

# NİKARAGUA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

M. Serdar SEZER

Barış YAZICI

Merve KÖLEMENOĞLU

Gökçen GÜLTEKİN

A. ERDAL SARGUTAN

**NİKARAGUA SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	2028
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	2031
I.1. Fiziki Yapı	2031
I.2. Tarihçe	2031
I.3. Nüfus	2033
I.4. Siyasi Yapı	2033
I.5. Ekonomi	2035
I.6. Eğitim	2035
<b>II. SAğLIK SİSTEMİ</b>	2036
II.1. Nikaragua Sağlık Sisteminin Yapısı	2036
II.2. Ulusal Sağlık Politikaları	2038
II.3. Hastalık Yapısı	2039
II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	2041
II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü	2041
II.4.1.1. Sağlık Bakanlığı	2042
II.4.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	2043
II.4.2. Yerel Yönetimler	2043
II.4.3. Özel Sağlık Sektörü	2043
II.4.4. Kâr Amaçsız Örgütler	2044
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	2045
II.5.1. Devlet Bütçesi	2045
II.5.2. Dış Kaynaklar	2045
II.5.3. Kişisel Ödemeler	2045
II.5.4. Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu	2046
II.5.4.1. Sağlık Sigortası	2046
II.5.5. Sağlık Harcamaları	2048
II.6. Sağlık Hizmetleri	2049
II.6.1. Birinci Sağlık Hizmetleri	2049
II.6.2. İkinci Ve Üçüncü Sağlık Hizmetleri	2050
II.6.3. Halk Sağlığı Hizmetleri	2051
II.6.4. Sağlık İstatistikleri	2052
II.6.5. Sağlık İnsangücü	2052
II.6.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	2053
II.6.7. Tıbbi Teknoloji	2054
II.6.8. Geleneksel Tıp Uygulamaları	2054
<b>III. NİKARAGUA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	2056
<b>KAYNAKLAR</b>	2099

## ÖZET

Bölgemizin en fakir ülkesi konumunda olan Nikaragua'da sağlık sistemi 50 yıl içerisinde üç kapsamlı değişiklik geçirmiş ve 1993'de son halini almıştır. 1950'li yıllara kadar devlet yalnızca sınırlarda ve limanlarda bazı koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumluyken 1955'de Sosyal Güvenlik Yasası'nın yürürlüğe konmasıyla çalışanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu eşi, çocukları gibi kimselere sağlık hizmeti sağlamak amacıyla Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. 1979'da Ulusal Bağımsızlık İçin Sandinocu Cephesi'nin iktidarı ele geçirmesiyle beraber tüm halka eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi devlet tarafından garanti altına alınmış ve Ulusal Birleşik Sağlık Sistemi'ne geçilmiştir. Bu dönemde Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sağlık hizmetlerinin sunulması sorumluluğu alınmış ve Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Son olarak 1993'de Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu, Ulusal Birleşik Sağlık Sistemi'nden ayrılarak tekrar 1955'de olduğu gibi çalışanların sağlık hizmeti ammasından sorumlu olmuş, Sağlık Bakanlığı ise daha önce toplumun tümüne eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti vermekle sorumluyken, özellikle toplumun çok fakir ve sağlık durumu kötü kesimine sağlık hizmetleri sunmaktan sorumlu olmuştur.

Orta Amerika'nın en büyük ülkesi olan Nikaragua'da günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel sektör hem de kamu sağlık sektörü etkindir. Kamu sağlık sektörü, ülkedeki en büyük sağlık hizmet sunucusu konumunda olan Sağlık Bakanlığı, Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu, Devlet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'ndan oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ülke geneline yayılmış olan sağlık merkezleri ve sağlık postalarıyla birincil sağlık hizmetlerini vermekte, çoğunluğu Başkent Managua'da bulunan hastahaneler aracılığıyla da ikincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Devlet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı sınırlı sayıdaki sağlık kuruluşuyla mensuplarına birincil sağlık hizmetleri sunmaktadır. Yapılan sağlık harcamalarının %70'inden fazlası ikincil sağlık hizmetleri için yapılmaktadır.

Ülkede çevreye yönelik halk sağlığı hizmetleri az gelişmiştir. Nüfusun tamamına yetecek su kaynakları bulunmasına rağmen halkın bir bölümü, özellikle de kırsal kesimde yaşayanlar temiz su kaynaklarından mahrumdur. Nikaragua'da böcek ilaçlarının akılcı kullanılmaması sonucu her yıl birçok insan bu maddelerle zehirlenerek yaşamını kaybetmektedir.

Ülkedeki ekonomik olarak aktif nüfusun %15'ini, toplam nüfusun da %6'sını kapsayan Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun üyelerine sağlık hizmeti sunacak alt yapısı bulunmamakta, bu hizmetleri anlaşma yaptığı kamu ve özel sağlık hizmet sunucusu kuruluşlar yoluyla sigorta kapsamındaki halka sunmaktadır.

Özel sağlık sektörü kâr amaçlı olan ya da olmayan sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. Kâr amaçlı olmayan devlet dışı örgütler çoğunlukla bölgesel düzeyde birincil sağlık hizmeti sunmaktadır.

Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 1993 yılından beri özel ve kamu sağlık sektöründen hizmet satın alma yoluyla üyelerine hizmet sağlaması, kâr amaçlı olan özel sağlık kuruluşu sayısının artmasına yol açmaktadır.

2003 yılı itibariyle Nikaragua'da yapılan toplam sağlık harcamaları ülke GSMH'nin %7,7'si kadardır. Bu sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı devlet tarafından, yarısı ise kişisel ödemelerle gerçekleştirilmektedir. Devletin yaptığı sağlık harcamalarında sosyal güvenlik kurumunun katkısı ise %26 civarındadır. Hane halkının sağlık hizmetleri için yaptığı kişisel doğrudan harcamalar toplam sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte biri seviyesinde olmaktadır.

Ülkedeki sağlık sisteminin temel sorunu sağlık harcamalarının düşük olmasıdır.

Sağlık çalışanları büyük ölçüde uzmanlaşmıştır. Doktorların yarısından çoğu bir klinik uzmanlık dalına sahiptir.

İlaç ve tıbbi teknoloji konusunda ülke dışı bağımlı bir görünüm sergilemektedir.

Tıbbi teknoloji ürünlerinin büyük bir kısmı uluslararası yardım kuruluşlarınca sağlanmakta, ülkedeki tıbbi donanımların önemli bir kısmı çalışmaz haldedir. Tıbbi donanımlar çoğunlukla ikincil sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında bulunmaktadır.

İlaç üretimi ülke ihtiyacının %20'sini karşılayabilmekte geri kalan ihtiyacın ise büyük bir kısmı ise özel sektör harcamalarıyla ithal edilmektedir.

Geleneksel tedavi yöntemlerinin resmi bir kimlik kazanması için ülkede bazı çalışmalar yapılmaktaysa da resmi sağlık hizmetleri arasında geleneksel tıp uygulamaları yer almamaktadır.

Bu görünümüyle Nikaragua Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemini yerleştirmeye çalışmaktadır.

A. ERDAL SARGUTAN

# NİKARAGUA SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Nikaragua Cumhuriyeti
YÜZÖLÇÜMÜ	: 130.700 km <sup>2</sup>
BAŞKENTİ	: Managua
NÜFUSU	: 5.376.000
DİLİ	: İspanyolca
DİN	: Çoğunlukla Hıristiyan
PARA BİRİMİ	: Cordoba (1/541,542; 12/172)

### I.1. Fiziki Yapı

Nikaragua'nın batı yarısı havzaların ve verimli vadilerin birbirinden ayırdığı bir dizi sarp ve engebeli sıradağlarla kaplıdır. Dağlık kuşağın batısında Büyük Okyanus kıyısı boyunca kuzeybatıdan güneydoğuya doğru uzanan kırk kadar yanardağ yer alır. Sismik hareketlerin sık görüldüğü batı bölgesinde bazen büyük yıkıma yol açan depremler olmaktadır (1/541,542). Nikaragua'nın tropik bir iklimi vardır. Ülkenin doğu yarısı batıya göre biraz daha serin ve çok daha fazla yağışlıdır (1/542). Nikaragua coğrafi konumu, yer şekilleri, iklimi ve fakirliği nedeniyle doğal afetlere çok açıktır. Ülke volkanik patlama, kasırga, toprak kayması, deprem, tsunami, kuraklık ve kıtlık gibi doğal afetlerle sürekli tehlike altındadır. Uygunsuz kullanılan toprak, orman gibi sınırlı alanlar üzerindeki artan nüfus baskısı, fakir ve tehlike altındaki halkın toprak kayması, sel gibi afetlere uğrama riskini artırmaktadır. (6/3).

### I.2. Tarihçe

Adını büyük yerli şefi Niparao'dan alan Nikaragua'nın eski halkı bilinmeyen bir tarihte Güney Amerika'dan gelerek batı kıyılarına yerleşen Amerika yerlileridir. Kristof Kolomb'un 1502'de doğu kıyılarına ulaşmasından sonra bölge İspanyol kolonicilerin akınına uğramış ve İspanyol kâşif ve asker Hernandez de Cordoba 1520'lerin başlarında batı kıyılarının yakınlarında Granada ve Leon kentlerini kurmuştur. Önde gelen kabilelerden birinin Hıristiyanlığı benimsemesi, İspanyolların yerlilere boyun eğdirmesini büyük ölçüde kolaylaştırmıştır. Sömürge döneminde yönetim merkezi Leon liberal düşüncelerin egemen olduğu bir tarım merkezi olarak gelişirken, tutucu tüccarların denetimindeki Granada rakip güç odağı durumuna gelmiştir. Leon ve Granada arasındaki çekişme 1811'de başlayan bağımsızlık mücadelesi sırasında da sürmüştür. Nikaragua bölgesindeki İspanyol sömürge yönetiminin çöküşüyle 1821'de bağımsızlığına kavuşabilmiştir.

Meksika ile kısa süreli bir birliğin ardından, Amerika Birleşik Eyaletleri içinde yer alan Nikaragua'nın 1838'de bu federasyondan çekilmesinin ardından Leon'dan destek alan liberaller ile Granada'yı merkez edinen muhafazakârlar arasında bir iktidar mücadelesi başlamıştır. Aralarında bir uzlaşmaya varan iki rakip kentin tam ortasındaki Managua'nın 1851'de başkent yapılmasını izleyen dönemde iktidara uzun yıllar Muhafazakârlar egemen olmuştur (1/543).

1893'de muhafazakârlar arasındaki bölünmelerden faydalanarak iktidara gelen Dr. Jose Santos Zeleya'nın gerçekleştirmeye çalıştığı reformlar, o dönemde bölgedeki etkinliğini iyice sağlamlaştırmaya başlamış olan Amerika Birleşik Devletleri açısından tehdit olarak algılanmaya başlanmış, muhafazakârların 1909 yılı Ekim ayında Zeleya'ya karşı başlattığı ayaklanmaya destek olması amacıyla 400 kadar Amerikan deniz piyadesi Nikaragua'ya gönderilmiştir. Zeleya 16 Aralık 1909'da istifa etmek zorunda kalmıştır. Muhafazakarların iktidarı büyük oranda Amerika Birleşik Devletleri'nin desteği ve koruması sayesinde 1925 yılına kadar devam etmiş, 1924 yılında yapılan seçimleri kazanan ılımlı bir muhafazakar olan Carlos Solorzano Amerika Birleşik Devletleri'nden, yeni bir askeri güç olan Ulusal Muhafızlar örgütü oluşturulmadan askerlerini çekmemesini istemiştir. Ulusal Muhafız gücünün oluşturulmasının ardından 1925 yılı Ağustos ayında Amerikan askerleri ülkeyi terk etmişler, ancak bir grup muhafazakâr subay 1925 yılı Kasım ayında Solorzano'yu başkanlıktan istifa ettirmişlerdir. Ocak 1926'da daha önce 1917-1921 tarihleri arasında başkanlık yapmış olan General Emiliano Chamorro başkan ilan edilmiştir (16/534,535).

Amerika Birleşik Devletleri kuvvetlerinin 1925 yılında ülkeden çekilmesinin ardından bir iç savaş patlak vermiş, Amerika Birleşik Devletleri'nin 1927 yılında liberallerin başlattığı ayaklanmayı bastırmak için gönderdiği askerler ancak altı ay sonra bir uzlaşma sağlayabilmiştir. Liberal önderlerden Cesar Augusto Sandino silahlı mücadeleyi sürdürürken, öteki liberaller Amerika Birleşik Devletleri denetiminde yapılacak seçimlere katılmayı kabul etmişlerdir. 1928 ve 1932 yılındaki başkanlık seçimlerinin her ikisi de liberal adaylar kazanmış ve liberal başkan J.B. Sacasa'nın 1933'de göreve başlaması üzerine Amerika Birleşik Devletleri kuvvetleri ülkeden ayrılmıştır. Ulusal Muhafızların komutanı Anastasio Somoza Garcia 1934'de Sandino'yu öldürterek Sacasa'yı başkanlıktan uzaklaştırmış, ardından bazı liberal ve muhafazakâr grupların da desteğini alarak kendini başkan ilan etmiştir. Elinde topladığı geniş yetkilerle ülkede baskıcı bir yönetim kurmuştur (1/543).

Bu dönemde ortaya çıkan muhalefet hareketi 1990 yılına kadar sürecek olan iç savaşa giden yolu da açtı. 1950'lerde başkent Managua'da bulunan Nikaragua Ulusal Özerk Üniversitesi'nde (Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, UNAN) okuyan öğrencilerin muhalefet hareketi 26 Temmuz 1961 tarihinde Honduras'ta Ulusal Bağımsızlık İçin Sandinocu (Sandinista) Cephe'nin (Frente Sandinista de Liberacion Nacional, FSLN) kuruluşuyla sonuçlanmıştır. Böylece Ulusal Kurtuluş Cephesi ile Somoza iktidarı arasında yaklaşık 18 yıl süren silahlı mücadele başlamıştır (16/537). Ulusal Muhafızlara karşı silahlı mücadele yapan Sandinista'lar, bütün önemli kentleri ele geçirdikten sonra Managua'yı da kuşatarak 17 Temmuz 1979'da Somoza iktidarına son vermişlerdir (1/543).

Kurulan hükümetin sorunları: Çökmüş ekonomi, yönetimle halkın arasının düzeltilmesi, yeni siyasi kurumların oluşturulması. Ekonominin yönetimini işadamlarından oluşun bir gruba veren hükümet, dış yardımların ve yabancı sermaye girişinin yeniden başlaması sayesinde hızlı bir ekonomik toparlanmanın yaşanmasını sağladı. Somoza ve yandaşlarının, ekilebilir toprakların %20'sini oluşturan çiftliklerine el koyarak, bunları toprak reformu için kullandı.



İnsan hakları alanında, özellikle eski rejimdeki görevlilerin görevden alınması sayesinde, ciddi adımlar atılmış ve 22 Ağustos 1979'da ilan edilen Nikaragua Cumhuriyeti Anayasası'na göre eski rejime ait, yasama ve yargı organlarının hepsi lağvedilmiştir (16/541).

Sosyalist ülkelerle yakın ilişkiler kurulması üzerine Amerika Birleşik Devletleri daha önce Nikaragua'ya yaptığı ekonomik yardımları keserek yönetime karşı gerilla mücadelesi yürüten sağcı "Kontra"lara geniş çapta destek vermeye başlamıştır. 1989'da Orta Amerika ülkeleri başkanlarının El Salvador'da yaptığı toplantıda, seçimlerin 1990 yılı Şubat ayına alınması ve Somoza'ya bağlı Ulusal Muhafızlar örgütünde görev yapmış bin dokuz yüz civarında mahkûmun serbest bırakılması karşılığında Kontra'ların dağıtılması konusunda anlaşmaya varılmıştır. Kontra'ların 1990 yılı Haziran ayında silahlarını bırakmasıyla ülkedeki iç savaş büyük oranda sona ermiş ve aynı yıl Amerika Birleşik Devletleri yönetimi Nikaragua'ya karşı uyguladığı beş yıllık ambargoyu kaldırmıştır (1/543,544).

### 1.3. Nüfus

Toplam ülke alanının %15,2'sini oluşturan Pasifik bölgesinde nüfusun %58,2'si yaşamaktadır. 2000 yılı tahminlerine göre toplam nüfusun %56,4'ü kentsel alanlarda yaşamaktadır (2/20). Nüfusun büyük çoğunluğu ülkenin batı yarısında toplanmıştır. Doğuda yerleşim alanları ırmak ve deniz kıyılarıyla sınırlıdır.

Melez bileşimin ağır bastığı Nikaragua nüfusunun 1997 verilerine göre %69'unu Avrupalı ve yerli karışımı bir kökenden gelen Mestizolar oluşturur. Öteki melez topluluklar Zambo'lar (Afrikalı ve yerli karışımı) ve Mulotto'lardır (Avrupalı ve Afrikalı karışımı). Beyaz ırkın toplam nüfusa oranı %17'yi, siyah ırkın oranı ise %9'u bulur (1/542). Yıllık nüfus artış hızı 1985'de %3'iken 1995 ve 2000 yıllarını kapsayan dönem içerisinde %2,7'ye gerilemiştir. Toplam nüfusun %65'i 25 yaş altı kişilerden oluşmaktadır. 15 yaş altı kişilerin toplam nüfusa oranı %42,6'dır (3/410).

Nikaragua'da toplam nüfusun %11'ini oluşturan kişiler kendisini yerli olarak tanımlamakta ve bu kişiler kendine özgü dillerini korumaktadırlar. Yerli nüfusun çoğunluğu Atlantik bölgesinde yaşayan Miskito, Mayangna, Garifuna, Creole ve Rama'lardan oluşmaktadır. Pasifik bölgesindeki en büyük yerli grup Leon ve Chinamega bölgelerindeki Sutiba'lardır (11/13).

Resmi dil İspanyolcadır ve İngilizce de yaygın olarak kullanılmaktadır (1/542).

● 1995 verilerine göre nüfusun %73'ü Katolik'tir. Özellikle son yıllarda sayıca artan ve büyük ölçüde Evanjelik mezhebine bağlı olan Protestan'ların oranı %17'yi bulmaktadır. Büyük kentlerde küçük Yahudi toplulukları da vardır (1/542).

### 1.4. Siyasi Yapı

Somoza ailesinin 43 yıllık diktatörlük rejiminin yıkılmasından sonra 1979'da Ulusal Bağımsızlık İçin Sandinocu (Sandinista) Cephe'ye bağlı bir cuntanın yönetimine giren Nikaragua, 1987'de yeni bir anayasanın yürürlüğe konmasıyla başkanlık sistemine dayalı çok partili demokratik bir düzene geçmiştir.

Halkın beş yıllık bir dönem için doğrudan seçtiği Başkan hem devletin, hem de hükümetin başı olarak geniş yetkilerle donatılmıştır. Kabine üyelerinin yanı sıra önemli devlet görevlilerini de atar. Anayasa'da 1995'de yapılan değişikliklerle geçmişe göre daha etkili bir konum kazanan yasama organı Ulusal Meclis'in üyeleri beş yılda bir temsili sisteme göre seçilir. En üst yargı organı olan Yüksek Mahkeme, Ulusal Meclis'in yedi yıllık bir dönem için seçtiği 16 yargıçtan oluşur (1/542,543).

Yönetim ve şeffaflık ile ilgili sorunlar Nikaragua'da politik gündeme hâkimdir. Sıkı bir politik rejim ülkeyi 1940'lı yıllardan itibaren onlarca yıl yönetmiş ve 1970'li yıllarda süren iç savaşla son bulmuştur. 1979'da Sandinista'lar önderliğindeki toplumsal bir ayaklanma yaşamın tüm alanlarında devrimci değişikliklere neden olmuştur. Bununla beraber Sandinista Hükümeti'ne karşı yürütülen iç savaş ve uluslararası ambargo, zaten zayıf olan siyasi yapının daha da kötüleşmesine neden olmuştur (6/3).

1996'daki başkanlık seçimini sağcı Liberal İttifak'ın adayı Arnoldo Aleman Lacayo, 2001 yılındaki başkanlık seçimini liberallerin adayı Enrique Bolanos Geyer kazanmıştır. Yolsuzluk suçlamasıyla yargılanan eski başkan Lacayo 2003 yılında 20 yıl hapse ve 17 milyon Amerikan Doları para cezasına mahkûm edilmiştir (1/544).

Nicaragua 130.244 km<sup>2</sup> alana sahiptir. Ülke 15 bölüm ve 2 otonom bölgeye ayrılmıştır (2/20). 28 sayılı yasa Atlantik Bölgesi'nin Kuzey ve Güney Bölgeleri'ne otonomi vermektedir. Bu yasa 1987 yılı Ekim ayında kongre tarafından onaylanmış fakat 2003 yılına kadar etkili bir şekilde uygulanmamıştır. Yasa yönetsel sorumluluğu merkezi yönetimden, Atlantik Bölgesi Bölgesel Yönetimine devrederek desantralizasyon sağlamaktadır. Bu yasa bölgesel yönetimlerin Nikaragua'nın Atlantik Bölgesi'nde uygulayacakları projeleri hazırlamalarına, uygulamalarına ve kontrol etmelerine izin vermektedir. Aynı zamanda bu yasaya göre bölgesel yönetim ve komisyonlarda belirli eğitim, bilgi ve beceriye sahip kişilerin katılımını gerektirmektedir (11/14).

1987'de yapılan politik düzenlemeler de 1955'deki düzenlemeler gibi Nikaragua'yı demokratik, katılımcı ve temsile dayalı bir cumhuriyet rejimi olarak tanımlamaktadır. Devlet yasama, yürütme ve yargı güçleriyle örgütlenmiştir. Ulusal Ekonomik Ve Sosyal Planlama Konseyi sivil toplum kuruluşlarının katkılarıyla ve cumhurbaşkanının sorumluluğu altında ülkenin ekonomik ve sosyal politikalarını yönetmektedir. Ülkedeki politik ve yönetsel olarak temel birim olan belediyeler yönetsel ve finansal olarak otonomdur. Belediye yöneticileri doğrudan, eşit, serbest ve gizli oylama yoluyla seçilmektedir. Atlantik bölgesindeki iki otonom bölgenin hükümetleri o bölgede yapılan doğrudan oylamalarla seçilmektedir. Bu bölgelerin otonomi yasaları nüfusun etnik ve kültürel özelliklerine göre bir yönetim anlayışına müsaade etmektedir. Nikaragua'da düzenleyici olarak Cumhuriyet Kontrol Bürosu ve Ulusal Meclis kamu yönetimini usulsüzlüklere karşı denetlemektedir. Bu yönetsel mekanizmalar vatandaşların ülkenin gelişimine farklı açılardan katılarak, sorumluluk almasını cesaretlendirmek için uygulanmaktadır (13/1).

## I.5. Ekonomi

Son yirmi yıldır yaşanan iç çekişmeler ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Sandinista yönetimi sırasında uyguladığı ekonomik ambargo nedeniyle Latin Amerika'nın en yoksul ülkeleri arasında yer alan Nikaragua'da büyük ölçüde tarım ve hizmet sektörleri ile hafif sanayiye dayanan gelişme yolunda bir ekonomi yürürlüktedir. GSMH içindeki payı üçte bir varan tarım sektöründe toplam iş gücünün beşte ikisi çalışmaktadır. Ekime elverişli alanların ancak yarısında tarım yapılır. 1979'dan sonra kapsamlı bir toprak reformu gerçekleştirilmiştir. Başlıca gıda ürünleri mısır, kocağarı, pirinç ve fasulyedir. Daha çok ihracat için yetiştirilen ürünlerin başında şeker kamışı, pamuk, muz ve kahve gelir. GSMH'ya katkısı %15'e yaklaşan imalat sektöründe toplam iş gücünün %7'si çalışır. Sanayi genelde yarı hammaddelerin işlenmesine dayanır (1/542). Ulusal İstatistik Ve Nüfus Bürosu (INEC) tarafından 1998'de yapılan Ulusal Yaşam Kalitesi İncelmesi'ne göre nüfusun %47,9'u yoksulluk içerisinde yaşamakta ve %17,3'lük bir kısım ise aşırı yoksulluk içerisinde bulunmaktadır. Bu oranlar 1993'den bu yana sırasıyla %2,4 ve %2,1'lik düşüş göstermiştir. Aynı incelemeye göre Managua'nın kırsal ve kentsel alanlarında yoksulluk oranı azalırken, Pasifik Bölgesi ve Atlantik Kıyıları boyunca kentsel alanlarda yoksulluk artmaktadır (3/410).

Resmi işsizlik oranı %15'dir. Bununla beraber nüfusun %68'i kayıt dışı olarak çalışmaktadır. Gerçek işsizlerin sayısı önemli derecede yüksektir (6/5). Dış ve iç göçler ülke ekonomisini derin ve güçlü bir şekilde etkilemektedir. Toplam nüfusun %4 ila %6'lık kısmının ülke dışında yaşadığı tahmin edilmektedir. Göçlerin 2/3'si kentlere olmaktadır. Managua ise tüm iç göçlerin %40'ını almaktadır. Kentlere göç eden kadınların büyük bir kısmı 15-29 yaş grubundadır ve bu kadınlar çoğunlukla ticaret ve endüstri sektöründe çalışmaktadır. Göç eden erkekler ise daha çok tarım sektöründe çalışmaktadır (3/410). Göç daha iyi bir yaşam için ana müracaat kaynağıdır. Genelde dış göçler Kosta Rika ve Amerika'ya olmaktadır. Ülke dışında yaşayan Nikaragualıların sayısının yarım milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. Aynı zamanda her yıl hasat zamanı, kahve ve şeker kamışı tarlalarında ek iş yapmak amacıyla geçici iç göçler meydana gelmektedir (6/5).

Ülke topraklarının yaklaşık dörtte biri tropik yağmur ormanlarıyla kaplıdır. Madencilik altın, bakır ve gümüş çıkarımına dayanır. Çok yüksek rezervli bu madenlerin dışındaki yeraltı kaynakları arasında demir cevheri, boksit, kurşun, mermer ve zıçı sayılabilir (1/542).

## I.6. Eğitim

Eğitim 6-13 yaşları arasında zorunlu ve parasızdır. İlköğretim çağındaki çocukların yaklaşık dörtte üçü okula gitmektedir. Ortaöğretime devam oranı çok düşüktür. Başlıca yükseköğretim kurumları Managua'daki Orta Amerika Üniversitesi ile Leon'daki Nikaragua Ulusal Özerk Üniversitesi'dir (1/543). Okuryazarlık oranı ülke genelinde %71'dir. Ancak fakir nüfus gruplarında bu oran %60'a düşmektedir. Nüfusun aldığı ortalama eğitim süresi 4,5 yıldır. İlköğretim ve teknik eğitim düzeyinde sürekli finansman sıkıntısı yaşanırken, toplam devlet bütçesinin %6'sı yürürlükte olan yasa yüzünden üniversitelere ayrılmaktadır (6/5).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

Nikaragua'nın sağlık durumu nüfusun büyük bir kısmının aşırı fakirlik içinde yaşaması sebebiyle kötü etkilenmektedir. Buna bir de devletin finansman sistemindeki önemli problemler eşlik etmektedir (13/1).

### II.1. Nikaragua Sağlık Sisteminin Yapısı

Nikaragua sağlık sistemindeki gelişmeler dört aşamada incelenebilir.

İlk olarak 1954 tarihine kadar sağlık hizmeti devletin değil bireylerin sorumluluğu altında olmuştur. İnsanlar ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini alabilmek için ya para ödemişler ya da dini kurumlar tarafından oluşturulmuş yardım kuruluşlarına gitmişlerdir. Devlet sadece limanlarda ve sınırlarda bazı koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumlu olmuştur.

Daha sonra 1955'de ilk Sosyal Güvenlik Yasası'nın kabul edilmesiyle kayıt altındaki çalışanlardan kendilerine ve eşleri, çocukları gibi bağımlılarına sağlık hizmetlerini temin etmek için Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS) adıyla anılan kuruluş tarafından zorunlu parasal katkı alınmaya başlamıştır (4/4).

1979 Devriminden sonra Sandinistalar'ın karşısındaki seçeneklerden biri, karmaşık ve "bilimsel düzeyi yüksek" hastahaneler çerçevesinde ele alınan sağlık örgütlenme biçimidir. Bu hastahanelerin, ileri tıbbi teknoloji düzeyine ve modern ilaçlara, donanımlara ve uzmanlara gereksinim göstermesi, ülkede eksik olan teknolojinin, ilaçların, vb. temininde dışa bağımlı olmasıdır. Diğer bir seçenek, ülkenin kaynaklarının daha çok kişisel katılıma olanak veren, küçük sermaye yatırımına gerek duyan ve dışa bağımlılığa neden olmayan "emek-yoğun" bir sağlık ağına harcanmasıdır. Bu seçenek uygulanmaya başlanmıştır. Böyle bir strateji, beslenme yetersizliği, aşılama ile önlenemez hastalıklar, ana çocuk sağlığı sorunları, sıtma, tüberküloz gibi hastalıklarla toplu olarak ve hızlı bir şekilde uğraşma işlevini yüklenen "maliyet-etkili"liği yüksek bir yol olarak nitelendirilmiştir. Önce basit, daha sonra karmaşık olan sağlık sorunlarının çözümlenmesi sürecinde, nalkın bizzat bu sürece katılımı ile teknik işlevlerin yerine getirmesi gibi politik tercihlerle dayalı yöntemler ön plana çıkarılmıştır (18/147)<sup>1</sup>.

Sandinistalar, politikalarının komünist ideolojiye dayalı olmadığını söylemektedir. 1986'dan sonra toprağın ve işlerin çoğu özel ellerdeydi. Herkes için geçerli gerekli hizmetlerin sağlanması için sağlık sistemine bir sosyal reform uygulandı. Sağlık sisteminin düzenlenmesi için devlet bütçesinin %40'ı gerekiyordu. İnsani ve fiziksel kaynaklar genişletilmek zorundaydı ve bu zaman alacaktı.

Bir ay geçmeden hükümet ve 8 Ağustos 1979'da Ulusal Birleşik Sağlık Sistemi: SNUS kuruldu. Özel hastahaneler hariç, bütün hastahaneler Sağlık Bakanlığına verildi.

<sup>1</sup> 17 ve 18. numaralı kaynaklar, mevcut sistemin kuruluş yılları ile ilgili özel bilgiler içermeleri sebebiyle kullanılmıştır.

Sağlık Güvenlik Enstitüsünün sağlık kaynakları, hastahaneler ve kentsel poliklinikler dahil, Sağlık Bakanlığı: MINSA'ya geçti. İlaç firmaları ve eczahaneler özel sektördeydi.

SNUS ile ilgili olarak çıkarılan kanunun 6 prensibi vardı:

- Sağlık herkes için geçerli ve devletin sorumluluğundadır.
- Sağlık hizmetleri jeolojik açıdan olsun, ekonomik ve kültür açısından olsun bütün nüfusa ulaşmalıdır.
- Sağlık hizmetleri tamamlanmalı ve bütünleşmiş olmalıdır.
- Sağlık faaliyetleri takım çalışmalarına dayalı olmalıdır.
- Kaynakların verimli kullanımı için aktiviteler planlanmalıdır.
- Halk, sağlık sisteminin bütün aktivitelerine iştirak etmelidir (17/431).

1980'de Ulusal Birleşik Sağlık Sistemi'nin (SNUS Sistema Nacional Unico de Salud) oluşturulmasıyla ekonomik durumuna veya sınıfına bakılmaksızın bütün halka koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesi devlet tarafından garanti altına alınmıştır. Tüm bu sağlık hizmetleri Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sorumluluğundan alınarak ülkedeki sağlık hizmetlerinin düzenleyicisi olan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 1982'de sosyal hizmetlerle ilgili görevlerin Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilmesiyle sosyal güvencesi olmayan engelliler için kapsamlı rehabilitasyon hizmetlerinin; yaşlılar için çeşitli hizmetlerin, çocuklara ve ailelere yönelik koruma ve danışma hizmetlerinin sunulması amacıyla Nikaragua Sosyal Güvenlik Ve Sosyal Yardım Kurumu kurulmuştur (4/4).

"Kotralar" olarak adlandırılan hükümet karşıtı gerillalar sivilleri öldürmeye, köprülere, evlere ve sağlık birimlerine zarar vermeye başladılar. Kontralar, Honduras ve Kosta Rika'da üslenmişlerdi ve temel askeri, teknik ve lojistik destek ABD tarafından karşılanıyordu. 1986 Mayıs'ına kadar 4.400'den fazla insan öldürdüler. Bu rakam nüfusa oranla oldukça yüksektir.

Sonuç olarak sağlık sisteminin ilerlemesi 1979'dan 1983'e kadar uzadı. Sistemin ana yapısı iyileştirildi ve karakteristikleri 1986'dan sonra geliştirildi.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde halk örgütlenmeleri belirgin bir rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı dikey hastalık programları kurdu, fakat yerel düzeyde sağlık alt yapısı bu iş için yetersizdi. Dikey programlar, sağlık hizmetlerini insanlara daha yakın hale getirmek için bir bölgeselleştirme çalışmasına odaklandı (17/431).

Sağlık Bakanlığının bütün yönetim kademelerinde sağlık politikası ve programlarının oluşturulması, halk adına, önemli sosyal grupların temsilcilerinin oluşturduğu Sandinista Savunma Komiteleri adlı halk meclislerinde yapılır. Bu yerel meclislerin içinde kadın, genç, işçi ve diğer gruplar vardır. Meclisler isteklerini belirlemek, önerilerde bulunmak, sağlık programlarında insanların genel eğitimlerini yapmak ve bir haberleşme kanalı sağlamak için Sağlık Bakanlığı personeliyle belirli zamanlarda toplanıp görüşürler (17/432).

Sağlık hizmetlerini desteklemek için özel bir vergi vermelerine rağmen işçiler hastahane ve sağlık hizmetlerini kullanımlarında hiçbir ayrıcalığa sahip değillerdir.

Ancak, acil servis hastaları ilaç masrafları için az bir ücret ödemelerine rağmen, işçiler herhangi bir ücret ödememektedirler.

Nikaragua'da tüm hizmetler ve ilaçlar için alınan küçük bir ücret hariç (sigortalı işçilerden ve muaf tutululardan alınmamaktaydı) ücretsizdir (17/443).

En son 1990'da devlet, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla toplumun tümü yerine özellikle ekonomik anlamda çok zayıf durumdaki insanlara hizmet sağlama sorumluluğunu almış ve sağlık sektörü reformuna başlamıştır. Önemli sağlık hizmetlerinde sorumluluğun dağıtılması amacıyla, bölgesel düzeyde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, SILAIS) kurulmuştur. 1993'de Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu, Ulusal Birleşik Sağlık Sistemi'nden ayrılarak tekrar sigortalıların hastalık ve doğum hizmetleri için sağlık hizmetlerinden sorumlu olmuş ve sağlık programı tekrar başlatılmıştır. 1995'de özerk hükümet kuruluşları tarafından sosyal yardım alanında hizmet vermek için program ve projeler geliştiren Nikaragua Çocuk Ve Aile Fonu oluşturulmuştur (4/4,5).

Günümüzde Nikaragua'da sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı, Devlet Bakanlığı, Savunma Bakanlığı ve Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan oluşan kamu sağlık sektörü ve özel sağlık sektöründen oluşmaktadır (13/1).

## II.2. Ulusal Sağlık Politikası

1997-2002 yılını kapsayan Ulusal Sağlık Politikası özellikle çok fakir ve toplumun tehlikelere açık kesimine kapsayıcı hizmetlerin sunumunu sağlamaya ve yoksulluğa karşı sosyal politikalar uygulamaya odaklanmıştır.

Bu sağlık politikası beş bölümden oluşmaktadır ancak uygulananları değerlendirmek için bir mekanizma geliştirilmemiştir.

- İlk politika sağlık sektöründe mevcut yasal altyapının finansman, sigorta ve hizmet sunum fonksiyonlarının ayrılmasını sağlayacak şekilde geliştirilmesidir.
- İkinci politika planlama, enformasyon, örgütlenme ve yönetim sistemleri gözden geçirilerek yönetici rolü güçlendirilmiş bir Sağlık Bakanlığı'nın ülke çapında sağlık standartlarının yükseltilmesi yönünde gayret göstermesini ve sağlık hizmeti sunan birimlerin inisiyatiflerinin artırılmasını amaçlanmaktadır.
- Üçüncü politika hastahanelerin alt yapılarının yenilenmesi, tıbbi donanımlarının geliştirilmesi, maliyet analizlerinin yapılarak verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmesi konularında desteklenmesidir.
- Dördüncü politika sağlık merkezlerinin ve gezici sağlık kuruluşlarının, toplumun tümüne sağlık eğitimi hizmetlerini ve temel koruyucu sağlık hizmetlerini sunarak salgın hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlayacak şekilde güçlendirilmesini amaçlayan kapsamlı bir sağlık hizmeti sunumu üzerine kurulu yeni bir halk sağlığı stratejisi geliştirilmesidir.
- Beşinci politika sosyal güvenlik sisteminin modernizasyonu amacıyla, sağlık sigortası sistemini güçlendirilmesi ve mesleki riskleri önlenmesidir.

Ulusal Sağlık Politikası'na paralel olarak Sağlık Bakanlığı ülke çapında verilmekte olan sağlık hizmetlerinin değişen sosyal şartlara, talepler doğrultusunda ve sağlık problemlerini çözecek şekilde düzenlenmesi amacıyla 1998 yılı Temmuz ayında sağlık sektörünün modernizasyonu programına başlamıştır.

1997 ve 2000 yıllarını kapsayan dönemde uygulanan reform sürecinin üç ayağı vardır. Bunlar:

- Çevre sağlığının korunması ve etkili sağlık hizmetlerinin temin edilmesi amacıyla sektörün eşgüdümüne odaklı, örgütleme, kontrol ve değerlendirme mekanizmalarının kurulması,
- Sınırlı kaynakları verimli bir şekilde kullanılarak, özellikle nüfusun yoksul kesimine verilen sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Toplumun tamamına ücretsiz olarak kapsamlı, etkili, verimli, eşit, sosyal katılıma dayalı bir şekilde sağlık hizmetlerinin verilmesi için çaba sarf edilmesidir.

Reform süreci boyunca Sağlık Bakanlığının yönetsel fonksiyonlarının güçlendirilmesi amacıyla sağlık sistemi profilinin çıkarılması, sağlık analizlerinin yapılması gibi teknik araçlar geliştirilmiş, 2000 ve 2002 yıllarını kapsayan dönem için Bakanlığın yatırım planı yapılmıştır (3/417).

Fakat yapılmak istenen reformların yerine getirilmesi yavaş ve etkisi de sınırlı olmaktadır. Miç tayfunundan sonra sağlık politikasının yenilenmesinde daha fazla iş yapılmıştır. Bu tayfun önceliklerin belirlenme faaliyetlerinin yeniden gözden geçirilmesine ve Sağlık Bakanlığı ile sağlık sektöründeki diğer kuruluşları da kapsayan, sağlık yatırımlarını geliştirecek önemli bir plan yapılmasına neden olmuştur (6/7).

Miç tayfununun ülkeyi vurmasından birkaç ay sonra Nikaragua Kongresinin çıkardığı 337 sayılı yasa ile Ulusal Afetlerden Korunma Ve Etkilerini Azaltma Sistemi kurulmuştur. Kanunun ilk kısmında bölümsel, yerel ve ulusal kuruluşların görev ve yetkileri açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı Acil Ve Afet Programı Koordinatörünün başkanlık ettiği Sağlık Komisyonu kamu ve özel sektör kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlaması planlanmıştır (3/418).

### II.3. Hastalık Yapısı

Nikaragua'nın sağlık profili klasik epidemiyolojik değişim gösterir. Sağlık problemleri yetersiz beslenmeye bağlı metabolik hastalıklar, yetersiz çevre sağlığı hizmetleri, kronik ve dejeneratif hastalıklar, şiddet ve kazalarla birlikte bulaşıcı hastalıklardır.

En önemli ölüm sebepleri, dolaşım sistemi hastalıkları, intihar, cinayet ve trafik kazalarıdır. Bunlar toplam ölümlerin %41'ini oluşturmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, tümörler, ve doğum sırasında gerçekleşen ikincil sorunlara bağlı ölümler ise toplam ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (6/5).

2000 yılında genel ölüm hızı yüz binde 26,5 olarak gerçekleşmiştir. Enfeksiyon hastalıkları 1999 ve 2000 yıllarında genel ölüm sebepleri arasında dördüncü sıradaki yerinden beşinci sıraya gerilemiştir.

1997 ve 2000 yılları arasında bebek ölüm hızı ortalaması binde 45,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu yıllar arasında bir yaş altı bebeklerde görülen ölümlerin temel nedenleri doğum sırasında gelişen solunum ve dolaşım sistemi problemleri, zatüre, ishal ve gastroenteritler, yeni doğan sepsisleri ve doğuştan gelen anomalilerdir.

1999 yılında 15-19 yaş grubundaki kadınlarda doğurganlık oranı binde 152 olarak tespit edilmiştir. Her 10 doğumdan 3'ü bu yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir. Ana ölüm oranları dalgalı bir seyir izlemektedir. 1998'de yüz binde 102 olan ana ölüm oranı, 1999'da yüz binde 133 olarak gerçekleşmiştir. Ana ölümlerinin temel sebepleri plasenta atılmamasına bağlı olarak gelişen kanamalar, gebeliğe bağlı hipertansiyon, sepsis, rahim yırtılması ve düşüklere dir.

1999 yılı resmi istatistik verilerine göre her on bin kişisinden 5'i iş kaynaklı böcek ilacı zehirlenmesinden ölmektedir. Bununla beraber yapılan çalışmalar ülkenin çeşitli bölgelerinde böcek ilaçları sebebiyle ölümlerin %3 ila %9 arasında değişmekte olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ulusal Rehabilitasyon Programı 2000 yılı tahminlerine göre çeşitli engellilik türlerine sahip kişi sayısı nüfusun %12,1'ini oluşturmaktadır. Toplam engellilerin %63,9'unu görme engelliler, %9,2'sini işitme engelliler oluşturmaktadır. Bu engelliliklerin %10'u doğum kaynaklı, %29'u hastalık kaynaklı, %3'ü savaş kaynaklı ve %12'si de kaza kaynaklı engelliliklerdir.

En çok malarya vakası her 1000 kişiden 18,4'ünde parazite rastlanan yıl olan (76,269 vaka) 1996'da bildirilmiştir. 1997 ve 2000 yıllarını kapsayan dönemde malarya vakalarında aşağıya düşüş eğilimi gözlenmiştir.

Nikaragua yeni aşılarla başlayarak, yüksek aşılama düzeylerini geçtiğimiz 5 yıllık dönemde de sürdürerek bulaşıcı hastalıkların yayılımını kontrol etmede başarılı olmuştur. Aşılanma oranları 1999 ve 2000 yıllarında %90 ve %100 civarında gerçekleşmiştir.

1997 ve 2000 yıllarını kapsayan dönemde 132 kişiye boğmaca teşhisi konulmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınların aşılama oranı ülke genelindeki yerleşim merkezlerinin çoğunda %95'in üzerindedir.

1997 ve 2000 yılları boyunca büyük bir kısmı 15 yaş üstü kişilerde, mesleki kazalar sebebiyle oluşan 37 tetanoz vakası bildirilmiştir. 1 yaş altı çocuklarda B tipi Hermafilius İnfluenza aşılama oranı %90'lardan daha yüksektir.

İçilebilir su kaynakları 1998 yılı itibariyle kentsel alanların %89,5'ini kırsal alanların %33,7'sini ülke genelinin ise %89,4'ünü kapsamaktadır. 1999 yılında alınan su numunelerinin %4'ünde 100 ml suda 50'den daha fazla koliform bakterisine rastlanmıştır. 1998 yılı itibariyle toplam nüfusun %21'i kanalizasyon şebekesine sahip değildir. Kentsel nüfusun yalnızca %4,7'si bu hizmetten mahrumken, kırsal nüfusta bu hizmeti alamayanların oranı %31,7'ye çıkmaktadır (2/20,21).



## II.4. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Sağlık sektörü özel ve kamu sağlık sektörlerinden oluşmaktadır. Kamu sağlık sektörü kendi sağlık plan ve programları doğrultusunda, sağlıkla alakalı diğer kurum ve kuruluşların eşgüdümünü sağlayan, sağlığı koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici hizmetler alanında ülke sağlık politikasının uygulanmasını gözeten Sağlık Bakanlığı'ndan, Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan<sup>2</sup> ve sağlık hizmeti sunan Devlet Bakanlığı ile Savunma Bakanlığı'ndan oluşmaktadır (3/418).

Özel sektör halen gelişmektedir. Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun anlaşma yaptığı özel sağlık kuruluşlarının artmasıyla kâr amaçlı alt sektörler güçlenmektedir (6/6).

### II.4.1. Kamu Sağlık Sektörü

Hastahaneler radyasyon terapisi, oftalmoloji, kardiyoji, nöroloji, psikiyatri ve cerrahi alanlarında uzman tedavi hizmetleri sunmaktadır. Ulusal Referans Sağlık Merkezleri radyasyon terapisi, oftalmoloji ve kardiyoji hizmetleri sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen sağlık kuruluşlarının %48,3'ü Pasifik Bölgesi'nde bulunmaktadır. Managua'da 11 hastahane vardır. Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık hizmeti sunacak yapıları bulunmamakta, sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektörden satın almaktadır. Devlet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı birincil tedavi hizmeti veren sınırlı sayıda sağlık kuruluşuna sahiptir (3/421).

Sağlık Bakanlığı nüfusun %60'ına, Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu ise nüfusun %6'sına sağlık hizmeti sağlamaktadır. Kapsam dışında olan kısım ise %30-35 olarak tahmin edilmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlük çeken bu %30-35'lik grubun hizmet kapsamına alınmasını içeren bir mekanizma sayesinde bu oranın düşeceği tahmin edilmektedir. Bu mekanizma gezici sağlık ekiplerinin kullanılmasını içermektedir. Sistemin oluşturduğu anlaşmalı sağlık kuruluşları Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'na hizmet satmaktadırlar. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarının %20'sini Sağlık Bakanlığı kuruluşları oluşturmaktadır. Böylece Bakanlık sağlık hizmeti sunumunda kullanılmak üzere tıbbi donanım ve aletler almak için ek bir kaynak elde etmektedir (13/1,2).

#### II.4.1.1 Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı (Ministry de Salud, MINSA) Nikaragua'daki sağlık sektöründe esas rolü üstlenmiştir. İdari ve düzenleyici görevlerinin yanında, nüfusun üçte ikisine yaygın birincil sağlık hizmeti sunan kuruluşları, düzenli çalışmış sağlık çalışanları, yaklaşık her bölümde bulunan bölgesel hastahaneler ve Managua'da bulunan üçüncül hastahaneler ile sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı önemli hastalıkları önleme ve kontrol etmeye yönelik halk sağlığı programları da uygulamaktadır (6/6).

<sup>2</sup> Bu kuruluşun adında "sosyal güvenlik" kavramına yer verilmesine rağmen, Nikaragua'da halka kamu kaynaklı bir sosyal güvenlik hizmeti sunmamaktadır. Ülkede yerine getirdiği görev sosyal sigorta görevidir.

Sağlık Bakanlığı'ndan alınan verilere göre Bakanlığa ait sağlık hizmet ağı üç milyon kişiyi kapsayacak şekilde dağılmış 1.051 sağlık kuruluşundan oluşmaktadır. Bu kuruluşların 25'i hastahane, 28'i yataklı sağlık merkezi, 144'ü yataksız sağlık merkezi ve 814'ü de sağlık postasıdır (7/3).

1991 yılında Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri yönetim modelini, bölümler ve belediyeler düzeyindeki politik ve yönetsel özelliklere uyarlamak amacıyla reform sürecine başlamıştır.

Sandinista yönetimi Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, SILAIS) oluşumuna dayanan, sağlık sektöründe dağınık merkezli bir sistem uygulamaya başlamıştır. 1993 yılı Ulusal Sağlık Politikası yerel sağlık sistemlerini rehberlik edici bir çizgiye taşıyan yeni bir yönetim kültürünün gelişmesini sağlamıştır. Böylece yerel düzen, hastaları kendilerine sağlık hizmeti sunan kurumlar üzerinde söz sahibi konumuna getirmiştir (8/25).

Sağlık Bakanlığı Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemlerini, sektörü tek yönetsel sorumlulukta toplayarak, kaynakların kullanım şekline karar vererek, yönetsel ve politik mekanizmaları düzenleyerek, bölgesinde yaşayan insanlara sağlık hizmetleri vermekten sorumlu Ulusal Sağlık Sistemi'nin temel örgütsel birimi olarak belirlemiştir (13/20).

Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri birincil sağlık hizmetleri düzeyinde kullanılan bütçenin sadece %19'unu yönetmektedir ve bölgelerindeki hastahanelerinin yönetimi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip değildir. Hastahanelerin yöneticileri ve Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri arasında doğrudan bir bağlantı yoktur (13/21).

Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri'nin bölümleri bölgesel düzeyde, teknik ve idari konularda Sağlık Bakanlığı'nı temsil etmektedir (2/22).

Kuruluşların Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri'nin bölümleri arasında ve bölümlerin kendi içinde dağılımı bölümün sahip olduğu nüfusun büyüklüğüne, nüfusun bölüm içindeki dağılımına ve epidemiyolojik profiline göre şekillenmektedir. Managua, Matagalpa, Chinandiga ve Leon bölümündeki Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri'nin bölümleri en fazla nüfusa ve en fazla sağlık kuruluşuna sahiptir (7/3).

Sağlık Yasası, Sağlık Bakanlığı'nın politika, plan, program ve projelerine uygun olacak şekilde Atlantik Bölgesi'nin otonom bölgelerinin kendi gelenek ve kültürlerine göre, kendi sağlık modellerini tanımlamasını garanti altına almaktadır. Aynı yasaya göre Sağlık Bakanlığı ile Bölgesel Konseyler eşgüdüm içinde çalışacaklardır. Diğer taraftan Bölgesel Otonom Konseyler ulusal politikalara, normlara, prosedürlerle ve otonom altyapılarıyla tutarlı olarak hizmet yönetimi ve dağıtımı için kendi sağlık kuruluşlarını kurabilecektir (11/14).

#### **II.4.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları**

Savunma Bakanlığı ve Devlet Bakanlığı çalışanlarına ve onların bağımlılarına birincil tedavi hizmetleri sunmaktadır (3/421).

Görevleri yoksulluğun azaltılması olan Başkanlık Teknik Sekreterliği (Secretaria Técnica de la Presidencia, SETEC) ve Sosyal İşler Sekreterliği (Secretaria de Acción Social, SAS) sağlık sektöründe artan bir etkiye sahiptir (6/4).

#### II.4.2. Yerel Yönetimler

Nikaragua sağlık sistemi yönetiminin, merkezi idare ve yerinden yönetim arasında görev ve yetki bölümüne dayalı olduğu söylenilebilir. Bölgesel sağlık idarecileri, kendi bütçe paylarının sınırları içinde, programlarını geliştirme özgürlüğüne sahiptirler. Toplum katılımı, Halkın Sağlığı Kurulu'nun bölgeler ve sağlık alanları seviyesindeki sürekli işleyişiyle desteklenmektedir (17/442).

#### II.4.3. Özel Sağlık Sektörü

Ulusal Bağımsızlık İçin Sandinocu Cephe liderliği arasındaki Nikaragua bir karma ekonomiye sahiptir. Her alanda özel sektör vardır. Tarım ve endüstri üretiminin çoğu özeldir. Özel tedavi üzerinde bir yasak yoktur (17/434).

Çeşitli kamu sektörleri arasındaki ve kamu-özel sektörler arasındaki işbirliğinin önemi dikkate alınarak, bu işbirliğinin halkın sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin elde edilmesine çalışılmaktadır (17/442).

Özel sağlık hizmetlerinde en büyük pay doktor hizmetlerine aittir. Bunlar;

- Özel servislerde çalışan doktorlar,
- Sağlık Bakanlığı'na ve üniversiteye bağlı olup, resmi bir kurumda çalıştıktan sonra günde 3-4 saat özel bir serviste çalışan doktorlar, olarak ikiye ayrılır.

Özel sağlık hizmetleri kâdınılamamıştır. Çünkü devletin verdiği maaşlar çok düşüktür. Bir doktor özel olarak birkaç gün çalışarak, devletten alacağı maaş kadar kazanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve genel programlar sağlık personelini tutamamaktadır, doktorların bazıları ülkeyi terk etmektedirler (17/436).

Özel doktorlar, bazı gelişmiş ülkelerde izin verildiği gibi, özel hastalarına kamu kuruluşlarında hizmet veremezler. Bu tür hizmetler, ayrı özel muayenehanelerde yapılmaktadır. Yüksek ödemelerden kurtulmak için hekimlerin 10-15 meslektaşıyla birleşip muayenehaneler kurmaları alışılmış bir şeydir. Grup muayenesi yapmazlar. Her birinin ayrı bir odası vardır (17/438).

Özel tıbbi muayeneler için yapılmış fiyatlar kontrol edilememektedir. Özel muayene kazançlarının yıllık gelir vergisi ödemeleri için Maliye Bakanlığı'na bildirilmesi amacıyla düzenlenen beyannameler eksik ve düzensiz olduğu halde, bu raporların ilgili kamu kurumlarında yapılan kontrolü de, doktorların ülkeyi terk etmeleriyle sonuçlanabilecek bir baskı yaratmamak gerekçesiyle, yumuşak ve gevşek bir biçimde yürütülmektedir (17/442).

Özel sektör hizmetlerinin en önemlilerinden birisi eczahanelerdir. Eczahanelerin büyük çoğunluğu özeldir. Özel eczahaneler ilaçları devletten satın almaktadır (17/436).

Özel sektör ücret ödeme temeline dayanan 8 hastahane, ayakta tedavi uygulamaların ve diş sağlığı hizmetlerinin verildiği klinikler, laboratuvarlar ve teşhis merkezlerinden oluşmaktadır (6/6).

#### II.4.4. Kâr Amaçsız Örgütler

Sağlık Bakanlığı'nın değil, halkın temsilcileri olarak düşünülen bir gönüllüler grubu olan Brigadista'lar, temel hijyen ve sağlık koruma konularında halkı eğitirler.

Nikaragua Kadınlar Birliği: AMNLAE ilk olarak Sandinista savaşçılarına yardım için kurulmuşlardır. AMNLAE kadınları, Brigadistalarla birlikte sıtma karşı kampanyalarda çalışırlar ve üyelerini Brigadista olmak için desteklerler.

Sandinista Savunma Komiteleri denen, sosyal grupların temsilcilerinin oluşturduğu yerel meclisler kampanyalarda, sıtma kontrolünde ve çevre temizliğinde önemli rol oynarlar (17/434).

Ayrıca, gönüllü olarak hizmet veren Brigadista'lar sıtma, sarı humma vb. hastalıklara karşı savaşta, aşı ve sağlık koruma kampanyaları ve kişisel hijyen gibi koruyucu sağlık hizmeti konularında önemli katkı vermektedirler. 1985 yılında 70.000 Brigadista'nın eğitildiği, bir fikir vermesi açısından belirtilebilir.

Brigadista'lar doğal felaketler, sıtma savaşı, bağışıklık ve sağlık koruma kampanyaları için yerel bir okulda profesyonel ya da yardımcı hemşireler tarafından eğitilmekteydi. Bu eğitim yaklaşık bir hafta sürüyordu. Eski bilgileri hatırlatmak ve yeni bilgileri vermek için periyodik olarak her ay yaklaşık bir gün eğitim almaya devam etmekteydiler. 1982 yılından sonra Brigadista'lar, genel temel sağlık hizmeti içerisinde daha geniş rol almak için eğitime başladılar. Bunun için eğitim süreleri genişletildi. Eğitimleri, özellikle hijyen ve sağlık koruması üzerine genel sağlık eğitimini, bağışıklıkları ve malarya önleyicilerle ortak çalışmaları, ilk yardımı, hafif hastalıkların tedavisini ve idari kayıtların tutulmasını kapsamaya başladı. Küçük bir ilk yardım takımı olarak donatıldılar ve yardımcı hemşirelerin idaresi altında çalışmaya başladılar (17/438).

Ülkede ulusal düzeyde yapılmış 11 hükümet dışı örgütlerle birlikte 500'den çok kâr amacı olmayan örgüt olduğu düşünülmektedir. Sağlık sektöründe hükümet dışı örgütler genellikle bölgesel halk sağlığı programları, acil sağlık hizmetleri, kadın ve çocuklara yönelik sağlık programları uygulamaktadır (6/7).

#### II.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Sağlık sektörünün finansmanında gelişmekte olan ülkelerdeki tipik çıkmaz görülmektedir. Bir taraftan temel bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması istenmekte, diğer taraftan bu isteği imkansız kılan ciddi mâli sıkıntılar gerçeği bulunmaktadır (6/8).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu sektörü, özel sektör ve uluslararası işbirliği kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Kamu ve özel sağlık sektörü toplam sağlık hizmetleri finansmanının yaklaşık %82'sini sağlamaktadır (3/417).

Sağlık harcamalarının yaklaşık %42'si ayakta tedavi hizmetleri için, %37'si yataklı tedavi hizmetleri için olmak üzere yaklaşık %80'i tedavi hizmetleri için yapılmaktadır (6/8).

### II.5.1 Devlet Bütçesi

Sağlık sektörünün en büyük finansman kaynağı Maliye Ve Kamu Kredi Bakanlığı aracılığıyla genel bütçeden gelmektedir. 1998 yılında genel bütçeden gelen kaynak sağlık sektörünün %38,3'ünü finanse etmiştir. Sağlık harcamaları için bütçeden ayrılan ödenekler 1992 ve 1995 döneminde yavaş bir şekilde artmış, bu artışı 1996 ve 1998 yıllarındaki yıllık %1,4'lük azalış izlemiştir (3/423).

### II.5.2. Dış Kaynaklar

1997 ve 1999 yılları arasında uluslararası işbirliği kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan sağlık harcamalarına ayırdığı bütçenin yaklaşık %39'unu sağlamışlardır (3/423).

1991 ve 1998 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na yapılan uluslararası yardımlar GSMH'nin yaklaşık %1,3'ü kadar olmuş ve toplam bakanlık bütçesinin %25,6'sını oluşturmuştur (2/23).

### II.5.3. Kişisel Ödemeler

Hane halkının sağlık hizmetleri harcamaları GSMH'nin %2,5'i ile %2,8'i oranları arasında gezinmekte, bazı yerlerde hane halkının sağlık harcamaları GSMH'nin %4,2'si ile %3,4'ü arasında hesaplanmaktadır (3/423).

1995'de Sağlık Bakanlığı sağlık kuruluşlarının hastalardan ücret almalarına olanak sağlayan "farklılaştırılmış hizmetler" diye adlandırılan bir uygulama başlatmıştır. Bu program dahilinde hasta ücret ödemeyi ya da ödememeyi kendisi seçmekte, eğer hasta ödeme yapmaya karar verirse kendisine ayrıcalıklı bir hizmet imkanı sunulmaktadır. Sağlık merkezleri bu şekilde verdikleri sağlık hizmeti için ücret talep edebilirken doktorlar da kendi özel muayenehanelerinde ücret alabilmektedirler (8/24).

Hane halkının doğrudan yaptığı özel sağlık hizmetleri harcamalarının 1998 yılında sağlık sektörünün finansmanına katkısı %28 olarak belirlenmiştir (3/423).

Hane halkının sağlık harcamalarında adil bir durum söz konusu değildir. Fakir aileler gelirlerinin daha büyük bir oranını sadece temel sağlık hizmetlerini alabilmek için harcamaktadır (6/8).

### II.5.4. Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu

Nikaragua Sosyal Güvenlik Ve Refah Enstitüsü: INSSBI'nın temelleri 1955'te kurulmuştur. Sandinista devriminden önce, sosyal güvenlik sağladığı 120.000 işçiyi kapsıyordu, 1986'da 350.000 işçiyi kapsamıştır. Daha sonra bir veya daha fazla memur ve işçisi olan firmaları ve tarım işçileri de sigortalanmıştır. INSSBI'nın ilaç tedavisi sağlama sorumluluğu 1979'da Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 1979'dan sonra, INSSBI'nın iki gelişmiş hastahanesi ve poliklinikleri Sağlık Bakanlığı'na geçmiştir.

Polikliniklerin çoğu da Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık merkezleri olmuş, büyük şehirlerde açık kalan birkaçı da bütün nüfusa açılmıştır. 1986'da bütün işçilerden %4 ve işverenlerden %12,5 prim alarak sağlanan fonların %80'i, SNUS programını desteklemek için Sağlık Bakanlığı'na geçmiştir. Bu fonun diğer kısmı, emekli olanların maaşları için ayrılmıştır (17/433).

Nikaragua Sosyal Güvenlik (sigorta) Kurumu sigorta sahibi çalışanlara ve onların bağımlılarına sağlık hizmetlerini temin etmekle görevli en yüksek kamu otoritesidir. Görevleri şunlardır:

- İşçi ve işveren primlerinin (katkılarının) tahsil edilmesinde tek yetkili kurumdur.
- Sağlık hizmet kuruluşlarının sunduğu tıbbi ve cerrahi hizmetleri, teşhis hizmetlerini ve ilaç desteği hizmetlerini içeren temel sağlık faydalarını (haklarını) belirler. Genel olarak üç tip temel fayda vardır:
  - 1) Tıbbi fayda: Kapsamlı cerrahi müdahaleleri ve farklı tıbbi bakım hizmetlerini içerir.
  - 2) Ekonomik fayda: Ekonomik gücü kötüleşen ailelere isteğe bağlı olarak yapılan sosyal yardımlardır.
  - 3) Diğer faydalar: Yeni doğan bebekler için süt tozu desteği sağlanması, genel olarak çok ciddi rahatsızlıkları olan hastaların bakımı için ayrılmış sosyal yardımlarla sigortalı insanları desteklenmesi hizmetleridir.

Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalı insanlara ve onların bağımlılarına sağlık hizmeti sağlarken bu hizmetleri doğrudan kendisi vermemektedir. Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı sağlık kuruluşları (Empresas Médicas Previsionales, EMP) diye anılan özel veya kamuya ait sağlık kuruluşları vasıtasıyla gerekli sağlık hizmetlerini vermektedir (4/5).

#### II.5.4.1. Sağlık Sigortası

Sandinista rejiminin 1992'de sona ermesiyle yeni hükümet piyasa ekonomisinin geliştirilmesi odağına paralel olarak, sosyal sigorta finansmanlı sağlık sistemi için alternatif modeller arayışına girmiştir. Gelir vergisinin sağlık kısmından elde edilen fonların kullanımı üzerinde kurumsal kontrolün yeniden sağlanması, sonra Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu alternatif bir sistem oluşturmak amacıyla stratejiler, örgütsel yapılar geliştirip, kurumsal düzenlemeler yaparak Sağlık Bakanlığı ile doğrudan bağlantılarını devam ettiren uzlaşmacı bir model ortaya koymuştur.

1993'de Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu yeni bir sağlık bakım finansmanı ve hizmet ulaştırma tasarısı olan Öngörülen Sağlık Modeli'ni (Modelo de Salud Previsional, MSP) sunmuştur. Öngörülen Sağlık Modeli rekabetçi ve işletme tarzında bir bakım yönetimidir; sosyal güvenliğe bağlı kişiler ve bunların uygun bağımlılarına, tanımı yapılmış temel bir sağlık paketi sağlamak için kamu ve özel sektör firmalarına her ay sabit bir ücret ödemektedir (5/140).

Sigorta planına dâhil üyeler hizmet sunucusunu her yıl kendileri seçmektedirler. Bu sağlık hizmet sunucusu kuruluşlar daha önceden ödemesi yapılmış hizmetleri sunmaktadırlar. Ayrıca ödeme yapan herhangi bir kimseye de hizmet sunabilmektedirler. Sigorta kapsamında bu kuruluşlardan hizmet alan kimselere kanser tedavisi ve kronik hastalıkların bakımı gibi yüksek maliyet gerektiren hizmetlerin yanında sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri de verilmemektedir (3/419).

Öngörüşel Sağlık Modeli katkıda bulunan işçinin sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerini sağladığı gibi, işçinin ailesine de sınırlı miktarda sağlık hizmeti sağlamaktadır. Eğer sigortalı kişi erkekse ve evliyse, eşi doğum öncesi doğum ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmeti alabilmektedir. Sigortalı kişi kadın ise eşlerinin herhangi bir sağlık hizmeti alma durumu yoktur. İlk başta sigortalı kişinin çocukları sadece üçüncü doğum gününe kadar sigorta kapsamında sayılmış, 1997'de 5 yaşa kadar olan çocuklar sigorta kapsamına alınmıştır. Her ne kadar sayıları konusunda kesin veriler olmasa da bağımlıların toplam sağlık sigortası hizmetlerinden faydalananların %40'ını teşkil etmekte olduğu tahmin edilmektedir. Gelir vergisi temelindeki sosyal sigorta planlarının ortak özelliği olarak, üyeler Nikaragua nüfusunun nispeten varlıklı kesiminden oluşmaktadır.

Öngörüşel Sağlık Modeli'nin kapsamı yavaş yavaş genişlemiş ve şu anda nüfusun %8'i olan yarım milyon gibi bir sayıya yaklaşmıştır. Her yıl 40.000 den fazla hastahane işlemi ve 2 milyondan fazla ayakta tedavi hizmeti sağlamaktadır. Öngörüşel Sağlık Modeli'ne katılarak sağlık hizmeti sunmak isteyen sağlık kuruluşları onaylanmalıdırlar. Onaylanmak için bu kuruluşlar şu şartları yerine getirmelidirler:

- Fayda paketini sunmak için kapasitesini göstermelidir. En başta Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun koyduğu asgari nitelik ve nicelikte insangücü ve fiziksel alt yapıya sahip olmalı ve bunların tamamen yerleştiğine dair delilleri sağlamalıdır. Finansal yeterliliğini şu şekilde göstermelidir:
  - 1) Kuruluşun toplaması beklenen sigortalıların sayısı ile ilgili varsayımlar bazında gelirlerinin projesini hazırlayan bir piyasa analizi gerçekleştirmesi gerekmektedir.
  - 2) Asgari sermaye gerekliliklerini yerine getirmelidir. Bunlara banka kredisi sunmak ve bir ay boyunca elde edilen toplam gelirlerin tahmini değerine denk olacak malvarlığına sahip olduğunu belgelemesi de dâhildir.
- Anlaşma yapılacak sağlık kuruluşunu beklentilerinin üstündeki masraflardan ve iflastan korumak için, ayrı bir hesapta sağlık kuruluşunun aylık toplam kişi başına vergiden elde ettiği miktarın en azından %5'inin Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurulumu'nda rezerv fonu olarak tutulması konusunda izin vermede mutabakat sağlanmalıdır.
- Sigortalıların hepsine ve onların uygun bağımlılarına sağlık hizmetleri temel paketini sağlamada mutabakata varılmalıdır.
- Hasta ya da geçici olarak yetersiz sigortalı işçilere Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ekonomik destek ödemesi yapmasında anlaşma sağlanmalıdır.

- Sigortalı ve uygun bağımlıları tarafından talep edilen daha önceden belirlenmiş temel sağlık hizmetlerinin hepsi için tam ödeme olarak belirlenmiş kişi başı ödeneği kabul etmesi konusunda anlaşmaya varılmadır.
- Bu kuralları kabul ettiğine dair anlaşma imzalanmalıdır.

Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık kuruluşlarını onaylamada açık anlaşma stratejisini kullanmaktadır. Onay gerekliliklerini karşılayan herhangi bir kuruluşa anlaşma teklifi yapılır. Bu yaklaşım Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapsam genişletme, bakıma ulaşmayı geliştirme ve özel sektör piyasasının örgütlenmesini cesaretlendirme hedeflerini desteklemektedir.

1994'de Nikaragua'nın 17 bölümünün sadece yedisi bir ve da birden fazla anlaşması yapılmış sağlık kuruluşuna sahipken bugün bu kuruluşların sayısı üç kat artmıştır. 2000 yılından beri sadece bir bölümde, Madrid'de anlaşması yapılmış sağlık kuruluşu bulunmamaktadır (5/142,144).

Nikaragua'da sosyal sigorta kapsamının gelişimini engelleyen etkenler şunlardır:

- Kayıt dışı ekonomi oranı yüksektir. 2002'de bu oran %55,3 olarak tespit edilmiştir. Bu oran kendi işinde çalışan kişilerde bu oran %92 ve çalışan ancak sigortalının bağımlısı gib davranarak prim ödemeyen kişiler ise hemen hemen %90'a ulaşmaktadır. Kayıt dışı çalışma oranı kadınlarda %60,7, erkeklerde ise %51,1'dir.
- İkinci sebep kayıt dışı çalışmaların 2002'de ekonomik olarak aktif nüfusun %25,5 ine yükselmesidir.
- Üçüncü neden kırsal nüfusun artmasıdır. Kırsal nüfusun az olduğu bölümlerde sigorta kapsamı %8,7, fazla olduğu bölümlerde %4,3 oranında olmaktadır.

Sosyal sigorta kapsamında olmayan insanların birçoğu tarım ve balıkçılık etkinliklerinde bulunmaktadır (4/18).

### II.5.5. Sağlık Harcamaları

Nikaragua Hükümeti'nin önündeki en büyük engel sağlık harcamalarına GSMH'dan ayrılan yüzdenin düşük olmasıdır. 1998 yılında Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay GSMH'nın %3,2'si genel hükümet bütçesinin %9,5'i oranında olmuştur (3/423).

1995'de 51,50 Amerikan Doları olan kişi başına sağlık harcamaları, sürekli aşağı düşerek 1998'de 45,10 Amerikan Doları olmuştur. Ülkenin gerekli sağlık hizmetleri masrafını karşılamak için yeterli mâli geliri elde edecek verimli yöntemler kullanmadaki başarısızlığının bir yansıması olarak sağlık harcamalarında bu aşağı düşüş eğilimi ortaya çıkmıştır. Gelir vergisi oranı 1991'de %49,7'lik oranla rekor seviyeye ulaşmış 1995'li yıllarda aşağı düşmeye başlayarak 1998'de %32 olmuştur (3/423).



1991 ve 1998 yılları boyunca sağlık hizmet türüne göre yapılan harcamalar durağan bir yapıdadır. Bu yıllarda harcamaların yaklaşık %76'sı tedavi hizmetleri için, %17'si koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri için, %7'si ise sağlık hizmetlerinin yönetim faaliyetleri için yapılmıştır (13/10).

## II.6. Sağlık Hizmetleri

Ülkede sağlık hizmetleri kamu ve özel alt sistem tarafından sunulmaktadır. Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin temel sunucusu geniş bir hizmet ağına sahip olan Sağlık Bakanlığı'dır. Ayrıca kendi toplumlarında, temel koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunan ebeler, ve diğer gönüllülerden oluşan toplumsal bir alt sistem de vardır (13/5).

### II.6.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetleri bir kısmı yataklı bir kısmı yataksız olan sağlık merkezleri ve sağlık postaları tarafından sunulmaktadır. Bu kuruluşlarda sağlıklı geliştirici, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin yanında, dış sağlığı hizmetleri, bazı uzman tedavi hizmetleri ve topluma yönelik rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir (3/418,419).

1997 ve 2000 yıllarını kapsayan dönemde birincil sağlık hizmetlerinin %60'ı kamu kuruluşlarınca, %10'u INSS kuruluşlarınca, %20'si özel sektör kuruluşlarınca ve %10'u da diğer kuruluşlar tarafından sağlanmıştır (2/22).

Devlet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri üyelerine ve onların bağımlılarına sağladıkları ayakta tedavi hizmetleridir. Buna ek olarak kapılarını iki tip hastaya dâna açmışlardır. İlk olarak 1995'de anlaşmalı sağlık kuruluşlarının kurulmasıyla sağlık sigortasına sahip kişilere, daha sonra kendisi ücret ödeyebilecek olan hastalara sağlık hizmeti vermeye başlamışlardır.

Toplumsal alt sistem kendilerinin kurduğu ve yönettiği Toplum Ve Anne Evleri'nde birincil sağlık hizmetleri sunmaktadır (13/5).

Tüm kamu sağlık kuruluşlarında gebelere demir desteği tedavisi, doğum öncesi ve doğum sonrası izlem yapılmaktadır. Sezaryen, kürtaj gibi özel donanım ve personel gerektiren uzman hizmetler hastahanelerde verilmektedir. Genellikle sağlık merkezleri ve sağlık postalarında gebelere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Kamu sağlık kuruluşlarının %92'sinden fazlasında BCG, polio ve kızamık aşılama hizmeti verilmektedir. Sağlık merkezleri ve sağlık postalarında koruyucu sağlık hizmetleri haftanın beş günü verilmektedir. Sağlık postalarında personel oluşumu çok basittir. Sağlık postalarının çoğunda sadece hemşireler, yarısından azında ise hemşire ve doktorlar beraber görev yapmaktadır.

Kamu sağlık kuruluşlarının %55'i su şebekesine sahiptir. Sağlık postalarının yarısı su şebekesine sahiptir ve bunların da sadece %56'sı günde dört saatten az bir süre şebeke suyu imkânından faydalanmaktadır. Tüm hastahane ve sağlık merkezleri elektrik enerjisi imkânına sahipken, sağlık postalarının yalnızca %57,4'ü bu imkana sahiptir (7/8).

Miç Tayfunu ülke çapında verilen birincil sağlık hizmetleri kapasitesinin yaklaşık %35'ini sağlayan 108 birincil sağlık hizmet kuruluşuna zarar vermiştir. Bu zarar 8,865 milyon Amerikan Doları ile ifade edilmekte ve miktar ülkenin tayfundan gördüğü toplam zararın %6,5'ine tekabül etmektedir (3/411).

### II.6.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

İkincil sağlık hizmetleri basit konularda ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri şeklinde genel tıbbi bakım hizmetlerini ve uzman tıbbi bakım hizmetlerini, ulusal merkezlerde radyasyon terapisi hizmetlerini, göz, kardiyoloji, cildiye ve psikiyatri alanında tedavi hizmetlerini, Ulusal Teşhis Ve Referans Merkezinde (National Diagnosis and Referral Center CNDR) hastalıkların teşhisi ve tedavisi konusunda araştırma faaliyetlerini içermektedir. Ayrıca bu merkez Ulusal Polis Hizmetleri'nin Merkez Suç Laboratuvarı, Yargıtay ve Adli Tıp Kurumu gibi devlet kurumlarının faaliyetlerinin eşgüdümünden sorumludur (3/419).

İkincil sağlık hizmetleri hastahanelerde çocuk hastalıkları, kadın doğum ve cerrahi gibi uzmanlık alanlarında, ayakta ve yataklı tedavi şeklinde verilen sağlık hizmetleridir (13/5). Managua'da 11 adet hastahane bulunmaktadır ve bu sayı tüm hastahanelerin üçte birinden daha fazladır (2/23). Amistad Japon Nikaragua Hastahanesi 200 yıldan beri hizmet veren en eski hastahanedir. Bölgesel hastahaneler ve yataklı sağlık merkezleri 7 gün 24 saat hizmet vermektedir. Kuruluşun tipine göre personel çeşitliliği değişmektedir. En fazla türde sağlık personelinin hizmet verdiği yerler hastahanelerdir (7/3,5).

Ülke çapında hastalar bazı sağlık hizmetlerini almak için Managua, Leon, Matagalpa, Masaya, Granada, Rivas ve Esteli bölümlerindeki uzmanlık ve alt uzmanlık branşlarına sevk edilmektedir (13/5).

1999 yılında 284.893, 2000 yılında 291.266 hastahane yatış işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu yıllarda ishaller ve diğer gastroenteritler, zatüre, malarya, akciğer tüberkülozu gibi bulaşıcı hastalıklar hastahanelere yatışın temel sebebiyken, vektör kaynaklı hastalıklara bağlı yatış işlemlerinde dikkat çekici bir düşüş görülmüştür. Hastahane yatıştaki diğer temel nedenler arasında tümörler, şeker hastalıkları, kansızlıklar, alkol bağımlılığı, yüksek tansiyon, iskemik kalp hastalıkları ve beyin kanamaları gibi dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır.

Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlardan alınan verilere göre, bu hizmetlerin yarısından çoğunu doğum sonrası gelişen ikincil hastalıklar, kaza ve darp sonucu gerçekleşen yaralanmalar nedeniyle verilen acil sağlık hizmetleri oluşturmaktadır (3/411, 412).

### II.6.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

Ülkede halkın ihtiyacını karşılayacak kadar yeterli temiz su kaynakları bulunmaktadır. Buna rağmen belirli nüfus grupları özellikle de kırsal alanlardakiler halen temiz içme ve kullanma suyuna ulaşmamaktadır. Geride kalan birkaç yıl içerisinde kapsama düzeyi yavaş bir şekilde artmıştır. 1993'de temiz içme ve kullanma suyuna ulaşabilen kişilerin toplam nüfusa oranı %62'iken, 1998'de bu oran %64'e yükselmiştir. Hizmet kapsamında büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Kentsel alanlardaki kapsama düzeyi 1993'de %87,7'iken 1998'de %89,4'e yükselmiş ancak kırsal alanlardaki kapsama düzeyi aynı dönem içinde %26,6'dan %33,7'ye yükselmiştir.

Su temini ve çevre sağlığı sektörünün modernizasyon sürecinin bir parçası olarak bazı fonksiyonlar birbirinden ayrılmıştır. İşletme fonksiyonları Ulusal Su Ve Kanalizasyon Şirketi (Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados, ENACAL) tarafından yürütülmekte, karar verme, düzenleme ve kontrol fonksiyonları ise Nikaragua Su Temin Ve Kanalizasyon Kuruluşu (Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillado, INAA) tarafından yürütülmektedir.

Managua'nın tek su kaynağı olan Managua Gölü'ne arıtma işleminde geçirilmemiş kanalizasyon sularının ve endüstriyel atıkların boşaltılması uygulaması devam etmekte ve bu durum önemli bir çok çevre ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır (3/421).

Hava kirliliği Nikaragua için önemi artan bir sorun olmaya başlamaktadır. Düzenli değerlendirmeler yapmak için gerekli bilgiler çok sınırlıdır. Ülkede halen hava kirliliğinin kaynaklarını veya ulusal hava kalitesi standartlarını inceleyen bir kuruluş bulunmamaktadır. Genel Çevre Ve Doğal Kaynaklar Yasası, çevreye etkileri değerlendiren düzenlemeler, Böcek İlaçları İle Zehirli Ve Tehlikeli Maddelerin Yönetimi Hakkındaki Kanun, atıkların yönetimi hakkındaki düzenlemeler ve Çevreyi Koruma Kuruluşu tarafından yapılan yasalar çevreyi koruyucu düzenlemeler getirme anlamında büyük gelişmelerdir (3/421).

Çevre Sağlığı Bürosu su şebekesindeki belirli noktalardan numune alarak temel prosedürleri uygulamakta ve su kalitesini gözlemlemektedir. Ayrıca Çevre Ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı yasaya dayanarak düzenleyici işlemleri içeren eylemlerde bulunmaktadır. Çevre Ve Doğal Kaynaklar Bakanlığı ile Tarım Ve Orman Bakanlığı toprak ve suların korunmasına önem verilerek doğal ekosistemi korumak üzere tasarlanmış bir programı yürürlüğe koymuştur. Gıda üretimlerinin kalitesi sağlık denetimleri ve gıda kaynaklı hastalıkların izlenmesi şeklinde kontrol edilmektedir (2/23). Nikaragua tarım ilaçlarının doğru kullanılmamasına bağlı yüksek zehirlenme oranlarına sahip ülkelerden birisidir. Ülke çapında gıdalarda yüksek miktarda böcek ilacı kalıntıları rapor edilmiştir (6/6).

Çalışma Bakanlığı ilgili kuruluşlarla beraber mesleki güvenlik ve iş sağlığı düzenlemelerinin belirlemede ve işyerlerindeki uygulamaları denetlemektedir (2/23).

#### II.6.4. Sağlık İstatistikleri

Ulusal Doğum Ve Ölüm İstatistikleri Sistemi tarafından resmi ölüm ve hastalık verileri bir yıl gecikmeli olarak kayıt altında alınmaktadır. Ulusal ve bölgesel epidemiyolojik takip sistemi bulaşıcı hastalık salgınları ve afetler gibi acilen bildirilmesi gereken 25 adet özel sağlık problemini kapsamaktadır. Ulusal Doğum Ve Ölüm İstatistikleri Sistemi ve epidemiyolojik takip sistemindeki veriler ulusal ve bölgesel bazda stratejik planlamaların yapılmasında ve sağlık hizmetlerinde yönetim amaçlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır (2/23).

### II.6.5. Sağlık İnsangücü

Nikaragua'da tıbbi uygulamaları düzenleyen yasal çerçeve çok zayıftır. Bazı düzenlemeler tıbbi uygulamada çok önemli oldukları halde, sağlık otoriteleri tarafından resmiyete geçemediklerinden yasal sayılmamaktadır. 1968'den beri Zorunlu Sosyal Hizmet Kanunu gereğince tüm tıp öğrencileri üniversiteden mezun olmak için bir ön şart olarak 6 ay ile 2 yıl arası kırsal bölgelerde kamu hizmetinde çalışmak zorundadırlar. Ancak bu şart gerçekleştiğinde doktorlar göreve başlayabilmektedirler.

1980'lerin Sandinista yönetimi üniversitelerin ilerlemelerinden birleştirilmiş sağlık sistemine kadar oldukça profesyonel bir uygulama takip etti. Sosyal hizmet sürecinin ilk adımı doktorları kamu hizmetlerine entegrasyonu olmuştur. Bakanlıkça tam maaş verilen işlere yerleştirilerek öğrencilere çalışma olanakları sağlanmış ve ayrıca Sağlık Bakanlığı içtüzükleriyle mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerindeki faaliyetleri düzenlenmiştir. 1986'da Sağlık Çalışanları Federasyonu (Federación de los Trabajadores de Salud, FETSALUD) ve Sağlık Bakanlığı arasında tüm stajyerlerin uzmanlık alanları göz önünde bulundurularak ve tüm öğrencilerin seviyeleri göz önünde bulundurularak bir işe yerleştirilme garantisini sağlayan bir anlaşma kabul edilmiştir. Meksika'da da olduğu gibi devlet, doktorlarla yaptığı iş mukavelesi dışında pek fazla düzenlemeye ihtiyaç duymamaktadır (8/23).

Tıp öğrencileri 6 yıllık tıp eğitimlerini kamuya ait ve özel üniversitelerde almaktadır. Üniversitelerdeki eğitim müfredatlarında büyük farklılıklar vardır. Üniversiteler pazar araştırmaları yapmamakta ve sağlık hizmet örgütleriyle eşgüdüm içinde çalışmamaktadırlar. Lise sonrası üç yıllık hemşirelik teknik eğitim programları ve beş yıllık master programları vardır. Her yıl ortalama 192 öğrenci hemşirelik programlarından mezun olarak özel ve kamu sağlık kuruluşlarında işe girmektedirler. 5 yıllık eczacılık ve dişçilik eğitim programları kamu ve özel üniversiteler tarafından verilmektedir (3/423).

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası'nın ortaklaşa yürüttüğü bir çalışma 1996 yılında Nikaragua'da yaklaşık 3500 doktorun bulunduğunu tespit etmiştir. Bunların büyük bir çoğunluğu Sağlık Bakanlığı için çalışmaktadır (%85) ve bu grubun %40'lık bir kısmı de genellikle hem kamu hem de özel sektörde olmak üzere iki ya da daha fazla işi bir arada yürütmekteydiler. Sağlık insangücü oldukça uzmanlaştırılmıştır. Doktorların %52'si klinik bir uzmanlık dalına sahiptir. Kamu sektöründe çalışma şartları müşterek bir anlaşmayla düzenlenirken, özel muayenelerde verilen hizmetler hiçbir düzenleme bulunmamaktadır. Çünkü bir çok doktor kamu ve özel muayenelerindeki hizmetlerini birlikte yürütmekte, bu grubun da neredeyse %47'si "tam zamanlı" çalışma olarak nitelenen 40 saat çalışma şeklindeki müşterek anlaşmaya dâhildirler. Çoğu doktor sırf maaşlarını almak için gün içerisinde üç ya da dört saatliğine kamu sektöründeki işyerlerinde bulunmakta, kalan vakitlerini özel muayenelerinde geçirmektedirler. Sağlık Bakanlığı doktor maaşlarının piyasanın altında olduğunu iyi bildiği için bu konuya hiç yoğunlaşmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir doktorun ortalama maaşı aylık 100 Amerikan Doları civarındadır (8/24).

1999 yılı verilerine göre 23.285 sağlık çalışanı bulunmaktadır ve bunların %32'si kamuda çalışmaktadır. Kamu'da çalışanların %47,4'ü birincil sağlık hizmeti veren kuruluşlarda %52,6'sı ise ikincil sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı bütçesinin %60'ını sağlık çalışanlarının ücretleri oluşturmaktadır. 2000 yılı verilerine göre 5,656 kayıtlı genel pratisyen hekim, 950 uzman hekim, 323 profesyonel hemşire, 974 dişçi, 1042 eczacı, 56 orta düzey laboratuvar teknisyeni ve 21 adet radyolog bulunmaktadır. 1999 yılındaki toplam 1538 hemşirelik hizmeti veren personelinin %62'si ikincil sağlık hizmeti veren kuruluşlarda hizmet vermekte ve bu personelin %23'ü de Managua'da yoğunlaşmaktadır. Yardımcı sağlık personelinin %52'si birincil sağlık hizmetleri sunan kuruluşlarda görev yapmaktadır. Sağlık profesyonelleri hizmet verebilmek için üniversite diplomaları ile beraber Sağlık Bakanlığı'na bağlı Düzenleme ve Akreditasyon Bürosuna kayıt yaptırmak zorundadır. Ülkedeki doktorların tahminen %90'ı kayıtlı bulunmaktadır (2/23).

#### II.6.6. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi

Nikaragua'da ilaç ve eczacılık endüstrisi 1997 ve 2001 yıllarını kapsayan ve ilaç üretim kuruluşlarının kurulması, temel ilaçlara ulaşımın sağlanması, kaliteli ve akılcı ilaç kullanımı üzerine odaklanan Ulusal İlaç Politikası temeline dayanmaktadır. 1999 yılında çıkarılan yeni İlaç Ve Eczacılık Yasası sağlık endüstrisinde önemli düzenlemeler yapmıştır. Nikaragua ayrıca eczacılık endüstrisinin ve standart sağlık prosedürlerinin kontrol edilmesi, jenerik ilaç üretim prosedürlerinin, tüketici birlikleri prosedürlerinin, standart aşı kayıt prosedürlerinin geliştirilmesi ve düzenleyici kuruluşların finansal özerkliğinin temin edilmesi gibi çalışmalar yaparak ülke çapında uluslararası standartların kalitesinin yakalanması amacıyla çalışan Orta Amerika Uyum Çalışma grubunun üyesidir.

2001 yılında 345 etken madde ve bunların jenerik isimleriyle beraber 509 ilaç çeşidini içeren temel ilaç listesi hazırlanmıştır. Bu liste kamu sektörüne ve kâr amaçlı olan ya da olmayan özel sektöre ilaç temini, dağıtımı ve temini konusunda mihenk taşı oluşturmuştur. Temel ilaç listesine göre kamu sektöründe faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının yüksek oranda görülen hastalıklara karşı kullanması amacıyla Sağlık Bakanlığı İlaç Ve Eczacılık Ürünleri Listesi tanımlamıştır (3/419).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı İlaç Düzenlemeleri Bölümü'nün 2000 yılı verilerine göre 12.000 adet kayıtlı ilaç, 255 adet ilaç ithalat ve dağıtımıcısı işletme ve ülke genelindeki ilaç ihtiyacının tahminen %20'sini üreten 12 adet yerli ilaç laboratuvarı bulunmaktadır (2/23).

Sağlık Bakanlığı tarafından 5 yaş altı çocukların, gebe kadınların ve kronik hastaların temel ilaçlarının temin edilmesine öncelik tanınmasına rağmen, Bakanlığın kendi sağlık kuruluşlarında bu tip ilaçlar çoğu zaman bulunmamaktadır. 1999'da Dünya Bankası tarafından yapılan bir çalışmaya göre ilaç elde edilebilirlik oranı %60-70 civarındadır. Sosyal sigorta kapsamında olan nüfusun %6'luk kısmına sınırlı çeşitlilikte ilaç sağlanmaktadır.

Nüfusun büyük bir kısmı, pahalı olsa da, özel sektöre başvurarak ilaç ihtiyacını karşılayabilmektedir (3/422).

### II.6.7. Tıbbi Teknoloji

Tıbbi donanımlar yetersiz, onarım ve bakımı için kaynakların kısıtlı olması sebebiyle kullanımı sınırlıdır. 2000 yılında tüm tıbbi donanımların %73'ü tıbbi hizmetlere doğrudan destek ya da teşhis-tedavi amaçlı kullanılmakta olduğu belirlenmiş, bu donanımların %82'sinin hastahanelerde bulunduğu fakat yalnızca %73'ünün doğru şekilde çalıştığı tespit edilmiştir. Sağlık merkezleri ve sağlık postaları toplam tıbbi donanımın yalnızca %18'ine sahiptir (2/23).

Tıbbi Donanım Bakım Merkezi (Centro de Especialidades Médicas, CEMED) Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak doğrudan ya da başka firmalarla anlaşma yaparak tıbbi donanımların tamir ve bakım hizmetlerini yürütmektedir (13/9).

Hastahanelerde tıbbi donanımların bakımından ve çalışır durumda olmasının sağlamasından sorumlu personelin %80'i eğitimsiz, %15'i temel ya da lise düzeyinde teknik eğitim almış kişilerden, sadece %5'lik bir kısmı ise üniversite eğitimi ya da ileri düzeyde teknik eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. Tıbbi malzeme ve ilaçlar için yapılan kamu harcamaları son birkaç yıldır yukarı tırmanmakta 1997'de %10,2, 1998'de %12,7 1999'da %12,4 olmuştur. Tıbbi malzeme bağışları kamu sağlık sektöründe toplam tıbbi malzeme alımına ayrılmış bütçenin %40'ı gibi hatırı sayılır ölçüde yardıma bulunmaktadır.

1998'e kadar dış işbirliği örgütleri donanım maliyetlerini karşılamada önemli rol oynamışlardır. 1994 ve 1998 yılları arasında bütçe ödeneklerinin %18'i bu örgütler tarafından sağlanmıştır. 2000 yılında donanımların bakımı için 1994 ve 1998 yılları arasında ayrılan ödeneğin 2,5 katından daha fazla ödenek ayrılmıştır (3/422,423).

### II.6.8. Geleneksel Tıp Uygulamaları

Geleneksel tıp halen dünya çapında popülaritesini korumaktadır. Buna ek olarak geçtiğimiz on yıl süresince hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kullanımının artmakta olduğu görülmektedir. Geleneksel tıp, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenlik ve faydaları sağlık otoritelerinde ve halkta önemli kaygılar yaratmaktadır.

Çeşitli geleneksel tıp uygulamaları farklı kültürler içerisinde, farklı bölgelerde gelişimini sürdürmektedir. Fakat bu gelişim uluslararası standartların gelişimine ve geleneksel tıp olabilmesi için yerinde ve gerekli metotların kullanımının değerlendirilmesine paralel olmaksızın devam etmektedir. Bu yüzden geleneksel tıp konusunda ulusal deneyim ve bilgilerin paylaşımı çok önemlidir.

Tamamlayıcı / Alternatif Tıp: Baskın sağlık sistemi içine girmeyen, ülke geleneklerinin bir parçası olmayan, sıklıkla başvurulan geniş sağlık uygulamalarıdır. Bir başka deyişle bazı zamanlarda kullanılan, doğal ilaçları, geleneksel olmayan tıbbi ve holistik<sup>3</sup> tıbbi içeren sağlık uygulamalarıdır.

<sup>3</sup> Holizm: Tabiat / Hilkatin bir birlik olduğunu ileri süren bir kuramdır.

Bitkisel İlaçlar: Bitkisel kökenli madde veya karışımlar ile tedavi ya da sağlığa fayda amacıyla, bir veya birden fazla maddenin ham veya bir süreçten geçirilerek hazırlanmasıdır. Geleneksel Tıp: Farklı yerel kültürler, deneyimler, inançlar ve teoriler üzerine kurulu, sağlığı koruyucu, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde ya da iyileştirilmesinde kullanılan, sağlığa faydaları açıklanabilir olan ya da olmayan uygulama ve becerilerin tümünü içeren bilgilere toplamıdır. Gelişmekte olan geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları üzerine yasalar ve düzenlemeler olduğu halde, Nikaragua'nın bu konuda ulusal bir politikası yoktur. Bitkisel ilaçlar için bir kayıt sistemi mevcut olmasına rağmen sistemde kayıtlı hiçbir bitkisel ilaç adı yoktur. Ulusal Temel İlaç listesi bitkisel ilaçları içermemektedir. Bitkisel ilaçların satışını izlemek için bir sistem kurulması planlanmaktadır. Nikaragua'da bitkisel ilaçlar eczahanelerde bütün diğer ilaçlar gibi, özel satış yerlerinde, lisanslı doktorlar tarafından ve hiçbir koşul aranmaksızın yerli topluluklarda satılmaktadır (9/5,13,15).

Nikaragua Ulusal Özerk Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı liderliği altındaki bir kaç kuruluş ile beraber Ulusal Temel Araştırma Komisyonunun bir parçası olarak bir merkez kurulmuştur. Hükümet değişikliklerinden sonraki yıllarda bu merkez Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız olarak işlerini yürüten, herhangi bir kâr amacı gütmeyen tesis haline gelmiştir.

Nikaragua'da kayıt altında 2.500 geleneksel tıp uygulayıcısı vardır. Geleneksel tıpta başlıca alanlar doğum, bitkisel ilaçlarla tedavi, spiritualizm<sup>4</sup> ve masajdır. Bu uygulamaların miktarının önünde yasal bir engel bulunmamakla beraber, Nikaragua Homeopatik Tıp Akademisi, homeopatinin resmi bir kimlik kazanması doğrultusunda çalışmaktadır. Ulusal Üniversiteler Konseyi homeopatiyi desteklemekte ve alopatik doktorlar tarafından yapılan homeopati<sup>5</sup> uygulamalarını kabul etmektedir. Resmi sağlık hizmetleri arasında geleneksel tıp hizmetleri sunulmamaktadır (10/61,62).

<sup>4</sup> Bu görüş, bir bütünün parçası olduğunu idrak edip, en küçük partikülden en büyük kütleyle kadar her varolanın birbirine bağlı olduğunu; her bireyin bir ötekisi ile bağlantısının kozmik yasalara ilintilendirildiğinin şuuruna varmak demektir.

<sup>5</sup> Homeopati sağlığa kavuşturma sistemi olup, benzeri benzer ile tedavi etme temeline dayanır. Homeopati kelimesi "homoion" benzeri ve "pathos" acı çekme kelimelerinden türetilmiştir. Homeopati tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. S. Hahnemann tarafından kurulmuş ve geliştirilmiştir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) yıllar süren araştırmaları ve gözlemleri sonucu şu görüşe: "Sağlıklı bir insan üzerinde bir doğal maddeyi mümkün olan en yüksek dozda alması ve bunun sebep olabileceği hastalık belirtileri ile alınan maddenin karakteristik özellikleri aynıdır.

### III. NİKARAGUA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 1: Nikaragua Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri**

GÖSTERGELER	NİKARAGUA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	5,376 <sup>1</sup>	72,200 <sup>1</sup>
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	2,1 <sup>1</sup>	1,6 <sup>1</sup>
Kişi başına düşen GSMH (ABD \$) (2004)	830 <sup>n</sup>	3.750 <sup>a</sup>
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	7,7 <sup>2</sup>	7,6 <sup>2</sup>
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	43,4 <sup>2</sup>	71,6 <sup>2</sup>
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	51,6 <sup>2</sup>	12,5 <sup>2</sup>
Devletin sağlık harcamalarında uluslar arası kaynakların katkısı (%) (2003)	11,2 <sup>2</sup>	0 <sup>2</sup>
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	26,6 <sup>2</sup>	54,6 <sup>2</sup>
Kişi başına toplam sağlık harcaması (ABD \$) (2003)	60 <sup>3</sup>	257 <sup>3</sup>
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	69 <sup>1</sup>	71 <sup>1</sup>
Bebek ölüm hızı (1000'de) (2004)	30,8 <sup>n</sup>	28,3 <sup>a</sup>
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	38 <sup>1</sup>	32 <sup>1</sup>
Bin kişiye düşen doktor sayısı (2003)	0,37 <sup>*</sup>	1,35 <sup>*</sup>

**Kaynak:** <sup>1</sup> (12) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 172,174.

<sup>2</sup> (12) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 182,183,184,185.

<sup>3</sup> (12) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 188,189.

<sup>\*</sup> (12) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 194,196.

<sup>n</sup> (14) The World Bank (2006) Nicaragua Data Profile, s: 8,9.

<sup>a</sup> (15) The World Bank (2006) Turkey Data Profile, s: 8,9.

Nikaragua yıllarca sosyalizm ve kapitalizmin çatıştığı ülkelerden birisi olması nedeniyle, hükümetler sosyalist düzende dahi toplumun temel ihtiyaçlarının başında gelen sağlık hizmetlerini vermekte yetersiz kalmışlardır. Sosyalist rejimden önce devlet yalnızca çalışanlara ve onların bağımlılarına sağlık hizmeti verirken, sosyalist düzene geçişle beraber toplumun tümüne eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti verilmesine çalışılmış ancak ülkenin içinde bulunduğu siyasi karışıklıklar ve ekonomik sıkıntılar bunu pek mümkün kılmamıştır. Son 20 yıldır ülkedeki iç karışıklıkların sona ermesiyle sağlık sisteminde bazı düzenlemelere gidilmiştir.

Her iki ülkede de zorunlu sağlık sigortasının bulunması, sağlık hizmetlerinin arzında kamu sağlık sektörünün ön sırada yer alması sebebiyle iki ülkede de Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi hâkimdir.



Nikaragua'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay oransal olarak Türkiye'ye yakın olmasına rağmen. GSMH'nın çok düşük olması sebebiyle Amerikan Doları bazında kişi başına yapılan sağlık harcaması Türkiye'ye oranla çok düşük kalmaktadır. Buna rağmen toplumun sağlık düzeyini gösteren beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı gibi temel sağlık göstergelerinin Türkiye'ye çok yakın seviye de olması dikkat çekicidir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında uluslararası kaynakların katkısı hemen hemen yok denecek kadar azken, Nikaragua uluslararası kuruluşlardan önemli miktarda kaynak temin etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temel sunucusu her iki ülkede de kamu sağlık kuruluşlarıdır ve bu kuruluşlar her iki ülkede de Sağlık Bakanlığı yönetimindedir.

Sağlık Bakanlığı ülke geneline yayılmış olan sağlık merkezleri ve sağlık postalarıyla birincil sağlık hizmetlerini vermekte, çoğunluğu Başkent Managua'da bulunan hastahaneler aracılığıyla da ikincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ülkedeki ekonomik olarak aktif nüfusun %15'ini, toplam nüfusun da %6'sını kapsayan Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu'nun üyelerine sağlık hizmeti sunacak alt yapısı bulunmamakta, bu hizmetleri enlaşma yaptığı kamu ve özel sağlık hizmet sunucusu kuruluşlar yoluyla sigorta kapsamındaki halka sunmaktadır. Devlet Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı sınırlı sayıdaki sağlık kuruluşuyla üyelerine birincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda en önemli görevi Sağlık Bakanlığı üstlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri ve verem savaş dispanserleri aracılığıyla birincil sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ayrıca Bakanlık, devlet hastahaneleri ve uzman hastahaneler aracılığıyla ikincil sağlık hizmetlerinin tamamı ile üçüncül sağlık hizmetlerinin bir kısmını sunmaktadır. Türkiye'de üçüncül sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı bakanlık eğitim ve üniversite hastahaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Türkiye'deki sosyal sigorta sistemi parçalı bir görünümde ve sosyal sigorta kurumları olan Emekli Sandığı, Bağ Kur ve SSK tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Toplam nüfusun yaklaşık %70'i bu sigorta kurumlarından birisine üyedir. Bu kurumların kendi sağlık kuruluşu bulunmamakta ve üyelerine ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarından ve üniversite hastahanelerinden sağlamaktadırlar. Türk Silahlı Kuvvetleri, personeline ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin bir kısmını kendi sağlık kuruluşları aracılığı ile bir kısmını ise Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastahaneleri aracılığıyla sunmaktadır.

Nikaragua'da 15 bölüm ve 2 otonom bölgede kamu sağlık sektöründe Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve teknik sorumluluğunu Kapsamlı Sağlık Koruma Yerel Sistemleri'nin bölümleri olarak adlandırılan makam üstlenmiştir. Bu durum Türkiye'de illerde Sağlık Bakanlığı'nın bazı sorumluluklarını yüklenmiş olan Sağlık Müdürlükleri'ne benzemektedir.

Nikaragua'da sosyal sigorta sistemi az gelişmiş ve toplumu kapsama düzeyi oldukça düşüktür. Sosyal sigorta sahibi çalışanlar Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yapmış özel ya da kamu sağlık kuruluşlarından daha önceden içeriği belirlenmiş bir sağlık hizmetleri paketi çerçevesinde ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini alabilmekte, bu sağlık kuruluşlarına da verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak Nikaragua Sosyal Güvenlik Kurumu kişi başına bir ücret ödemektedirler. Burada Türkiye'deki sistemden farklı olarak, ödemenin alınan hizmete göre değil, kuruluşun yıl içinde topladığı sigortalı insan sayısına bağlı olmasıdır. Türkiye'de de sosyal sigorta sahipleri hem kamu hem de özel sektörden ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini belirli tanımlar çerçevesinde alabilmekte, ancak bu sağlık kuruluşlarına yapılan ödeme, yıl içinde topladığı sigortalı insan sayısına göre değil, sigortalı insana verdiği hizmete göre belirlenmektedir.

Her iki ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyük bir kısmı birincil sağlık hizmetleri yerine, ikincil sağlık hizmetlerine harcanmakta, bu durum koruyucu temelli değil de tedavi temelli sağlık hizmetlerinin hizmet sunumunda ağırlıkta olduğunu göstermektedir. Nikaragua'da da Türkiye'de olduğu gibi sağlıklı koruyucu, geliştirici ve tedavi edici birincil sağlık hizmetleri özellikle kamu sağlık sektöründe verilmekte, her iki ülkede de bu hizmetlerin sunumunda yardımcı sağlık personeli daha etkin rol oynamaktadır. Nikaragua'da bazısı yataklı, bazısı yataksız sağlık merkezleri ve uç bölgelerde bulunan sağlık postalarıyla bu hizmetler sunulurken, Türkiye'de özellikle sağlık ocakları ve köy düzeyinde de sağlık evleri bu hizmetlerin sunumunda temel görevi üstlenmekte, özel sektör muayenehane ve teşhis birimleri de önemli rol oynamaktadır.

Nikaragua'da doktorlar 6 yıllık bir tıp eğitiminden sonra kamu sağlık sektöründe iki yıllık mecburi hizmet yapmaktadır. Türkiye'de de daha önce uygulanmış ve kaldırılmış olan ancak son zamanlarda yeniden gündemde olan mecburi hizmet uygulaması, özellikle sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında zorluk çekilen kırsal bölgelerde doktor istihdam edilmesi amacına yöneliktir.

Nikaragua'da tıbbi donanım kaynakları sınırlıdır ve bu donanımlar çoğunlukla uluslararası yardım kuruluşlarınca hibe edilmekte ya da kredi yoluyla sağlanmaktadır. Tıbbi donanımlar çoğunlukla ikincil sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Türkiye'de ise tıbbi araç ve gereç konusunda kamu sağlık kuruluşlarının döner sermaye sistemine geçişiyle ve özel sektördeki büyümeyle beraber donanım sıkıntısı yaşanmamaktadır. Ancak özellikle kamu sağlık kuruluşlarının her birinde eskimiş, bozulmuş ya da modası geçmiş tıbbi teçhizat bulunmaktadır.

Türkiye'de Nikaragua'ya nazaran daha fazla ilaç üretilmekteyse de, her iki ülkede ilaç veya ilaç hammaddesi temini konusunda büyük ölçüde dışa bağımlılık söz konusudur. Nikaragua'da jenerik ilaç uygulaması yaygındır. Türkiye'de uygulanmamaktadır.

Geleneksel tıp uygulamaları Nikaragua'da resmi sağlık hizmetleri arasında verilmesine de bu konuda bazı çalışmalar yapılmakta ve Nikaragua Ulusal Özerk Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı liderliğinde araştırma faaliyetleri sürdürülmektedir. Türkiye'de bu tip tıp uygulamaları sağlık sisteminde kabul görmemektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Ana Yayıncılık (2005) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş. İstanbul, Cilt:16
2. PAHO (2003) Epidemiological Bulletin, Pan American Health Organization, Vol:24, No:1.  
[http://www.paho.org/english/dd/ais/EB\\_v24n1.pdf](http://www.paho.org/english/dd/ais/EB_v24n1.pdf)
3. PAHO (2002) Health in the Americas 2002 Edition, Pan American Health Organization, Volume II.  
<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/paho/9275175877/v1n2/s33.pdf?expires=1146934466&id=28920473&titleid=6379&acname=Mustafa+Serdar+Sezer&checksum=8EF74F92B994C1DB6277A91357C81C1E>
4. Avendano, N. (2004) Seguridad Social... ¿para quien? Costos y obstaculos de la Seguridad Social en Nicaragua (Social Security, for Whom? Cost and Obstacles of the Social Security in Nicaragua), Impreso en Ediciones Educativas, Diseño (EDISA) yayınları, Managua.  
<http://quest.quixote.org/sites/quest.quixote.org/files/pdfs/Segurosocialeng.pdf>
5. The World Bank (2005) Health System Innovations in Central America Lessons and Impact of New Approaches,  
[http://www\\_wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IP/2005/07/20/000090341\\_20050720104210/Rendered/PDF/330040Health121120Central120America.pdf](http://www_wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IP/2005/07/20/000090341_20050720104210/Rendered/PDF/330040Health121120Central120America.pdf)
6. WHO (2003) Who Country Cooperation Strategy Nicaragua, World Health Organization.  
[http://www.who.int/countries/en/cooperation\\_strategy\\_nic\\_en\\_pdf](http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_nic_en_pdf)
7. MINSA (2001) Health Facility Survey Nicaragua 2001, Ministry de Salud (Ministry of Health of Nicaragua).  
<http://www.spc.unc.edu/measure/publications/pdf/tr-02-13.pdf>
8. AHPSR (2003) The New Public / Private Mix in Health: Exploring the Changing Landscape, Alliance for Health Policy and Systems Research.  
[http://www.alliance-hpsr.org/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/documents/New\\_Public\\_Private\\_Mix\\_FULL\\_English.pdf](http://www.alliance-hpsr.org/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/documents/New_Public_Private_Mix_FULL_English.pdf)
9. WHO (2005) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines, World Health Organization.  
<http://hinfo198.tempdomainname.com/medicinedos/collect/edmweb/pdf/s7916e/s7916e.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

10. WHO (2001) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary Alternative Medicine: A Worldwide Review, World Health Organization.  
<http://hinfo198.tempodomainname.com/medicinedocs/collect/edweb/pdf/h2943e/h2943e.pdf>
11. WB (2005) Social and Indigenous People Plan, The World Bank.  
[http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/03/03/000090341\\_20050303100829/Rendered/PDF/IPP1100IPP1feb005.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/03/03/000090341_20050303100829/Rendered/PDF/IPP1100IPP1feb005.pdf)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.  
[http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)
13. PAHO (2002) Profile of the Health Services System of Nicaragua, Pan American Health Organization.  
<http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofnicaragua-EN.pdf>
14. WB (2006) Nicaragua, The World Bank.  
<http://devdata.worldbank.org/external/CRF/profile.asp?SelectedCountry=NIC&CODE=NIC&CNAME=Nicaragua&PTYPE=CP>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
15. WB (2006) Turkey, The World Bank.  
<http://devdata.worldbank.org/external/CRF/profile.asp?SelectedCountry=TUR&CCODE=TUR&CNAME=Turkey&PTYPE=CP>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
16. Emre, H.C. (2004) Nikaragua: Amerikan Müdahaleciliğinin Yıkıcı Sonuçları, İçinden: İnat, K. Dıran, M. Akaman, M (ed.) (2004) Dünya Çatışma Bölgeleri, Nobel Yayınları, Ankara.
17. Roemer, I. M. (1991), National Health System of the World Vol:1 "The Countries". Oxford University Press, New York.
18. Soyer, A. (1998) Kapitalizm, Sosyalizm Ve Sağlık, Öteki Yayınevi, İstanbul.

A. ERDAL SARGUTAN