

MISIR SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Meryem SARI
M. Akif OSMANOĞLU
Mahsun ERTAŞ
Sema MERMERTAŞ

A. ERDAL SARGUTAN

MISIR SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1970
I. ÜLKE TANITIMI	1971
I.1. Coğrafya	1971
I.2. Tarihçe	1971
I.3. Sosyal Yapı	1972
I.4. İdari Yapı	1973
I.5. Ekonomi	1974
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1975
II.1. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	1975
II.2. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	1977
II.2.1. Kamu Sağlık Sektörü	1977
II.2.1.1. Kamu Hükümetsele Sektörü	1977
II.2.1.1.1. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı	1978
II.2.1.1.1.1. Merkezi Düzey	1979
II.2.1.1.1.2. İl Düzeyi	1979
II.2.1.1.1.3. İlçe Düzeyi	1980
II.2.1.1.1.4. Sağlık Hizmeti Sunucuları Düzeyi	1980
II.2.1.1.2. Diğer Bakanlıklar	1980
II.2.1.2. Kamu Kurumsal Sektörü	1981
II.2.1.2.1. Sağlık Sigortası Örgütü	1981
II.2.1.2.2. Tedavi Hizmetleri Örgütü	1982
II.2.1.3. Sağlık Politikalarını Ve Yasamayı Etkileyen Diğer Kurumlar	1982
II.2.2. Özel Sağlık Sektörü	1982
II.2.2.1. Özel Uygulamalar	1983
II.2.2.2. Hükümet Dışı Örgütler	1983
II.2.2.3. Yardım Amaçlı Örgütler	1983
II.3. Sağlık Hizmetleri	1983
II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1983
II.3.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1984
II.3.4. Halk Sağlığı Hizmetleri	1985
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	1986
II.4.1. Finansman Kaynakları	1986
II.4.1.1. Devlet Bütçesi	1987
II.4.1.2. Sağlık Sigortası	1987
II.4.1.3. Kişisel Ödemeler	1987
II.4.1.4. Dış Kaynaklar	1987
II.4.2. Sağlık Harcamaları	1988
II.5. Sağlık İnsangücü	1988
II.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	1990
II.7. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji	1991
II.8. Geleneksel Tıp	1992
II.9. Sosyal Sigorta Sistemi	1992
II.10. Sağlık Sisteminin Karşılaştığı Güçlükler Ve Sağlık Reformları	1993
III. MISIR VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1996
KAYNAKLAR	1999

ÖZET

Mısır sağlık sisteminde kamu sektörünün ilk bölümü hükümet kuruluşları olarak nitelendirilebilecek olan başta Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı olmak üzere Savunma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Bakanlığı gibi bakanlıklardan oluşmaktadır. Kamu sektörünün diğer bir bölümü olan kamu kurumsal sektörü ise doğrudan hükümet denetiminde olmayan Sağlık Sigortası Örgütü gibi daha özerk bir şekilde yönetilen kurumlardan oluşmaktadır. Özel sağlık sektörü ise hem kar amaçlı hem de kâr amaçsız kuruluşlardan oluşmaktadır. Mısır sağlık sisteminin yönünde Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı en önemli role sahiptir. Bu Bakanlık merkezi örgüt yanında illerde ve ilçelerde de örgütlenmiştir. Bakanlığın temel görevlerinden olan sağlık politikalarının belirlenmesi, ilaçların lisanslanması gibi işlevlerin yanı sıra sahip olduğu kuruluşlar ve insangücü aracılığıyla birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini halka ücretsiz olarak sunmaktadır.

Mısır'da birincil sağlık hizmetleri daha çok Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ile Sağlık Sigortası örgütünün sağlık kuruluşları aracılığıyla kırsal alanlarda ve kentsel alanlarda sunulmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerde özel sektör ve gönüllü kuruluşların klinikleri de yer almaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Sağlık Sigortası Örgütü, Tedavi Hizmetleri Örgütü, üniversite hastahanelerince verilmektedir. Özel sağlık sektörünün ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerindeki payı birincil sağlık hizmetleri sunumundaki paydan daha düşüktür. Halk sağlığı hizmetleri kamu sağlık sektöründe sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında temiz içme suyunun sağlanması, kanalizasyon şebekesinin kurulması, aşılama hizmetleri gibi hizmetler sayılabilir.

Sağlık Sigortası Örgütü hem talep ve arzın finansmanı hem de hizmet sunum işlevlerini birlikte yerine getirmektedir. Örgüt sahip olduğu klinikler ve hastahaneler aracılığıyla sigortalı kişilere sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık Sigortası nüfusun yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Kapsam dahilinde olan çalışanların aile bireyleri prim ödemedikleri sürece sigorta kapsamına alınmamaktadır.

Mısır her ne kadar hammadde ithal etse de, bölgesindeki ülkeler arasında en fazla ilaç üretimi yapan ve ülke ihtiyacının tamamına yakını yerel üretimle sağlayan bir ülkedir. Üretilen ilaçlarda kalite sorunu olabilmektedir.

Mısır'da sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanında kamu sektörünün hacimaları ve kişisel ödemeler hemen hemen eşit ağırlıktadır. Son yıllarda kişisel ödemelerin payı artmıştır. Sağlık hizmetleri arzının finansmanında da hem kamu sektörü hem özel sektör yer almaktadır. Tüm bu özellikleri değerlendirildiğinde Mısır'da yürürlükte olan sağlık sistemi tipi ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipidir.

MISIR SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Mısır Arap Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 997.739 km ²
BAŞKENTİ	: Kahire
NÜFUSU	: 72,642 milyon
DİLİ	: Arapça
DİN	: Müslüman
PARA BİRİMİ	: Mısır Pound (5,170; 17:34,37)

I.1. Coğrafya

Mısır kabaca bir dikdörtgeni andıran 997.739 km karelik bir alanı kaplar. Doğuda İsrail, Akabe Körfezi ve Kızıl Deniz, güneyde Sudan, batıda Libya, kuzeyde de Akdeniz ile çevrilidir.

Mısır yer şekillerinin egemen ögesini oluşturan Nil Nehri kuzeye doğru boydan boya geçtiği ülkeyi büyüklük bakımından birbirinden farklı son derece kırıç Batı Çölü ve Doğu Çölü olmak üzere iki bölgeye ayırır. Mısır bütünüyle düz değildir. Dağlık alanlar Batı Çölü'nün güneybatı ucunu, Kızıl Deniz boyunca uzanan kıyı şeridini ve Sina'nın güneyini engemelendirir. Nil dışında Sina'nın güneyindeki dağlardan doğan az sayıda akarsuya sahiptir.

Kuzey Afrika çöl iklimi kuşağı içinde yer alan Mısır'da ılık ve yumuşak kışlar Kasım'dan Mart'a, sıcak yazlar Mayıs'dan Eylül'e kadar sürer (17:34).

I.2. Tarihçe

Yakındoğunun en eski ve en büyük uygarlıklarından birinin beşiği olan ve ilkçağlardan beri Nil Vadisi'ne dayalı ekonomik, toplumsal ve kültürel bir bütünlük ve süreklilik gösteren Mısır, üç kıtayı birbirine bağlayan yollar üzerindeki stratejik konumuyla tarih boyunca büyük önem taşımıştır (17:34).

Ülkenin çok eskiye dayanan zengin bir tarihi geçmişi vardır. Tarihin en eski büyük uygarlıklarından birinin yatağı Mısır'dır. İlk insanın yaşam izlerini bu ülkede neolitik ve paleolitik dönemlere kadar indirebiliriz. MÖ.4000 yılından bu yana Nil kıyısında yaşayan insanlar hakkındaki bilgilerimiz oldukça fazladır.

Ülke toprakları üzerinde ilk olarak MÖ.3400 yıllarında Kuzey Krallığı ve Güney Krallığı olmak üzere iki devlet kurulmuştur. Daha sonra Firavunlar dönemi olarak bilinen devir başlamaktadır. Mısır tarihinde uzun bir devreyi içine alan Firavunlar dönemi MÖ.322 Büyük İskender'in Mısır'ı alması ile sona ermiştir. Daha sonra Roma hakimiyetine giren ülke MS.640 yılında Araplar tarafından işgal edilmiştir.

Araplar, Bizans hakimiyetine son vermekle ülkede 1.000 yıldır süren Yunan Roma etkisini de yok etmişler ve Mısır'a Müslümanlığı kabul ettirmişlerdir.

Daha sonraki yıllarda Mısır İslâm dünyasının önemli merkezlerinden biri haline gelmiştir. Uzun süre Arapların egemenliğinde kalan ülke 1517'de Yavuz Sultan Selim ile Osmanlı İmparatorluğunun hakimiyetine girmiştir. 1882 yılına kadar Osmanlı hâkimiyetinde kalan ülke bu tarihte İngilizlerin Mısır'ı işgali ile Osmanlıların elinden çıkmıştır.

Birleşik Krallık'dan 1922'de sözde bağımsızlığını alan Mısır, II. Dünya Savaşı'ndan sonra tam bağımsızlık kazanmıştır. Bir ara Sovyet yardımları ile ülkede önemli tesisler (Assuan Barajı gibi) yapılmış, 1971'de Assuan Barajının tamamlanması sonucunda Nasır Gölünün oluşmasıyla Mısırın ekolojisi ve Nil Nehri çevresinde uygulanan geleneksel tarım metotları değişmiştir. 1956'da Süveyş Kanalı millileştirilmiştir.

Bundan sonraki yıllarda Mısır Ortadoğu'da Arap birliği kurma çalışmalarına başladı ve Birleşik Arap Cumhuriyeti adı altında 1958 yılında Suriye ile birleşti. Fakat 1961 yılında Suriye bu birlikten ayrıldı. Ülke 1967 yılında Suriye ve Ürdün ile birlikte İsrail'in saldırısına uğradı. Sina yarımadasındaki toprakları ile Süveyş kanalındaki kontrolünü kaybetti, kanal kapandı. ABD'nin arabuluculuğu ile Mısır-İsrail arasında imzalanan antlaşma (Camp David Antlaşması) sonucu Sina yarımadasını geri almıştır. 1975'te Süveyş kanalı trafiğe açılmıştır.

Mısır İsrail arasındaki diplomatik ilişkilerin kurulması Mısır'ı uzun süre Arap âleminde yalnızlığa itmiştir. Mısır Arap âleminde önemli ülkelerden biri olup, Arap siyasetinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Hızlı bir şekilde büyüyen nüfus (Arap dünyasının en büyüğü), sınırlı ekilebilir arazi, Nil'e bağımlılık ve fakirlik başlıca sorunlarıdır (18:1).

1.3. Sosyal Yapı

2002 yılı itibarıyla ülke genelinde km² başına yaklaşık 66,5 kişi olan nüfus yoğunluğu, Nil kıyılarında çok daha yüksektir. Toplam nüfusun yarısından fazlası Kahire İlini de içine alan verimli Nil Delta'sında yaşar. Doğal nüfus artış hızının yüksekliği nedeniyle Mısır nüfusu çok gençtir. 15 yaşın altındaki grubun toplam nüfus içindeki oranı %55,1'dir (17:37).

Toplam nüfusun %28'i işgücüne katılmaktadır. Bunların üçde biri tarım sektöründe, üçde biri kamu sektöründe çalışmaktadır. Nüfusun %45'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Birçok Mısır köyü ve kasabası küçük şehirlerin boyutunda olduğu için bu oran gerçeğin altında olabilir. Bazı kaynaklarda bu oranı %60 olarak vermektedir (1:6).

Son 30 yıldır insan gücü piyasasında kamu sektörünün baskınlığı giderek artmıştır. Tarım dışı kesimde çalışanların üçde biri kamuda çalışmaktadır. Üniversite ve ikincil eğitimi tamamlamış olanlar için kamuda istihdam garantisi olduğundan eğitilmiş çalışanlar kamu sektöründe yoğunlaşmışlardır. 1990'ların başındaki ekonomik reformlar kamu sektöründe gereğinden fazla istihdama yol açmış ve verimlilik düşmüştür. Ücretlerin hükümet bütçesinin üzerindeki yükü artmıştır. İstihdamı azaltmak için hükümet ücret yapısında sıkılaşmaya gitmiştir. Ücretleri düşük olan işlerle daha çok beceri isteyen işlerdeki ücretler korunurken artan ücretler düşürülmüştür.

Buna karşın temel ücretlere ek olarak işçiler tehlikeli iş tazminatı, lojman ve çeşitli yönlerden ek ücret almaktadır. Toplam primler ve ek ödemeler temel ücretin %100'ü ile sınırlandırılmıştır (6:38).

Ülkenin nüfusu Kahire, İskenderiye, Nil Kıyısı, Kahirenin kuzeyindeki Nil Deltası'nda ve Süveyş Kanalı civarında yoğunlaşmaktadır. Bu bölgeler dünyanın en yoğun nüfusuna sahip yerleridir ve ülkenin tamamında km kareye 181 kişi düşerken bu bölgelerde km kareye 3.820 kişi düşmektedir.

Mısır'ın çöl kesiminde bulunan küçük topluluklar vaha çevrelerinde ve geleneksel tarihi ticaret yolları üzerinde yaşamaktadırlar. Devlet başarılı sulama projeleriyle tarıma elverişli hale getirdiği çöl bölgelerine halkın yerleşmesini teşvik etmektedir. Buna karşın kırsal alanda yaşayanların nüfusa oranı düşmekte ve bu bölgelerdeki insanlar iş bulmak ve yaşam şartlarını yükseltmek için kentlere göç etmektedir.

Yetişkin nüfusta okuma yazma oranı %58'dir. Eğitim ücretsizdir ve 15 yaşına kadar zorunludur. Geçmiş yıllarda ilk ve ikincil öğrenim güçlendirilmiştir. 1994 yılında eğitim çağındaki çocukların %87'si birincil öğrenime devam ederken bu oran günümüzde %93'e yükselmiştir. 100.000 öğrenciye eğitim veren Kahire Üniversitesi, İskenderiye Üniversitesi ve İslami öğretinin dünyadaki en büyük merkezi olan 1000 yıllık El Ezher Üniversitesi ülkedeki büyük üniversitelerdir (11:2).

Mısır'ın resmi dini İslam'dır. Toplam nüfusun yaklaşık %90'ını oluşturan Müslümanların tamamına yakını Sünni'dir. Hristiyanların çoğu V. Yüzyıldan beri bağımsızlığını koruyan Kopt Kilisesi'ne bağlıdır (17:36).

Anayasada devletin ücretsiz eğitim ve sağlık hizmeti sunumu ve iş fırsatlarında eşitlik garantisi olduğu yazsa da Mısır'ın refah durumu yıllar içinde yavaş yavaş sadece bazı sosyal grupların lehine gelişmiştir (7:3).

1.4. İdari Yapı

Mısır Anayasası ülkede güçlü bir denetim sağlamaktadır. Yürütme gücü seçimleri kazanmış Başkan tarafından kullanılmaktadır. Başkan 6 yıllık bir dönem için seçilmektedir. Mısır yasama gücü 444'ü seçimle, 10 tanesi Başkan'ın atamasıyla iş başına gelen 454 üyeli Halk Meclisi'dir. Anayasa meclis sandalyelerinin %50'sini çiftçiler ve köylüler için belirlemiştir. Meclis 5 yıllık dönem için oluşturulmaktadır ancak Başkan'ın Meclisi feshi halinde erken seçim de mümkündür. Aynı zamanda 88 üyesi atanmış 174 üyesi seçilmiş olan 264 üyeli Şura Meclisi vardır. Ulusal düzeyin altında illerde yetki merkezi hükümetçe atanmış valilerin ve seçilmiş bölgesel meclislerin elindedir.

Siyasal partiler siyasi sistemdeki çeşitli düzeylerde görüşlerini savunmaktadırlar. Ancak güç Başkan'ın ve Halk Meclisi'nin çoğunluğunu oluşturan Ulusal Demokratik Parti'nin elindedir. Ulusal Demokratik Partiye ek olarak ülkede yasal olarak örgütlenmiş 18 parti bulunmaktadır.

Mısır yargı sistemi yasal kavramlar ve metotlar açısından öncelikle Fransa olmak üzere Avrupa sistemine benzemektedir. Yasalar Napolyonik yasalardan türetilmektedir. Aile hukuku birincil olarak inançsal yasalara dayanmaktadır (11:5).

Ülkede ekonomik liberalizasyonun politik karşılığı bulunmamaktadır. Yerel düzeye küçük bir yetki devri gerçekleşmiş ve güçler merkezi kalmıştır. Yasal ve düzenleyici sistem İslami, Fransız, Osmanlı, İngiliz, Sovyet gibi farklı etkilerden ve son olarak da küreselleşen pazar ekonomisinden etkilenmiştir. Bu nedenle yasalar ve düzenlemeler bazen birbirine zıt öğeler içermektedir (1:7).

1.5. Ekonomi

Mısır'da serbest girişime bir ölçüde yer verilmekle birlikte, temelde merkezi planlamaya dayanan gelişme yolunda bir ekonomi yürürlüktedir. 2000 yılı verilerine göre GSMH 95,4 milyar Amerikan Doları'dır. Ekili alanlar ülke topraklarının yalnızca %2,6'sını oluştursa da tarımın büyük önemi vardır. Balıkçılık çok gelişmiştir. 1970'lerin sonunda hızlanan doğal gaz ve petrol üretimi milli gelir artırımına rağmen bazı bölgelerde düşük seviyededir. İmalat sektörünün GSMH içindeki payı %25 civarındadır. Sanayi kuruluşlarının yaklaşık %70'i kamuya aittir (17:37).

Sosyalist ekonomi ve hızlı ekonomik büyümeden 30 yıl sonra Mısır düşük petrol fiyatları ve ekonomik dengesizlikler nedeniyle kötüleşen ekonomik duruma rağmen 1986 yılında ekonomik reformları uygulamaya koymuştur. 1990'da kapsamlı yapısal düzenleme programına girişmiştir. Ülkede sürdürülebilir büyüme hızı %6 civarında olmuş, enflasyon %4'ün altına inmiş, bütçe açığı GSMH'nin %1,3'üne kadar düşmüştür. Buna rağmen ekonomik reformlar aynı zamanda işsizlik ve yoksulluğu artırmış, kötü sosyal etkileri olmuştur. Kamu harcamalarının düşürülmesi amacıyla gıda, diğer hizmetler ve mallara yapılan sübvansiyonlar düşürülmüş, bütçe dengesini sağlamak için yüksek vergiler uygulanmış, bunların olumsuz etkisi ise ilk olarak fakirlerde görülmüştür. Kamu sektörünün yeniden yapılanması ve özelleştirmeler işsizliğin temel sebebi olmuştur.

1990'da kişi başına aylık gelir Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın ölçütlerine göre kişi başına 35 Amerikan Doları'ken kırsal ve kentsel alanlarda yaşayanların yaklaşık %34'ü bu oranın altında aylık gelir elde etmiştir. Reformların etkisiyle gelirleri yükselen diğer sosyal gruplar ile fakirler arasındaki gelir farkı çok artmış ve toplumda büyük farklılıklar oluşmuştur (1:6).

1995 yılında resmi verilere göre iş gücünün %14'ü işsizdir. Yeni iş hayatına başlayanlar ve kamu sektöründeki gizli işsizlerin de hesaba katılmasıyla işsizlik oranı %20'ye çıkmaktadır. 1991 ve 1999 arasında sosyal alanlarda kamu yatırımları sürekli düşmüş ve GSMH'nin %1,9'undan %1,3'üne gerilemiştir. Sağlık alanındaki kamu yatırımları 1991'de GSMH'in %0,16'sından 1994'de %0,04'üne gerilemiş ancak daha sonra 1999'da yükselerek %0,23 seviyesine gelmiştir. Ayrıntılı kamu harcamaları elde edilememesine rağmen 1999'da toplam kamu harcaması düşmüş ve 1994 yılında bu oran GSMH'nin %26,2'siyken 1999'da GSMH'nin %19,4'ü kadar olmuştur (1:7).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

Mısır anayasası sağlık hizmetlerinin her birey için elde edilebilir olması gerektiğini belirtmiştir. Mısır birincil sağlık hizmetlerinin sunumu için kentsel ve kırsal alanlarda 1920'lerin başlarında sağlık kuruluşları inşa etmeye başlamıştır. Kentsel alanlarda ana çocuk sağlığı merkezleri, kırsal alanlarda kırsal sağlık kuruluşları yapılmıştır. Kırsal sağlık hizmetleri programı bir veya birden fazla köydeki 30.000 civarında nüfusa hizmet vermek üzere oluşturulmuş kırsal sağlık merkezlerince 1942'de başlamıştır. Bu yıllarda her sağlık merkezi bir doktor ve yardımcı sağlık personeliyle hizmet vermiştir (9:19).

Mısır sağlık sistemi hem Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliği'ndeki gibi sosyal öğelerden hem de piyasa temelli sağlık finansmanı ve sunumunun görüldüğü Amerika gibi ülkelerin öğelerini bünyesinde barındırmaktadır.

Mısır sağlık sisteminin örgütsel yapısı oldukça karmaşıktır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, finansmanı ve sunumu kamu hükûmetsel, kamu kurumsal ve özel sektör olmak üzere üç alt sektöre yapılmaktadır.

Kamu sektörü genel vergiler aracılığıyla gelirlerini elde eden Maliye Bakanlığı'ndan kaynaklarını sağlayan kuruluşlardan oluşmaktadır. Sosyalist kökene dayanan birçok sağlık sisteminde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunucusu ile ödeyicisi aynı kuruluşlardır. Bu nedenle hizmetlerin finansmanı ile sunumu arasında bir ayırım yoktur. Mısır'daki kamu hükûmetsel sağlık sunucuları Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Öğrenim Hastahaneleri Örgütü, Yüksek Öğretim Bakanlığı'na bağlı üniversite hastahaneleridir. Sağlık Sigortası Örgütü en büyük kamu sağlık sigortası programıdır ve geniş bir sağlık kuruluşu alt yapısına sahiptir. Sağlık Sigortası Örgütü denetimi ve gözetimi Kahire'deki başkanlık tarafından yapılan sekiz bölgesel şube şeklinde örgütlenmiştir. Sağlık Sigortası Örgütü çalışanların ve emeklilerin primlerinin ve katılım paylarının toplandığı Sosyal Sigorta Örgütü ve Emekli Sigorta Örgütü aracılığıyla finanse edilmektedir.

Kamu sektörü kendi yasal düzenlemelerine göre yönetilen, farklı gelirleri olan, günlük işlemlerini bağımsız olarak yerine getiren ancak hükûmetin denetimi altında olan kuruluşlardır.

Kamu hükûmetsel ve kamu kurumsal sektörünün dışında özel sektör sayılabilir. Bu üç sektöre ek olarak sağlık politikalarını etkileyen danışma konseyleri vardır. Bu konseyler Halk Meclisi Sağlık Komisyonu, Şura Meclisi Sağlık Komisyonu ve Yüksek Sağlık Kurulu'dur (16:5,6).

Mısır sağlık sistemi geniş klinik, hastahane ve doktor altyapısı, ilaçların ve tıbbi teknolojinin elde edilebilirliği ve nüfusun %95'lik kısmının en fazla 5 km uzağında bulunan fiziksel altyapı yönünden bazı güçlü yönere sahiptir (1:10).

II.1. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

Mısır'da yüksek doğum oranı ülkenin en büyük sorunlarından.

1990'ların ortasında yeni doğan ve çocukların ishal, aşıyla korunulabilen hastalıklar ve solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümlerinde düşüşle şekillenen epidemiyolojik dönüşüm görülür. Bu yıllarda kronik hastalıkların risk faktörleri olan şişmanlık, sigara kullanımı ve hipertansiyonda yeni vakalardaki artışla ve sosyal-ekonomik değişimin sebep olduğu beslenme değişikliği, kentlere göç, sanayileşme ve motorlu araç trafiğinde artış olmuştur. Hastalıkların dağılımı enfeksiyon ve parazit hastalıklarından, dolaşım sistemi hastalıklarına doğru kaymıştır. Nüfus ve epidemiyolojik faktörlerinin sonucunda 1990'ların ortasında büyük sağlık ve nüfus sorunlarıyla yüz yüze kalınmıştır. Aynı dönemde ana çocuk sağlığı hizmetlerinde gelişme ve yükü devam eden bulaşıcı hastalıklar ile doğum oranında düşüş görülmüştür (6:20,21).

1980'lerde toplam doğum oranı kadın başına 5,3'ken bu oran 2005 de 3,1'e gerilemiştir. Özellikle 1980'lerde doğum oranı hızla gerilerken geçtiğimiz 10 yıl içinde bu düşüş dalgalı bir seyir izlemiştir. Toplam doğum oranındaki düşüş her yaştaki kadın grubunda aynı derecede değildir. 1980 ve 2000 yılları arasında 30 yaş üstü kadınlarda toplam doğum oranı %40 gerilerken, 30 yaşın altındaki kadınlarda bu gerileme %25 oranında olmuştur (8:501,502).

Yüksek aşılama oranları yakalanmış ve yıllık nüfus artış hızı 1990'da %2,3 iken 1999'da %1,8'e düşürülmüştür. Buna rağmen bu düşük doğum oranı, gelişimi engellenmiş sistematik aile planlaması hizmetlerinden çok, ülkede değişen ekonomik sosyal ve politik şartlardan kaynaklanmakta izlenimini vermektedir (1:10).

Mısır'da 1980'lerde ve 1990'larda bebek ölümlerinin %60 düşmesi gibi sağlık göstergelerinde tatmin edici gelişmeler yaşanmıştır. Aynı zamanda ülke bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almada çok başarılı olmuştur. Ancak benzer gelir düzeyine sahip ülkelere karşılaştırıldığında Mısır'ın sağlık göstergeleri olumsuz görünmektedir (2:13).

2001 yılında beklenen yaşam süresi 66,5 olarak belirlenmiş ayrıca bebek ölüm oranı binde 46 olarak bildirilmiştir (6:4).

2003 yılı Aralık sonunda yayımlanan Ulusal AIDS Programı'na göre Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na bildirilmiş 1.838 AIDS vakası vardır. 2001 yılı sonu itibariyle ülkede 3.000 kişiye AIDS taşıyıcılığının müspet olduğu tahmin edilmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda ulusal gözlem ve bildirim sisteminin olmaması, erken teşhisin gelişmemesi, birleştirilmiş bir hizmet sunumunun olmaması, güvenilir bir referans sisteminin yokluğu, bu gruptaki hastalıkların tedavisinde daha akılcı ilaç kullanımına ihtiyaç duyulması gibi sorunlar ile yüz yüzedir (9:31,32).

2002 yılında açıklanan Dünya Bankası raporuna göre ülkede kirli su nedeniyle görülen ishale bağlı ölümlerin yıllık maliyeti 800 milyon Amerikan Doları civarındadır. Özellikle yoksul nüfus kesim bu durumdan etkilenmektedir. Nüfusun %97'si içilebilir suya ulaşabilmesine rağmen nüfusun %25'lik bir kısmı haftada bir gün ya da günde birkaç saat içilebilir suya ulaşabilmektedir. Buna ek olarak su kalitesinde oldukça büyük farklılıklar vardır (7:172).

Kanalizasyon ağının kapsamı içilebilir suya göre kentlerde oldukça düşüktür ve kentelerde nüfusun %62'sini kapsamaktadır. Kahire'de evlerin %97'si kanalizasyona bağlıdır ve bu oran ülkedeki en yüksek orandır. Kırsal alanlarda kanalizasyon hizmetinin nüfusu kapsama oranı %11'den daha düşüktür (9:34).

II.2. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Mısır çok karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. Mısır'da sağlık hizmetleri finansmanı, yönetimi ve sunumu farklı hükümet sektörlerince, farklı bakanlıklar ve farklı yasalar altında çeşitli düzeylerdeki farklı özerkliklerle işletilmektedir. Hizmetler aynı zamanda özel sektördeki farklı şekilde sınıflanmış hizmet sunucularıyla ve farklı hizmet düzeylerinde de sunulmaktadır (13:13).

II.2.1. Kamu Sağlık Sektörü

Kamu sağlık sistemi farklı tipteki kuruluşlarla tedavi hizmetleri sunmaktadır. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın sahip olduğu ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunan hastahaneler, ayrıca öğrencilere, dullara, emeklilere ve yeni doğanlara olmak üzere toplumun %45'ine hizmet sunan Sağlık Sigortası Örgütü kuruluşları, büyük hastahaneler işleten ve sabit bir ücretle hizmet sunan Tedavi Hizmeti Örgütü kuruluşları, eğitim hastahaneleri ve teknik kuruluşlar, Savunma Bakanlığı, Ulaşım, Havacılık, Elektrik ve İç İşleri Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları ve hastahaneler, hem tamamen ücretsiz olarak tedavi hizmetlerini hem de ücretini ödeyebilenlere sabit bir ücretle hizmet sunan üniversitelerin tıp fakültesi hastahaneleri tarafından kamu sağlık hizmetleri sunulmaktadır (9:20).

Mısır'da kamu sektörü alanında hem hükümetSEL hem de kurumsal kamu sektöründen bahsedilmesi gerekmektedir. İki sektör arasındaki farklılık yasal olarak sağlanmış işletme özerkliği ve örgütün sahipliği ile ilgilidir. Ancak bazı kaynaklarda her iki sektör de hükümetSEL sektör şeklinde değerlendirilebilmektedir (13:14).

II.2.1.1. Kamu HükümetSEL Sektörü

Kamu hükümetSEL sektörü Maliye Bakanlığı tarafından fon sağlanan Hükümet Bakanlıklarının faaliyetlerini temsil etmektedir. Birçok benzer düşük ve orta geliri ülkede olduğu gibi Mısır'da da sağlık hizmetleri arzının finansmanı ve hizmet sunum işlevleri aynı örgütsel yapı içerisinde yürütülmektedir. Maliye Bakanlığı'nca hükümetin genel gelirlerinden bütçe sağlayan hükümete bağlı hizmet sunucuları aynı zamanda bunların yönetimi rolünü de üstlenmektedirler. Kaynaklarını birincil olarak Maliye Bakanlığı'ndan sağlayan hükümetSEL sektör sunucuları Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Yüksek Öğretim Bakanlığı, Bilimsel Araştırma Bakanlığı ve Öğretim Hastahaneleri Örgütü ile kendi çalışanlarına (çiftçiler, öğretmenler, demir yolları, elektrik vb. çalışanları gibi) bazı sağlık hizmetlerini sunan bakanlıklardan oluşmaktadır. Öğretim Hastahaneleri Örgütü Mısır'a yayılmış 9 sağlık birimi ve 9 hastahanedir. Savunma Bakanlığı ve İç İşleri Bakanlığı aynı zamanda kendi personeline sağladığı sağlık hizmetleri için de bir bütçe almaktadır fakat çok sınırlıdır. Hükümete bağlı sağlık hizmeti sunucularının, kullanıcı ücretlerini içeren, ekonomik bölümler olarak bilinen özel birim veya bölümlerinde kendi gelirlerini oluşturmasına da izin verilmiştir.

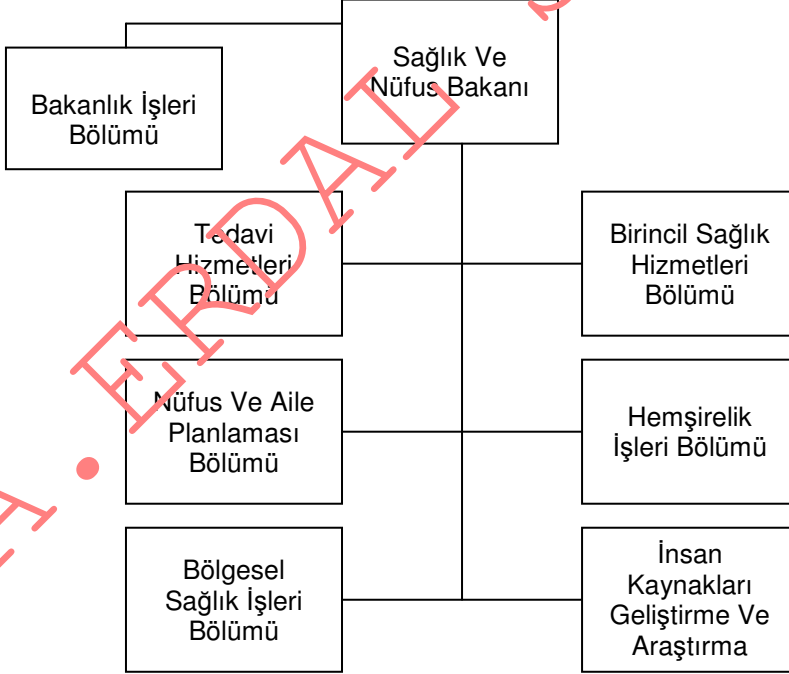
Bu bütçe dışı kaynaklar kendi kendini finanse etme şeklinde sınıflandırılmaktadır (13:14).

II.2.1.1.1. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ülkedeki sağlık politikalarını belirlemekle sorumludur. Aynı zamanda tüm sağlık politikalarını ve yasalarını uygulayacak olan kuruluştur. Bakanlık büyük bir merkezi yönetime, her ilde ve ilçede yerel yönetimlere sahiptir (3:8).

Merkezi düzeyde Bakanlık politika oluşturmaktan, planlamadan ve gözetimden sorumludur. Her ilde benzer işlevler Genel Sağlık Yöneticiliği sorumluluğunda yerine getirilmektedir. Aynı zamanda her ildeki işlevler ilçe düzeyine yerleştirilmiştir. İl ve ilçe düzeyinde politika geliştirme ve planlama kapasitesi sınırlıdır. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın rolünü il ve hatta ilçe düzeyinde yerleştirecek alt yapısı olmasına rağmen sistem hayli merkezi işlemektedir. Ayrıca Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı sağlıkla ilişkili faaliyetlerden, ilaç politikasından ve ilaçların lisanslamasından sorumludur (3:9). Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı işlevsel açıdan merkezi düzey, il düzeyi (Sağlık Yöneticilikleri), ilçe düzeyi ve sağlık hizmet sunucuları düzeyi olmak üzere örgütlenmiştir (13:16).

Şema 1: Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın Örgütsel Şeması



Kaynak: (19) MOHP (2007) Organization Chart, Ministry of Health and Population s:1.

II.2.1.1.1.1. Merkezi Düzey

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı 1936 yılında kurulmuş olan eski Sağlık Bakanlığı ile eski Devlet Nüfus Bakanlığı'nın birleşmesiyle oluşmuştur. Bir Bakanın başkanlık ettiği Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın merkezi düzeydeki örgütsel yapısında, merkezi işlevleri olan planlama, denetim ve yönetim işlevlerini yerine getirmekle görevli 5.000'in üzerinde profesyonelle ve destek personeline sahiptir.

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı 7 işlevsel bölüme ayrılmıştır:

- Merkezi Genel Sekreterlik
- Bakanlık İşleri Bölümü
- Eğitim Ve Araştırma Bölümü
- Sağlık Bölgeleri Bölümü
- Tedavi Hizmetleri Bölümü
- Bulaşıcı Hastalıklar Ve Koruyucu Hizmetler Bölümü
- Sağlık Bakımı Ve Hemşirelik Bölümü

Merkezi Genel sekreterlik doğrudan Sağlık Ve Nüfus Bakanına bağlıdır. Yedi işlevsel bölüm 23 merkezi bölüme ve 73 genel bölüme ayrılmıştır. Yedi bölümün başkanı doğrudan Sağlık Ve Nüfus Bakanı'na bildirim yapmaktadır. Buna ilaveten koruyucu hizmetler, laboratuvarlar, birincil sağlık hizmetleri, salgın hastalıklar, tedavi hizmetleri, araştırma ve geliştirme, ilaçlar, dişçilik, aile planlaması ve hemşirelik bölümlerinin başkanları da doğrudan Bakan'a bildirim yapmaktadır.

Bu işlevsel birimlere ek olarak, merkezi örgütsel yapı komisyonlar, üst kurullar ve tavsiye komisyonları gibi politika yapma, planlama ve tavsiye birimleri içermektedir. Genelde bu merkezi yapı içindeki 103 sektörel, merkezi ve genel bölümler anayasal olarak anahtar politika yapıcı ve karar verici olan Sağlık Ve Nüfus Bakanı'na entegredir (13:16).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın İlaç Politika Ve Planlama Merkezi, Merkezi Eczacılık Bölümü ve Ulusal İlaç Politikası Ve Araştırması Örgütü'nden oluşan üç birimi satın alma ve düzenleme işlevlerinden sorumludur (9:25).

II.2.1.1.1.2. İl Düzeyi

Mısır 26 eyalete sahiptir fakat 27 sağlık yönetimi vardır. Çünkü Luksor yönetsel olarak Qena İli'ne bağlı olsa da ayrı Sağlık Yöneticiliğine sahiptir.

Her İl Sağlık Yöneticiliğine İl yönetiminin büyüklüğüne göre farklı işlevsel yetkiye sahip olan Sağlık Yöneticisi olarak isimlendirilen bir Genel Yönetici veya bir Alt Sekreter başkanlık etmektedir (13:17).

Merkezi düzeydeki örgütlenmenin aynısı il düzeyinde de vardır. İl düzeyinde Sağlık Yöneticileri Sağlık Ve Nüfus Bakanı'na teknik işlevler açısından sorumludur fakat bildirimlerini İl Sağlık Yüksek Kurulu'na başkanlık eden valilere yapmaktadırlar (13:16).

II.2.1.1.1.3. İlçe Düzeyi

İlçe düzeyinde örgütsel yapı temel işlevlerin yerine getirilmesini sağlayacak şekilde il düzeyinin basit bir kopyası şeklindedir.

235 ilçe kendi İl Sağlık Yöneticiliklerine bildirimde bulunurlar. Her ilçe genellikle doktorları, hemşireleri ve yöneticilerden sorumlu olan İlçe Hastahanesi'nin yöneticisi olan bir sağlık yöneticisine sahiptir (13:17).

II.2.1.1.1.4. Sağlık Hizmet Sunucuları Düzeyi

Tüm düzeylerdeki yönetimde Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve nüfus hizmetleri olmak üzere üç ana role sahiptir.

Hizmet düzeyinde Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın rolü şu şekildedir:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri Sektörü: Bireylere yönelik koruyucu hizmetler, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve birincil sağlık hizmetlerini içermektedir.
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sektörü: Tüm düzeydeki (birincil, ikincil ve üçüncül) tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu içermektedir. Bakanlığın ülkede bu hizmetleri sunan çok geniş bir yataklı tedavi hizmetleri ağı vardır.
- Nüfus Sektörü: Çevre, nüfus dağılımı gibi nüfusla alakalı olan kuruluşların ve diğer bakanlıkların çalışmalarının eşgüdümünden ve tüm nüfus politikalarının geliştirilmesini içermektedir (3:9).

Mısır'da Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ülke çapına yayılmış 3.645 sağlık birimi ve 66.440 yatak kapasitesi ile şu anda birincil, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin en büyük sunucusudur. Çeşitli sağlık projeleri adı altında bazı ilçelerde pilot sevk sistemi uygulansa da, ülke çapında Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın hizmet sunumunda resmi bir sevk sistemi yoktur (13:17).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ayrıca uzman hastahaneleri, genel hastahaneler, ilçe hastahaneleri ve kırsal hastahanelere sahiptir. Bu hastahaneler nüfusun çoğunluğuna yataklı tedavi hizmeti vermektedir (3:9).

II.2.1.1.2. Diğer Bakanlıklar

Yüksek Öğretim Bakanlığı mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimden sorumludur.

• Sosyal İşler Ve Sigorta Bakanlığı 32 sayılı Devlet Dışı Örgütler Yasası'na dayanarak devlet dışı örgütlerin sağlık hizmetleri alanındaki faaliyetlerini denetlemekle sorumludur. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan devlet dışı örgütler Bakanlık kontrolünde çalışmaktadır. Bunun yanında Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı da bu örgütlerin sunduğu sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir standartlarda olmasından sorumludur. Mısırdaki devlet dışı örgütlerin denetimi çok sıklıdır (3:9).

Ulaştırma Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda genelde kendi personellerine ve onların bağımlılarına bazı durumlarda ise halkın tümüne hizmet sunmaktadırlar (6:6).

II.2.1.2. Kamu Kurumsal Sektörü

Kamu Kurumsal Sektörü hükümet bakanlıklarının karar alma sürecine katıldıkları Sağlık Sigortası Örgütü, Tedavi Hizmetleri Örgütü ve daha çok hastahane hizmetleri sunan diğer kamu sektörü örgütlerinden oluşmaktadır. Mısır sağlık sektörü tanımlanırken hükümetSEL ve kurumsal sektör arasında ayırım yapılmasına rağmen uygulamada her iki sektör de devlet tarafından işletilmektedir. İşletme ve finansal açıdan yarı hükümetSEL sektör kendine has düzenlemelerle yönetilmekte, ayrı bir bütçesi bulunmakta ve günlük olağan işlevlerini de oldukça özerk bir şekilde yürütmektedir. Buna karşın siyasi açıdan Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kamu kurumsal sektöründeki örgütlerin karar verme sürecinde bir denetim işlevine sahiptir (13:14).

Kamu kurumsal sektörü içindeki Mısır Hava Yolları, Arap Çelik, Arap Mütahitlik ve Ulusal Elektrik Şirketi gibi kurumlar çalışanlarına sağlık hizmeti sunmak için özel ya da kamu kuruluşları ile anlaşma yapmaktadırlar (16:6).

II.2.1.2.1. Sağlık Sigortası Örgütü

Mısır'da Sağlık Sigortası Örgütü 1964'de kurulmuştur. Yarı hükümetSEL bir kuruluştur ve Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı denetimine tabidir. Sağlık Sigortası Örgütünün dört geniş sınıfa ayrılmış faydalanıcısı vardır. Bunlar Hükümet sektöründeki tüm çalışanlar, bazı kamu ve özel sektör işçileri, emekliler ve dullardır. Şubat 1993'de Okul Sağlık Sigortası Programı'na başlanarak okul çağındaki 15 milyon çocuğun da kapsam altına alınmasıyla sigorta kapsamı 1992'de 5 milyon kişiyken 1995'de kapsamı 20 milyon kişi olmuştur. 1997'de 380 Sayılı Bakanlık Kararıyla bir yaşın altındakiler de kapsam altına alınmış ve 2002'de faydalanıcı nüfus 30 milyonu aşmıştır.

Sağlık Sigortası Örgütünün gelirleri dört ana kaynaktan gelmektedir. Sosyal Sigorta Örgütü ve Emekliler Sigorta Örgütü, çalışanların gelirlerinden belli bir oranda prim almaktadır. Okul Sağlık Sigortası Programı okula kayıt ücretinden sabit bir miktarda katılım payı almakta ve hükümet tarafından sübvansede edilmektedir. Sağlık Sigortası Örgütü ayrıca başlıca hükümet çalışanlarından maliyet paylaşımı şeklinde bir kısım gelir elde etmektedir.

Bir sağlık hizmeti sunucusu olan Sağlık Sigortası Örgütü'nün yönetimi altındaki 39 hastahane, yanı sıra fabrikaların içinde ve dışında bulunan genel pratisyen klinikleri, 7.141 okul sağlık kliniği, 1.040 uzman klinik veya poliklinikleri, kendine ait 51 eczahane ve 49 anlaşmalı eczahanesi vardır (13:14,15).

Geride kalan on yıl boyunca yapılan işlere rağmen sağlık sigortasının kapsamı nispeten sınırlı kalmıştır ve Sağlık Sigortası Örgütü sürekli borç ve verimsizlik içindedir. Bu sorunları çözmek için Dünya Sağlık Örgütü'nce sağlanan teknik yardım ile 1990'ların ortasından beri bir reform süreci yürütülmektedir. Reformun temel konusunu aile hekimliği sisteminin genişletilerek birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirmesi oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık sigortasının hizmet sunumu ve finansman hizmetlerinin birbirinden ayrılması öngörülmektedir (9:25).

II.2.1.2.2. Tedavi Hizmetleri Örgütü

Tedavi Hizmetleri Örgütü kâr amacı olmayan bir sistem olarak Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı otoritesi altında 1964'de kurulmuştur. Mısır'daki toplam yatak kapasitesinin %4'ü 6 Tedavi Hizmetleri Örgütü tarafından işletilen 12 hastahanedir. Bu hastahaneler Kahire, İskenderiye, Kalyubia, Damietta, Kafriye, El Sheikh ve Port Said'dedir. Örgütün Yukarı Mısır'da hastahanesi bulunmamaktadır (13:14).

II.2.1.3. Sağlık Politikalarını Ve Yasamayı Etkileyen Diğer Kurumlar

Sağlık politikalarını ve yasamayı etkileyen diğer kurumlar bir çok profesyonel birliklerin yanı sıra sağlık politikalarını kabul eden veya görüş bildiren Halk Meclisi Sağlık Ve Çevre Komisyonu'ndan, Şura Meclisi Çevre Sağlık Ve Nüfus Komisyonu'ndan ve Yüksek Sağlık Kurulu'ndan oluşan bağımsız, yasama veya tavsiye görevi olan kuruluşlardan oluşmaktadır.

Halk Meclisi yasaları yapmakta, vergileri ve uluslar arası anlaşmaları kabul etmektedir. Yasama işlevine ek olarak gözetim ve denetleme işlevi de vardır. Yasalar Meclise gitmeden önce ilgili komisyonlarda ön çalışması yapılmaktadır. Toplam 22 komisyon bulunmaktadır. Çevre ve Sağlık Komisyonu bunlardan birisidir. Bu komisyon Meclis üyelerinden oluşmaktadır ve çalışılan konular hakkında kapsamlı görüşler elde etmek için sık sık uzmanlar davet edilmektedir. Komisyon gelecekteki sağlık politikalarını ve planlarını etkilemektedir.

Şura Meclisi hükümetin temel ulusal politikaları için görüş bildirmek amacıyla anayasal olarak 1980'de kurulmuştur. Şura Konseyi Sağlık, Nüfus Ve Çevre Komisyonu bu alanlarda tartışmaların yapıldığı Şura konseyi alt komisyonudur.

Şura Meclisi'nin doğrudan yasama yetkisine sahip olmasa da, hükümet politikası üzerine önemli etkileri olan yasaların Halk Meclisine gitmeden önce Şura Konseyinde tartışılması gerekmektedir (13:15).

II.2.2. Özel Sağlık Sektörü

1974 yılında liberal ekonominin uygulanmaya başlanmasından sonra özel sağlık sektörü büyümeye başlamıştır. 1975 ve 1980 yılları arasında özel sektöre ait toplam yatak sayısı hızla artmıştır. Özel sağlık kuruluşları Mısır genelinde büyük modern ve karmaşıktan basit hizmet sunan hastahanelere, günlük bakım merkezlerine ve polikliniklere kadar irili ufaklı şekilde örgütlenmişlerdir (13:20).

Özel sektör geleneksel şifacılar, ebelerden, devlet dışı örgütlerden, cami kliniklerinden, kilise kliniklerinden ve özel uygulayıcılardan oluşmaktadır. Bazı inanç ile ilgili kuruluşlar Sosyal İşler Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. Özel sigorta sektörü çok gelişmemiştir bu yüzden özel sektör kuruluşları çoğunlukla hane halkının kişisel ödemeleriyle finanse edilmektedir (16:6).

II.2.2.1. Özel Uygulamalar

Sağlık sektörü içinde en büyük güce sahip olan profesyonel grubu doktorlar oluşturur. Doktorların hem özel sektörde hem de kamuda çalışabilmesine izin verilmektedir. Özel sunucuların büyük bir kısmı düşük ücret nedeniyle devlette çalışan ancak özelde muayenehanesi olan doktorlardır. Diğer doktorların çoğu kendi özel kliniğini açacak mali güce sahip değildir ve devletteki işlerinin yanı sıra devlet dışı dini kuruluşlarda ya da özel kuruluşlarda çalışmaktadırlar (13:20).

II.2.2.2. Hükümet Dışı Örgütler

Sektör içinde aynı zamanda hem Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na hem de Sosyal İşler Bakanlığına kayıtlı olan, sağlık hizmeti sunucusu hükümet dışı dini esaslı yardım amaçlı birimler vardır (13:15).

Hükümet dışı örgütler sağlık ve sosyal hizmetler alanında aile planlaması hizmetleri gibi hizmetleri vermektedir. 2003 yılı Nüfus Ve Sağlık Yoklaması'na göre kamu sektörü Mısır'daki aile planlaması hizmetlerinin %56'sını sunarken geri kalan kısım özel sektörde sunulmuştur. Özel sektör sınıflandırması içindeki hizmetlerin ise %6'sını hükümet dışı örgütler vermektedir (13:21).

Çoğunlu Kahire'de ve kentsel alanlarda olmak üzere 401 adet kayıtlı hükümet dışı örgüt vardır. Bunlar genel sağlık hizmetleri vermekle beraber yataklı tedavi hizmetleri için hastalarını kamu hastahanelerine sevk etmektedirler (16:7).

II.2.2.3. Yardım Amaçlı Örgütler

Özel sektör kapsamında genellikle dini örgütlere bağlı küçük hastahaneler ve poliklinikler aracılığıyla hizmet sunan birçok yardımlaşma amaçlı sağlık kuruluşu vardır. Bunlar arasında Müslüman sosyal ajanslarca işletilen ve çok tutulan, başarılı bir şekilde gezici sağlık hizmetlerini veren camilere ait klinikler vardır.

Yardım amaçlı örgütler kullanıcıların ödediği ücretlerle finanse edilmektedir. Küçük olan yardım amaçlı örgütler genelde finansal olarak zararına işletilmekte ve hizmetleri sık sık aksamaktadır (13:20).

II.3. Sağlık Hizmetleri

Mısır 26 farklı tipteki kuruluşla yataklı tedavi hizmeti sunmaktadır. Tüm hasta yataklarının %88'i kamu sektörüne aittir ve Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı %57 ile en büyük paya sahiptir (12:7).

Özel sektörün sunduğu sağlık hizmetleri özel hastahanelerin, özel doktorların, özel eczahanelerin, geleneksel şifacıların ve geleneksel ebelerin sunduğu sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu sektörün hizmetleri aynı zamanda Sosyal İşler Bakanlığına kayıtlı örgütlerin hizmetleriyle dini bağlantılı bir çok devlet dışı örgütlerin hizmetlerini de kapsamaktadır (13:20).

II.3.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı hizmet sunum birimleri birçok farklı boyutlarda örgütlenmiştir.

Bunlar coğrafik (kentsel, kırsal), yapısal (sağlık birimi, sağlık merkezi ve hastahaneler), işlevsel (ana çocuk sağlığı merkezleri) veya programsal (aşılama, ishal, hastalık kontrol) şekilde örgütlenmiş birimlerdir (13:17).

Birincil sağlık hizmetleri içerisinde bulunan ana çocuk sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak için verilen hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, genel pratisyenlerce verilen acil ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve diş sağlığı hizmetleri verilmektedir. Birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda 2.837 kırsal sağlık birimi, 312 kırsal sağlık merkezi, 363 kırsal hastahane, 255 kentsel sağlık merkezi, 197 ana çocuk sağlığı birimi, 346 sağlık bürosu ve 500'den fazla gezici sağlık kliniği hizmet vermektedir. Tüm bu sağlık kuruluşlarında toplam 15.739 doktor, 3.320 diş hekimi, 754 eczacı, 36.508 hemşire ve 2.853 laboratuvar teknisyeni çalışmaktadır (9:20).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı Mısır'daki sağlık alanında öncelikli sağlık amaçları gerçekleştirmek için dış örgütlerin yardımıyla birçok sağlık programı uygulamaktadır. Bu programlar:

- Nüfus kontrol ve aile planlaması programları,
- İshal ve akut solunum yolu hastalıkları programları,
- Genişletilmiş bağışıklama programları,
- Anne ve çocuk sağlığı programları (13:18).

1997'de Mısır sağlık sistemi çocukluk dönemi hastalıklarının birleştirilmiş yönetimine geçmiştir. Bu alanda uygulama 1999 yılının sonlarında başlamıştır. Çocukluk dönemi hastalıklarının birleştirilmiş yönetimi üç öğeye yönelmiştir. Bunlardan ilki çocuklara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi. İkincisi güçlendirilmiş bir sevk sisteminin geliştirilmesi, sağlık kuruluşları örgütlenmesinin güçlendirilmesi, kaliteli sağlık bilgi sisteminin oluşturulması, ilaçlara ulaşılabilirliğin artırılması, denetim ve gözetim faaliyetleridir. Üçüncü ögesi ise diğer iki öğeye nazaran daha yavaş ilerleyen aile hekimliği sisteminin geliştirilmesidir. Çocukluk dönemi hastalıklarının birleştirilmiş yönetimi 26 ilin 19'unda, 246 ilçenin 102'sinde ve 4.500 sağlık kuruluşunun 1.912'sinde uygulanmaya başlanmıştır. Değerlendirme sonuçlarına göre sağlık hizmet sunucularının ve sağlık kuruluşlarının performanslarında bu programın olumlu etkileri görülmektedir (9:33).

II.3.2 İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri düzeyinde 33.063'ü Kahire'de 10.930'u Gize'de ve 10.092'si İskenderiye'de olmak diğer illerdeki ile birlikte ülke çapında toplam 139.619 hasta yatağı bulunmaktadır (9:20).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı Mısır'da yataklı tedavi hizmetlerini sunan en büyük kuruluştur. Hastahane hizmetleri bütünleşik hastahaneler, ilçe hastahaneleri, genel hastahaneler ve uzman hastahaneler aracılığıyla sunulmaktadır.

- Bütünleşik Hastahaneler 20 ile 60 hasta yatağına sahip küçük hastahaneler birincil sağlık hizmeti ve uzman tedavi hizmetlerini kırsal alanlarda vermektedirler. Bütünleşik hastahaneler 10.000 ile 25.000

arasındaki nüfusa iyi düzeyde cerrahi müdahaleler yapmakta ve buralarda radyolojik teşhis cihazları ve laboratuvarlar bulunmaktadır.

- İlçe Hastahaneleri: 100 ile 200 yataklıdır her ilçede bulunmaktadır ve daha uzmanlaşmış tıbbi hizmetler sunmaktadırlar. Kentsel ilçelerde 50.000 ile 100.000 arasındaki nüfusa hizmet vermekle yükümlüdürler. Bazı ilçeler oldukça büyüktür ve 300.000 kişiyi barındırabilmektedirler.
- Genel Hastahaneler: 200'den daha fazla yatak sayısına sahiptir ve tüm tıbbi uzmanlıklar vardır. Genel hastahaneler her il merkezinde bulunmaktadır.
- Uzman Hastahaneler: Kentsel alanlarda bulunmaktadır. Bu hastahaneler göz, psikiyatri, göğüs (34), humma (88), kalp, oftalmoloji (31), onkoloji, kadın hastalıkları ve doğum gibi uzmanlıkları içermektedir. Her il'de uzman hastahaneler vardır (13:17).

Kamu sağlık sektöründeki hastahaneler mısır nüfusunun büyük bir kısmını oluşturan düşük gelir gruplarına hizmet vermektedir. Bu hastahaneler büyük talep ve hükümetin maliyetlerin artışına engel olmadaki başarısızlığı, finansal yetersizlikler, kaynakların yetersizliği, yönetim verimsizliği gibi nedenlerle güçleşmektedir. Bu durum halkın güvenin yok olmasına ve bir çok insanın kendisi ücretini doğrudan ödeyerek özel sektörden hizmet satın almasına sebep olmaktadır.

Kamu sektörü ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin bir çoğunu yönetmesine rağmen yatak işgal oranları çok düşüktür özellikle Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kuruluşlarında bu oran %40'lardadır (16:7).

Mısrda özel sektör sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu sektör özel klinikler veya özel uzman hastahaneler aracılığıyla daha iyi hizmet almak isteyen insanlara göreceli olarak yüksek fiyatlarla hizmet sunmaktadır (9:20,21).

Özel sağlık sektörü 2.024 yataklı tedavi kuruluşuna sahiptir ve 22.647 yatak kapasitesine sahiptir. Bu oran toplam Mısır yatak kapasitesinin yaklaşık %12'sidir (13:18).

Mısır büyük üniversitelere bağlı 14 tıp okuluna ve 36 üniversite hastahanesine sahiptir. İkincil ve üçüncül bakım kuruluşları olan üniversite hastahaneleri Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kuruluşlarına göre teknoloji ve tıbbi uzmanlık konusunda daha gelişmiştir. Bu üniversite hastahaneleri Yüksek Öğretim Bakanlığı otoritesi altında işletilmektedir (13:14).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı az sayıda eğitim hastahanesini işletmekte ve burdaki hizmetler büyük oranda ücretsiz sunulmaktadır. Üniversite hastahaneleri toplumun tümüne hizmet vermektedir. Bunlar büyük oranda sübvansiyonla finanse edilse de hastalardan da ücret alınmaktadır (6:6).

II.3.4. Halk Sağlığı Hizmetleri

1959 Nil Anlaşması'na göre Mısır Nil Nehri'nden yıllık 55,5 milyar metreküp su almaktadır (9:34).

Kentsel alanlarda yaşayanların %83'ü apartman dairesinde, kırsal alanlarda yaşayanların %71'i müstakil evlerde kalmaktadır. Kentlerde evlerin %99'u şebeke suyuna sahiptir. Kırsal alanlarda evlerin %74'ü şebeke suyuna sahip, %6'sı halk çeşmelerinden faydalanmakta geri kalan kısım ise kuyu suyu kullanmaktadır. Kentlerde evlerin %97'si kanalizasyon sistemine bağlıdır. Kırsal alanlarda ise bu oran yalnızca %46'dır ve "bayar" denilen drenaj sistemine sahiptir (9:16).

Mısır'da özellikle Kahire ve İskenderiye'de yıllardır hava kirliliği konusu sorunu vardır. Özellikle de kentlerde ve sanayi alanlarında hava kirliliği solunum yolu hastalıklarında artışa sebep olmaktadır (9:34).

II.4. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Mısır sağlık sisteminin finansmanında çoğulcu bir sisteme sahiptir. Sağlık hizmetleri genel devlet bütçesi, sosyal sigorta primleri ve kişisel ödemeler aracılığıyla finanse edilmektedir. Genel bütçe kaynakları dört büyük kamu örgütlenmesi olan ve hizmet sunumunu yapan Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kuruluşları, üniversite hastahaneleri, Savunma Bakanlığı Hastahaneleri hizmetlerine ödenen kullanım ücretlerden ve Sağlık Sigortası Örgütü'ne ödenen primlerden, bireylerden ve şirketlerden toplanan vergiler yoluyla sağlanmaktadır (9:23,24).

Ulusal sağlık harcamaları benzer sosyoekonomik düzeydeki ülkelere nazaran Mısır'ın ortalamanın altında sağlık harcaması yaptığını göstermektedir. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı sağlık sistemini geliştirmek için çabalamakta ve 1994-1995 yıllarına nazaran harcamalarındaki büyük artış bunu kanıtlamaktadır. Aynı zamanda aile hekimliği yaklaşımı ve birincil sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar da artmaya devam etmektedir. Buna karşın ulusal sağlık harcamaları bir çok sağlık finansmanı sorununun devam etmekte olduğunu göstermektedir. Bu sorunlar hane halkı harcamalarının payınının yüksekliği, yüksek ilaç harcamaları ve Sağlık Sigortası Örgütü'nün finansman sıkıntısının devamı gibi sorunlardır. Buna ek olarak anahtar Sağlık Sektörü Reform Programı olan Aile Hekimliği Fonu iflas etmiş durumdadır. Sağlık finansmanındaki parçalı yapı verimsizlik ve eşitsizliklere sebep olmaktadır (16:6).

II.4.1. Finansman Kaynakları

Üç temel finansman kanalı vardır. Bunlar:

- Maliye Bakanlığının tarafından Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na sağlanan bütçenin Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kuruluşlarına aktarımı,
- Sosyal Sigorta Örgütü ve Maliye Bakanlığı aracılığıyla sağlık sigortasına aktarım ve
- Hane halkının doğrudan özel sunuculara ve eczacılara yaptığı ödemeler yoluyla kaynak aktarımıdır (2:8).

1994-1995 ve 2001-2002 yılları arasındaki kaynakların fonlarını gösteren Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması'na göre sağlık harcamalarında kamunun katkısı %46'dan %32'ye düşmüştür. Kamu harcamalarındaki bu düşüş hane halkı harcamalarının 2002 yılı itibarıyla %61'e ulaşmasıyla finanse edilmiştir (16:2).

II.4.1.1. Devlet Bütçesi

Devlet sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunumuna devam etmeli mi yoksa harcamaların bir bölümü hastadan alınmalı mıdır ikilemiyle karşı karşıyadır. Devlet harcamaları karşılayacaksa ne kadar harcamalı? Kapsayıcılığa ulaşılacaksa bunun nasıl finanse edileceği en büyük tartışma konularıdır (7:71).

1999'da toplam hükümet gelirleri GSMH'nin %23,6'sı kadar olmuştur. Merkezi vergiler GSMH'nin %15,6'sı, transfer karları GSMH'nin %3,2'si vergi dışı gelirler GSMH'nin %1,8'i şeklinde gerçekleşmiştir. Yerel vergiler GSMH'nin %2,9'u kadardır. 1994'de GSMH'nin %30 civarındaki gelirler ve GSMH'nin %17,9'u civarındaki vergiler yavaş yavaş gerilemiştir (2:7).

Maliye Bakanlığı Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın, Yüksek Öğretim Bakanlığı'nın ve diğer bakanlıkların finansal kaynaklarını sağlamakla aynı zamanda Sağlık Sigortası Örgütü'ne ve Tedavi Hizmetleri Örgütü'ne fazladan kaynak aktarmaktadır. Karar alma gücüne rağmen Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı toplam sağlık harcamasının yalnızca %19'unu yapmaktadır (3:10,11).

Maliye Bakanlığının sağlık harcamaları için aktardığı fonun %60'ından daha azı Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı kuruluşlarıca harcanmaktadır. Geri kalan kaynaklar Sağlık Sigortası Örgütüne, öğrenim hastahanelerine, üniversite hastahanelerine ve Tedavi Hizmetleri Örgütüne aktarılmaktadır. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları tüm sağlık sektörü kaynaklarının yalnızca %19'unu yani GSMH'in %0,7'sini almaktadır (1:8).

İkincil ve üçüncül sağlık kuruluşları birincil sağlık kuruluşlarına nazaran daha fazla yatırım almaktadır (16:7).

II.4.1.2. Sağlık Sigortası

Sigortalının temel ücretinin %0,5'i ile %1'i arasında prim katkısı yapan hükümet ve sigortalı ile, %1,5 ile %3 arasında prim katkısı yapan işverenlerin finanse ettiği Sağlık Sigortası Örgütü kamu finansmanı olarak gösterilen toplamın %18'ini karşılamıştır (2:8).

II.4.1.3. Kişisel Ödemeler

Tüm harcamaların yaklaşık yarısını karşılayan kişisel ödemelerin %63'ü ilaçlar için, %17'si ise özel gezici hizmetler için yapılmıştır. Kişisel ödemelerin %10'dan daha az bir kısmı hastahane hizmetlerine harcanmıştır (1:8).

Hane halkının kişisel ödemelerinin %90'ı özel hizmet sunucuları ve eczacılara yapılmıştır (2:8).

II.4.1.4. Dış Kaynaklar

Dış kaynakların sağlık harcamalarına katkısı 1995'den beri düşüş içindedir. Milenyum Gelişim amaçları Raporu 2001 yılında Resmi Gelişim Yardımı toplam 1,6 milyar Amerikan Doları civarında olmuş ve toplam 48 milyar dolarlık sağlık harcamasının %3'ünü karşılamıştır (16:7).

II.4.2. Sağlık Harcamaları

1990'lı yıllar boyunca sağlık harcamalarının yapısında tatmin edici bir değişim görülmemiştir. Kamu ve özel sağlık harcamalarının her ikisi de bu süre boyunca artmıştır. Sadece Okul Sağlık Sigortası Programı'nın uygulamaya konulması Sağlık Sigortası Örgütü'nün harcamalarında ve kapsayıcılığında bir değişikliğe sebep olmuştur.

1994-1995 yıllarında yıllarında Mısır'ın sağlık harcamaları GSMH'nin yaklaşık %3,7'siyken 2001-2002 yıllarında bu oran %6'ya ulaşmıştır. 1994 -1995 yıllarına nazaran sağlık harcaması miktarı %207'lik artışla 2001-2002 yıllarında 23 milyar Mısır Pound'u olmuştur. Sağlık harcamalarındaki büyümenin bir kısmı Mısır'da sağlık maliyetlerinin artmasına ve özel sektör hizmetlerine olan talep artışına bağlanabilir. Aynı zaman dilimleri içinde Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın harcamalarındaki artış da yaklaşık %290 oranında olmuştur (16:2).

2001 yılı verilerine göre kişi başına toplam sağlık harcaması 127 Mısır Pound'udur. Devlet harcamalarının %2'si civarında bir harcama ise yabancı kaynaklarca hibe edilmiştir. Devlet dışı örgütleri de içeren özel sektörde toplam sağlık harcamalarının %5'i yapılmıştır. Kişi başına sağlık harcaması kentsel alanlarda kırsal alanlara göre iki kat daha fazladır (9:24).

Toplam sağlık harcamalarının %36'sı ilaçlara, %19'u Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nca sağlanan hizmetlere, %18'i özel sektör hizmetlerine, %10'u üniversite hastahaneleri hizmetlerine, %8'i Sağlık Sigortası Örgütü'nce sağlanan sağlık hizmetlerine, %6'sı devlet dışı örgütlerin sunduğu sağlık hizmetlerine ve %3'ü de diğer kamu ve devlet kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerine yapılmıştır (9:25).

İlaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının içinde tek başına büyük bir kalemi oluşturmaktadır. İlaç harcamalarının büyük bir kısmı hane halkı tarafından kişisel olarak ödenmektedir (3:11).

İlaçların %62'si bağımsız eczahanelerce sağlanmıştır. Hane halkı toplam kişisel ödemelerinin yaklaşık %68'ini oluşturan 4,6 milyar Mısır Pound'unu ilaç için harcamıştır (16:5).

Koruyucu ve tedavi edici hizmetler üzerine harcamalar en fazla kamu kuruluşlarıca yapılmaktadır (16:4)

II.5. Sağlık İnsangücü

Sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu iki düzeyde tanımlanmış doktorlarca sağlanmaktadır. İlki işlevleri sevk noktasında olmaları ve kısıtlı sağlık hizmetleri sunan tıp fakültesini yeni bitirmiş ve henüz uzmanlık dalı olmayan genel pratisyenlerdir. İkincisi olan uzmanlar ise sistemin belkemiğidir ve sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını sunmaktadırlar (6:7).

Ülkede üçü Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na ikisi Al Azhar üniversitesine bağlı olan biri de 1996'da kurulan özel bir üniversiteye ait olmak üzere 16 tıp fakültesi vardır.

Fakülteyi bitirenlere Tıp Ve Cerrahi Diploması verilmektedir. Eğitimler, Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'ndan çok Yüksek Öğretim Bakanlığı'na bağlı olarak devam etmektedir. Öğrencilerin her yıl kabulü süreci önceki eğitimdeki düzeylerine ve her fakültenin gereğine göre ayarlanmaktadır, fakat sayı sabit değildir siyasi ve toplumsal baskıya göre belirlenmektedir. Birkaç yıl önce tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarını %10 azaltma gibi bir plan olmasına rağmen her yıl kabul oranlarında %5'lik bir artış olmaktadır. Kabul oranındaki artışın sebebi temel eğitimde yapılan değişikliklerle öğrenci sayısındaki büyük artıştır. Her yıl 3500 ile 4000 arasında doktor tıp fakültelerinden mezun olmaktadır.

6 yıllık tıp eğitimi boyunca teorik ve uygulamalı eğitim verilmektedir. Mezun olabilmek için ilave olarak bir yıl gözetim altında klinik uygulama yapılmaktadır. Bu yedi yıl tamamlandıktan sonra tıp diploması verilmektedir. Profesyonel uygulama yapabilmek için farklı tıp disiplinleri kendi odalarına kayıt yaptırmak zorundadır. Diplomalar son bir yıllık uygulamalı eğitimini tamamlanmasından sonra Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı onayıyla alınmaktadır. Kahire'deki Genel Tıp Birliğine ve Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na kayıt zorunludur. Yabancı okullardan mezun olanlar bu diplomalarını onaylatması gerekmektedir. Mısır vatandaşı olmayanlar tıp uygulaması yapamamaktadırlar. Mezuniyetten sonra 2 yıl devlete bağlı olarak çalışma zorunluluğu vardır. Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ile diğer örgütlerin hangi tür uzmana ihtiyaç duyduğundan çok kişinin hangi alanda uzmanlık yapmak istediğine göre şekillenmektedir. Bunun sonucu olarak bazı dallarda uzman sayısı gereğinden fazla, diğerlerinde kısıtlı olmaktadır. Doktorlar tarafından prestij elde etmek için brincil sağlık hizmetleri veya aile hekimliğinden çok klinik tedaviye yönelik dallar seçilmektedir.

Doktorların klinik uygulamaya eğitimlerini uzatma düşüncesi vardır. Uzmanlık tercihi özel sektördeki potansiyel gelire göre yapılmaktadır. Anestezi, beyin cerrahisi, kalp damar cerrahisi, radyoloji ve onkoloji alanında uzman sayısı ihtiyacın altında görünmektedir. Bu sorun yeni mezun olan doktorların bu alanlara yeterli ilgi göstermemesinden kaynaklanmaktadır. Bu ilgisizliğin sebebi de özel sektörde bu alanların iş imkanının dar olmasıdır.

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı yeni doktorları ücretle istihdam etmektedir. Yeni doktorların büyük kısmı kentsel alanlara yerleşmektedir. Kırsal alanlar doktorları özellikle de aileleri ile yaşayanları cezbetmemektedir.

Sadece ücret yüzünden değil aynı zamanda sosyal güvenlik, ücretsiz tıbbi tedavi, mal ve hizmet subvansiyonlarından dolayı bir çok çalışan kamu sektörünü tercih etmektedir. 1991'den beri Mısır'da kamu sektörünün kapsamını daraltmaya yönelik bir yapısal reform programı uygulamaya konulmuştur. Doktorların kamuda çalışması ise garanti altındadır. Kamu sektöründe ücretler düşük olmasına rağmen kamuya ait bir hastahane çalışmak bir çok yarar sağlamanın yanında özel sektörde de herhangi bir işte çalışmayı mümkün kılmaktadır.

Mısır Afrika, Arap ve Avrupa ülkelerinden bir çoğuyla anlaşmalara sahiptir. Bu anlaşmalar uyarınca doktorları 2 ile 3 yıl boyunca denizaşırı ülkelerde çalışması için ücretsiz izin verilmektedir.

Bu kişiler ülkelerine döndükten sonra tekrar kamu hizmetlerine dönebilmektedirler. Buna ek olarak bazı doktorlar Kanada Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelere göç etmektedirler (6:37-39).

İnsan kaynakları gelişiminde ülke iyi bir potansiyele sahiptir. Ancak Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ile üniversiteler arasında iletişim ve işbirliği eksikliği sebebiyle sağlık insangücü eğitimi müfredatı toplumun ihtiyaçlarını yansıtmamaktadır (9:25).

2002 verilerine göre ülkede 10.000 kişiye 21,8 doktor, 2,8 diş hekimi, 7 eczacı ve 28,4 hemşire-ebe düşmektedir. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın 2003 yılı raporuna göre ülke çapında 41.948'i (27.238'i erkek, 14.710'u kadın) Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı bünyesinde olmak üzere 60.877 kayıtlı doktor vardır (9:22).

Bu durum gereğinden fazla doktor olduğu biçiminde de yorumlanmaktadır ve 441 kişiye bir doktor düşmektedir. Bu doktorların yarısından fazlası Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda çalışmaktadır ve her doktora 1,2 hemşire düşmektedir (6:7).

1999 yılında yapılan Mısır Sağlık Sunucuları Yoklaması doktorların %89'unun hem özel kliniklerde hem de kamuda çalıştığını göstermektedir. Bunların %83'ü iki işte, %14'ü üç işte, %2'si ise 4 işte birden çalışmaktadır.

Birden çok iş sahibi olan doktorların %53'ü Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nda, %14'ü üniversite hastahanelerinde, %11'i Sağlık Sigortası Örgütü'nde çalışmaktadır. Geri kalan doktorlar modern özel hastahanelerin ortağı veya büyük tıp fakültelerinin öğretim üyeleri olan kıdemli doktorlardır. Bu doktorlar kârlı ve başarılı özel muayenehaneleri işletebilecek kaynak, altyapı ve teknolojiye sahiptir (13:20).

Sağlık Ve Toplum Bakanlığı İnsan Kaynakları Bölümü aracılığıyla daha çok doğrudan birincil sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardaki 11 çeşit hemşire ve teknisyenin eğitimi verilmektedir. Sağlık Ve Toplum Bakanlığı'ndaki farklı teknik bölümler hemşire ve teknisyenlerin sahip olması gerekli nitelikleri, hemşire okulları ve teknik kuruluşlar ile ayrıntılı olarak görüşmektedir. Bu görüşmeler bu sınıftaki personellerin sayısı ve ihtiyaçlar arasında bir denge sağlamaya yönelik çalışmalar olarak görülmektedir. Buna rağmen teoriden çok beceri kazanmaya yönelik konularla ilgili olarak eğitimin kalitesinde sorunlar bulunmaktadır (9:16).

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'na bağlı bazı doktorlar ve hemşireler istediği takdirde devlet dışı örgütlerde tam zamanlı ya da yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. Ancak Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı bu personelin devlet dışı örgütlerde çalışması sırasında onlar üzerinde otorite gücüne sahip değildir (13:21).

II.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayisi

Mısır ihtiyacı olan ilaçların %90'ından fazlasını üretmektedir. Altısı kamuya ait olmak üzere ülkede 25 ilaç üretim şirketi vardır. İlaçların akılcı kullanımı konusunda sağlık profesyonellerince eğitim ihtiyacı bulunmaktadır. Aynı zamanda jenerik ilaçların reçete edilmesi konusunda doktorların ve eczacıların arasında iletişimin geliştirilmesi gerekmektedir (9:25,26).

Tüm yerel üretimlerin ve ithal ilaçların Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın eczacılık bölümüne kayıt altına alınması gereklidir. İthal edilen bir ilacın Amerika Birleşik Devletleri Gıda Kurumu ya da Dünya Sağlık Örgütü'nce güvenilirliğinin kabul edilmiş olması gerekmektedir. Mısır İlaç Ve Aşı Denetim Örgütü ilaçların kalitesini denetlemektedir.

Tüm ilaçlar ve tıbbi destekler ister ithal edilmiş, ister imal edilmiş, ister ihraç edilmiş, ister pazara sürülmüş olsun ülkede kayıtlı olmak zorundadır. Kayıt kalite, etkililik ve saflık üzerine yapılmaktadır. İlaçlar için 10 yıl boyunca yeniden lisanslama sistemi devam etmekte ve üreticiler ilk kayıt sırasında bilinmeyen bir ilaç özelliğinin ya da ilacın yan etkilerinin ortaya çıkması durumunda bunu İlaç Düzenleme Yönetimi'ne bildirmek zorundadır. Temel ilaçlarda ve fazladan ihtiyaç duyulan ilaçlarda kayıt işlemi hızlandırılabilir (9:28).

Mısır gelişmiş ve rekabet gücüne sahip bir ilaç sanayisine sahip olmakla birlikte halen bazı ilaç ve bileşiminde bulunan maddeler ithal edilmektedir. İlaçların küresel pazarda fiyatlarının artması sebebiyle kısıtlı bütçe ilaç üretimini zorlaştırmaktadır. İlaç fiyatları kontrol altında olsa da, bu ticari şartlarda daha uzun sürmesi imkânsızdır. Çok büyük ilaç alıcısı ve üreticisi olanlarla uzun dönemli anlaşma yapan Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ya da Sağlık Sigortası Örgütü nedeniyle jenerik ilaçların fiyatlarındaki artış sınırlandırılmaktadır (7:75).

Mısırlı doktorlar yasal olarak hazırlanmamış ilaçların kullanımına izin vermemektedir ve genelde bu şarta sadık kalmaktadır. Hane halkı ilaç ve tedavi gereçlerini çoğunlukla eczahanelerden almaktadır. Bu özel hizmetler çok küçük bir özel sigorta haricinde tamamen kişisel ödemelerle finanse edilmektedir (6:7).

Kapsamlı bir ulusal ilaç politikası yakın zamanda düzenlenmiştir. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı'nın Merkezi Eczacılık Bölümü'nden başka her ilde eczacılık bölümleri ve ecza depoları bulunmaktadır (9:25).

İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarından aldığı pay hayli yüksektir. Bunun nedeni yüksek miktarda ilaç ithal edilmesi ve kapsamlı bir jenerik ilaç kullanım politikasının bulunmamasıdır (16:7).

Toplam ilaç harcaması toplam sağlık harcamasının üçde biri kadardır ve bu harcamaların %85 gibi büyük bir kısmı kişisel ödemelerle finanse edilmektedir.

Laboratuvar araçlarının ve kitlerin kullanımının kabul edilebilmesi için ulusal referans laboratuvarı gibi hizmet veren Merkezi Laboratuvar'ca kabul edilmiş olması gerekmektedir (9:25,26).

Eczacılık hizmetlerinde birçok sorun vardır (9:28).

II.7. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji

Yerel üretim olan tıbbi donanımların ülke içine dağıtımından önce Sanayi Bakanlığı'na onaylanması gerekmektedir. Eğer donanım ithal bir ürün ise güvenilir bir üretici tarafından üretilmiş olması gerekmektedir.

Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı tüm donanımlarının bulunduğu ulusal bir depoya sahiptir. Ulusal depodan hastahane veya il depolarına düzenli olarak donanım dağıtılmaktadır. Yıllık ve aylık olarak her hastahane ve sağlık biriminin ihtiyaçlarının yer aldığı ulusal bir liste vardır. Üç ayda bir aralıksız olarak donanım desteği sağlanmaktadır (9:26).

Mısır Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğu Akdeniz Bürosu bölgesindeki en büyük aşı üreticisidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğu Akdeniz Bürosu'nun amacı bölgenin gerekli kalite ve güvenilirlikte aşı ihtiyacını karşılamaya yetecek hale gelmesidir. Buna karşın Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğu Akdeniz Bölgesi'nin üretimi bölge ihtiyacının sadece %18'ini karşılamaktadır ve bu üretimler de Dünya Sağlık Örgütü'nün kalite kriterlerini karşılamamaktadır. Mısırdaki aşıları düzenleyen ulusal otoritenin teknik kapasitesi halen zayıftır ve işlevsel gereklilikleri karşılayacak şekilde güçlendirilmesi gerekmektedir (9:28,29).

II.8. Geleneksel Tıp

Mısır Arap Cumhuriyeti'nde geleneksel tıp ile ilgili ulusal politikanın da bir parçası olduğu ulusal ilaç politikası 2001'de yayınlanmıştır. Bitkisel ilaçlara ilişkin ilk yasal düzenleme 1955'de yapılmıştır. 1955'de kurulan Tıbbi Bitkiler Ulusal Merkezi Sağlık Bakanlığı bünyesinde ulusal bir büro gibi hizmet vermiştir. Geleneksel tıp ile ilgili bir uzman komitesi 1992'de kurulmuştur. 212 Sayılı Bakanlık Yönetmeliği ile 1994 yılında Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı bünyesinde ulusal araştırma kuruluşları kurulmuştur.

Bitkisel ilaçlar reçeteli ilaçlar gibi düzenlenmiştir. 600 kayıtlı bitkisel ilaç bulunmaktadır. Kullanım sonrası izleme sistemi ve bitkisel ilaçlar için yan etkilerin gözlenmesi için ulusal bir gözetim sistemi vardır. Bitkisel ilaçların kaydı ve kalitesinin kontrolü Ulusal İlaç Kontrol Ve Araştırma Örgütü Laboratuvarları'ndaki çalışmalarla yapılmaktadır.

Mısırdaki bitkisel ilaçlar lisanslı uygulayıcılar tarafından reçete edilmiş ilaçlar gibi eczahanelerde satılmaktadır. Yurt dışı ve yurt içi satışları içeren yıllık satışı 2.000 yılında 34 milyon Mısır Pound'u, 2001'de 38 milyon Mısır Pound'u, 2002'de 44 milyon Mısır Pound'u kadar olmuştur (10:87).

II.9. Sosyal Sigorta Sistemi

Mısırdaki sosyal sigorta sistemi Temmuz 1952'de işçilerden alınan primlerin bir emekli fonunda toplanıp, yatırım yapıldıktan sonra emekli maaşlarında kullanılması şeklinde olan ve tamamen kendini finanse eden kapsayıcı bir sistem gibi başlamış, ancak daha sonra büyük değişikliklere uğramıştır. Sistem halen emeklilere olan yükümlülüklerini yerine getirmek için hazinenin finansal desteğine bağımlıdır. Emeklilerin geliri çalıştıkları süre boyunca aldıkları ortalama ücretlerinden kesilen primlere göre belirlenmektedir (7:78).

Mısırdaki uygulanmakta olan sosyal sigorta sistemi 1975'de çıkarılan ve memurlar ile kamuda ve özel sektörde çalışan işçileri kapsayan yasa ile kurulmuştur. Sistem sonradan esnafı, yurt dışında çalışan Mısır vatandaşlarını ve günlük çalışan işçileri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (3:6).

Sistem iki farklı fon ile yürütülmektedir. Devlet Fonu hükümette çalışan memurları kapsamakta, Kamu Ve Özel Sektör Fonu kamu ve özel sektörde çalışan işçileri, esnafı, günlük çalışanları ve yabancı ülkelerde çalışanları kapsamaktadır. Farklı grupta çalışanlar için altı farklı sosyal sigorta programı vardır. Sigorta programlarının çoğunluğu Sosyal Sigorta Örgütü'nce yönetilmektedir. Ancak sigorta programlarının kapsadığı riskler ve garanti edilen faydalar büyük farklılıklar göstermektedir (3:6,7).

Sosyal sigorta sisteminde özellikle işçilerin ödediği ve brüt maaşlarının %26'sını net maaşlarının %15'ini oluşturan yüksek primler gibi çeşitli sınırlılıklar vardır. Özel sektör teşebbüslerinin yaklaşık %30'unun çalışanlarının primlerini tamamen ödememesi ya da gerçek ücretini resmi olarak göstermeyerek daha az prim ödemesi bunun sonucudur. Bunun aksine devlette ve kamu sektöründe çalışanların tamamı sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigortalarının olmayışı nedeniyle özel sektördeki bir kısmı halen devlette iş aramakta ve güvence kapsamına girmek istemektedir (7:78).

Sağlık Sigortası Örgütü bir sigorta kuruluşu gibi işletilmesine rağmen uygulamada yıllık harcamaları prim gelirlerinden daha fazla olmaktadır. Sonuç olarak da Mısır hükümetince subvansiyonla edilmektedir. Sağlık Sigortası Örgütü finansman mekanizmasının önemli bir kısmı genel vergiler aracılığıyla olduğundan, zaman zaman sosyal güvence gibi tanımlanabilir (6:5).

Kamu dışı sektörde zorunlu sigorta kapsamında işveren ya da sigortalının aile üyeleri dilerse Sağlık Sigortası Örgütü'nün gönüllü sigorta seçeneğini seçebilmektedirler. Mısır'da özel sigorta nadirdir (14:1).

1993 yılında 7 milyondan fazla öğrenciye sigorta imkanı sağlamak üzere Okul Sağlık Sigortası başlatılmıştır. Bu program halen okumakta olan öğrencilerden alınan primler, sigara üzerinden alınan özel bir vergi ve genel bütçeden alınan payla karmaşık şekilde finanse edilmektedir. Sadece okulda kayıtlı öğrenciler yararlanabilmekte, genelde fakir ailelerin çocukları olan okumayan çocukları kapsamamaktadır. Genel bütçeden gelen kamu finansmanı aynı zamanda farklı diğer kamu sağlık hizmeti sunucularını da finanse etmektedir (6:5,6).

11.10. Sağlık Sisteminin Karşılaştığı Güçlükler Ve Sağlık Reformları

- Mısır Sağlık Sistemi'nde Özellikle şu problemler görülmektedir:

Eşitsizlik: Teoride herkes için sağlık hizmeti devlet garantisi altında olsa da, hizmete ulaşımında büyük finansal eşitsizlikler vardır. Hane halkının cepten ödemeler nedeniyle taşıdıkları finansal yük Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğu Akdeniz Bürosu bölgesindeki ülkelerin hiçbirisinde olmadığı kadar fazladır. Toplam nüfusun %40'ını kapsayan sosyal sigortası 15 yaş üstü nüfusun yalnızca %15'ini kapsamaktadır. Sosyal sigortanın gelirlerinin %50'si kamu tarafından subvansiyonlarla finanse edilmektedir ve kamu çalışanlarının faydalandığı ancak eşlerinin ve çocuklarının faydalanmadığı bir sağlık sigortası şekli görülmektedir.

Hizmet sunumunda önemli bir coğrafi eşitsizlik vardır. Gezici sağlık hizmetlerinde ve hastahane hizmetlerinde kentsel alanlar, kırsal alanlardan yaklaşık iki kat daha fazla yararlanmaktadır

Makro Verimsizlik: Toplam sağlık harcaması gelişmekte olan ülkelere nazaran çok düşüktür ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğu Akdeniz Bürosu bölgesindeki ülkeler arasında en düşüklerden birisidir.

Mikro Verimsizlik: Finansman ve yönetim 29 kamu kuruluşu arasında tamamen parçalı bir yapıdadır. Bu durum verimliliğin ve eşitliğin geliştirilmesini ve risklerin biraraya getirilmesini imkansızlaştırmaktadır. Kamu hizmetlerinin kalitesinin düşük olduğu genelde kabul edilmektedir. Hastahane kaynaklı enfeksiyonların %30-40 civarında olması ve acil vakaların %50'sinin ölümlerine sonlanması yönetimde uygunsuzluğun bir kanıtıdır. Halk sağlığı hizmetleri yerine daha pahalı olan tedavi edici hizmetlere odaklanılmıştır. Doktor ve hemşireler iş garantisi olduğundan dolayı gereğinden fazla istihdam edilmektedir, fakat eğitimleri genelde yetersizdir. Doktorların %80'den fazlası kamu sektöründeki işine ek olarak özel kliniklerde çalışmaktadır. Yatak işgal oranları %50'nin altındadır. İlaç harcamaları bölgesindeki diğer ülkelere nazaran %50 daha fazladır.

Yükselen Sağlık Hizmetleri Maliyetleri: Enfeksiyon hastalıklarından bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru epidemiyolojik bir değişim süreci, yüksek doğum oranları ve yüksek yaşam süresi, küresel iletişim ve ticarete ulaşım nedeniyle nüfusun beklentisinin artması gibi baskılar nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmektedir (1:10,11).

Mısır'da koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimine yönelik yeniliklerinin birleştirilmesini içeren bir reform uygulanmaktadır.

Mısır Sağlık Sektörü Reform Programı'nın uygulanmasına 1997'de başlanmıştır ve 2018'e kadar sürecektir. Bu programın beş temel ögesi vardır. Bu ögeler:

• **Kapsam:** Toplumun tamamının öncelikli hizmetleri içeren temel bir paketle kapsanmasıdır. Ülkedeki herkes temel sağlık hizmetlerinden yararlanmada benzer hizmete ulaşım hakkına sahip olacaktır.

• **Kalite:** Sağlık kuruluşlarının ve sağlık hizmetlerinin standartlarının geliştirilmesi, teşhis ve tedavi verimliliğinin artırılması, tıp ve hemşirelik eğitiminin güncellenmesini içermektedir.

• **Eşitlik:** İhtiyaca yönelik sağlık hizmetinin sunulmasını ve sağlık hizmetlerinin finansmanının ödeme kabiliyetine göre yapılmasını içermektedir. Ülkenin her bölgesindeki ve her gelir düzeyindeki halkın sağlık sisteminden adil bir pay alması amaçlanmaktadır.

• **Verimlilik:** Nüfusun ihtiyaçlarına ve maliyet etkililik üzerine kurulmuş gezici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca vatandaşlar yaptıkları sağlık harcamasının karşılığı olan sağlık hizmetlerini en iyi şekilde alacaklardır.

• **Süreklilik:** Hizmetlerde sürekliliğin garanti edilmesi, kendi kendine yeterlilik ve daha önce yapılmış olan sağlık sistemi reformlarının ve sağlık hizmetlerinin gelecek nesillerin tam bir iyilik durumunda olması için devam ettirilmesini içermektedir.

Sağlık Sistemi Reform Programı'nın uygulanmasında karşılaşılan temel güçlükler ise şunlardır:

- Altyapını geliştirilmesinde gecikme,
- Hizmet sunucu kuruluşa göre farklılık gösteren karmaşık satınalma prosedürleri nedeniyle gecikme,
- Yeterli sayıda aile hekiminin bulunmaması,
- Destekleme, pazarlama, toplum katılımı, ilçe düzeyinde sağlık yönetim kapasitesi ve sigorta uzmanlarından yoksunluk,
- Sunulacak temel sağlık paketindeki halk sağlığı hizmetleri kısmının tasarlayacak olan halk sağlığı uzmanlarından yoksunluk,
- Farklı sağlık araçlarında farklı maliyet ve maliyet etkililik analizlerinin geliştirilmesi, kamu ve özel ortaklığının geliştirilmemesi,
- Farklı düzeylerde yetki devrinin sağlanması ve yerleşmenin uygulanmasıdır. (9:35-37).

A. ERDAL

SARGUTCIAN

III. MISIR VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Mısır Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	MISIR	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	72,642 ¹	72,220 ¹
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	1,9 ¹	1,6 ¹
Kişi başına düşen GSMH (ABD \$)	1.250 ²	3.780 ³
Kişi başına toplam sağlık harcaması (Uluslar Arası ABD \$ kuruna göre) (2003)	235 ¹	528 ¹
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	5,6 ¹	7,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	42,6 ¹	71,6 ¹
Devletin sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesine oranı (%) (2003)	8,2 ¹	13,9 ¹
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	27,1 ¹	54,6 ¹
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	57,4 ¹	28,4 ¹
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	68 ¹	71 ¹
Bebek ölüm hızı (1000'de) (2004)	26 ²	38 ³
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	36 ¹	32 ¹

Kaynak:¹ (5) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 170,174,175,178,179,184,185,187,189.

² (4) WB (2006) The World Bank, Egypt Arab Rep. at Glance, s: 1.

³ (15) WB (2006) The World Bank, HNP at Glance Turkey, s: 1.

Afrika kıtasında yer alan Mısır'ın nüfusu Türkiye ile hemen hemen aynıdır. Ancak nüfus artış hızı Türkiye'ye göre daha yüksektir. Hızlı nüfus artışı sorunu son yıllarda azalmış olsa da halen bölgesindeki ortalamadan daha yüksektir.

Mısırda sağlık sisteminin yönetiminde Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı en önemli role sahiptir. Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı bir merkezi örgütle beraber, illerde ve ilçelerde de örgütlenmiştir. Bakanlığın temel görevlerinden olan sağlık politikalarının belirlenmesi, ilaçların lisanslanması gibi işlevler çok merkezi bir şekilde yürütülmektedir ve iller ile ilçe sağlık yönetimlerinin bu işlevler üzerindeki etkisi çok denecek kadar azdır. Mısır GSMH'nın Türkiye'ye nazaran daha az kısmını sağlığa ayırmaktadır.

Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminden sorumlu olan bakanlıktır. Mısır'da olduğu gibi Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı'nda illerde ve ilçelerde yönetsel alt birimlere sahiptir. Ancak bu alt birimlerin de Bakanlığın temel işlevleri üzerindeki etkisi çok sınırlıdır. Türkiye'de kişi başına düşen GSMH Mısır'a göre daha yüksektir. Aynı zamanda GSMH'dan sağlığa ayrılan pay da daha yüksektir.

Mısır'da sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanında kamu sektörünün harcamaları ve kişisel ödemeler hemen hemen eşit ağırlıktadır. Son yıllarda kişisel ödemelerin payı artmıştır. Başlıca kamu sağlık finansmanı Maliye Bakanlığı'nın aktardığı bütçeler aracılığıyla Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve diğer bakanlıklarca yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Sigortası Örgütü'nün finansmanda önemli bir payı vardır. Sağlık sigortası işlevi primlerle yürütülmesine rağmen sürekli bütçe açığı vermekte ve bu açıklar da genel vergilerden sağlanan devlet bütçesinden aktarılan kaynaklarla kapatılmaktadır. Özel sağlık harcamalarının finansmanında hane halkının yaptığı kişisel ödemeler en önemli yere sahiptir. Özel sağlık harcamaları doğrudan kişisel ödeme şeklinde olmaktadır ve özel sigorta sistemi hemen hemen bulunmamaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının finansmanında kamu sektörünün harcamaları ve kişisel ödemeler yer almaktadır. Türkiye'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 hizmeti talebi harcamaları içinde sağlık sigortasının ve güvencesinin payı daha yüksektir. Türkiye'de özel sağlık harcaması hemen hemen Mısır ile aynıdır. Ancak Mısır'da bu sağlık harcamaları kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerle gerçekleşirken, Türkiye'de kişisel dolaylı ödemeler daha ağırlıklı bir orandadır.

Mısır'da sağlık hizmetleri arzının finansmanını sağlık hizmetleri talebinin finansmanından ayırmak Türkiye'de olduğu gibi oldukça güçtür. Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu olan sağlıktan sorumlu bakanlıklar aynı zamanda hem bir finansman kurumu hem de sağlık hizmet sunucusu konumundadır. Kesin oranlar verilmemek üzere sağlık hizmetleri arzında Mısır'da sırasıyla Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Bakanlığı diğer bakanlıklar ve Sağlık Sigortası örgütü, daha sonra özel doktor ve klinik hizmetleri ve son olarak da gönüllü kuruluşlar ile devlet dışı örgütler sağlık hizmetleri arzında yer almaktadır. Türkiye'de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'ndan sonra kâr amaçlı özel sağlık kuruluşları sağlık hizmetleri arzının finansmanında yer almaktadır.

Türkiye'de sağlık sigortası ve güvenliği örgütleri hizmet sunumu yapmazken Mısır'da Sağlık Sigortası Örgütü hem finansman hem de sunum işlevlerini birlikte yerine getirmektedir.

Mısır'da birincil sağlık hizmetleri daha çok Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı ile Sağlık Sigortası örgütünün sağlık kuruluşları aracılığıyla kırsal alanlarda ve kentsel alanlarda sunulmaktadır. Ayrıca bu hizmetlerde özel sektör ve gönüllü kuruluşların klinikleri de yer almaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise Sağlık Ve Nüfus Bakanlığı, Sağlık Sigortası Örgütü, Tedavi Hizmetleri Örgütü, üniversite hastahanelerince verilmektedir. Özel sağlık sektörünün ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerindeki payı birincil sağlık hizmetleri sunumundaki paydan daha düşüktür.

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. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastahaneler ağırlıklı olarak ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynamakla beraber birincil sağlık hizmeti taleplerini de karşılamaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı eğitim hastahanelerinde tıp eğitimi yanında üçüncül sağlık hizmetleri verilmektedir. Genel olarak üçüncül sağlık hizmetleri ise üniversite hastahanelerinde verilmektedir. Tüm hastahanelerde yoğun olarak birincil sağlık hizmetleri de verilmektedir. Ayrıca özel sektör de hem birincil hem de ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda yer almaktadır.

Her iki ülkede de halk sağlığı hizmetleri kamu sağlık sektöründe sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında temiz içme suyunun sağlanması, kanalizasyon şebekesi kurulması, aşılama hizmetleri gibi hizmetler sayılabilir.

Mısır ilaç hammaddesini ithal etse de, bölgesindeki ülkeler arasında en fazla ilaç üretimi yapan ve ülke ihtiyacının tamamına yakınına yeni üretimle sağlayan bir ülkedir. Toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı oldukça yüksektir. Bu harcamalar doğrudan kişilerce ödenmektedir ve kişisel ödemelerin yarısından fazlası ilaç harcamalarına yapılmaktadır.

Türkiye ihtiyacı olan ilaçların pek çoğunu ülkede üretmektedir. Ancak Mısır’da olduğu gibi ilaç ham maddeleri ithal edilmektedir. Her iki ülkede de ilaç konusunda dışa bağımlılık söz konusudur.

Sağlık insangücü alanında Mısır Türkiye’ye nazaran daha gelişmiş bir potansiyele sahiptir. Ancak sağlık insangücünün niteliği düşük olarak belirtilmektedir. Her iki ülkede de özellikle doktorlar üniversite düzeyinde eğitim almaktadır. Eğitimini tamamlayan doktorlar iki ülkede de mecburi kamu hizmetiyle yükümlüdürler.

Geleneksel tıp uygulamaları iki ülkede de resmi sağlık sistemi içinde yer almamaktadır. Ancak Mısır’da bitkisel ilaçlara yönelik uygulanmakta olan bir ulusal politika vardır.

Tüm bu özellikleri değerlendirildiğinde her iki ülkede de ağırlıklı olarak Refah Yönelimi / Sigorta tipi sağlık sisteminin yürürlükte olduğu görülür.

KAYNAKLAR

1. Gericke C. A, (2004) Financing Health Care in Egypt: Current Issues and Options for Reform, Berlin University of Technology, Berlin.
http://www.mig.tu-berlin.de/files/2004.lectures/2004.05.13_Beirut_CG.pdf
2. Gericke C. A, (2004) Comparison of Health Care Financing Arrangements in Egypt and Cuba: Lessons for Health Reform in Egypt, Berlin University of Technology, Berlin
<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp03-2004.pdf>
3. CAIMED (2004) Welfare in the Mediterranean Countries, Arab Republic of Egypt, Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region.
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAIMED/UNPAN019177.pdf>
4. WB (2006) Egypt Arab Rep. At a Glance, World Bank.
http://devdata.worldbank.org/AAG/egy_aag.pdf
5. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
6. Wahba J. W. (2003) Health Labor Markets: Incentives or Institutions, University of Southampton, UK.
<http://www.globalhealthtrust.org/doc/health%20labor%20market.pdf>
7. UNDP (2005) Egypt Human Development Report 2005, United Nations Development Programme.
<http://www.undp.org/publications/NHDR2005/EHDR%202005%20THE%20FINAL%20%20.pdf>
8. Vignoli D. (ed.) (2006) Fertility Change in Egypt: From Second to Third Birth, London: Demographic Research Max Planck Institute for Demographic Research, Vol:15.
<http://www.demographic-research.org/volumes/vol15/18/15-18.pdf>
9. WHO (2006) Country Cooperation Strategy for WHO and Egypt 2005-2009, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation_strategy/countries/ccs_egy_final_en.pdf
10. WHO (2005) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines, World Health Organization.
<http://hinfo198.tempdomainname.com/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s7916e/s7916e.pdf>

11. U.S. Department of State (2007) Background Note: Egypt, United States of America Department of State.
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/5309.htm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2003) Expert Group Meeting on Hospital Accreditation, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.
http://www.who.int/entity/patientsafety/events/05/cairo/Hospital_Accreditation_Final.pdf
13. MOHP (2004) Egypt Service Provision Assessment Survey 2004, Ministry of Health and Population.
<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/SPA7/SPA7.pdf>
14. USAID (2005) Health Care Utilization, Expenditures, and Insurance: Household Survey Findings from Suez Governorate, Egypt, United States Agency for International Development.
http://www.phrplus.org/Pubs/Tech057_fin.pdf
15. WB (2006) HNP At a Glance Turkey, The World Bank.
<http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HNPSummary/countryData/GetShowData.asp?sCtry=TUR,Turkey>
(indirme tarihi: 05.05.2007)
16. Fouad S. (2005) Egypt National Health Accounts 2001-02, United States Agency International Development.
http://www.phrplus.org/Pubs/WP013_fin.pdf
17. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Mısır Maddesi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:16, s:34-47
18. E-Cografya (2002) Mısır, Elektronik Coğrafya
<http://www.e-cografya.com/ulkeler/afrika/misir/tarih.html>
19. MOHP (2007) Organization Chart, Ministry of Health and Population.
<http://www.mohp.gov.eg/english/Sec/AboutMohp/OrgChart.asp>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN