603
II.2.1.2. Yerel Yönetimler	1603
II.2.1.3. Yarı Resmi Kamu Kuruluşları	1604
II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler	1606
II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Örgütleri	1606
II.2.2.1.1. Ulusal Hastahane Sigortası Fonu	1606
II.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları	1607
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1607
II.3.1. Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	1608
II.3.1.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri	1608
II.3.1.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1610
II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri	1613
II.3.3. Geleneksel / Bitkisel Tıp	1613
II.4. Sağlık İnsangücü	1614
II.5. İlaç Sektörü	1615
II.6. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları	1617
II.6.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	1618
II.6.2. Finansal Kaynak Dağıtımı	1619
II.6.2.1. Kamu Sağlık Hizmetlerine Yapılan Ödemeler	1619
II.6.2.2. Özel Sektör Tarafından Finansman	1619
II.6.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları	1619
II.7. HIV/AIDS	1620
II.8. Reformlar Ve Bugünkü Sağlık Durumu	1622
<b>III. KENYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1624
<b>KAYNAKLAR</b>	1626

## ÖZETİ

Kenya'daki sağlık hizmetlerinin ana sunucusu Sağlık Bakanlığı'dır ve ülkedeki tüm sağlık kuruluşlarının %52'si Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Geriye kalan %48'lik kısmı özel sektöre, misyon kuruluşlarına, ve yerel idarelere bağlı sağlık kuruluşları oluşturmaktadır.

Kamu sektörü toplam sağlık merkezlerinin yaklaşık %79'unu, alt sağlık merkezlerinin %92'sini ve dispanserlerin %60'ını idare etmektedir. Kamuya ait olmayan kuruluşlar sağlık klinikleri, hemşire ve doğum evlerinin %94'ünü ve tıp merkezlerinin %86'sının yönetmektedir.

Kenya'daki sağlık birimleri piramidinin tabanını dispanserler ve sağlık klinikleri, orta kısmını sağlık merkezleri, bölge ve il hastahaneleri ve genel hastahaneler oluştururken, tepe noktasını Ulusal Kenyatta Hastahanesi ve son zamanlarda hizmete giren Eldoret'teki Moi Danışma Hastahanesi oluşturmaktadır.

HIV/AIDS ülke çapında yaygın olup ülkenin bağımsızlık sonrasında karşı karşıya kaldığı en önemli sağlık sorunudur. Hastalığın kontrol altına alınmasına yönelik olarak devlet ve uluslararası yardım kuruluşları tarafından çeşitli programlar yürütülmektedir.

Kenya GSMH'sinin yaklaşık %5 - 6'sını sağlık hizmetlerine harcamaktadır. Kişi başına sağlık harcaması yaklaşık 20 US\$'dır. Bu miktar Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği 34 US\$ ile karşılaştırıldığında oldukça düşük görünmektedir.

Sağlık hizmetleri talebine yapılan toplam harcamaların yaklaşık %55'i doğrudan kişisel (cepten) ödemeler oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti arzi harcamalarına devletin katılımı %25 civarında olup, özel sektör %75'lik bir paya sahiptir.

Kenya'da geleneksel tıp uygulamaları sağlık sistemi içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle birincil sağlık hizmetleri kullanımında sıkça başvuru geleneksel tıbbın bazı uygulamaları devlet tarafından sağlık sistemine dahil edilmeye çalışılmaktadır.

Kenya'da sağlık hizmeti arzı alanında yapılan harcamaların %50'sinden fazlasını sağlık insangücüne yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık insangücü kaynaklarının çok iyi yönetilmesi ve sağlık insangücünün yurt dışına göçünün engellenerek sağlık hizmeti sunumunun geliştirilebilmesine çalışılmaktadır.

Kenya sağlık sistemi Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemi grubu içerisinde yer almaktadır.

# KENYA SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Kenya Cumhuriyeti
BAŞKENTİ	: Nairobi
DİĞER ŞEHİRLERİ	: Mombasa, Kisumu, Nakuru
NÜFUSU	: 33.829.590
YÜZÖLÇÜMÜ	: 582,646 km <sup>2</sup>
PARA BİRİMİ	: Kenya Shilingi (13/3)

### I.1. Tarihçe

20 Milyon yıl öncesinde, protohumanların Doğu Afrika'ya geldiğini gösteren fosiller bulunmuştur. Kenya'daki Turkana Gölü'nde, bu bölgede 2,6 milyon yıl önce hominoidlerin yaşadığını gösteren kalıntılar vardır.

M.Ö. 2000 yılları civarında, Kuzey Afrika'dan insanların, Bugünkü Kenya olarak bilinen bölgeye göç ettikleri bilinmektedir. M.S. I. Yüzyılda Arap tüccarlar Kenya kıyısına sık sık uğramışlardır. M.S. VIII. Yüzyılda Kenya kıyılarında Arap ve Persler yerleşmeye başlamışlardır. M.S. X. Yüzyılda bölgeye göç eden Nilotik ve Bantu halkı, bugünkü Kenya nüfusunun yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır (13/2).

Sömürgecilik öncesinde, Kenya'nın belgelere dayalı en eski tarihi, Güney Arabistan'la ticari ilişkileri yüzyıllarca önceye dayanan kıyı şeridiyle sınırlıdır. 18. yüzyıl ortalarında kuzeyden gelerek Kenya'nın iç kesimlerine ulaştıkları sanılan Masailer'in güney yönünde ilerleyişini yaklaşık 1830'larda Tanganika'daki (bugün Tanzanya) Heheler durdurdu. 19. yüzyıl sonlarına gelindiğinde Kikuyu yayılması kuzey ve güneyde Masai topraklarına, batıda da Aberdare Dağlarının yukarı yamaçlarına ulaşmıştı. 1890'larda ortaya çıkan kıtlık ve çiçek salgını Kikuyular'ın daha kuzeye çekilmesine yol açarken, benzer güçlüklerle karşılaşan Masailer de askeri ve siyasal bakımdan gerileme sürecine girdiler. Böylece Kenya, bölgeye ayak basan Avrupalıların nüfuzu altına kolayca girdi.

Zengibar Sultanının hak iddialarının dar bir kıyı şeridiyle sınırlanmasının ardından bölge İngiliz ve Alman nüfuz alanlarına ayrıldı. Uмба Irmağının ağzından başlayarak Kilimanjaro Dağının yukarisından geçen ve 1' güney enleminin Victoria Gölünün doğu kıyılarını kestiği noktaya kadar uzanan nüfuz alanı sınırının kuzeyindeki topraklar İngilizlerin elinde kaldı. 1920'de protektora yönetimine son vererek, İngiltere'ye bağlı bir sömürgeye dönüştürüldü.

Ekim 1952'de olağanüstü hal ilanına yol açan Mau Mau Ayaklanması gerçekleşti. Ayaklanma dolaylı ve dolaysız birçok değişikliğe yol açtı. 1960'ta Kenya Afrika Ulusal Birliği (KANU) ile Kenya Afrika Demokratik Birliği (KADU) siyasi partileri kuruldu. 1963 seçimleriyle Kenyatta'nın başbakanlığı altında KANU tek başına iktidara geldi. Aynı yıl Aralık ayında, Londra'da sürdürülen görüşmelerin sonunda Kenya tam bağımsızlığını kazandı (10/200,201).

## 1.2. Coğrafi Yapı Ve İklim

Kenya karşıt özellikler gösteren beş coğrafi bölgeye ayrılır: Victoria Gölü Havzası, Doğu Afrika Rift Vadisi ve bu sisteme bağlı dağlık alanlar, Doğu Platosu, kuzeydeki kurak ve yarı kurak yöreler, Kıyı Bölgesi.

Ülkenin güneybatısını Kenya, Uganda ve Tanzanya'nın aralarında paylaştıkları Victoria Gölünü çevreleyen havza kaplar. Doğuda Mau Kayalıklarına doğru uzanan havza bölgesi yüksekliği 900-1.200 m arasında değişen düz bir plato görünümündedir.

İç kesimde Kuzey-Güney doğrultusunda ülkeyi boydan boya geçen Doğu Afrika Rift Vadisi, batıdaki Mau Kayalıkları ile doğudaki Aberdare Dağlarını birbirinden ayırır. Rift Vadisinin Doğusunda yer alan ortalama 3.000 m. yüksekliğindeki Aberdare Dağları, Nairobi yakınlarındaki Ngong Tepelerinden başlayarak kuzeydeki Laikipia Platosunda sona erer. Ülkenin en yüksek noktası olan, dorukları karla kaplı Kenya Dağı (5.199 m) buradadır.

Nyika Ovası kuzey ve kuzeydoğuda kuraklığın giderek arttığı bir bölgeyle birleşir. Turkana Gölünün doğu kıyısını izleyen dar şerit, tavan bir çöl görünümü taşır. Magadi Gölünün çevresi bir başka kurak yöreyi oluşturur.

Kıyı Bölgesi, Hint Okyanusu boyunca yaklaşık 400 km uzanan ovaları kapsar. Güneydeki 15 km'lik dar bir şerit biçiminde başlayan bu ovalar kuzeye doğru açılarak Somali sınırı boyunca yayılan Tana Düzüklerinde 160 km genişliğe ulaşır.

Mevsimlik iklim düzenlerini Hint Okyanusunun batı kesimleri ve komşu kara kütleleri üzerindeki basınç sistemleri belirler. Aralık-Mart arasındaki dönemde Ekvator'un kuzeyinde kalan bölgede kuzeydoğu rüzgarları, güneyinde kalan bölgede ise güney ve doğu rüzgarları eser. Bu rüzgarlar genellikle kuru hava kütleleri taşır. Nisandan Hazirana değin süren yağış mevsiminde her iki yağış mevsiminde her iki bölgede de doğudan gelen hava kütleleri ağır basar. Pek az yağışın düştüğü Haziran-Ağustos arasında kapalı ve soğuk bir hava görülür; bu dönemde güneyde güneydoğu rüzgarları, kuzeyde ise güneybatı rüzgarları egemen hale gelir. Bir geçiş dönemi oluşturan Ekim-Aralık arası ise kısa süreli yağışlarla belirlenir (10/198,199).

## 1.3. Ulaşım

Kenya'nın yaygın bir ulaşım ağı sistemi vardır. Nüfusça kalabalık bütün yörelerden geçen karayollarını kurak kesimlere de uzatmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Nairobi'yi Etiyopya'nın başkenti Addis Ababa'ya bağlayan karayolu 1977'de tamamlanmıştır. Ülkenin başlıca limanı Mombasa'dan Kenya'nın yanı sıra Uganda ve Kuzey Tanzanya'nın da bütün ihracat ve ithalatı yürütülür. Demiryolları devletçe işletilir. Mombasa'dan başlayan demiryolu hattı Nairobi'den geçerek Uganda sınırına kadar uzanır. Ayrıca önemli merkezlerle bağlantılı ikincil hatlar da vardır. Nairobi ve Mombasa havalimanları uluslar arası seferlere de açıktır (10/200).

#### I.4. Nüfus

Kenya, en kalabalık nüfuslu Siyah Afrika ülkelerinden biridir. Kenya nüfusunun büyük çoğunluğunu oluşturan siyahlar, dil ve kültür özelliklerine göre birbirinden ayırt edilen 30-40 dolayında farklı etnik topluluğu kapsar. Bantu, Nil ve Kuşi dil öbeklerine bağlı değişik dilleri konuşan bu toplulukların en büyükleri Kikuyular, Luhyalar, Luolar, Kambalar, Kalenciler ve Masailerdir. Resmi diller Svahili ve İngilizce'dir. Kıyı kentlerde yaşayan Hintliler, Avrupalılar ve Araplar küçük azınlık gruplarını oluşturur. Toplam nüfusun yaklaşık dörtte üçü Hristiyan'dır. Her ikisi de dörtte birin üzerinde bir orana ulaşan Katoliklerin ve Protestanların dışında çeşitli Afrika kiliselerine bağlı topluluklar da vardır. Animizme dayalı kabile dinlerine inananların oranı beşte biri bulur. Nüfusun geri kalan kesimi Müslüman ve Hindu'dur. Nüfus yoğunluğu özellikle Victoria Gölü çevresi, iç kesim ve Hint Okyanusu kıyısında yüksektir. Toplam nüfusun (1997) yaklaşık yüzde 75'i kırsal kesimde yaşar. Kırsal yerleşme dokusu dağınık yapıdadır. Kenya'nın çok genç bir nüfusu vardır; toplam nüfus içinde 29 yaşın altındaki grubun oranı dörtte üçü geçer (10/199).

#### I.5. Ekonomi

Kenya'da büyük ölçüde tarıma dayanan, gelişme yolunda bir piyasa ekonomisi yürürlüktedir. Bağımsızlık sonrasında, ekonomik büyüme hızı bakımından Afrika düzeyinde en yüksek oranlardan birine ulaşan Kenya, nüfus artışının yarattığı baskı nedeniyle yeterli iş olanağı ve sosyal hizmet sağlayacak bir ekonomik kapasite yaratmada güçlük çekmiştir. Önemli bir sorun oluşturan işsizliğin yanı sıra kamu harcamalarındaki hızlı genişlemeyle bağlantılı olarak enflasyon oranı da yükselmektedir. 1999 verilerine göre ülke gayri safi milli hasılası (GSMH) yaklaşık 10,6 milyar ABD Doları, kişi başına düşen milli gelir ise 360 ABD Doları'dır.

Gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) içindeki payı dörtte birine yaklaşan tarım sektöründe toplam insangücünün yaklaşık beşte dördü çalışır. Ekime elverişli alanlar ülke topraklarının ancak yüzde 4'ünü oluşturur. Tarımsal üretimin yarısından fazlası yerel tüketime dönüktür. Temel ürünlerin başında mısır, baklagiller, mısır, muz ve patates gelir. Kahve ve çay en önemli ihracat kalemleridir. Besi hayvancılığı ve mandracılık da ekonomiye önemli katkıda bulunur.

Kenya Doğu Afrika'nın sanayisi en gelişmiş ülkeleri arasında yer alır. Başlıca sanayi ürünleri çeşitli gıda maddeleri, içecekler, tütün, dokuma, monte edilmiş taşıtlar, çimento ve petrol ürünleridir. Sanayi yatırımlarının yarısına yakını yabancı sermayeye dayanmaktadır (10/199,200).

#### I.6. Eğitim

Kenya'da, zorunlu olmayan eğitim sistemi üç derecelidir. Sekiz yıllık ilköğrenimi beş yıllık ortaöğrenim izler. Sınavla girilen ortaöğretim kurumlarının ders programlarında teknik ve mesleki konulara ağırlık verilir. Özel okullar devletten geniş çaplı destek görür. Üniversitelerin yükseköğretim programı süresi 3-5 yıl arasında değişir. Nairobi Üniversitesi (1956) ülkenin en önemli yükseköğretim kurumudur (10/200).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Kenya sağlık sistemi'nin tarihsel gelişimi, ülkedeki koloni öncesi döneme uzanmaktadır. 1890'larda, Kenya'da misyon istasyonlarının (dini amaçlı, devlete ait olmayan örgütler) kurulması ve İngiliz Kraliyeti Doğu Afrika Bölüğü'nün 1888'de ülkeye gelmesiyle, Kenya batı tıbbıyla tanışmıştır.

Doğu Afrika'da 1898 ve 1903 yılları arasında Kilise Misyoner Cemiyeti, Scotland Misyon Kilisesi ve Katolik Misyoner Kutsal Ruh Pederleri Doğu Afrika'da çalışmalarına başladılar. Buna paralel olarak Scotland Kilisesi, 1898 yılında, Kikuyu'da tıbbi yardım sağlayan bir istasyon kurdu.

1901 yılında, merkezi yönetime bağlı olarak bir tıbbi birim kuruldu. Bu, devlet tarafından desteklenen ve denetlenen, koloniye ait tıbbi örgütlenmeye doğru atılan ilk adımdır. 1903 yılında tıbbi idarelerden, öncelikle Avrupa'lı vatandaşların sağlığının korunması, daha sonra Afrikalı ve Asyalı insangücünün çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve üçüncü olarak, tropikal ülkelere ait hastalıkların yayılmasının önlenmesi istendi.

1950 yılında Makerere Üniversite Koleji'nin tıp eğitimine başlaması, Doğu Afrika'da tıbbi eğitimin gelişmesi açısından büyük bir adımdır. 1967'de Doğu Afrika Üniversitesi, Nairobi'de Üniversite Koleji'nde bir tıp fakültesi kurdu ve burası 1970 yılında Nairobi Üniversitesi adını aldı. Bağımsızlığın ilan edilmesinin ardından, devlet, bağımsızlık dönemindeki ana sosyal amacı olan yoksulluğun, eğitimsizliğin ve hastalıkların ortadan kaldırılması yönünde, sağlık kuruluşlarının sayısını artırmaya devam etti. Bağımsızlığın hemen öncesinde, 1964 yılında, tıbbi hizmetlere ödenen kullanıcı ücretleri kaldırıldı ve ayakta bakım hizmetiyle tüm çocukların ülkedeki kamu hastahanelerindeki yataklı tedavi hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaya başlandı. Buna bağlı olarak kamu sağlık hizmeti kuruluşları ve tıbbi personel sayısında hızlı bir artış gerçekleşti. Bu alanda en büyük artış bağımsızlıktan sonraki ilk 20 yıl içinde gerçekleşmiştir.

Bağımsızlık döneminde (1965), Kenya'da üç farklı yapıdan oluşan bir sağlık hizmeti sistemi bulunmaktaydı. Bu sistem il, bölge ve ulusal düzeylerde sağlık hizmeti sunan devletten; illerin daha alt düzeylerinde sağlık hizmeti sunan misyon kuruluşlarından ve kırsal kesimde sağlık hizmeti sunan yerel yönetimlerden oluşmaktaydı. Bu sistem, devletin koruyucu, geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde odak noktayı sağlık merkezlerinin teşkil ettiği, kapsayıcı kırsal kesim sağlık hizmetleri sistemini kurduğu 1970 yılına kadar devam etmiştir. Günümüzde, devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin yanında misyonerler ve kamuya ait olmayan örgütler tarafından sunulan sağlık hizmetlerine, dispanserlerden hastahane hizmetlerine kadar her alanda sağlık hizmeti sunulmaktadır (7/23,24).

### II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Kenya'da Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ana sunucusudur.



Ülkede bulunan 4.500'ün üzerindeki sağlık kuruluşunun yaklaşık %52'si Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilirken, geriye kalan %48'lik kısmı özel sektör, misyoner örgütler ve yerel yönetimler tarafından yönetilmektedir (5/X).

Kenya'daki sağlık hizmeti kuruluşları, özelliklerine göre şu şekilde gruplandırılabilir:

- Hastahaneler,
- Hemşirelik / Doğum Evleri (çoğunlukla özel sektöre aittir),
- Sağlık Merkezleri (kırsal kesim sağlık eğitim merkezleri ve uygulama sağlık merkezleri ile alt-sağlık merkezlerini de kapsamaktadır),
- Dispanserler (tıp merkezlerini ve sağlık kliniklerini de kapsamaktadır).

Bu kuruluşlar, hastahane sahiplerine göre de kamuya ait, özel ve misyonerlere ait hastahaneler olmak üzere tekrar sınıflandırılabilir (5/10).

Kamu tarafından yönetilen sağlık birimleri piramit bir yapıda olup, Kenyatta Ulusal Hastahanesi (Nairobi) ve Moi Eğitim Ve Danışma Hastahanesi (Eldoret) bu piramidin zirvesini oluştururken, bunları bölge ve il hastahaneleri takip etmekte, tabanı sağlık merkezleri ve dispanserler oluşturmaktadır (7/24).

## II.2.1. Kamu Sağlık Örgütleri

### II.2.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, ülkedeki sağlık hizmetlerinin ana sunucudur ve görevleri şu ana başlıklarda toplanabilir:

- Ulusal sağlık politikasının belirlenmesi ve uygulanması,
- Ulusal sağlık gelişim planlarının hazırlanması ve uygulanması,
- Merkezi sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetilmesi,
- Sağlıkla ilgili kanunların ve düzenlemelerin hazırlanması,
- Sağlık personeli ve yardımcı personelin eğitimi,
- Tıbbi bilimlerin desteklenmesi, tıp ve sağlık standartlarının korunması
- Devletin diğer organları ve devlete ait olmayan kuruluşlarla ilişkilerin kurulması (7/24-25).

1994 Sağlık Politikası Temelleri (SPT) ve Ulusal Sağlık Sektörü Stratejik Planı (USSSP) 1999-2004, Sağlık Bakanlığı'nın vizyonunun ve gündeminin belirlenmesine kaynak teşkil etmektedir. Bu temellere göre Sağlık Bakanlığı'nın vizyonu, tüm Kenyalıların parasal olarak gücünün yeteceği, ulaşabileceği ve kabul edilebilir bir kalitede sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için yeterli şartların oluşturulması ve hastalıkların önlenebilmesi için toplumun sağlıkla ilgili konuları anlamasının sağlanmasıdır (3/3,4).

### II.2.1.2. Yerel Yönetimler

Bölge düzeyinde Sağlık Bölge Tıbbi Yöneticisi ve Bölge Sağlık Yönetimi Ekibi, sağlık hizmetleri sisteminin merkezi konumundaki Sağlık Bakanlığı ile iller arasında güçlü bir aracı olarak görev alır ve sağlık politikalarının uygulanmasını denetler. Kalite standartlarının korunması, koordinasyon, düzenleme ve kamu ve özel sektör tarafından yürütülen tüm sağlık hizmetlerinin kontrol edilmesi görevlerini yürütür.

Bölge Tıbbi Yöneticileri, bölgelerinde bulunan İl Sağlık Yönetim Kurulları'nın ofis dışı üyeleridir. İl Sağlık Yönetim Kurulu'nun tüm toplantılarının ve Kurul tarafından ilde uygulanan tüm uzun dönemli planların bir kopyasını alır. İl Sağlık Yönetim Kurulu, Sağlık Bölge Tıbbi Yöneticilerini, ilde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında karşılaşılabilecek her türlü sorundan haberdar eder.

İl düzeyinde, İl Sağlık Yönetim Kurulu sağlık sektörü ile ilgili tüm çalışmalarını denetler ve görevleri maliyet paylaşım fonunun yönetimi ile sınırlı değildir. 1992'de Halk Sağlığı Kanunu ile kurulan İl Sağlık Yönetim Kurulu'nun başlıca görevleri şunlardır:

- Sağlık planlaması sürecinde toplum ihtiyaçlarını ortaya koymak
- Maliyet paylaşımı ve harcama yapma yetkisinin gereklerini gözden geçirmek, uygulamak ve yönlendirmek, ayrıca mevcut ve kalkınma bütçelerini tahmin etmek
- Kenya hükümetine ait olan ve olmayan sağlık programlarının koordinasyonu ve takibi için İl Sağlık Yönetim Ekibi, Hastahane Yönetim Ekibi ve Sağlık Merkezleri Yönetim Ekibi ile birlikte çalışmak
- Uygulamada karşılaşılan sorunları belirlemek ve çözüm yolları geliştirmek
- Maliyet paylaşımını desteklemek ve toplumu sağlık konusunda bilinçlendirmek
- Bölge Tıbbi Yöneticileri aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'na sağlık politikası ile ilgili tavsiyelerde bulunmak.

İllerde sunulan sağlık hizmetlerinden etkilenen kuruluşların yer aldığı Taraflar Forumu, programlar konusunda ilde sektörler arası işbirliğini artırmanın bir yolu konumundadır. Taraflar Forumu, Bakanlığa ve diğer katılımcılara, birlikte toplumun sağlık düzeyinin artırılması yönünde uygulayacakları ortak programlar geliştirebilmeleri için samimi, açık ve şeffaf bir iletişim ortamı sağlamaktadır.

İl Sağlık Yönetim Kurulu / İl Sağlık Yönetim Ekibi, Sağlık Bakanlığı ve diğer birimler arasındaki idare, planlama ve harcama yapma yetkisi bağlantıları Şema 1'de görülmektedir.

İdare ve planlama konusunda bağlantı İl Sağlık Yönetim Kurulu / İl Sağlık Yönetim Ekibi'nden Bölge Sağlık Tıbbi Yöneticilerine doğru devam etmekte, oradan da merkezdeki Sağlık Bakanlığı'na aktarılmaktadır.

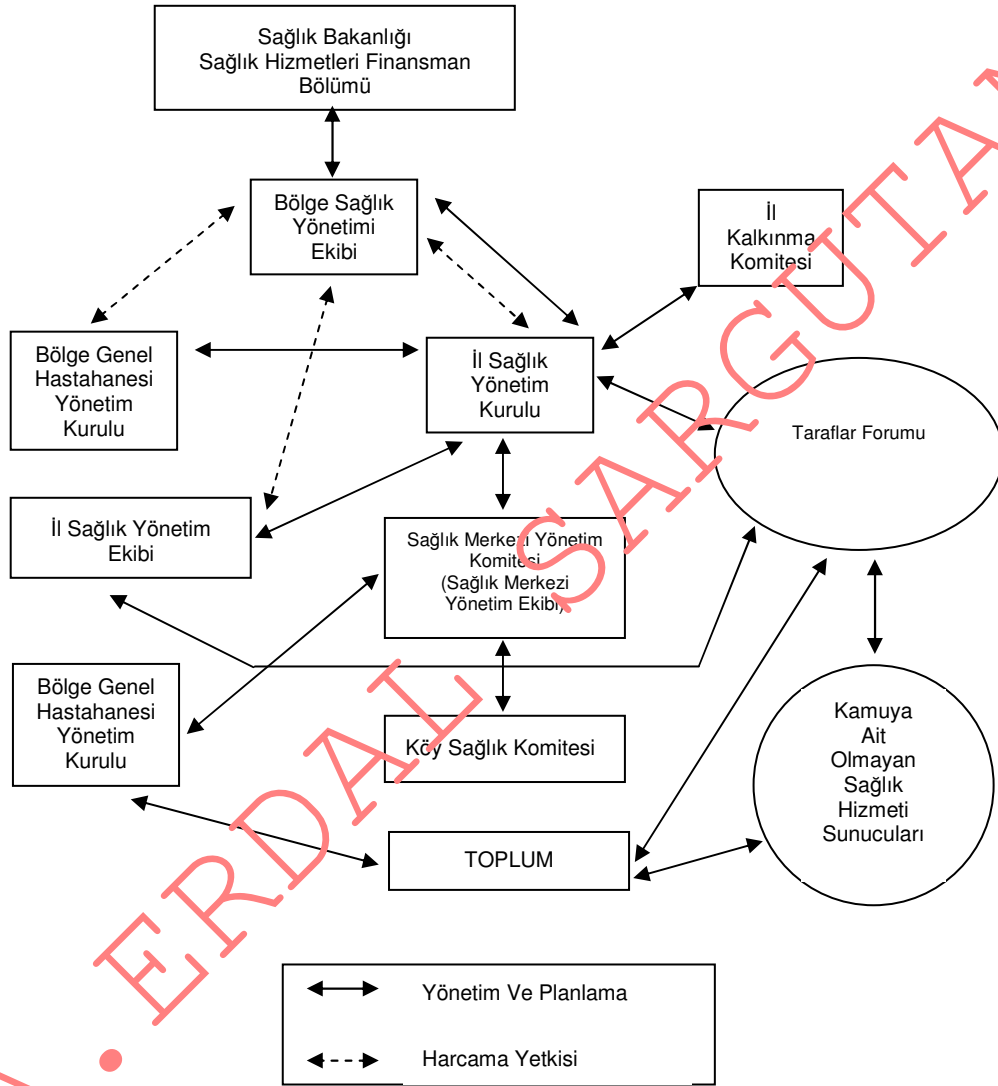
Harcama yapma yetkisi bağlantısı sağlık merkezlerinden İl Sağlık Yönetim Kurulu'na ve Bölge Sağlık Tıbbi Yöneticilerine doğru devam ederken, Bölge Genel Hastahaneleri, İl hastahaneleri ve ile bağlı hastahaneler doğrudan İl Sağlık Yöneticilerine bağlıdır (9/5).

Yerel yönetimlere insangücü sağlanması ve bu yönetimlerin disiplin kontrolü Kenya Kamu Hizmetleri Komisyonu'nun görevleri arasındadır (11/1).

### II.2.1.3. Yarı Resmi Kamu Kuruluşları

Yarı resmi kamu kuruluşları daha çok sağlık harcamalarına katılmakla birlikte, bazıları kendilerine ait sağlık hizmeti kuruluşlarında, öncelikle kendi çalışanlarına ve onların ailelerine olmak üzere ayakta tedavi hizmetleri sunmaktadırlar (5/13).

Şema 1: İdare, Planlama Ve Harcama Yapma Yetkisi Bağlantıları



**Kaynak:** (9) Guidelines for District Health Management Boards, Hospital Management Boards and Health Centre Management Committees, 2002, s:5

## II.2.2. Sağlık Hizmeti Talep Eden Örgütler

### II.2.2.1. Sosyal Güvenlik Örgütleri

#### II.2.2.1.1. Ulusal Hastahane Sigortası Fonu

Ulusal Hastahane Sigortası Fonu (UHSF) 1996 yılında çıkarılan bir kanunla Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir birim olarak kurulmuş olup, çalışmaları Bakanlık tarafından takip edilirken, mali açıdan Hazine'ye karşı sorumludur. Bu Fon, Kenya'da oturan herkese primli bir hastahane sigortası sağlamak üzere kurulmuştur. UHSF'nin kuruluş Kanununa göre, 18 ve 65 yaş arasındaki tüm vatandaşların UHSF'ye kayıt olması şartı bulunmaktadır ve işverenler sigorta primlerini çalışanların maaş ve ücretlerinden kesmekle yükümlüdür. Katkı payı üyelerin gelirine bağlı olarak belirlenmekte ve aylık olarak 30 Kenya Şilingi (Ksh) ile 320 Ksh arasında değişmektedir. Aylık 1000 Ksh'nin üzerinde maaş alan işçilerde üyelik ve prim ödenmesi zorunludur. Fon her üye için yıllık 180 güne kadar hastahane yatışı ücretini ödemektedir. UHSF aynı zamanda, hizmetlerini geliştirmeleri için hastahanelere kredi sağlamaktadır.

Hizmet sunumunu geliştirmek üzere UHSF'ye devlet tarafından yapılan bir düzenleme ile bir yarı resmi kamu kuruluşu niteliği kazandırılmıştır. 1998 yılında gerçekleştirilen bu düzenleme ile UHSF, devlete ait olmaktan çıkmış, özerk bir kuruluş olmuş ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı tarafından değil bir yönetim kurulu tarafından yönetilmeye başlanmıştır. Fon'a, tıbbi maliyetlerin yükseldiği ve kaynakların azaldığı bir ortamda, mümkün olduğunca çok Kenyalıya kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmetleri sağlanması görevi verilmiştir.

Yeniden düzenlenen UHSF Kanunu'na göre, sigorta kapsamındakiler hem yataklı hem de ayakta tedavi hizmetlerinden faydalanabileceklerdir. Ancak ayakta tedavi hizmetlerinden sigorta kapsamında yararlanma imkanı henüz işlevsel değildir.

UHSF sağlık hizmeti kuruluşlarına söz hakkı tanınmaksızın, belirlediği bir oran üzerinden ödeme yapmaktadır. Bu kuruluşlara yapılacak olan ödemenin oranı belirlenirken kuruluşların sahip olduğu çeşitli özellikler de göz önüne alınmaktadır. Bu özellikler arasında röntgen ve yoğun bakım bölümlerinin varlığı, kuruluşun büyüklüğü, ayrı bir çocuk bölümünün varlığı, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin sayısı, elektrik kaynağının durumu ve jeneratörün varlığı, ambulanslar, ilaçlar, laboratuvarlar, ameliyathaneler ve diğer gerekli birimler bulunmaktadır.

Son zamanlara kadar merkezi bir yapıda, Nairobi'de hizmet veren UHSF, günümüzde hem kentsel hem kırsal kesimde olmak üzere 28 şubesi ile daha geniş bir alanda hizmet sunmaktadır.

Günümüzde UHSF, kentsel bölgelerdeki kar amacı güden özel sektör sağlık kuruluşlarının sunduğu yataklı tedavi hizmetlerinde, faturanın yarısından fazlasının ödemesine katılmaktadır.

UHSF'da, üyelerin alınan kararları etkileyebileceği bir yapı söz konusu değildir. Yönetim Kurulu'nda, alt seviyelerden gelen ve Fon'a prim ödeyen bir üye yer almamaktadır.

İşverenler, üyeler ve ödeme yapılan sağlık hizmeti kuruluşları UHSF'nin hizmetlerinden memnun değillerdir ve bu Fon'un, artan sağlık hizmetleri karşısında sağladığı tedavi kapsamının tamamen yetersiz olduğu görüşündedirler. Kuruluşun verimsiz ve bürokratik olduğu düşünülmektedir.

Kenya hükümeti UHSF'yi Ulusal Sosyal Sağlık Sigortası Planı'na çevirmeyi amaçlamaktadır (6/30-32,34,35).

### II.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortası Kuruluşları

Kenya'daki özel sağlık sigortası sektörü oldukça gelişmiş durumdadır. 2001 yılında ülkede, 18 adet özel sağlık sigortası bulunmaktaydı (5/12).

Kenya'daki özel sağlık sigortası kuruluşları doğrudan özel sağlık sigortası ve çalışanlara yönelik sağlık sigortası sunmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Doğrudan özel sağlık sigortası oldukça pahalıdır ve yalnızca orta ve yüksek gelir düzeyindekiler ödeme yapabilirler. Çalışanlara yönelik sigorta planlarında işveren, işyerinde bulunan ve kendisine ait olan sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti sağlar veya sağlık kuruluşu olan işverenlerle ya da sağlık hizmeti kuruluşları ile bağlantı kurar. Bu sigorta türleri isteğe bağlı olup devlet tarafından kayıt altına alınmamaktadır.

Uluslararası Teknik Rapor (1999)'a göre Kenya'daki özel sağlık sigortası kuruluşlarından çok azı tam anlamıyla bir sağlık sigortası sağlamaktadır. Diğerleri tıbbi kuruluşlar işletmektedirler ve bunlar da ikiye ayrılmaktadır: Birinci gruptakiler kendilerine ait olan klinik ve hastahanelerden sağlık hizmeti temin ederken, ikinci gruptakiler üçüncü taraf kuruluşlardan sağlık hizmeti satın almaktadır. İkinci gruptaki kuruluşlar Sağlık Yönetim Örgütleri (SYÖ) olarak da adlandırılırlar.

SYÖ Şirketler Kanunu'na göre kayıt altına alınırlar. Bu kavramın kökeni Amerika Birleşik Devletleri'ne dayanmaktadır. Kenya'da 1994 yılında, hükümetin sağlık hizmetlerini desteklemek üzere özel sektörün katılımını sağlamak istemesiyle uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık Yönetim Örgütleri'nde hastalar, sağlık harcamalarını karşılamak üzere, sermaye oluşturmak için, yıllık sabit bir ödeme yaparlar. SYÖ üyeleri, bu Örgüt'ün hekimlerine baş vurmak zorundadır. Ayrıca, uzman bir hekime muayene olabilmeleri için bağlı bulundukları SYÖ aile hekiminin onları sevk etmesi gerekmektedir. SYÖ'ler özellikle son birkaç yıldır hızla büyümekte ve özellikle işveren tarafından sigortalanan çalışanlar arasında hızla yayılmaktadır (6/29,30).

### II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

1963 yılında ülkenin bağımsızlığını kazanmasından bu yana, Kenya Hükümeti sosyoekonomik kalkınmanın ön şartı olarak, nüfusun sağlık seviyesinin yükseltilmesine büyük bir önem vermiştir. Bu tutum, sağlığa ayrılan bütçelerle ve kamuya ait olan sağlık hizmeti kuruluşu ağının, bağımsızlıktan beri fevkalade artırılmasıyla ortaya konulmuştur. Devletin sağlık politikası, tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemi göz ardı edilmemekle birlikte, koruyucu, güçlendirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ağırlık vermek suretiyle, Kenyalıların sağlık hizmetine kolayca erişimini sağlamak olmuştur.

Kenya sağlık hizmetlerinde çoğulculuk stratejisini takip etmektedir ve bu nedenle kamuya ait olmayan çok çeşitli ve geniş bir sağlık hizmeti sektörünün gelişmesine izin verilmiştir (7/26).

Sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığı, ülkede bulunan sağlık kuruluşlarının yaklaşık %52'sini yönetmekte, geriye kalan kısmı ise özel sağlık hizmeti kuruluşları, misyoner kuruluşlar ve yerel yönetimler idare etmektedir. Kamu sağlık sektörü, özellikle sağlık merkezleri, alt-sağlık merkezleri ve dispanserlerdeki sağlık hizmeti sunumunda baskın rol oynamakta olup, sağlık merkezlerinin yaklaşık %79'u, alt-sağlık merkezlerinin %92'si ve dispanserlerin %60'ı kamu sektörüne aittir. Kamuya ait olmayan sağlık hizmeti kuruluşları sağlık klinikleri, hemşire ve doğum evleri ve tıp merkezlerinde sunulan sağlık hizmetlerinde daha fazla rol üstlenmekte olup, sağlık klinikleri ile hemşire ve doğum evlerinin %94'ü ve tıp merkezlerinin %86'sı bu kuruluşlar tarafından yönetilmektedir.

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde merkezi yönetimi teşkil eden Sağlık Bakanlığı, Kenya'daki sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu konumundadır.

1967 yılında, ülke çapında 861 olan sağlık hizmeti kuruluşu sayısı 1990 yılında 2.131'e ve 1999 yılında da 4.235'e yükselmiştir. Sağlık kuruluşlarının bölgesel dağılımında birinci sırayı en fazla sağlık kuruluşuna sahip olan Rift Valley Bölgesi almakta ve bunu Doğu Bölgesi takip etmektedir. 1990 ve 1999 yılları arasında, kısmen de nüfus sayısının düşük olmasına bağlı olarak, en az sayıda sağlık kuruluşunun Kuzeydoğu Bölgesinde olduğu görülmektedir.

1990-1999 yılları arasında, sağlık kuruluşu sayısında %99 artış yaşanmasına rağmen, bu artış, nüfus artış hızına yetişememiştir. 1990 yılında 100.000 kişiye düşen sağlık kuruluşu sayısı 10 iken, bu sayı 1993 yılında 13'e yükselmiş ve 1994-1999 yılları arasında 15 civarında sabit kalmıştır (7/28).

### **II.3.1. Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri**

#### **II.3.1.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri**

Sağlık Bakanlığı, özellikle malarya, HIV/AIDS ve diğer önlenebilir hastalıkların azaltılması, sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve tüm toplumun sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanabilmesi amacıyla;

- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine
- Birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve
- Doğru politikaların ve finansal ve örgütsel düzenlemelerin uygulanmasına odaklanmıştır.

Bakanlık aynı zamanda;

- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine,
- Kırsal kesimlerdeki dispanserlere ve sağlık merkezlerine,
- Birincil sağlık hizmetlerine,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine,
- Tüberküloz, HIV/AIDS, malarya, kalaazar, vektörlerle bulaşan hastalıklar, çevre sağlığı hizmetlerine,

- Beslenme programlarına daha fazla kaynak ayrılması konusunda çalışmaktadır.

Birincil sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanması için, Sağlık Bakanlığı, kaynakları tedavi edici sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine aktarmak, kaynakların yönetiminde hesaplardaki turalılığa ve şeffaflığa yönelik çalışmalarını artırmak, yerinden yönetim programıyla sağlık hizmetlerini yerel düzeyde sunmak ve yerel düzeydeki yönetim sistemlerini güçlendirmek amacıyla önceden hazırlanmış politikalar uygulamakta ve bütçe düzenlemeleri yapmaktadır (3/4,5).

Kenya'da, hastalıkların önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin ana strateji olarak belirlenmesinin üzerine, Sağlık Bakanlığı tarafından 2000 yılında Geliştirici Ve Koruyucu Sağlık Bölümü kurulmuştur. Bu bölüm içerisinde malaryanın kontrolü, Yaygın Aşılama Programı (YAP), HIV/AIDS kontrolü, çocuk sağlığı, üreme sağlığı ve sağlık eğitimi ile ilgili birimler yer almaktadır. Bu birimler teknik görevlerinin yanı sıra kendilerine ait Bilgi, Eğitim Ve İletişim Programlarını da uygularlar.

Bu birimlerden Sağlık Eğitimi Birimi, sağlık sektöründe diğer bakanlıkları da içine alacak şekilde bir sağlık iletişimi düzenlemek ve geliştirmekle görevlidir. Ancak yönetimin sık sık değişmesine bağlı olarak bu görev etkili bir şekilde yerine getirilememektedir. Kenya'daki okul sağlığı programları da bu nedenle yeterince gelişmemiştir (1/13,14).

Kenya'da ulusal ve bölgesel düzeyde aşı kampanyaları sürdürülmektedir. Ani kilo kaybı, paralizisi, kızamık ve neonatal tetanoza yönelik yürütülen aşılama çalışmaları etkili bir şekilde devam etmektedir. Koruma çalışmalarını desteklemek amacıyla polio ve kızamık laboratuvarları kurulmuştur. Kenya'da rutin aşı kapsamı 1994 yılından 2000 yılına kadar bir düşüş eğilimi göstermiştir. Bu durumun düzeltilmesi amacıyla, 2000 yılı Mart ayında kapsamlı incelemeler yapılmış, 2001-2005 yılları için beş yıllık bir stratejik plan hazırlanmıştır. Küresel Aşılama Ve Bağışıklık Birliği ve Uluslararası Kalkınma Birimi'nin yaptığı bağışlar da kullanılarak rutin aşılama için kaynaklar artırılmış ve devlet bu düşüş eğilimini tersine çevirmeye başlamıştır.

Ülkede drakundialis (içme suyu ile bulaşan bir tür hastalık), lepra ve lenfatik flaryazisin ortadan kaldırılması amacıyla çalışmalar yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı drakundialisin endemik olduğu bölgeleri belirlemiş ve bu alanda koruyucu çalışmalara başlamış, en yaygın olan bölgelerden birinde pilot proje olarak lenfatik flaryaziye yönelik kitlesel kemoterapi tedavisine başlamıştır ve etkili bir lepra yok etme programı uygulamaktadır.

1999 yılında HIV/AIDS ulusal bir felaket ilan edilmiş ve Başbakanlığa bağlı Ulusal AIDS Kontrol Konseyi kurulmuştur (1/11,12).

Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda, 1998 Kenya Demografi Ve Sağlık Araştırması'na göre bir aşı kartı olan çocuk oranı 1993 yılında %69 iken, 1998 yılında %55'e düşmüştür. Bu durum hizmete erişimdeki azalmanın göstergesi olabilir (7/33)



Kenya'da koruyucu sağlık hizmetlerine destek olan bir çok uluslararası yardım kuruluşu bulunmaktadır (1/15).

İllerdeki ve hastahanelerdeki tüm koruyucu ve birincil sağlık hizmetlerinin denetimini, İl Sağlık Yönetim Kurulu'na bağlı olarak görev yapan Birincil Sağlık Hizmetleri Komitesi yürütmektedir. Komite'nin ana sorumlulukları şunlardır:

- Yıllık birincil sağlık hizmeti planlarının hazırlanmasında Birincil Sağlık Hizmetleri Temel Ekibi ile birlikte çalışmak
- İl Sağlık Yönetim Ekibi'nin maliyet paylaşım gelirlerinin %25'ini harcaması ve bu harcamaların plana uygun olarak yapılmasının denetlenmesi
- Hastahanelerde veya illerde, kamuya ait olan ve olmayan koruyucu, geliştirici, toplum temelli ve birincil sağlık hizmetlerine dair rapor almak
- Ana sorunların çözümüne yönelik olarak, epidemiyolojik yerlerle ve koruyucu taramalarla ilgili yıllık sağlık istatistik raporları hazırlamak
- Hijyen, su, beslenme ve sağlık eğitimi konularında sektörler arası bağlantıları güçlendirmek
- Birincil sağlık hizmetleri ile ilgili her alanda yürüttüğü çalışmalar konusunda Birincil Sağlık Hizmetleri Koordinatör'ünden düzenli olarak rapor almak, bu hizmetlerin kapsamının genişletilmesine çalışmak ve amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını takip etmek
- Kentsel hijyen sorunları ile ilgilenmek. ihtiyaç duyulan yerlerde temiz ve güvenli su tedarikine yardımcı olmak
- Yaygın hastalıklarla savaşmak konusunda İl Sağlık Yönetim Kurulları ve Hastahane Yönetim Kurulları ile birlikte, ilgili planların devamlı olarak uygulanmasını sağlamak ve epidemiyolojik hastalıklarla mücadelede destek sağlamak (9/8,9)

### II.3.1.2 İkincil (Sekonder) ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

Dispanserler ve sağlık merkezleri yaygın hastalıklara karşı tedavi edici, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri sunarken, hastahaneler daha çok acil ve karmaşık vakaların tedavisine yönelik hizmet sunmaktadır. Hastahaneler özellikle birincil sağlık hizmeti kuruluşlarından bölge ve il hastahanelerine sevk edilen hastalara sağlık hizmeti sunmaktadır (3/4,5).

Dispanserler ve sağlık merkezleri sağlık hizmeti almak isteyenlerin ilk başvurdukları yerlerdir. Bir çok bölgede hastahaneler de birincil sağlık hizmetleri sunmaktadır. Kırsal kesimdeki yoksul halk, hastahaneleri nadiren kullanmakta ve daha çok sağlık merkezlerine, dispanserlere ve misyon kuruluşlarına başvurmaktadır (7/26).

Kentsel bölgelerde hastahaneye yatış oranı %0,2, kırsal kesimdeki hastahaneye yatış oranı %0,14'tür. Kentsel bölgelerde oturanlar, modern sağlık hizmeti sunan kamu ve özel kuruluşlardan daha fazla faydalanmaktadır.

Kenya'daki toplam nüfusun %2'si hastahaneye yatarak tedavi görme ihtiyacı duymaktadır. Ancak yatarak tedavi görme ihtiyacı duyanların %75'i hastahanelere yatırılarak tedavi görmektedir.



Tablo 1'de 2003 yılında hastahanelerde yatarak tedavi gören hastaların nüfusa oranı (1000'de) ve bu oranın ülke çapında illere, yerleşim biriminin özelliğine, çalışma durumuna, sigorta kapsamına girip girmediğine ve ekonomik durumuna göre dağılımı verilmektedir (4/43,44).

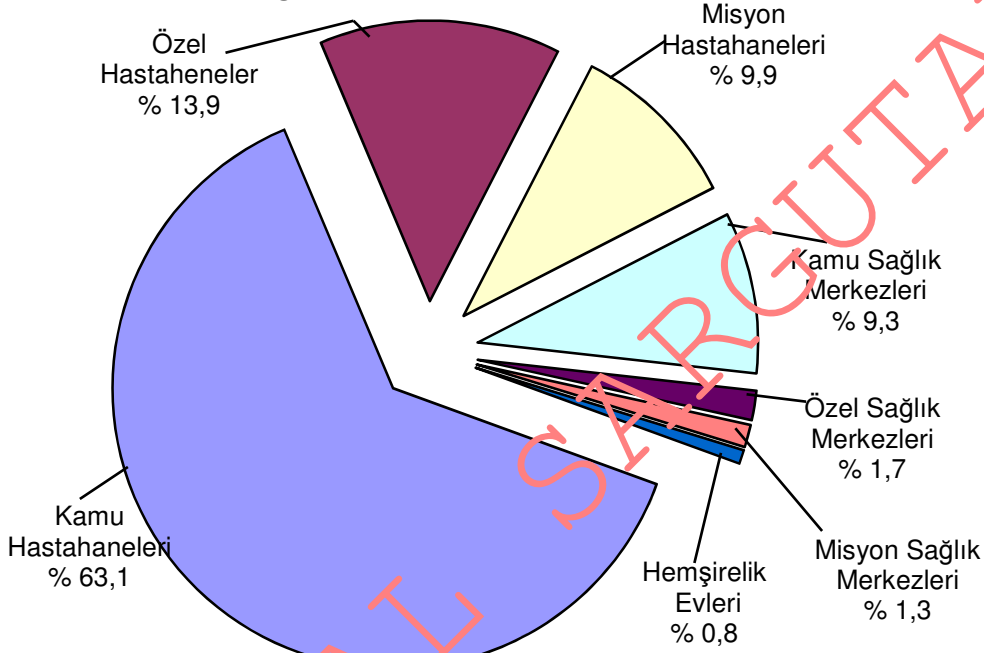
**Tablo 1: Nüfusun Çeşitli Özelliklere Göre Yıllık Hastahane Yatis Oranı(‰)**

Özellik	Hastahane Yatis Oranı	Özellik	Hastahane Yatis Oranı
<b>BÖLGE</b>		<b>SAĞLIK DURUMU</b>	
Nairobi	12,24	Çok İyi	13,33
Merkez	16,29	İyi	11,97
Kıyı	16,38	Orta	20,9
Doğu	6,37	Kötü	62,22
Kuzeydoğu	2,7	Belirtilmemiş	5,14
Nyanza	22,66	<b>KRONİK HASTALIK</b>	
Rift Valley	17,43	Mevcut	53,55
Batı	15,84	Mevcut Değil	12,62
<b>YERLEŞİM BİRİMİ</b>		<b>DİNİ İNANÇ</b>	
Kentsel	20,53	Katolik	13,86
Kırsal	13,45	Protestan	15,66
<b>CİNSİYET</b>		Müslüman	12,33
Erkek	12,06	Selensel İnançlar	6,59
Bayan	18,07	Ateist	60,17
Belirtilmemiş	6,26	Diğer	20,14
<b>YAŞ GRUBU</b>		Belirtilmemiş	16,8
0-4	19,54	<b>SIGORTA KAPSAMI</b>	
5-14	7,54	Sigorta Kapsamında	20,71
15-49	16,47	Sigorta Kapsamı Dışında	15,16
50-64	22,83	Belirtilmemiş	6,2
65+	21,77	<b>ZENGİNLİK İNDEKSİ</b>	
<b>MEDENİ DURUM</b>		Çok Fakir	14,04
Bekar	11,07	Fakir	12,61
Evli	22,47	Orta Düzey	13,69
Boşanmış	15,13	Zengin	16,79
Dul	18,11	Çok Zengin	19,95
Ayrı Yaşayan	18,58	<b>HARCAMALARA GÖRE</b>	
Belirsiz	7,75	Çok Fakir	11,71
<b>EGİTİM DURUMU</b>		Fakir	8,54
Eğitim Almamış	17,43	Orta Düzey	21,03
İlk	11,44	Zengin	17,58
Orta	20,92	Çok Zengin	16,53
Üniversite / Yüksekokul	29,21		
<b>ÇALIŞMA DURUMU</b>			
Çalışan	18,4		
İzinli / Hasta	33,21		
İş Arayanlar	10,54		
Emekli	41,43		
İşsiz	24,63		
Öğrenci	4,76		
Diğer	14,29		
Bilinmeyen	13,46		

**Kaynak:** (4) Household Health Expenditure and Utilisation Survey Report, 2003, s:44

Grafik 1'de sağlık kuruluşlarından alınan yataklı tedavi hizmetlerinin kuruluş sahipliğine göre dağılımı gösterilmektedir (4/46).

**Grafik 1: Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Kuruluş Sahipliğine Göre Dağılımı**



**Kaynak:** (4) Household Health Expenditure and Utilisation Survey Report, 2003, s:46

İkincil tedavi hizmetlerinin sunumunda en büyük payı %63,1 ile kamu hastahaneleri oluşturmaktadır, bunu %14 ile özel hastahaneler takip etmektedir.

Misyon ve kamu sağlık hizmeti kuruluşlarında ortalama yatış süresi sırası ile 10 ve 9 gündür. Kamu sağlık hizmeti kuruluşlarında yatak işgal oranı genellikle daha yüksek seyretnmektedir.

Devletin izlediği sağlık hizmetlerine erişimin artırılması politikası doğrultusunda, hasta yatağı sayısı her geçen yıl artırılmaktadır. 1963 yılında 11.344 olan hasta yatağı sayısı 1999 yılında 54.378'e yükselmiştir. Hasta yataklarının %65'lik bir bölümü hastahanelerde, %16'sı sağlık merkezlerinde ve %17'si hemşire ve doğum evlerinde yer almaktadır. Hastahane ve hasta yatağı sayısının bölgelere göre dağılımı farklılık göstermektedir. Bu farklılığın, kısmen bölgedeki nüfus sayısına bağlı olduğu söylenebilir. 1999 yılında, 11.240 ile, en fazla hasta yatağına sahip olan bölge Rift Vadisi, en az hasta yatağına sahip olan bölge 1.537 ile Kuzeydoğu Bölgesi'dir.

100.000 kişiye düşen yatak sayısı 1990'da 150 iken, 1999'da 190'a yükselerek %32'lik bir artış kaydedilmiştir.

Bağımsızlığın kazanılmasından beri, sabit sermaye ve kuruluşlardaki büyüme, ilgili bütçe tahsisiyle karşılaştırılmamıştır. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda hem devamlı yaşanan hem de aniden ortaya çıkan önemli girdi yetersizliklerine neden olmaktadır. 1. Kenya Yoksulluk Raporu (Kenya hükümeti, 1998)'na göre, nüfusun %9'luk bir kısmı çok masraflı olduğu için kamuya ait bir sağlık hizmeti kuruluşuna hiç başvurmamış, %13'lük bir kısmı da kamuya ait sağlık hizmeti kuruluşlarının çok uzak olduğunu ifade etmiştir. Nüfusun %54'ü ilaç alamadıkları için kamu sağlık hizmeti kuruluşlarına başvurmadıklarını belirtmişlerdir. Rapor da ayrıca, nüfusun %76'sının çok pahalı olduğu için özel sektör sağlık hizmeti kuruluşlarına başvurmadığı, kilise bağlantılı kuruluşların da çok masraflı ve uzak olduklarının düşünüldüğü belirtilmiştir (7/27,29,30).

### II.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmetleri

Kenya'da özel sektör sağlık hizmetleri kar amaçlı olan veya olmayan özel klinikler, sağlık merkezleri, hastahaneler, dispanserler ve geleneksel tedaviler tarafından sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamaların %56'sı özel sektör tarafından karşılanmakta ve özel sektör tarafından yapılan toplam sağlık harcamalarının %62'si ayakta tedavi hizmetlerine yapılmaktadır.

Ülkedeki yataklı tedavi hizmetlerine yapılan toplam harcamalar içindeki özel sektörün payı yaklaşık olarak %22'dir.

Kar amacı güden hastahaneler ve diğer sağlık kuruluşları ağırlıklı olarak tedavi hizmetleri sunmakta ve çok kısıtlı bir seviyede koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktadır (5/XIV).

Devlete ait olmayan ve kar amacı gütmeyen özel sağlık kuruluşları çoğunlukla kırsal kesimlerde hem tedavi hem de koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna katkıda bulunmaktadır. Bu kuruluşları dini amaçlı misyoner kuruluşlar, uluslar arası ve bölgesel yardım örgütleri oluşturmakta ve özel sağlık kliniklerinin %94'ü, hemşirelik ve doğum evleri ile tıp merkezlerinin %86'sı bu kuruluşlar tarafından yönetilmektedir (7/30).

### II.3.3. Geleneksel / Bitkisel Tıp

Geleneksel tıp hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavi edilmesi veya sağlığın korunması amacıyla tek başına veya bir arada uygulanan ve bitki, hayvan ve mineral temelli ilaçlar, ruhi terapiler ve elle uygulanan tekniklere dayanan sağlık uygulamalarını, yaklaşımlarını, bilgi ve inançlarını ifade etmektedir.

Afrika nüfusunun %80'ine yakın bir kısmı birincil sağlık hizmetlerinde geleneksel tıp uygulamalarından faydalanmakta olup, Kenya'da da geleneksel ve bitkisel tıbbın ülkenin sağlık sistemi içindeki önemi göz ardı edilemez. Devlet, sağlık hizmetlerine geleneksel tıbbın bazı uygulama alanlarını dahil etmenin yollarını aramaktadır.

Bu amaçla devlet tarafından, Çin ve Hindistan'dan geleneksel tedavi edicilere ülkeye gelmeleri ve geleneksel sağlık hizmeti uygulama yerleri açmaları için lisans verilmesi teklif edilmiştir (8/2,3).

Geleneksel tedavi edicilerin kayıt altına alınmasından Kültür Bakanlığı sorumludur. Fakat daha yakından bir inceleme yapıldığında illerde kayıt altına alınmamış çok sayıda geleneksel tedavi edicilerin var olduğu görülmektedir (5/14).

#### II.4. Sağlık İnsangücü

1999 yılında, Kenya'da 100.000 kişiye düşen doktor sayısı 15,4 iken bu oran 2003 yılı itibariyle bir miktar düşmüş ve 100.000 kişiye 15 doktor olmuştur. Bu sonuçların, sağlık hizmetlerine olan talep artışına cevap vermekte ve sağlık sektörünün karşı karşıya bulunduğu sorunların çözümünde olumsuz etkilerinin olduğu muhakkaktır. Bu sayı, aynı zamanda, Dünya Sağlık Örgütü'nün doktor sayısı standardının da oldukça altındadır. Sağlık insangücünün temini, eğitilmiş sağlık personelinin göç etmesinden olumsuz yönde etkilenmektedir. Kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin, özellikle hekim, hemşire ve eczacı gibi sağlık çalışanları açısından acilen artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo 2'de Kenya'daki sağlık personelinin yıllara göre dağılımı gösterilmektedir (3/70).

**Tablo 2: Kenya'da Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı Ve Nüfusa Oranı**

Sağlık Personelinin Türü	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Doktor Sayısı	4.078	4.282	4.441	4.506	4.630	4.740	4.813
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	15,0	15,0	15,4	14,9	15,0	15,0	15,0
Dış Hekimi Sayısı	927	715	734	746	763	761	772
Eczacı Sayısı	1.339	1.629	1.650	1.682	1.758	1.866	1.881
Bir Kuruluşa Kayıtlı Ebe Ve Hemşire Sayısı	24.602	25.803	27.073	27.902	28.420	29.094	30.212
100.000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	120	122	125	123	123	123	125
Hemşire / Doktor Oranı	8,0	8,0	8,1	8,2	8,2	8,2	8,3
Klinik Yöneticileri	3.232	4.007	4.277	4.492	4.610	4.778	4.804
Halk Sağlığı Yöneticileri	668	728	780	929	1.042	1.174	1.216
İlaç Teknoloğu	1.047	1.137	1.167	1.232	1.321	1.399	1.405
Nüfus (Milyon)	27,1	27,9	28,7	30,2	30,9	31,5	32,2

**Kaynak:** (3) Public Expenditure Review, 2005, s: 70

Kenya'da dahil olmak üzere, birçok Afrika ülkesinde sosyoekonomik şartların bozulmasına bağlı olarak sağlık insangücü başka ülkelere göç etmektedir.

Bu göçe engel olunması ve sağlık sisteminden kaybedilen insangücünün geri kazanılması konusunda acil bir ihtiyaç söz konusudur. Devletin, sağlık insangücünün eğitimi için en büyük finansman kaynağı olmasından sonra, sağlık insangücünün yurtdışına göç etmesi ülke adına ekonomik olumsuzluklara da yol açmaktadır.

Devlet çeşitli ölçümler yapmakta ve sağlık hizmeti binalarının yenilenmesi suretiyle, kamu sağlık hizmeti sistemini geliştirmeye devam etmektedir. Ancak sağlık kuruluşlarına fiziksel erişim konusunda elde edilen kazanımlar, sağlık personeli yetersizliğine bağlı olarak önemini kaybetmektedir.

Sağlık alanında yapılan harcamaların büyük bir bölümünü sağlık insangücüne yapılan harcamalar teşkil etmektedir. Bu harcamalar toplam sağlık harcamalarının %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesi için, sağlık insangücü kaynaklarının çok iyi yönetilmesi önem arz etmektedir. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın, genelde ülkede yapılmakta olan yapısal reformlarla daha da önem kazanan sağlık insangücü eğitimi alanında kullanacak yeterli kaynağı bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının kısa dönemli eğitimleri ile kapasitenin artırılmasına çalışılmaktadır (3/71).

## II.5. İlaç Sektörü

Kenya'da ilaçların ve ilaç ticaretinin denetimi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bu görev Bakanlığa bağlı olarak çalışan İlaç Ve Zehirler Kurulu tarafından yürütülmektedir. Kurulun görevleri şunlardır;

Üreticilere yönelik görevleri:

- Üreticilerin üretim alanlarını belirlemek,
- Ürünleri kayıt altına almak,
- Ürünlerin hem İngilizce hem de Kiswahili dilinde etiketlenmesini sağlamak,
- Ürünlerin üzerinde seri numarası, üretim tarihi, son kullanma tarihi ve üreticinin adresinin bulunmasını sağlamak.

Eczacılara yönelik görevleri:

- Tüm eczacıların çalışma izni almasını sağlamak,
- Çalışma bölgelerini kayıt altına almak,
- Gerekli özelliklere sahip personel çalıştırılmasını sağlamak,
- Etiğe uygunluğu gözetmek.

### Kenya Eczacılar Topluluğu

Kenya Eczacılar Topluluğu, eczacılara çalışma izni (lisans) vermenin yanında eczahane yöneticilerinin Kenya Eczacılar Topluluğu'na üye olmalarını ve sadakat yemini etmelerini sağlamakla görevlidir. Topluluğun görevleri şu alanlara yöneliktir:

- Üyelerin uyguladığı yeni hastalık kontrol programlarını takip etmek ve bu konuda tavsiyelerde bulunmak,
- İlaç alanında çalışan personelin eğitim kalitesini artırmak,
- İlaçların uygun şekilde dağıtımını sağlamak,
- Steril ve steril olmayan ilaç ürünlerinin yönergelere uygun şekilde hazırlamak,

- Bir hastaya özel olarak hazırlanan ilaçların standartlara uygunluğunu sağlamak,
- Eczahane yönetimi (8/11).

Kenya'daki ilaç sektörü üreticiler, dağıtıcılar ve satıcılar olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır ve üçünün de ülkedeki yaklaşık 4.500 sağlık kuruluşundan oluşan sağlık sektörünün desteklenmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır.

Kenya günümüzde, Doğu Ve Güney Afrika Ortak Pazarı (DGAOP)'nin en büyük ilaç üreticisidir ve bölge pazarındaki üretimin %50'sini gerçekleştirmektedir. Bölgede bulunduğu tahmin edilen 50'den fazla ilaç üreticisinin yaklaşık 30'u Kenya'da bulunmaktadır.

Kenya'da satılmak üzere kayıtlı yaklaşık 9.000 ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçlar fatura ile serbest satılabilen, ilaç teknolojü tarafından satılabilen ve yalnızca reçete ile eczacılar tarafından satılabilenler gibi belirli gruplara ayrılır.

Kenya'da ilaçların patent hakkı, Afrika Bölgesel Endüstriyel Değerler Örgütü (ARIPO) patent sisteminden alınmaktadır. Kenya patent kanunları, temelini İngiltere'den alan ARIPO sistemine bağlı olarak hazırlanmıştır.

#### **Üreticiler**

Ülkedeki ilaç sektörü bölgesel üretim şirketlerinden, büyük çok uluslu şirketlerden, aracıardan ve birleşik kuruluşlardan oluşan yaklaşık 30 adet lisanslı şirketten meydana gelmektedir. Bu şirketlerin çoğu Nairobi ve etrafında bulunmaktadır. Tüm şirketlerde 2000'den fazla kişi istihdam edilmekte ve bunların yaklaşık %65'i doğrudan üretimde görev yapmaktadır.

Kenya'daki ilaç üretimi ve dağıtımı ile uğraşan şirketlerin sayısı, hükümetin yerel ve yabancı yatırım şirketlerini teşvik çalışmaları sonucunda artmaya devam etmektedir.

#### **Dağıtıcılar**

Kenya'daki ilaç ürünlerinin dağıtımı büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı'nın bir bölümü olan Kenya Tıbbi Tedarikçiler Kuruluşu (KTTK) tarafından yürütülmektedir. KTTK 1 Temmuz 2003'den beri yarı özerk bir yapıya kavuşmuştur. Bu kuruluşun politikası, temel ilaçları ve tıbbi teçhizatları, öncelikle, kamu kuruluşlarının kullanımına sunmaktadır. Kamuya ait olmayan kuruluşlara da hizmet vermektedir.

#### **Satıcılar**

İlaç ürünleri Kenya'da eczahanelerde, sağlık kuruluşlarında ve marketlerde satılmaktadır. Ülkede kayıtlı 700 toptancı ve 1.300 perakendeci bulunmaktadır (3/2,4,5).

Kenyalıların büyük bir kısmı mevcut ilaçlara çok pahalı oldukları için erişememektedir. Sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarında ilaçların verilememesi veya düzensiz verilmesi bir çok hastayı ilaçlarını özel sektörden kendi imkanları ile temin etmeye itmiştir. 1. Kenya Yoksulluk Raporu'na göre nüfusun %54,2'sinin ilaç alamadığı için bir sağlık hizmeti veren kamu kuruluşuna başvurmadığı belirtilmiştir.

Yoksul kişilere halk eczahaneleri ile düşük fiyatlı ilaç satma girişimleri ilaç masraflarının ağırlığının kaldırılamaması sebebi ile başarısız olmuştur.

Tablo 3'te bazı ülkelerde ilaçlara erişim oranları gösterilmektedir. Tabloya göre 1999 yılında Kenya'da nüfusun temel ilaçlara erişim oranı %36 olarak çok düşük bir seviyede kalmaktadır (7/57).

**Tablo 3: Bazı Afrika Ülkelerinde İlaçlara Erişim Oranları**

Ülke	İlaçlara Erişim Oranı (1999)
Güney Afrika	80
Swaziland	100
Botswana	90
Zimbabve	70
Gana	44
Kenya	36
Nijerya	10
Sudan	15
Tanzanya	66
Uganda	70
Zambiya	66
Malawi	44
Raunda	44
Burundi	20

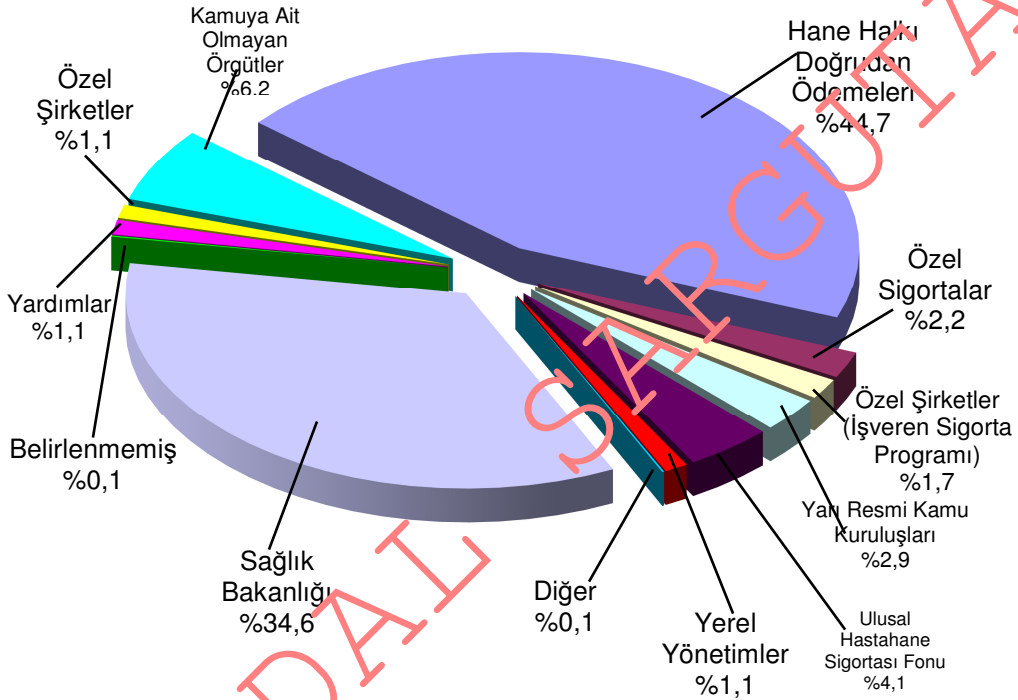
**Kaynak:** (7) A Review of the Health Sector in Kenya, 2004, s:57

## II.6. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Harcamaları

Sağlığa yapılan harcamalar kaynaktan çıktıktan sonra doğrudan sağlık hizmeti sunucularına ulaşmamaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının yaklaşık %56'sının özel sektörden sağlanması, ülkedeki sağlık hizmetlerinin en büyük satın alıcısının özel sektör (kişiler) olduğunun göstergesidir. Bu kaynak sağlık hizmeti son kullanıcılarından elde edilip, %88'i sağlık hizmeti sunucularına doğrudan aktarılırken, %12'si sağlık sigortaları yoluyla aktarılmaktadır. Verilere göre sağlık hizmeti sunucularına aktarılan yardım ve bağış kaynaklarının %60'ı, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kamu sektörü üzerinden ulaştırılmaktadır.

Kenya sağlık sisteminde finansal kaynak akımı Grafik 2'de gösterilmektedir (5/23).

**Grafik 2: Kenya Sağlık Sistemi Finansal Kaynakları (%)**



**Kaynak:** (5) Kenya National Health Accounts, 2003, s:23

### II.6.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Kenya'daki sağlık hizmetleri ve sağlık programları başlıca üç ana kaynaktan finanse edilmektedir. Bunlar devlet hazinesinden doğrudan Sağlık Bakanlığı'na veya dolaylı olarak sağlıkla ilgili görevleri plan diğer bakanlıklara veya kuruluşlara (Nüfus Ve Kalkınma Konseyi, Ev İşleri Bakanlığı, Ulusal Miraslar, Kültür Ve Sosyal Hizmetler) aktarılan kaynaklar, Sağlık Bakanlığı programlarına bağış yapan yardımseverler, özel sektör ve devlete ait olmayan örgütlerdir. Kenya'daki sağlık hizmetlerinin ana sunucusu olan Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörünü desteklemek için maliyet paylaşımı, sosyal sigorta, vergiler ve doğrudan toplumsal katkılar gibi çeşitli finansal kaynak sağlama yöntemlerine başvurmuştur.

1999 Kenya İnsani Gelişim Raporu'na göre, devlet en düşük düzeydeki hizmetlerin sunumu için gereken harcamaların %60'ını finanse etmektedir ve buna göre Kenya'daki sağlık hizmetleri finansmanı yetersizdir (7/35).



## II.6.2. Finansal Kaynak Dağıtımı

### II.6.2.1. Kamu Sağlık Hizmetlerine Yapılan Ödemeler

#### Kullanıcı Ödemeleri

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin her düzeyinde hizmet kullanıcılarının ödemeye katılımı söz konusudur. Bakanlıklar Kamu Harcamaları Çalışmasına göre 2003 yılında kullanıcı ödemeleri 1,5 milyar Kenya Shillingi'ne ulaşmıştır (mevcut harcamaların %11'ini ifade etmektedir) (2/72).

Sağlık hizmetleri finansmanında, yoksulluk seviyesinin oldukça yüksek olduğu bir çerçevede en büyük ağırlığın hane halkına yüklendiği görülmektedir (5/20).

#### II.6.2.2. Özel Sektör Tarafından Finansman

Sağlık hizmetlerinde özel sektör finansmanı oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamaların %53,4'ü özel sektör kaynaklarından sağlanmakta olup bunun da büyük bölümü (%51,1) hane halkı ödemelerine dayanmaktadır. Bu %51'lik ödemede %45'lik kısmı hizmetlere yapılan doğrudan ödemeler ve %6'lık kısmı sigorta primlerine yapılan ödemeler oluşturmaktadır. Ağırlıklı olarak vergilerden sağlanan devlet finansmanının sağlık hizmetleri içindeki payı yaklaşık %30'dur ve bu gruba hükümet dışı kamu kuruluşları ve yerel yönetimler de dahildir. Bağışlar Kenya'daki sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının %16'sını teşkil etmektedir (5/20).

### II.6.3. Sağlık Hizmeti Harcamaları

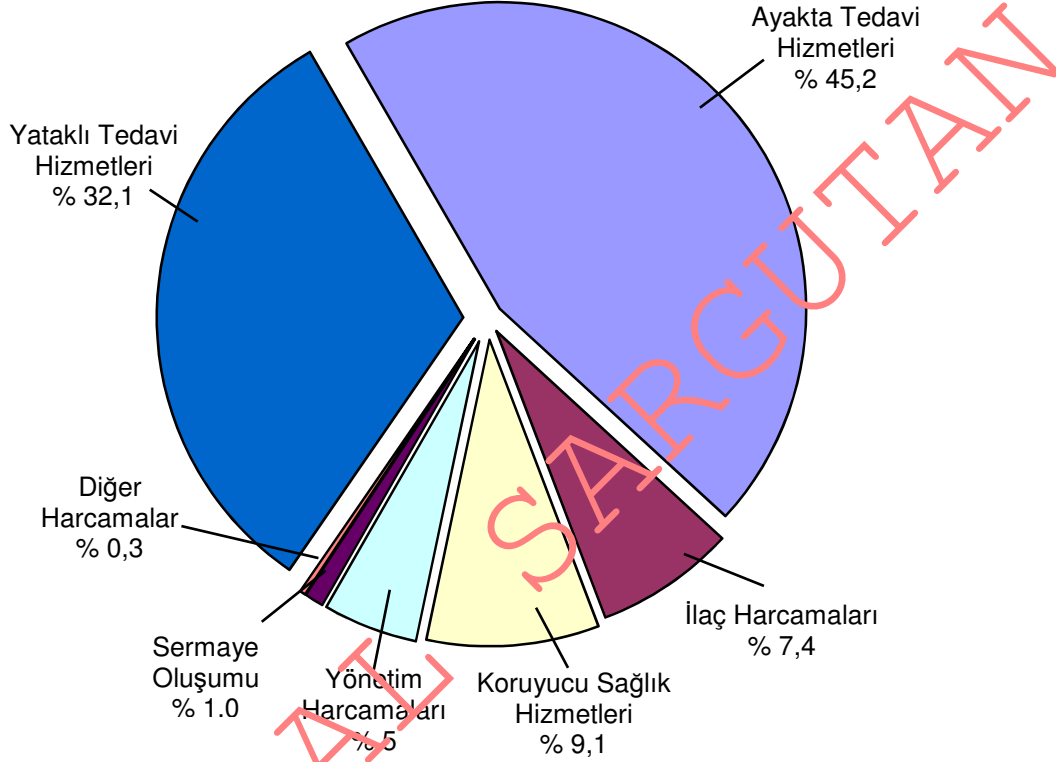
2001/2002 döneminde (1 Temmuz 2001 ile 30 Haziran 2002 arası), Kenya'daki toplam sağlık hizmeti harcaması 528 milyon US\$ civarındadır. Bu miktar ülkenin GSMH'sinin yaklaşık %5,1'i ve kişi başına sağlık hizmeti harcaması da 19,2 US\$'dir.

1997/98 finansal yılında %6 olan, toplam kamu harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan pay, 2001/2002 döneminde %8'e yükselmiştir.

Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yaklaşık %45'i ayakta tedavi hizmetlerine yöneliktir. Bu hizmetlerin sunucusuna göre harcama dağılımında kamu sektörünün payının yaklaşık %23, özel sektörün payının yaklaşık %21 olduğu görülmektedir. Yataklı tedavi hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı %32 olup bu tür hizmetlerdeki ağırlıklı payı yaklaşık %25 ile kamu sektörünün taşıdığı görülmektedir. Bu sıralamayı %9 ile koruyucu halk sağlığı programları takip etmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamaların %82'sini kamu sağlık programlarına yapılan harcamalar oluşturmaktadır. İlaçlara yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının %7,4'ünü, merkezi sağlık idaresi ve yönetimi harcamaları %5'ini, diğerleri %1,3'ünü teşkil etmektedir.

Grafik 3'te bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki dağılımı görülmektedir (5/34).

**Grafik 3: Toplam Sağlık Harcamalarının Hizmet Alanlara Göre Dağılımı**



**Kaynak:** (5) Kenya National Health Accounts, 2003, s:34

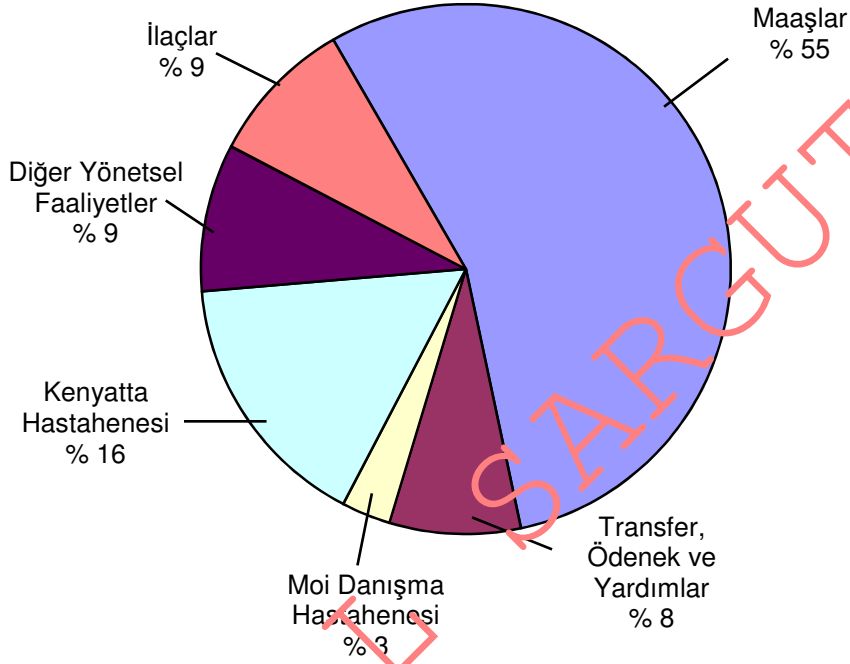
Kenya'daki toplam sağlık harcamalarının %60'ı kamu tarafından yapılmaktadır (5/28).

Grafik 4'te Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların hangi alanlara yapıldığı yüzdesel olarak gösterilmektedir (2/68).

## II.7. HIV/AIDS

HIV/AIDS pandemiktir ve Kenya'nın bağımsızlık sonrası tarihinde karşılaştığı en önemli sağlık sorunudur. Bu sorun, önüne geçildiğinde, ülkedeki doğuştan beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranlarında çok önemli kazanımların elde edileceğine inanılan tek sağlık sorunudur. Pandemik olan HIV/AIDS bir sağlık sorunundan da öteye gitmekte ve ekonomik, sosyal ve kültürel boyutlara ulaşmaktadır. Bu yaygın hastalık, sağlık hizmetleri sunumu üzerinde baskı yaratmakta ve henüz hastalığın tedavisine yönelik bir ilaç bulunacağına dair umut ışığı görünmemektedir.

**Grafik 4: Sağlık Bakanlığı'nca Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamaların Dağılımı (%)**



**Kaynak:** (2) Public Expenditure Review, 2004, s:68

Bir çok Sahra-altı ülkede olduğu gibi Kenya'da da, AIDS hızlı bir artış göstermiştir ve 1984'te bir tane olan kayıtlı HIV-pozitif vaka sayısı 1996'nın sonunda 200.000'e yükselmiştir. 2000 yılı itibarıyla ülkedeki HIV-pozitif vaka sayısı 2,3 milyonun üzerine çıkmıştır.

Kenya'da AIDS'e bağlı ölümlerin insidansı artmaktadır. 1995-2000 yılları arasında, ülkedeki AIDS'e bağlı 15-39 yaş arası ölümlerin sayısı, diğer hastalıklara bağlı ölümlerin üç katına yakındır.

Kesil kesimlerdeki HIV/AIDS prevalansı 1990 yılında %4,1 iken 1998 yılında %13'e yükselmiştir. Hastalığın kentsel bölgelerde belirtilen dönemlerdeki prevalansı %8,6'dan %18,1'e yükselmiştir. Ancak Kenya'da HIV/AIDS prevalansının düşmeye başladığı yönünde bazı kanıtlar bulunmaktadır. Kenya hükümeti 2002 yılında %10,2 olan HIV/AIDS prevalansının 2003 yılında %6,7'ye düştüğünü bildirmiştir.

HIV/AIDS sorununun ağırlığına bağlı olarak, hükümet, 1997'de yayınlanan AIDS Dönemsel Çalışması No.4'te yer alan ulusal bir politika hazırlamış ve uygulamaya koymuştur. Ayrıca bu hastalıkla savaşmak amacıyla Başbakanlığa bağlı olan Ulusal AIDS Kontrol Konseyi kurulmuştur.

Ülkedeki hasta yataklarının yarısından fazlasının AIDS hastaları tarafından işgal edildiği tahmin edilmektedir.

AIDS Dönemsel Çalışması No.4'e göre, AIDS ekonomik yönden üretken nüfusun ölümüne yol açmakta, aileler sıkıntı yaşamakta, sağlık hizmeti harcamalarını artırmakta ve ülkenin kalkınması üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Hastalığa yakalanan insanların %80'inin 15-49 yaş grubunda olmasından dolayı, AIDS ülkedeki insangücünü tehdit etmektedir.

Kenya'daki AIDS kurbanları hastalığa bağlı sağlık sorunlarının yanında çeşitli zorluklar da yaşamaktadır. AIDS'li insanların damgalanması ve toplumdaki dışlanması özellikle hem kırsal kesimdeki hem de kentsel kesimdeki kadınlar arasında yaygındır. HIV taşıyıcısı olan kadınlar toplum tarafından ve hatta çoğu zaman kendilerinin ve eşlerinin aileleri tarafından bile dışlanırlar. Bazı insanların hastalık taşıyıcısı olduğunu fark etmesinin ardından duyduğu kinle, intikam almak için, ölmeden önce hastalığını elinden geldiği kadar fazla insana bulaştırmaya çalıştığı görülmektedir.

HIV/AIDS hem doğrudan hem de dolaylı maliyetlere neden olmaktadır. İlaçlar, laboratuvar testleri, radyoloji ve hastahane harcamaları doğrudan maliyetleri oluştururken, ortalama üretken yaşam süresindeki kayıplar dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır. AIDS Dönemsel Çalışması No 4'e göre, bu maliyetlerin toplamının vaka başına 7.400 US \$'a ulaştığı tahmin edilmektedir. Bu miktar Kenya gibi düşük gelirli bir ülke için oldukça yüksektir. HIV/AIDS çoğunlukla sigorta kapsamına alınmamakta ve buna bağlı olarak düşük gelirli hastalar iyice fakirleşmekte, ekonomik açıdan büyük sıkıntılar yaşamakta ve daha fazla sağlık sorununa maruz kalmaktadırlar.

AIDS felaketinin kontrol altına alınmasına yönelik çalışmalarda yaşanan en büyük kısıtlayıcılar cinsel davranışların çok yavaş değişmesi, kaynak kısıtlılıkları, yoksulluk, yapısal düzenleme programlarının güçsüz gruplara ve özellikle dul ve yetimlere olan sert etkileri, AIDS'e yakalanan ve tıbbi tedaviye ve sosyal desteğe ihtiyaç duyan insan sayısındaki hızlı artış ve bu hastalıkla savaşmaya çalışan çeşitli kuruluşlara rehber olacak net bir politikanın bulunmamasıdır (7/47-52).

### **II.8. Reformlar Ve Bugünkü Sağlık Durumu**

Ulusal Sosyal Sağlık Sigortası Fonu (USSSF), son iki yıldır hazırlanmaktadır. USSSF, etkilenen çeşitli tarafların görüşleri alınarak uzun bir süreç kapsamında geliştirilmiştir. Taraflarca ortaya konulan konular arasında katılım (katkı payı) seviyesi, yönetim, projenin hayata geçirilebilirliği ve gayr-i resmi sektörün oynayacağı rol sayılabilir.

Sağlık Bakanlığı amaçlarını gerçekleştirmek üzere bir dizi yönetsel ve kurumsal reform üzerinde çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nca gerçekleştirilmeye çalışılan reformların önemli bir alanı da desantralizasyon sağlanmasıdır. Bu amaçla İl Sağlık Yönetimi Kurulları ve Sağlık Yönetim Ekipleri kurularak, yetki daha alt düzeydeki yöneticilere devredilmiştir.

Yetkinin alt düzey yöneticilere devredilmesinin amacı, bu birimlere yönlendirilen kaynakların daha iyi kullanımı, bölge ve illerdeki denetimin güçlendirilmesi, illerdeki finansal sistemin biraz daha geliştirilmesi ve hastahane yönetim birimleri kurularak hastahanelerin yeniden şekillendirilmesidir.

Sağlık sektörü reformunun bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı, özellikle deneyimli sağlık personeli kadrolarının oluşturulmasına daha fazla ağırlık vermeye başlamıştır.

Devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanı için daha fazla kaynak yaratmak amacıyla, 1989 yılında, maliyet paylaşımının esas olduğu hizmet kullanıcıları ödemelerini uygulamaya koymuştur. Uygulamada karşılaşılan çeşitli zorluklara rağmen, kullanıcı ödemeleri programı başarılı olmuş ve her yıl artan bir gelir elde edilmiştir. Günümüzde bu yolla yılda yaklaşık 1 milyar Kenya Shilingi elde edilmektedir.

Diğer taraftan yaşanan gelişmeler göstermiştir ki, Kenya'nın oldukça büyük bir kesiminde yaygın yoksulluk ve ödeme yetersizliklerine bağlı olarak kullanıcı ödemelerinin yapılabilmesi mümkün olmazken, bu ödemeler, özellikle fakir ve muhtaç durumda olanlar için hizmete erişimde engel teşkil etmektedir. Büyük ölçüde doğrudan, kişisel (cepten) ödemelere dayalı olan kullanıcı ödemelerinin yarattığı kısıtlılıkların üstesinden gelebilmek için, Ulusal Sosyal Sağlık Sigortası Fonu onaylandığında, Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki finansal engelleri azaltmanın ve sağlık hizmetlerinin finansmanında ek bir gelir kaynağı sağlamanın bir yolu olarak görülen projeyi uygulamaya koyacaktır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi Kenya'da da kamu, sağlık hizmetlerinin tek sunucusu ve tek finansman kaynağı değildir. Özel sektör, birleşik kuruluşlar, devlete ait olmayan örgütler ve uluslararası yardım kuruluşları gibi birçok kuruluş sağlık sektöründe aktif rol oynamaktadır. Sağlık Kamu Harcamaları çalışmasında, devletin Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, bütçeden sağlık hizmetleri sunumuna tahsis ettiği fonlar yer almaktadır ve bu miktar ülkede sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamaları göstermektedir. Gerçek finansman yalnızca Birleşik Fon'a bağlı olarak belirlenemeyeceğinden, dolayı harcama akımının, her bir kaynağının ve toplamının ne olduğunun tespit edilmesi için yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Kamu Harcamaları İncelemesi 2005 hazırlanmıştır (3/7,8).

### III. KENYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

**Tablo 4: Türkiye Ve Kenya Ülke Karşılaştırması İle İlgili Bazı Göstergeler**

GÖSTERGELER	KENYA	TÜRKİYE
Toplam nüfus	33.829.590 (2005)*	69.669.559 (2005) *
Km <sup>2</sup> 'ye düşen insan sayısı	51,3 (2003) *	88 (2003) *
Nüfus artış hızı (%o)	25,6 (2001)*	10,9 (2003) *
Yatak başına nüfus	526**	391***
Doktor başına nüfus	6.666**	767***
Kişi başına milli gelir	1.100 USD (2004) *	7.400 USD (2004) *
Sağlık Harcamaları / GSMH (%)	7,8 *	5,0 *
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (USD)	114 *	294 *
Bebek ölüm hızı (%o)	115 *	43 *
Kaba ölüm Hızı (%o)	14,65 *	5,96 *
Toplam doğurganlık oranı (%o)	4,96	1,94 *
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi	44,1 (erkek) *	69,94 (erkek) *
	44,8 (kadın) *	74,91 (kadın) *

**Kaynak:** \* (12) The World Factbook, 2005, s:1-14

\*\* (3) Public Expenditure Review, 2005, s:70

\*\*\* (13) Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2003, s:1

Gelişmemiş bir ülke olan Kenya'nın ekonomik ve sosyal göstergelerine bakıldığında Türkiye'nin çok gerisinde olduğu görülmektedir.

Nüfus yoğunluğunun Türkiye'ye oranla daha düşük olduğu Kenya'da nüfus artış hızı Türkiye'nin iki katından fazladır. Her iki ülkede de sağlık kuruluşu ve sağlık personeli sayılarında artış olmasına rağmen, bu artış nüfus artış hızına oranla çok gerilerde kalmıştır.

Kenya'da tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemi göz ardı edilmemekle birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmektedir. Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine bütçeden %2, buna karşılık tedavi hizmetlerine %98 pay ayrılmaktadır.

Kenya sağlık sistemi Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sistemi grubu içerisinde yer almaktadır. İsteğe bağlı sağlık sigortası uygulaması mevcuttur. Türkiye ise Refah Yönelimi / Sigorta tipi sağlık sistemine sahiptir. Türkiye'de sadece hastalık halini kapsayan zorunlu ve primli hastalık sigortası uygulanmaktadır.

Kenya'da kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde merkezi yönetim otoritesini teşkil eden Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ana sunucusu olup, ülkedeki sağlık kuruluşlarının %52'si Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Kenya'da özellikle koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda devlete ait olmayan örgütler de rol almaktadır. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ana sunucusu konumundadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri dışındaki özellikle ayakta tedavi, ilaç vb. sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payı da oldukça büyüktür.

Kenya'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %7,8'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 19,2 USD olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği 34 USD'nin oldukça altındadır. Türkiye'de GSMH'dan sağlığa ayrılan pay yaklaşık olarak %5'tir.

Kenya'da acil veya ileri tanı ve tedavi gerektiren vakalar birincil sağlık hizmeti kuruluşlarından bölge ve il hastahanelerine sevk edilmektedir. Birincil sağlık hizmetleri dispanserler ve sağlık merkezleri tarafından sunulmakla beraber, birçok bölgede hastahaneler de birincil sağlık hizmeti sunumuna katılmaktadır. Türkiye'de acil vakalar dışında, sağlık hizmeti almak isteyenlerin öncelikle birincil sağlık hizmeti kuruluşlarına, gerektiğinde buradan hastahaneler sevk edilmesini gerektiren sevk sistemi bulunmakla birlikte, uygulamada sevk sistemine uyulmamakta, hastahaneler de birincil sağlık hizmeti sunumuna katılmaktadır.

Kenya'da hem tedavi edici hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu sektörü ve kâr amacı güden özel sektör sağlık kuruluşları yanında misyoner kuruluşlar, uluslar arası ve bölgesel yardım örgütleri de yer almakta olup, özel sağlık kliniklerinin %94'ü ile hemşirelik ve doğum evlerinin %86'sı bu kuruluşlara aittir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel sektör kuruluşları yanında, misyoner ve uluslararası yardım kuruluşlarının yer aldığı bir sağlık sistemi söz konusu değildir.

Kenya'da sağlık alanına yapılan harcamalar özel sektör ağırlıklı olup, sağlık hizmetleri finansmanının %56'sı özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu ağırlıklı olmakla birlikte özel sektörün payı da buna yakındır.

Kenya'da sigorta kapsamındakiler de dahil olmak üzere, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin her düzeyinde hizmet kullanıcıların ödemeye katılımı söz konusudur. Türkiye'de sosyal güvenlik ve sigorta kapsamındaki kişiler prim ve bazı katılm payları ödeyerek hizmet alırlar.

Kenya'da geleneksel tıp ülkenin sağlık sistemi içerisinde önemli bir yer tutmakta olup, devlet sağlık hizmetlerine geleneksel tıbbın bazı uygulama alanlarını dahil etmenin yollarını aramaktadır. Türkiye'de geleneksel tıp uygulamaları yaygın değildir.

**KAYNAKLAR**

1. WHO (2005) Country Cooperation Strategy: Republic of Kenya 2002-2005  
[www.who.int/countries/en/cooperation\\_strateg\\_ken\\_en.pdf](http://www.who.int/countries/en/cooperation_strateg_ken_en.pdf)
2. Republic of Kenya (2004) Public Expenditure Review  
[www.planning.go.ke](http://www.planning.go.ke)
3. Republic of Kenya Ministry of Health (2005) Public Expenditure Review 2005  
[www.ministryofhealth.go.ke/](http://www.ministryofhealth.go.ke/)
4. Republic of Kenya Ministry of Health (2003) Household Health Expenditure and Utilisation Survey Report  
[www.ministryofhealth.go.ke/](http://www.ministryofhealth.go.ke/)
5. Republic of Kenya Ministry of Health (2003) Kenya National Health Accounts 2001-2002  
[www.ministryofhealth.go.ke/](http://www.ministryofhealth.go.ke/)
6. Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis (2004) KIPPRA Discussion Paper No:42 Health Financing Through Health Insurance in Kenya: The Shift to A National Social Health Insurance Fund  
[www.kippra.org](http://www.kippra.org)
7. Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis (2004) KIPPRA Working Paper No:11 A Review of Health Sector in Kenya  
[www.kippra.org](http://www.kippra.org)
8. Export Processing Zones Authority (2005) Kenya's Pharmaceutical Industry 2005, Nairobi  
[www.epzkenya.com/site/news.asp?ID=89](http://www.epzkenya.com/site/news.asp?ID=89)
9. Government of Kenya Ministry of Health (2002) Guidelines for District Health Management Boards, Hospital Management Boards and Health Center Management Committees  
[www.policyproject.com/abstract.cfm/1286](http://www.policyproject.com/abstract.cfm/1286)
10. Ana Yayıncılık (2000) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş.Ve AnaBritannica, İstanbul, Cilt 13
11. Government of Kenya Public Service Commission of Kenya (P.S.C.K.)  
[www.publicservice.go.ke/functions.htm](http://www.publicservice.go.ke/functions.htm)
12. CIA (2005) The World Factbook, Central Intelligence Agency,  
[www.cia.gov/cia/publications/factbook](http://www.cia.gov/cia/publications/factbook)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. Sağlık Bakanlığı (2004) Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2003, SB Yayını, Ankara  
[www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2003/T4.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2003/T4.htm)



A. ERDAL SARGUTAN