

PAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

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

ARAŞTIRMA GRUBU

Oğuz BİLGİÇ
Fuat KORKMAZER
M. Ali AKTEPE

A. ERDAL SARGUTAN

PAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2140
I. ÜLKE TANITIMI	2143
I.1. Doğal Yapı	2143
I.2. Tarih	2144
I.3. Toplumsal Yapı	2144
I.4. Ekonomi	2145
I.5. Siyasi Yapı	2146
I.6. Ulaşım	2146
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2147
II.1. Genel Sağlık Durumu	2147
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	2148
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	2129
II.3.1. Genel Bakış	2149
II.3.2. Kamu Sektörü	2149
II.3.3. Özel Sektör	2150
II.3.4. Gönüllü Kuruluşlar	2151
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2152
II.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	2152
II.4.1.1. Aşılama Programı	2152
II.4.1.2. Ana Ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri	2152
II.4.1.3. Aile Planlaması Hizmetleri	2153
II.4.1.4. Bayan Sağlık Çalışanları Programı	2153
II.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	2153
II.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim	2156
II.6. İlaç Sektörü Ve Eczacılık	2158
II.7. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı	2158
II.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti	2158
II.7.1.1. Ayakta Tedavi Hizmetlerinin Maliyeti	2159
II.7.1.2. Hastahane'de Yatan Hasta Hizmetleri Maliyeti	2160
II.7.1.3. Koruyucu Hizmetlerin Maliyeti	2160
II.7.1.4. Bütçe Girişimleri	2161
II.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	2161
II.7.3. Kamu Fonlarının Kullanımındaki Öncelikler	2162
II.7.4. Potansiyel Tasarruf Alanları	2163
II.7.5. Maliyetlerin İyileştirilmesi	2164
II.7.5.1. Kırsal-Kentsel Bölgeler	2164
II.7.5.2. Ücretlerin Yapısı	2165
II.7.5.3. Sonu Kötü Biten (Katstrofik) Hastalıklar	2165
II.7.5.4. Cinsiyet Ayırımı	2165
II.7.5.5. Yoksulların Muaf Tutulması	2165
II.7.6. Üçüncül Sağlık Hizmeti Hastahanelerinin Otonomisi	2166
II.8. Sağlık Sektöründe Planlama	2166
II.8.1. Genel Bakış	2166
II.8.2. 2001 Ulusal Sağlık Politikası	2167
III. PAKİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2168
KAYNAKLAR	2170

ÖZET

Pakistan çok çeşitli etnik gruplardan meydana gelmiş, eyaletlerden oluşan, federal yönetimli bir ülkedir. Nüfus yoğunluğu ve nüfus artış hızı fazladır. Toplumun büyük bölümü kırsal kesimde yaşamaktadır. Ülkede eğitim oranı oldukça düşük, eğitim kurumlarının büyük bölümünün donanımları eksiktir. Yeraltı kaynakları fazla zengin değildir. Tarıma dayalı bir ekonomisi vardır ve milli gelir düzeyi düşüktür. Ekonomide her yıl meydana gelen cari açık, dış yardımlarla kapatılmaya çalışılmaktadır. Siyasi istikrarı olmayan bir ülkedir.

Ülkede sağlık sistemi kamu ve özel teşebbüsün bir karışımı şeklindedir. Sağlık hizmetinin sunumu yetersizdir. Özellikle kırsal kesimde hizmet sunumu yaygın değildir.

Pakistan Sağlık sisteminde en yetkili kurum, Federal Sağlık Bakanlığı'dır. Daha sonra eyaletlerdeki Bölge Sağlık Merkezleri ve Altbölge Sağlık Merkezleri vardır.

Pakistan'ın daha çok kırsal kesimlerinde yaygın olan ve küçük nüfuslara hizmet veren ana-çocuk sağlığı merkezleri ve dispanserler vardır. Daha sonra 10.000-20.000 kişilik bir nüfusa hizmet veren temel sağlık birimleri gelir. Hem koruyucu hem tedavi edici hizmet sunarlar. Daha geniş hizmet kapasitesine sahip kırsal sağlık merkezleri 25-30 bin kişilik bir nüfusa hizmet verir.

Altbölge (Tehsil) ve bölge hastahaneleri gelişmiş tıbbi cihazlarla donatılan tedavi merkezleridir.

Kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen devlet tarafından karşılanır, hizmetler düşük seviyeli ve ücretsizdir. Hizmet alan kişilere ilaçları da ücretsiz olarak verilir.

Pakistan'da asker ve gazilere ayrıcalık tanınmıştır. Askerler sağlık hizmetini askeri hastahanelerden almaktadırlar. İlaçları, diğer hastalardan %40-50 daha ucuza alabilmektedirler.

Ülkedeki işçiler için ayrı memurlar için ayrı sosyal güvenlik kuruluşları mevcuttur. Bu hizmetlerden faydalananlar sosyal güvenlik kuruluşlarına herhangi bir prim ödememektedirler.

Pakistan sağlık sisteminde özel sektör büyük ve önemli bir yer tutmaktadır. Özel sektör hizmeti sunan donanımlı hastahanelerin çoğu büyük şehirlere aittir. Kırsal kesimlerde sunulan özel hizmetler, gerek donanım, gerekse hizmeti sunum açısından yetersiz olduğu görülmektedir. Özel sektör ve çalışanları üzerinde yeterli bir denetim mekanizması yoktur.

Ülkede eğitilmiş doktorların yanı sıra, geleneksel şifacıların da açtığı özel muayenehaneler mevcuttur. Doktor olmayan kişiler, özellikle kırsal kesimlerde modern olmayan yöntemlerle sağlık hizmeti vermektedir. Ülke halkının %50'si modern sağlık hizmetlerinden faydalanamamakta, geleneksel sağlık hizmeti sunan kişilerden yararlanmaktadır.

Bunlar için herhangi bir denetim söz konusu değildir, isteyen bu amaçla bir yer açıp işletebilmektedir. Ücretler ya da hizmet kalitesi ile ilgili herhangi bir düzenleme ve bir standart yoktur.

Pakistan'da eczacılık oldukça gelişmiştir. 300'den fazla kuruluş, hammadde ithaline dayalı olarak ülkenin ilaç ihtiyacının %75'ini karşılayacak kadar üretim yapmaktadır. Üretilen ihtiyaç fazlası ilaçlar, çoğu Asya ve Afrika ülkesine ihraç edilmektedir. Ücretsiz ilaçlara ulaşabilme imkânının artması ile birlikte, resmi kurumlara başvuran hasta sayısında her yıl %3 artış olmaktadır.

Pakistan, büyük ölçüde kamu kaynaklarından desteklenen, Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi sağlık sistemine sahiptir.

A. ERDAL SARGUTEN

A. ERDAL SARGUTAN

PAKİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

DEVLET ADI	:Pakistan İslam Cumhuriyeti
DEVLET YAPISI	:Federal Cumhuriyet
BAŞKENT	:İslamabat
YÜZÖLÇÜMÜ	:803.943 km ²
NÜFUS	:150.694.740 (2003 sayımı)
RESMİ DİLİ	:Urduca ve İngilizce
YEREL DİLLER	:Pencapça (%48), Sindçe (%12), Peştuca (%8) Balokca (%3), Hintçe (%2), Brahuca (%1)
DİNİ	:Müslüman (%97), Hristiyan ve Budist (%3)
PARA BİRİMİ	:Rupi
EYALETLER VE BAŞKENTLERİ	:Balokistan (Kıyeta), Sind (Karaçi), Pencap (Lahor), Kuzey-Batı Sınırı Eyaleti (Peşavar) (1/1-4).

I.1. Doğal Yapı

Kuzeyde Çin, doğuda Hindistan, batıda ve kuzeybatıda Afganistan ile İran arasında, Güney Asya'da bir ülkedir. Güneyde Umman denizine açılır.

Pakistan topraklarının üçte biri, güney kesimdeki ve doğu kesimdeki İndus vadisi boyunca uzanan ovalardan oluşur. Batı ve kuzeybatı kesimlerindeki diğer bölüm ise Doğu Himalaya dağlarının uzantısıdır. Ülkenin kuzey kesiminde, Himalaya dağlarının eteklerinde yükseltiler 300-600 m kadardır. Sarp Hindikuş dağlarında ve Keşmir'deki Karakurum dağlarında ise yükseklik 6.000 m dolaylarındadır. Dünyanın ikinci yüksek dağı Godurin Austen (8611 m) bu kesimde yer alır (2/390).

Sıcak ve kurak bir iklim hâkimdir. Dağlık bölgelerde sıcaklık daha az, yağışlar daha fazladır. Yıllık sıcaklık ortalaması ovalarda 24°C, dağlarda ise 7°C civarındadır. En çok yağış, yaz musonları döneminde (Temmuz-Eylül) düşer. Doğal bitki örtüsü, büyük ölçüde kuraklığa dayanıklı bitkilerden oluşur. Yarı kurak bölgelerde dayanıklı çayırlar ve orman altı ağaçları çoğunluktadır. Su bulunan yerlerde geniş bir bitki yelpazesi mevcuttur. Toplam yüzölçümünün yaklaşık %3'ünü kaplayan ormanlar, aşırı kesim sonucu azalmıştır (2/390).

Pakistan'ın yer altı kaynakları fazla zengin değildir. Belucistan ve Sui'de önemli doğalgaz yatakları vardır. Petrol yatakları ise sınırlıdır. Çimento üretiminde kullanılan büyük kireç yataklarının yanısıra, ülkede büyük linyit yataklarına ve düşük kapsamlı demir filizi yataklarına da rastlanır (2/390; 3/157).

I.2. Tarih

Pakistan'ın uzun geçmişi, kalıntıları Harappa'da ve Mohenco Daro'da korunmuş olan eskiçağdaki İndus Uygarlığına (M.Ö. 1500'de sona ermiştir) kadar uzanır (2/393).

Pakistan adı İngiltere'de öğrenim gören Müslüman öğrenciler tarafından, 1940 yılında verilmiştir. Pakistan; Pencap, Afgan, Keşmir ve Sind isimlerinin baş harfleri ile, Belucistan ismindeki 'istan' harflerinin birleşmesinden oluşan bir kelimedir. Kelime anlamı olarak "Temizler Ülkesi" demektir.

Hindistanlıların İngilizlerin egemenliğinden kurtulmaya çalıştıkları sırada bölgedeki Müslümanlar 14 Ağustos 1947 yılında bağımsızlığını kavuşmuştur. Bu yıllarda Pakistan liderliğini Muhammed Ali Cinnah yürütmekteydi. Pakistan 1956 yılında Cumhuriyet olmuştur. İki yıl sonra, General Muhammed Eyüp Han darbe yaparak idareyi ele geçirmiştir. 1970 seçimleri sonucunda Doğu Pakistan Avami Partisi oyların büyük çoğunluğunu elde etmiştir. Fakat, seçimlerden bir yıl sonra Yahya Han Millet Meclisini dağıtmıştır. Bunun üzerine ülkede grevler ve isyanlar artmaya başlamıştır. Doğulular Hindistan'dan aldıkları destekle bağımsızlıklarına ilan ederek Bangladeş Devleti'ni kurmuşlardır. Sonucunda Hindistan-Pakistan savaşı başlamıştır. Doğu Pakistan'daki birlikler kısıtlanınca ateş-kes ilan edilmiştir. Her iki taraf da birliklerini geri çekmiştir.

1973 yılında yeni bir anayasa kabul edildi. Pakistan bundan böyle "Federal İslam Cumhuriyeti" adını aldı. Zülfikar Ali Butto başbakan oldu. 1977 yılı Haziran ayında General Ziya-ül Hak, askeri bir ihtilalle idareye el koydu. Butto başbakanlıktan alınarak, 1979 yılında idam edildi. 1988 yılında Ziya-ül Hak esrarengiz bir uçak kazasında öldü. Yerine Gulam İshak Han geçti. Seçimi, Pakistan Halk Partisi kazandı ve Müslüman bir devletin ilk kadın başbakanı olarak Benazir Butto hükümeti kurdu. Bazı yolsuzluklar ve iç asayişin sağlanamaması üzerine, Devlet Başkanı Gulam İshak Han 1990'da Benazir Butto'yu görevden alarak, yerine Nevaz Şerif'i başbakanlığa atadı. 1993'te yapılan seçimleri kazanan Benazir Butto tekrar başbakanlığa getirildi (3/156).

Benazir Butto, Kasım 1996'da devlet başkanı Faruk Lehari tarafından başbakanlıktan azledildi. 1997 başlarında yapılan seçimler sonucunda Nevaz Şerif tekrar başbakan oldu.

12 Ekim 1999'da bir askeri darbe sonrası, iktidarı ele geçiren General Pervez Müşerref Pakistan Anayasasını yürürlükten kaldırdı ve parlamento dağıtıldı. Ağustos 2002'de Anayasaya yeni düzenlemeler getirildi ve Pervez Müşerref yapılan referandum neticesinde 5 yıl süreliğine yeniden seçildi (2007'ye kadar) (1/4,5).

I.3. Toplumsal Yapı

Pakistan nüfusunun çeşitliliği, ülkenin yüzyıllar boyunca Dravidler, Arılar, Yunanlar, Persler, Araplar, Afganlar, Türkler, Moğollar gibi halklar tarafından istila edilmiş olmasının sonucudur.

Pencabiler, toplam nüfusun yaklaşık %58'ini oluşturur. En büyük etnik azınlıklar; Sind eyaleti nüfusunun çoğunluğunu oluşturan Sindler (%12) ile kuzeybatı sınır ilinde çoğunluğu oluşturan ve Afganistan ile yakın bağları bulunan Peştular ya da Pathoslardır. Belucistan'da Beluciler (%3) ve soyları David topluluklarının karışmasından gelen küçük bir azınlık olan Brahvililer yaşar.

Komşu Afganistan'ın eski SSCB tarafından işgali sırasında 3 milyondan çok Afganlı, Afganistan'daki mücahitleri destekleyen Pakistan'a sığınmıştır. 1992'de komünist yönetimin görevden ayrılmasından sonra, çeşitli Afgan mücahit topluluklar arasında meydana gelen çatışmalar, Pakistan'a Afganistan'dan yeni bir mülteci akınına yol açmıştır (2/391).

Dünyanın en yüksek doğum oranlarından biri gözlendi. Pakistan'da, hızlı nüfus artışı ekonomiye zarar vermiş ve mezhepler arası şiddet artmıştır. En büyük kentler Karaçi ve Lahor'dur. Ayrıca ülkede İslamabad, Ravalpindi, Faysalabad, Haydarabad, Multan, Gjonvala, Peşaver, Keta gibi büyük kentler de vardır. Nüfus sıklığı Pencab ve Sind'deki tarım alanlarında yüksek, Belucistan'daki Keta bölgesinde ise daha düşüktür (2/391).

Nüfusun yaşa göre dağılımı (2003):

0-14 yaş %39.3: (Erkek:30.463.958 Kadın: 28.726.776)
15-64 yaş %56.5: (Erkek: 43.571.093 Kadın: 41.651.872)
65 yaş ve üstü %4.2: (Erkek:3.051.674 Kadın: 3.229.367)
Yaş ortalaması: (Erkek: 19.7 Kadın: 20.0)
Nüfus Dağılımı: (Şehir: %33 Kırsal kesim: %67) (1/2-4).

İlköğretim ücretsiz olmakla birlikte, çocukların yalnızca %44'ü ilkokula gitmektedir. Bunlardan yalnızca %18'i ortaöğrenimini sürdürmektedir. Eğitim kurumlarının çoğu aşırı kalabalıktır ve özellikle kırsal alandakilerin donanımı yetersizdir. En büyük yükseköğretim kurumları arasında İslamabad'taki Kueyd-i Azam Üniversitesi (Eski İslamabad Üniversitesi), Karaçi Üniversitesi ve Lahor'daki Pencab Üniversitesi sayılabilir (2/391).

15 yaşından büyükler okuryazardır (Erkek : %53,8 Kadın : %30,6 Genel : %45,7) (1/3,4).

1.4. Ekonomi

Pakistan büyük ölçüde tarıma dayalı bir ekonomiye sahiptir. Halkın yarısından fazlası tarımla uğraşır. Ekili alanların yaklaşık %50'si pirinç ve buğdaydır. Bunlardan başka yetişen diğer tarım ürünleri arpa, mısır, darı, pamuk lifi, pamuk, çay, tütün, şeker kamışı, meyve ve sebzedir. Tarım ürünlerinin memleket ekonomisine olan katkısı %30 dolaylarındadır (3/159).

Hayvancılık (deve, eşek, sığır, manda, koyun ve keçi yetiştiriciliği) da kırsal kesimde önemli bir geçim kaynağıdır. Pakistan'ın en çok gelir getiren hayvansal ürünü süttür. Et, süt ve süt ürünleri, yün, deri, post gibi hayvansal ürünlerden sağlanan gelir, toplam tarım gelirlerinin yaklaşık üçte biri kadardır (2/392).

Pakistan endüstrisi orta seviyede olup, son zamanlarda gelişme içerisine girmiştir. En önemli endüstri dalı tekstildir. Özellikle pamuklu mamuller önemli gelir kaynağıdır. Jüt (hintkeneviri) imalatçılığı ise yüksek bir seviyededir. Diğer endüstri kolları kağıt, kereste, çimento, kauçuk, kimyevi maddeler, gübre, şeker, sigara, gıda maddeleri ve eczacılık ürünleridir (3/159).

Ülkede, hidroelektrik enerjisi önemli yer tutar. Bu enerjinin büyük bir bölümü Mongla, Tarbela vb. barajlarda olduğu gibi, modern sulama projeleriyle bağlantılı olarak üretilir. Doğalgaz, Belucistan ve Sinddeki yataklardan büyük kenelerin çoğuna boru hattıyla getirilir ve sanayide yaygın biçimde kullanılır. Karaçide ve Çaşmada nükleer santraller mevcuttur. Nükleer enerjiyi kullanmama antlaşmasını imzalamadığı için ülkeler Pakistan'a nükleer teknoloji sağlamayı reddetmişlerdir. Pakistan da nükleer tesislerini uluslararası denetime açmamaktadır.

Pakistan'ın dış ticaret bilançosu sürekli açık vermektedir. Genellikle ithalat ihracatın iki katıdır. Bu açığın bir bölümü yurtdışında çalışan Pakistanlılardan sağlanan döviz gelirleri ile kapatılmaktadır. Başlıca ihracat malları işlenmemiş pamuk, pamuklu kumaş, pirinç, halı ve battaniye'dir. Başlıca ithalat malları buğday, teknolojik donanımlı cihazlar, sanayi hammaddeleri ve petrol ve petrol ürünleridir (2/392).

1.5. Siyasi Yapı

Pakistan, mahalli idare bakımından federal başşehri 4 bölgeye ve kabile sahalarna ayrılmıştır. 14 Ağustos 1947'de bağımsızlığını kazanmış olan Pakistan, bir Federal İslam Cumhuriyeti'dir. İki meclisli bir parlamentosu bulunur. Federal yasama yetkisi meclis ve senato'nun elindedir. Milli Meclis, doğrudan halk tarafından seçilen 237 üyeden meydana gelir.

87 sandalyeli Senato'nun üyelerini ise eyalet meclisleri seçer. İki meclis ve eyalet meclislerinin 5 senelik bir dönem için birlikte seçtiği Cumhurbaşkanı, aynı zamanda silahlı kuvvetler başkomutanıdır. Geniş yetkilere sahiptir.

Pakistan, Birleşmiş Milletler ve alt kuruluşlarına üyedir (3/159).

1.6. Ulaşım

İngilizler tarafından kurulmuş olan geniş demiryolu ağı günümüzde devlete aittir ve devlet tarafından işletilmektedir. Bölgelerin çoğu, İngilizler tarafından sınırı korumak amacıyla yapılmış askeri karayollarıyla birbirine bağlıdır. Yolların yarısından fazlası asfaltlanmamış ve bakımsızdır. Karayolları 110.128 km, demiryolları ise 12.620 km uzunluğundadır.

Pakistan Uluslararası Havayolları, hava ulaşımını ülke içinde ve ülke dışında sağlamaktadır. En büyük havalimanı Karaçidedir.

Deniz ticaretinin büyük bölümü Karaçi Limanı ile 42 km doğusundaki Muhammed bin Kasım limanından yapılmaktadır (2/392).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Pakistan nüfusunun sağlık profili gelişmektedir. 1970'li yıllarda her bin canlı doğum için 140 olan yenidoğan ölümü sayısı, 1990'lı yılların başında 101'e gerilemiştir. 1990'lı yılların başında yenidoğan ölümlerinde erkek bebek ölümü daha fazladır (105'e 97). Kırsal kesimlerde de, kentlere göre yeni doğan ölümleri daha fazladır (108'e 81). Doğumdaki yaşam süresi beklentisi, 1970'lerde erkekler için 50 yıl iken, kadınlarda 49 yıl; 2003'te ise erkeklerde 61.3 yıl, kadınlarda 63.4 yıl olmuştur. Kadınlardaki yaşam süresi beklentisi, erkeklerden daha fazla artmıştır. Kadın ve çocuk sağlığı için önemli bir kriter olan, genel doğurganlık oranları düşmüştür. 1970'de bu oran 7.0 iken 1980-1990 yıllarını kapsayan dönemde 5,4-6,3 arası bir değere inmiştir. 2003 yılında ise 4.1 olmuştur (4/3).

Pakistan'da 5 yaş altındaki çocukların %50'si anemiktir. Şehirlerdeki kadınların %10'u diyabet hastası iken, 65 yaş üstündeki insanların %60'ında katarakt görülmektedir. Bu yaş grubunun %15'i görme yeteneğini kaybetmiştir.

Araştırma, nüfusun çoğunluğunun yetersiz tıbbi kurumlardan hizmet aldığını göstermektedir. 1977 yılında yapılan Mikronutrisyon ve Beslenme araştırmasından sonraki 20 yıl içinde, çocuk beslenmesinde çok az bir gelişme olduğu tespit edilmiştir (5/5).

Yetişkinlerde, kadınların anemik olma oranı erkeklerden daha fazladır. 15-44 yaşları arasındaki kadınların, kırsal kesimde %43-47'si, kentsel bölgelerde ise %35-%41'i anemiktir. Daha yaşlı kadınların, kırsal kesimde %37'si, kentsel bölgelerde ise %25'i anemiktir. Erkeklerde anemi dağılımının en yüksek olduğu yaş grubu 5-14'tür. Bu yaş grubunda kırsal kesimde %47 kent bölgelerinde ise %33 oranında anemi görülmektedir. Erkeklerin %15'inde, 60 yaşından sonra böbrek fonksiyonlarında bozulma tespit edilmiştir. Erkeklerin %20'si tütün ürünleri kullanmaktadır. Erkeklerdeki akciğer kanserinin %90'ı, kadınların ise %79'unun doğrudan sigarayla ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Diğer bir ilgi çekici bulgu; birçok yetişkin Pakistanlı'nın hiç kan tahlili yaptırmamış olmasıdır. Kırsal bölgelerde, 25 yaş üstündekilerin sadece %40'ı kan tahlili yaptırmıştır. Kentsel bölgelerde ise bu oran biraz daha fazladır. Kentlerdeki kadınların %50'si kan tahlili yaptırmıştır. Kentsel bölgelerde yaşayan yüksek gelir grubuna dahil kadınların %83'ü kan basınçları ölçtürmüştür. Kırsal bölgelerdeki düşük gelir grubuna dahil kadınlarda ise bu oran en düşük değerdedir (%23).

Kadın ve erkeklerin sadece %6'sı kolesterolünü ölçtürmüştür. Yüksek gelir grubundakilerin sadece %9'u kolesterol testi yaptırmıştır. Hipertansif kadınların %63'ü hastalıklarından habersizdir. %17'si bu konuda bilgili olmakla birlikte herhangi bir tedaviye başvurmamıştır. Şehirlerdeki hipertansif kadınların sadece %6'sı ilaçla tansiyonunu kontrol altında tutmaktadır. Kırsal bölgelerde hipertansif olduklarından haberdar olmayanların oranı %85'tir.

Diyabet kontrolü de çok zayıftır. Diyabetlilerin sadece %50'si hastalıklarının farkındadır.

Kentsel bölgedeki kadınların (25 ve üzeri yaş) sadece %45'i, erkeklerin %32'si diyabetli olduklarından haberdardır. Kırsal bölgedeki kadınların %37'si hastalıkların farkındayken, erkeklerin %30'u hastalıklarını bilmektedir.

Aşağıda, doktorlara, yardımcı sağlık personeline ve geleneksel şifacılar para ödeyerek giden kişilerle ilgili bilgiler görülmektedir:

-1-44 yaşları arasındaki kişiler yılda 5,6 kere sağlık hizmeti verenlere gitmektedir.

-Kentsel bölgelerdeki 65 yaş üzeri erkekler yılda 5,9 kere giderken, kırsal bölgede aynı yaş grubunda bu sayı 5.1'dir. Ortalama rakamlar, kadınlar için 5.8, erkekler için ise 4.9'dur.

-Kırsal kesimdeki yoksulluk bu sayıyı azaltmaktadır (5/5).

Artan nüfusun oluşturduğu baskı aile planlaması, sağlık, eğitim, yerleşim ve çevre alanlarına daha fazla önem verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Önemli bir demografik değişim, şehir nüfusunun hızla artmasıdır. Bunun nedenleri, tarımsal baskılar, göçler ve kırsal alanlardaki işsizliktir. Diğer yandan, kırsal bölgelerde de nüfus artmaktadır.

1947'den beri ülkenin sağlık durumunda yavaş fakat devamlı bir ilerleme görülmektedir. Bu yavaş ilerlemenin nedenleri düşük okur-yazarlık oranı, yoksulluk, sağlık bilgilensinin eksik oluşu, geleneksel ve kültürel engellerdir. 1951'de 33.8 olan doğumda beklenen yaşam süresi 2003'te 62.2 yıla yükselmiştir. Her bin canlı doğumdan ölen bebek sayısı 220'den 76.5'e gerilemiştir.

Günümüzde Pakistan nüfusunun %50'si sağlık hizmetinden yararlanamamaktadır. Anne ölüm oranı 35/1000 canlı doğum civarında değişmektedir. Nüfus artışı %2.77'dir. Yeni doğanların yaklaşık %25'i düşük doğum ağırlıklıdır (5/9).

Pakistan nüfusunun sağlık durumu kötüdür. Bu sonuç düşük gelirli diğer ülkelerin parametreleriyle yapılan karşılaştırmayla da elde edilebilmektedir. Son otuz yıl içinde ilerlemeler olmakla birlikte, yine de bu ilerlemeler tatmin edici düzeyde değildir (4/5).

1.2. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

1947'de ulusal bağımsızlık kazanıldığında, Pakistan'daki sağlık sektörü birçok eksiklik ve sorunla karşı karşıya idi. Birkaç sağlık kurumu, az sayıda eğitimli sağlık uzmanından oluşan sektör, halkın ihtiyaçlarına cevap verecek durumda değildi. Enfeksiyon hastalıklarının sayısı artmış, temizlik durumu kötü ve yerleşim birimleri birçok eksiklikler ile doluydu. Ölümler ve yaralanmalar, şiddet olayları nedeniyle, had safhadaydı. Eldeki kaynaklar, bu sorunları çözmede yetersiz kalmakta idi.

Tüm bu problemlerin olduğu bir durumda, Lahor'da ilk Pakistan sağlık konferansı düzenlenmiştir (1947). Bu konferansta en önemli sağlık problemlerinin acil olarak değerlendirilip çözülmesi hedefi belirlenmiştir.

1951 yılında Dakka'daki ikinci sağlık konferansında altı yıllık bir program kabul edilmiştir. Bu tarihten sonra ise, beş yıllık planlar geliştirilmeye başlanmıştır.

Federal Sağlık Bakanlığı, sağlık alanındaki plan ve yürütmelerin düzenlenmesi, kontrolü ve icra edilmesi yetkileri ile donatıldı. Eyaletlerdeki sağlık hizmetlerinin dağıtımında ise, eyalet yönetimlerine yetkiler verilmiştir.

Son elli yıl içerisinde sağlık sektöründe hızlı bir büyüme dikkati çekmektedir. Ülke sağlık kuruluşları açmada, eğitim vermede, sağlık alanında yeni gelişmeler sağlamada, modern esaslara uygun sağlık hizmeti standartları düzenleyerek bunları uygulamada ciddi ilerlemeler kaydetmiştir.

Bağımsızlığın kazanılmasından sonraki ilk birkaç yıl içerisinde, hizmet veren sağlık kurumları, genellikle şehirlerdeki ciddi hastalıklar ve acil durumlar için kurulmuş olan hastahanelerdir. Kırsal kesimdeki halkın büyük çoğunluğu, Hekimler ve Tabipler olarak adlandırılan geleneksel sağlık hizmeti vericilerinden faydalanmakta idi. 1970 yılından itibaren ülke genelinde, sağlık hizmeti ile ilgili kuruluşlar yapılandırılmaya başlanmıştır. Bu yıllarda eyalet denilen yönetim birimlerinde de en az bir adet temel sağlık kurumu kurulmasına başlanmıştır. Bu program, daha sonra (1980-1990) küçük bölge hastahaneleri, bölge hastahaneleri, büyük eğitim hastahaneleri kurulması şeklinde bir uygulama ile genişletildi (5/7,8).

II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

II.3.1. Genel Bakış

Pakistan'daki sağlık sistemi, kamu ve özel teşebbüsün bir karışımı şeklindedir. Ayrıca gönüllü kuruluşlarda mevcuttur. Federal ve bazı yerel yönetimler, büyük kent bölgelerinde üçüncü derece hizmet veren hastahaneleri yönetmektedirler. Kırsal bölgelerde ve daha küçük kentlerde ise taşra yönetimleri birincil sağlık hizmeti kuruluşları ile ikincil sağlık hizmeti hastahanelerini yönetmektedirler. Yerel yönetimler ve gönüllü organizasyonlar kent ve kırsal alanlardaki birinci basamak sağlık hizmeti verilmesinde kısıtlı yetkiye sahiptir. Kamu, kırsal bölgelerdeki hastahane hizmetlerinin ve ülke genelindeki koruyucu hizmetlerin temel sağlayıcısıdır. Sosyal Yardım Bakanlığı da, bünyesindeki aile sağlığı merkezleri ile aile planlaması hizmetlerini yürütmektedir (4/14).

II.3.2. Kamu Sektörü

Kamu sağlık sistemi dört esasa göre düzenlenmiştir:

- Aşılama, hızıssıhha, sıtma kontrolü, ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması alanlarına odaklanan toplum tabanlı hizmetler
- Temelde ayakta tedavi veren birincil sağlık kuruluşları
- Yatan ve ayakta tedavi edilen hastalara hizmet veren tehsil (altbölge) hastahaneleri ve bölge hastahaneleri
- Daha özelleşmiş ve kapsamlı hizmet veren büyük şehirlerdeki üçüncül sağlık kuruluşları

Birincil sağlık kuruluşları, ana ve çocuk sağlığı merkezleri ve dispanserler hariç, sağlık yöneticileri tarafından yönetilmektedir. Ana ve çocuk sağlığı merkezleri kadın sağlığı görevlileri tarafından yönetilirken, dispanserler dispanser yöneticileri tarafından yönetilmektedir (6/3).

Temel sağlık birimleri, yaklaşık 10.000-20.000 kişilik nüfus gruplarına koruyucu ve tedavi edici hizmet sağlayan, bir sağlık idarecisi veya kadın sağlığı yöneticisi tarafından yönetilen ve bir kadın sağlık teknisyeni, bir erkek sağlık teknisyeni, eğitilmiş bir ebe veya nitelikli olmayan bir ebe, bir dispanser görevlisi, hıfzısıhha gözlemcisi, bir aşı görevlisi ile 2-3 adet teknik olmayan personele oluşan bir kadro ile hizmet veren kuruluşlardır.

Kırsal sağlık merkezleri, daha yüksek düzeyli bir merkeze sevk edilmeleri gerekmeyen hastalara, genellikle kısa süreli gözlem şeklinde hizmet veren kuruluşlardır. Bu merkezler 25.000-30.000 kişilik bir nüfusa, çeşitli doktorlar ve yardımcı sağlık personelinin de dahil olduğu yaklaşık 30 kişilik personelle hizmet vermektedir. Yine bu merkezlerde; 10-20 adet hasta yatağı, X-Ray üniteleri, laboratuvar ve küçük cerrahi girişimlerin yapıldığı üniteler bulunmaktadır.

Tehsil (küçük bölge) yönetim merkezli hastahaneler de, temel hastahane içi ve hastahane dışı hizmetleri vermektedir. Bu hastahaneler; 100.000-300.000 kişilik bir nüfusa hizmet vermekte ve 40-50 yataklı olup, gerekli destek hizmetleri (X-ray üniteleri, laboratuvarlar, cerrahi üniteleri) bu kuruluşların bünyelerinde bulunmaktadır. Bu hastahane içinde, kulak-burun-boğaz, göz, kadın doğum ve genel cerrahi uzmanları da bulunmaktadır.

Bölge hastahaneleri 1-2 milyonluk bir nüfusa, temel hastahane içi ve dışı tedaviye ek olarak tüm uzmanlık dallarını içeren bir tedavi hizmeti vermektedir. Bu hastahanelerde 80-100 yatak bulunmaktadır.

Bölge sağlık idarecisi (BSİ), bölgesindeki tüm sağlık hizmetlerinden sorumludur. Küçük bölge (Tehsil) hastahaneleri ile birincil sağlık hizmetleri yöneticileri BSİ'ye bilgi vermekle yükümlüdür. Bölge hastahaneleri sivil yöneticiler tarafından yönetilmekte ve bu yöneticiler BSİ'ler gibi, taşra seviyesindeki Genel Sağlık Direktörlüğüne bilgi vermekle sorumludur. Üçüncü kademe tedavi hastahaneleri de doğrudan Taşra Sağlık Sekreterliğine bağlıdır (4/15).

II.3.3. Özel Sektör

Özel sağlık hizmeti, sayısı 20.000'den fazla olan ve genelde küçük, vazihane şeklindeki işyerlerinde hizmet veren pratisyen hekimlerce verilmektedir. Diğer özel sektör kuruluşları toplam sayıları daha az olan kuruluşlardır. Bunların içinde sayıları 300'den fazla olan ana ve çocuk sağlığı merkezleri, yaklaşık 350 dispanser ve yine sayıları 450'den fazla olan küçük-orta ölçekli tanı laboratuvarları bulunmamaktadır. Ayrıca sayıları 500'den fazla olan ortalama 30 yatak kapasiteli, küçük ve orta ölçekli özel hastahaneler de bu sektörde hizmet vermektedir. Bu hastahaneler sadece genel cerrahi, doğum, tanısal işlemleri ile düşük riskli tedaviler için donatılmışlardır. Bunlara ek olarak, büyük şehirlerde hizmet veren birkaç tane de büyük özel hastahane bulunmaktadır.

Özel sağlık hizmetleri, daha çok kentsel bölgelerde yoğunlaşmıştır. Tüm özel sağlık kuruluşlarının sadece %30'u, nüfusun %70'inin yaşadığı kırsal bölgelerde bulunmaktadır ve bunların çoğu da klinik ve dispanserlerdir. Özel şehir hastahaneleri, daha çok dokuz büyük şehirde yoğunlaşmıştır. Bu şehirlerdeki özel hastahanelerin yatak kapasiteleri, özel sektör hastahanelerinin toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır.

Özel hastahanelerdeki tedavi kalitesi orta ve iyi arasında değişmektedir. Ana ve çocuk sağlığı merkezleri ve klinikler gibi daha küçük yerlerde ise, hizmet kalitesi son derece düşüktür. Bu durumun nedenleri arasında eski malzemelerin kullanılması, hemşire ve yardımcı sağlık personel açığı ile bu personellerin yerine eğitimsiz kişilerin görev yapması bulunmaktadır. Özel sektörde çalışan doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin yarısından daha azı resmi olarak kayıtlıdır. Geri kalanı ise, ya resmi eğitim almamış, ya da resmi kayıt olma haklarını kaybetmişlerdir. Özel sektör çalışanları oldukça dengesiz bir dağılım göstermektedir; teknik işgücünün yaklaşık %40'ını doktorlar oluştururken, hemşirelerin oranı %10'dan daha azdır.

Özel sağlık sektörünün diğer önemli bölümü ise, eczahaneler, diğer farmakolojik ekipman ve ilaç dağıtıcısı durumundaki ünitelerdir. 1980'lerin sonlarında ülke genelinde 11.000 civarında eczahane varken, bunların sadece %19'u kırsal bölgelerde bulunmaktaydı. Kırsal bölgelerde ise genellikle eczahane dışı farmakolojik yerler bulunduğu görülmektedir. Bu özel ünitelerde herhangi bir ilaç eğitimi almamış insanlar çalışmakta, bu nedenle uzman doktor reçetesi olmadan güçlü antibiyotik ve diğer ilaçlar kolay ve bilinçsiz bir şekilde temin edilebilmektedir.

İlaç satan işyerlerine ek olarak, eğitimsiz olarak veya çok az bir eğitimle bazı kişilerce doktorluk yapılmaktadır. Kırsal bölgelerde yapılan araştırmalarda eğitimsiz doktor sayısının, eğitilmiş doktor sayısından çok olduğu tespit edilmiştir. Geleneksel veya resmi olmayan hizmet sağlayıcıları, doğumla ilgili alanda da uzmanlardan sayıca fazladırlar. Doğum sırasında kadınlara yardımcı olan personelin sadece %20'si bu iş için eğitim almış uzman kişilerdir. Bu durumu düzeltmek için geleneksel şekilde yapılan doğumların, temiz bir ortamda, komplikasyonlardan olabildiğince korunarak yaptırılması, beslenme çocuk emzirilmesi ile ilgili bilgilendirmenin yapılması yönünde çalışmalara başlanmıştır. Son iki yıl içinde 3.500 geleneksel doğum yaptıran kişi eğitilmiş ve her köye eğitimli bir doğum uzmanı gönderilmesi hedef olarak belirlenmiştir (4/16).

11.3.4. Gönüllü Kuruluşlar

Sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılmasında, devletin yanında, gönüllü organizasyonların ülkenin kuruluşundan beri önemli katkıları olmuştur. Pakistan Kızılhaç örgütü kuruluş yıllarından itibaren ciddiyetle çalışmıştır. Halk Sağlığı Kurumu 1964, Pakistan Sağlık Kurumu ise 1948 yılında kurulmuştur. Diğer birçok gönüllü organizasyonlar da Aile Planlaması, birinci basamak sağlık hizmetleri ve sosyal yardım alanlarında hizmet etmektedir (5/11).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

II.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Pakistan'daki temel koruyucu sağlık hizmetleri şunları kapsamaktadır:

- Aşılama,
- Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri,
- Aile planlaması,
- Bayan Sağlık Çalışanları Programı (Aynı zamanda Başbakanlık Aile Planlaması Ve Birincil Sağlık Hizmeti olarak ta bilinmektedir).

Son yıllar içinde her ne kadar birinci basamak sağlık hizmeti konusunda ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, Pakistan'da koruyucu hizmetler hala, öncelik bakımından alt sıralardadır. Öncelik sıralamasında koruyucu hizmetlerin alt sıralarda olduğunun göstergelerinden biri, hizmetlerin var olan bütçe yerine gelişme bütçesinden finanse ediliyor olmasıdır (4/17).

II.4.1.1. Aşılama Programı

Genişletilmiş aşılama programı küçük çocukların kızamık, difteri, boğmaca, tetanos, polio ve tüberküloza karşı aşılanmasını içermektedir. Ayrıca bu program hamile kadınların da tetanosa karşı aşılanmasını hedeflemektedir. Kamusal alandaki aşılama işlemi, sağlık kurumları ile sabit olmayan sağlık kurumlarının (mobil ekipler gibi) birlikte yürüttükleri bir işlemdir. 1995/96 yıllarında ülke genelinde yapılan bir araştırmaya göre, 5 yaş ve altındaki çocukların %78'inin en az bir defa aşılandıkları tespit edilmiştir. 1991 yılında bu oran %70'dir. Yine 5 yaş ve altındaki çocuklardan, yukarıda sayılan altı hastalık yönünden aşılanmaların oranı 1995-1996'da %54 iken 1991'de %25'tir. Sağlık Bakanlığı'nın açıklamasına göre, 1995'te doğurganlık çağındaki kadınların sadece %14'ü tetanosa karşı aşılanmıştır (4/17).

II.4.1.2. Ana Ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Aşılamaya ek olarak, ana ve çocukların korunması yönündeki diğer hizmetler şunlardır: Doğum öncesi bakım, kontrollü doğumlar, büyümenin izlenmesi, beslenme eğitimi ve sağlık eğitimi (örneğin, annelerin çocuklarında olabilecek ciddi hastalıkları tanıyabilmelerini sağlayabilecek bilgilendirme). Bu hizmetlere rağmen sağlık sektörü ana ve çocuk sağlığına gereken önemi verememiş görünmektedir. 1995/96'da yapılan araştırmada, örnek olarak seçilen 134 kırsal sağlık kuruluşunun 1/3'ünde bayan personel olmadığı tespit edilmiştir. 1993 yılında rastgele seçilen 89 kırsal sağlık kuruluşunda yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- 89 kuruluşta sadece 8'inde büyüme izlenmesi yapılmaktadır,
- Beslenme eğitimi ve eğitim toplantıları sadece 10 merkezde yapılmaktadır,
- 34 merkezde, Kadın Sağlık Yöneticisi olmadığından, herhangi bir ana ve çocuk sağlığı hizmeti verilmemektedir,
- Sadece 33 kuruluşta doğum öncesi bakım uygulanmaktadır (4/17).

II.4.1.3. Aile Planlaması Hizmetleri

Kamu sektörü, aile planlamasının yaygın şekilde uygulanabilirliğini sağlamada da başarısız olmuştur. Birçok kırsal sağlık merkezinde, aile planlaması çalışmalarının yürütülmesinin şartlarından olan bayan sağlık çalışanları bulunmamaktadır. 1994/95 yıllarında yapılan araştırmada, doğurganlık çağındaki kadınların %52'si daha fazla doğum yapmak istememekte, (1990/91'de bu oran %39.5 idi) fakat bunların sadece %17.8'i doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır (1990/91'de oran %11.8 idi). Kadın Sağlığı Çalışanlarının oluşturulmasıyla son yıllarda aile planlaması hizmetlerine ulaşım kolaylaşmıştır. Pakistan, Kahire Deklarasyonu'nun bir üyesidir ve 1994 yılındaki Uluslararası Nüfus Ve Gelişim Konferansı'nda belirtilen doğurganlık sağlığını korumak için, tüm çiftlerin ve bireylerin gerekli hizmetlerden yararlanabilme hakkı olduğunu kabul etmiştir. Bu program çerçevesinde, çeşitli planlamalar ve reformlar yapılmaktadır (4/18).

II.4.1.4. Bayan Sağlık Çalışanları Programı

Bu program köylerde ve seçilmiş kırsal bölgelerdeki bayan sağlık çalışanlarının sayısının ve niteliğinin artırılması yönünde hazırlanan Federal bir programdır. 1996 yılının sonunda 43.000 bayan sağlık çalışanı istihdam edilmiş ve nihai hedef olarak ta 100.000 rakamı kabul edilmiştir (her kadın sağlığı çalışanı 500-1000 kişilik bir nüfusa hizmet verecek şekilde planlanmıştır). Bu kişiler hizmet verecekleri topluluklardan seçilmektedirler. Hizmetler genelde koruma amaçlı olup, sağlık ve beslenme eğitimi, sağlık izlenmesi ve aile planlamasını kapsamaktadır. Hizmetlerin çoğu kadın ve küçük çocukları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu program koruyucu hizmetlerin genişletilmesinde son derece önemlidir. Programda çalışan kişilerin, hizmet verdikleri toplumun içinden seçilmeleri ve kadın olmaları, o toplumdaki kadınlarla yakın ilişki kurmalarını ve çocuklara da daha rahat hizmet götürmelerini sağlamaktadır (4/18).

II.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici hizmetler, hem özel hem de kamu sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Bir çok vakada, kamu kurumları ödeme yapan veya yapamayan hasta ayrımı yapmaksızın ücretsiz olarak hizmet vermektedir. 2000 yılında "Herkesin Sağlığı" şeklinde özetlenen WHO'nun sağlık hizmeti hedefine, amaçların çok yüksek olması nedeniyle ulaşılamamıştır. Fakat bu strateji ile çeşitli gelişmeler sağlanmıştır.

Pakistan'daki tedavi edici hizmet veren ve tamamen ticari olan özel sektör sağlık hizmetleriyle ilgili girişimlerde herhangi bir kontrol söz konusu değildir. İsteyen kişi, eğitilmiş bir sağlık personeli olmasa da bir sağlık kurumu açıp işletebilmektedir. Ücretler veya bakım kalitesiyle ilgili herhangi bir düzenleme, bir standart yoktur.

Kamu sağlık kurumu ağı, eyaletten eyalete farklılık göstermekle birlikte, dört eyaletteki kentsel ve kırsal bölgeleri sarmış durumdadır. Bununla birlikte yönetim alanında yapılan yanlış uygulamalar söz konusu edilmektedir. Profesyonel yönetici sayısı çok azdır.

Yönetimle ilgili konulara ayrılan kaynak ve dikkat eksikliği mevcuttur. Sistemin etkili bir şekilde devam edebilmesi için idare ve işletme eğitimi ihtiyacı vurgulanmaktadır.

Pratisyen hekimler ve aile hekimleri diğer ülkelerde çok önemli bir yerde iken, Pakistan'daki pratisyen hekimler neredeyse tamamen kamu sağlık sektöründen uzaklaşmışlardır. Bunlar ticari kaygılarla ülkenin her yerine dağılmış ve herhangi bir standarda, düzenlemeye tabi olmadan çalışmaktadırlar. Kâğıt üstündeki olması gereken prosedüre göre, bu kişilerin toplumdaki hastalık nedenlerini, salgınların yapısını vb. bildirmesi gerekmektedir, bu hiçbir zaman gerçekleşmemektedir. Bu alandaki tek otorite durumundaki Pakistan Tıp Ve Dişçilik Birliği de aktif bir rol oynamamaktadır (7/1).

Tedavi edici hizmetler hem hastahane dışında nem de hastahane verilmektedir. Taşra kamu yönetimleri kentsel ve kırsal bölgelerde tedavi edici hizmet veren bir sağlık birimleri ağı kurmuştur. 1995/96 yılında yapılan araştırmaya göre, Pakistan genelindeki tüm kırsal toplulukların %34'ünde 5 km'lik yarıçapı olan bir alan içinde bir dispanser bulunmaktadır. Ayrıca yine aynı alan için, kırsal bölgelerin %39'unda daha ufak sağlık kuruluşları bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre, kırsal toplulukların büyük çoğunluğunun birincil sağlık hizmeti birimlerine ulaşabildiği, ayrıca 10 km'lik yarıçapı olan bir alan için düşünüldüğünde de, tüm kırsal toplulukların devlet hastahanesine ulaşım imkanı olduğu görülmektedir. Sağlık birimlerine ulaşım imkânının iyi olmasına rağmen, bu kurumlardan yararlanma düzeyi düşüktür.

Hastahaneler ziyaret edilerek yapılan araştırma sonuçlarına göre, hastaların çoğu özel hizmet sağlayıcılarına başvurmaktadır. Ayakta yapılan ilk başvuruların değerlendirmesinde bu sonuca ulaşılmıştır. Ülke genelinde ayakta teşhis ve tedavilerin %21'i devlet kurumlarında, özellikle de hastahanelerde yapılmaktadır. Bununla birlikte, bu bilgi açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Pencap eyaletinde bu oran %16 gibi düşük iken, Balokistan'da %38 lere ulaşmaktadır. Nüfusun %46'lık gibi büyük bir oranı ise özel kişilere başvurmaktadır. Fakat bu gruba önemli bir bölümü eğitilmiş tıp doktorları değildir. Pakistan'da gelişmiş bir tıbbi pratisyen düzenlemesi olmadığından, kendilerine "doktor" adı veren kısmi bir tıp eğitimi almış veya hiç tıp eğitimi almamış bireyler, özel sektörde hizmet vermektedirler.

1995-1996 yıllarında yapılan araştırma sonuçları, 1991 yılındaki verilere uymaktadır. Bu araştırmaya göre, hastaların sadece %20'si resmi bir sağlık hizmeti veren kuruluşa başvurmaktadır. Özel sektörün sağlık alanında bu kadar yoğun olarak kullanılması çok kötü bir durum değildir. Fakat, bu sektördeki personelin çoğunluğunun eğitimsiz kişilerden oluşması da pek iyi bir durum değildir. Çoğu kırsal bölgede, eğitilmiş özel sağlık hizmeti veren personel yoktur. Bu nedenle bu bölgelerde resmi sağlık kuruluşlarını geliştirerek eğitimsiz kişilerin etkinliğinin azaltılmasına çalışılmaktadır. Bu girişim, insanların bilgilendirilmesi ve eğitimsiz insanlara karşı uyarılmalarıyla tamamlanmaktadır (4/18-21).

1995-96 yılında yapılan araştırmada, insanların hastalık veya yaralanma durumlarında neden resmi kurumlara başvurmadıkları araştırılmıştır. Nedenlerin dağılımı şu şekilde olmuştur:

- Çok uzak: %33
- İlaçları satın alamıyoruz: %20
- Personel yardımcı olmuyor: %11,
- Komplikasyonları tedavi edemiyorlar: %8
- Doktor bulunmuyor: %7
- Diğerleri: %21.

Bu sonuç, kamu hizmeti veren resmi sağlık kurumlarının daha çekici hale getirilmesinin yerine, daha kolay ulaşımın sağlanabilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Yine bu sonuçlara bakıldığında, bilgi ve malzeme eksikliklerinin giderilmesi, personelin hastalara karşı tutumunun geliştirilmesi, komplikasyonlarla mücadele için personelin daha iyi donatılması ve ilaçların her zaman temin edilebilir olması gerekmektedir.

Kamu sağlık kurumlarının yararlanmayı artırmak için önemli çalışmalar yapılmaktadır. Sistemde, hizmeti daha geniş topluluklara götürebilecek kurum ve personel kapasitesi bulunmaktadır ancak, personelin görevlerini uygun şekilde yapması, hastalarla iletişimi etkili şekilde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Yine şu an için eğitimsiz özel sağlık hizmetinden yararlanan, potansiyel bir kullanıcı grubu da bulunmaktadır. Eğitimsiz kişiler tarafından tedavi edilmeye çalışılan bu hastaların daha sonra resmi kurumlarda tedavi edilmesi ek bir mali yük getirmektedir.

Tablo 1: Mevcut Sağlık Kuruluşları Ve Yatak Sayısı

Sağlık Kuruluşu	2000	2001	2002
Hastahane	876	907	906
Dispanser	4.635	4.625	4.590
Temel Sağlık Birimi	5.171	5.230	5.308
Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezi	856	879	862
Kırsal Sağlık Merkezi	531	541	550
Tüberküloz Merkezi	274	272	285
Toplam Yatak	93.907	97.945	98.264
Yatak Başına Nüfus	1.495	1.490	1.517

Kaynak: (8) Health and Nutrition, s: 8,9

Resmi sağlık kurumlarındaki personel açığının, personelin iş saatleri içerisinde görevlerini daha etkili şekilde yapmaları sonucunda kapatılması mümkün görülmektedir. Ancak, bu durumda personelin geliri azalacak; ekonomik terimlerle ifade edilirse, resmi kurumlarda görev yapan doktorların ve diğer personelin tazminat tutarları özel sektördeki gelirlerinin altında kalacaktır. Çünkü tüm hafta boyunca çalışmak zorunda kalacaklarından, özel muayenehanelerinden ve özel sektörden elde edecekleri kazancı kaybedeceklerdir.

Kendilerini böyle bir durumun içinde bulan doktorlar istifa edebileceklerdir. Resmi hizmette çalışan doktorların, özel sektör fırsat maliyetlerinin değişik olmasına, becerilerine, girişimlerine ve diğer faktörlerin etkisine bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Bu sebeple tüm doktorlar bu durumda değildir, hangi oranda bu durumun görüleceği ve bunun sonucunda ne kadarının istifa edeceği bilinmemektedir. Eğer bu oran fazla olursa yeterli sayıda hizmet vereni elde tutabilmek için, maaş ve tazminatların artırılması gerekli olacaktır (4/21).

II.5. İnsan Kaynakları Ve Eğitim

Bağımsızlığın ilk yıllarında ülkede sadece iki sağlık okulu ile az sayıda uzman doktor ve hemşire bulunmaktaydı. Ülkedeki uzmanların çoğu Hindistan'a göç etmişti. Sonraki yıllarda Doğu Pakistan'da 6, Batı'da yine 6 tane tıp okulu kuruldu. 2000 yılında Kamu sektöründe 18, özel sektörde de birkaç tane tıp eğitimi veren okul bulunmaktadır. 1948'de Pakistan Tıp Birliği adıyla kurulan şimdi ise ismi Pakistan Tıp Ve Dişçilik Birliği olan kurul, ülkedeki tıp eğitiminden sorumludur.

Ülkedeki hemşire açığı nedeniyle, yıllar içinde hemşire yetiştirilmesi alanında birçok proje başlatılmıştır. 1948 Aralık ayında, Lahor Sir Ganga Ram hastahanesinde ilk hemşirelik okulu kurulmuştur. Yıllar içinde bu okulların sayısı artmıştır. 1952 yılında Pakistan Hemşirelik Birliği Anlaşması ile hemşirelik eğitimi tek bir çatıda toplanmış ve 1973'te Pakistan Hemşirelik Birliği federal düzeyde kurulmuş ve eğitimi birleştirmiştir. 1996 yılında Karaçi'de Cinnah Hemşirelik Okulu, 1985'te Tıbbi Bilimler Enstitüsü kurulmuş, 1988'de Aga Han Üniversitesi'nde hemşirelik eğitimi verilmeye başlanmıştır. 1987'de kurulan Pakistan Hemşire Federasyonu, hemşirelik alanına yönelik ilgiyi canlı tutmak ve yeni gelişmeler yapabilmek için çalışmalar yürütmektedir.

Ulusal Sağlık Laboratuvarları 1967 yılında kurulmuştur. Daha sonra adı Ulusal Sağlık Enstitüsü olarak değiştirilen kuruluşun görevi, öncelikli araştırmaların ve ülke genelindeki sağlık kuruluşlarının geliştirilmesidir. Biyolojik ürünler (aşı ve serum), beslenme, ilaç kontrolü, geleneksel tıp, klinik araştırma, tıbbi laboratuvar teknolojisi okulu ve Kamu Sağlığı Koleji bu kurumun işlevleri arasındadır. Genişletilmiş Aşılama Programı (GAP) İshali Hastalıkların Kontrolü Programı (İHKP) ve AIDS Kontrol Programı da İslamabad Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün işlevleri arasındadır.

1949'da Hijyen Ve Koruyucu Tıp Enstitüsü kuruldu. 1949'da Lahor'da kurulan bu enstitü; tıp doktorlarının, Hızısızha, sıtma ve gıda gözlemcilerinin eğitiminden sorumludur.

Pencap Üniversitesi, mezuniyet sonrası tıp eğitimiyle ilgili diploma kurslarına başlamıştır. Bunu Sind Üniversitesi takip etmiştir. Aynı sene içinde Karaçi'de Cinnah Mezuniyet Sonrası Tıp Merkezi kurulmuştur. Bu merkezde doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi için bir hastahane, bir araştırma enstitüsü ve bir de çocuk hastahanesi bulunmaktadır.

Pakistan Tıbbi Bilimler Enstitüsü 1965 yılında, 800 hasta kapasiteli ve bir de çocuk hastahanesi bulunduran bir merkez olarak kurulmuş, 1985 yılında çalışmaya başlamıştır. Bu merkez, doktor ve hemşirelere mezuniyet sonrası eğitim de vermekte ve ülkenin her yerindeki hastahaneler için bir referans merkezi durumundadır. Federal Hükümet Hizmetleri Hastahanesi 1966'da kurulmuş ve su anda doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeline eğitim vermektedir.

1990'dan itibaren Pakistan'daki insan kaynaklarının gelişimi güçlenmiştir. Sağlık Hizmetleri Akademisi, orta seviyeli yöneticilerin eğitimi ve sağlık eğitimi ile sağlık hizmetlerinin dağıtımı alanındaki personele eğitim vermek üzere kurulmuştur. Aile Sağlığı Projesi kapsamında Eyalet Sağlık Gelişimi Merkezleri (ESGM) ve Bölge Sağlık Gelişimi Merkezleri (BSGM) kurulmuştur. Her eyaletteki bir tıp okulunda, toplum merkezli tıp eğitimine pilot uygulama olarak başlamıştır. 43.000 kadın sağlığı çalışanı eğitilmiş, kırsal veya hizmetlerin düşük seviyede götürülebildiği bölgelere aile planlaması ve birincil sağlık hizmetlerinin verilmesi için gönderilmiştir. Yakın zamanda Balokistan'da bir Kadın Sağlığı Enstitüsü kurulmuştur. Bu birimin görevi doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personeline eğitilmesini desteklemektedir (5/9).

Bir hemşireye dört doktor düşmektedir. 132 milyon olan nüfus olan ülke büyümeye devam etmektedir. Pakistan'daki hemşirelik eğitimi 53'ü devlet, biri yarı özel, 5 ordu ve 18 özel hemşirelik okulunda (toplam 73), üç senelik lise seviyesinde bir diploma programı şeklindedir. Bu alandaki öğrencilerin kayıtlı birer hemşire olabilmek için program içinde yer alan sınavları vermeleri gerekmektedir. Öğrencilerden isteyenler bir sene daha eğitim alarak ebe-hemşire olabilmektedirler. 19 devlet sağlık okulu, birinci basamak sağlık hizmetleri sağlayan Kadın sağlığı çalışanlarını geliştirmek için iki yıllık bir eğitim programı vermektedir. Diğer programlar, her biri 1 senelik olan Bölge İdaresi Diploması (BİD) ve Öğretim İdaresi Diploması (ÖİD) programlarıdır. Daha önce ÖİD programına katılabilmek için, BİD programının bitirilmesi şartı koşuluyordu. Fakat şu anda kayıtlı hemşireler yoğun bakım, pediatri, anesteziyoloji veya toplum sağlığı gibi 12 aylık bir programı bitirdikten sonra da ÖİD alabilmektedirler. ÖİD hemşirelik eğitiminin verildiği devlet okullarında eğitim verebilmek için gereklidir fakat ÖİD'nin ötesinde devam eden bir eğitim programı henüz yoktur.

Temel düzey sonrası ilk derece programı 1988 yılında özel bir üniversitede kurulmuştur. 2 yıllık eğitimin ardından öğrenciler Hemşirelik Bilimleri Diploması (HBD) almaktadırlar. Daha sonra iki özel üniversitede bu programa başlanmıştır. Ekim 2001'de ilk Hemşirelik Bilimleri Master programına ileri hemşirelik uygulamasıyla birlikte başlanmıştır (9/317,318).

Ülkedeki sağlıkla ilgili konularda araştırmaları geliştirmek amacıyla 1972'de Pakistan Tıbbi Araştırma Konsülü (PTAK) kurulmuştur. PTAK değişik sağlık alanlarındaki araştırmaların düzenlenmesi ve koordinasyonundan sorumludur. Ayrıca araştırmalara dayanan sağlık planlamaları da geliştirmektedir (10/9).

Tablo 2: Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Kayıtlı Hekim	91.823	96.248	101.635
Kayıtlı Diş Hekimi	4.175	4.622	5.068
Kayıtlı Hemşire	37.528	40.019	44.520
Kayıtlı Ebe	22.525	22.711	23.084
Kayıtlı Bayan Sağlık Çalışanı	5.443	5.669	6.597

Kaynak: (8) Health and Nutrition, s: 8-10

II.6. İlaç Sektörü Ve Eczacılık

Pakistan ilaç endüstrisi, 1947 yılında ülkenin kuruluşundan beri hızlı bir gelişme sağlamıştır. 1964 yılında Ulusal Eczacılık Kuruluşu, yerli ilaçları içeren 1036 ilaçlık bir liste hazırlamıştır. 1965 yılında İlaç Denetleme Kurumu kurulmuş, 1971 yılında, Halk Sağlığı Programı çerçevesinde birçok şehirde bağımsız ilaç pazarları kurulmasına olanak veren önemli reformlar yapılmıştır.

Bugün 27'si çok uluslu olan 300'den fazla ilaç şirketi, ülkenin ihtiyacının %75'ini karşılayan, bir milyar dolarlık ilaç üretimi yapmaktadır. Geçen yıllar içerisinde Pakistan ilaç pazarı yıllık %28-29 oranında genişlemiştir. Pakistan, ihtiyaç fazlası olan üretimini bugün çoğu Asya ve Afrika ülkesi olan birçok ülkeye ihraç etmektedir.

Pakistan'da ilaç üretimi ve satışı, kapsamlı bir ilaç yasasıyla düzenlenmektedir. İlaç üretimi izni ve ilaçların onayı bu yasanın kontrolü altındaki Merkezi Lisans Ve Onay Kurumu tarafından verilmektedir. Bu kurum, Tıp ve Farmakoloji alanında uzman profesörler ile çalışmaktadır. Bölgesel ve ulusal kalite kontrol sistemi uzmanı ilaç müfettişleri ve uygun laboratuvar sistemleri ile desteklenmektedir.

Bugün, bu endüstri 10.500 ayrı formülü, değişik farmakolojik dozlarda, tablet, enjektabl, şurup, süspansiyon, merhem ve krem şekillerinde üretmektedir. Pakistan ilaç yapımında yeterli seviyeye gelebildiği gibi, birkaç yıldır hammadde üretiminde de önemli gelişmeler kaydetmiştir. 35'e yakın şirket hammadde üretimi alanında çalışmaktadır. Gelecek yıllarda Pakistan'ın iyi gelişmiş bir hammadde endüstrisine sahip olması beklenmektedir (5/11).

II.7. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

II.7.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti

Haziran-Ağustos 1996 ayları arasında, birincil ve ikincil sağlık hizmeti kuruluşlarında verilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyeti, Dünya Bankası kredisi ve Pakistan hükümetinin isteğiyle araştırılmıştır.

Bu araştırmada 40 kuruluş (14 küçük sağlık birimi, 12 kırsal sağlık merkezi, 6 küçük bölge hastahanesi ve 8 bölge hastahanesi) incelenmiştir.

Tedavi edici hizmet maliyeti hesaplanırken, Pakistan sağlık durumunda belirgin etkisi olan durumlar göz önüne alınmıştır. Bunlar; akut solunum yolu enfeksiyonu, ishalleri hastalıklar, tetanoz, tüberküloz, polio, sıtma, tifo, hepatitler, barsak parazitleri, gebelik komplikasyonları, tehlikeli düşüklükler, jinekolojik enfeksiyonlar, anemi, iyot eksikliği, protein-enerji malnütrisyonu, trafik kazaları ve diğer kazalardır. Değerlendirme, ayakta tedavi edilen vaka ve hastahaneye yatırılarak yapılan tedavi vakaları başına düşen maliyetler hesaplanarak yapılmıştır. 40 kurumdaki gerçek maliyetler hesaplanırken, buna ek olarak bu kurumlarda profesyonel standartlarda bir tedavi uygulaması yapıldığında oluşacak "normatif" maliyetler de hesaplanmıştır (4/22).

II.7.1.1. Ayakta Tedavi Hizmetlerinin Maliyeti

Sabit maliyetler şunlardır: Bina, işçi, malzeme maliyetleri, yönetim (tamir giderleri, yönetim, iletişim, kırtasiye ve çeşitli harcamalar). Örneklem olarak seçilen kurumlardaki sabit maliyetlerin %72'sini işçi ücretleri, %15'ini yönetim giderleri, %9'unu bina giderleri, %4'ünü de malzeme giderleri oluşturduğu görülmüştür. Değişken giderleri ise, ilaç maliyetleri, laboratuvar testleri ve x-ray'lerin maliyeti oluşturmaktadır. Kurumların kendi stoklarından karşılanan ilaçların maliyeti gerçek maliyetler kapsamına alınmıştır. Laboratuvar testleri ve x-ray maliyetleri de bu kapsamdadır.

Normatif değişken maliyetler, Pencap ve Kuzey-Batı Sınır Eyaleti'ndeki birincil ve ikincil resmi sağlık kuruluşlarında çalışan uzmanlara danışılarak hesaplanmıştır. Bu uzmanlar, özel bir hastalık veya tipik görünüme sahip bir vakayı tedavi etmek için gerekli olan tıbbi tedaviyi listelemişlerdir. Maliyet araştırmasındaki her büyük hastalık ve durum için standart bir tedavi protokolüne ulaşana kadar, bireysel tedavi önerileri tartışılmıştır. Bu standart protokole ve o an için geçerli olan resmi fiyatlara göre, her hastalık için bir ünite maliyeti hesaplanmıştır. Son olarak, her kurum için toplanan vakalar içinde her hastalığa kaç vaka düştüğü tespit edilerek ağırlıklı ünite maliyeti hesaplanmıştır.

Her hasta için oluşan sabit maliyet Bölge Hastahanelerinde en düşük iken, bunu Küçük Bölge Hastahaneleri izlemekte, en yüksek maliyet ise Kırsal Sağlık Merkezlerinde görülmektedir. Bu sonuçlar, ayakta tedavi yönünden ikincil sağlık hizmeti veren hastahanelerin, kırsal sağlık kurumlarından daha iyi olduğunu göstermektedir.

Resmi kurumlardan yararlanma oranı azdır. Küçük sağlık birimleri ile kırsal sağlık merkezlerindeki doktorların haftada ortalama 100 hastaya ayakta tedavi hizmeti verdiği görülmektedir. Bu hafif bir iş yüküdür. Bu hasta sayısı artırıldığında bu artışa bağlı olarak sabit maliyetler azalmaktadır. Benzer şekilde Bölge Hastahaneleri ve Küçük Bölge Hastahaneleri'nde de doktor başına düşen ayakta tedavi edilen hasta sayısı normal düzeye getirildiğinde de, bu hastahanelerin hasta başına düşen giderleri önemli oranda gerilemektedir.

Hastalıkların karışımındaki farklılık nedeniyle, bakımın düzeyine bağlı olarak normatif ünite maliyetleri artmaktadır. Dört farklı tip kurumun verileri dikkate alındığında, ayakta tedavi edilen hastalara verilen ilaçlar, laboratuvar testleri, x-ray gibi hizmetler için oluşan gerçek maliyet düşmektedir.

Gerçek maliyetle normatif maliyet arasındaki farklılıklar, hastaların ödemeleri kendi ceplerinden yapmalarına göre de ortaya çıkmaktadır. Hükümet doktorunun reçetelediği tedavi ile ilgili harcamaların çoğu, resmi kurumun dışındaki yerlere yapılmaktadır. Örneğin; hastalara, biri resmi kurumdan alınabilecek ilaçlardan oluşan, diğerini ise hastanın kendi cebinden önleyerek dışarıdan temin edebileceği ilaçlardan oluşan iki reçete vermek sık görülen bir uygulamadır. Benzer şekilde, resmi kurumlarda malzeme olmadığından veya malzeme kullanabilecek eğitimli personel olmadığından, hastaların çoğu laboratuvar testlerini veya x-ray hizmetini dışarıdan temin etmektedirler.

Bir diğer çalışma, küçük sağlık üniteleri ve kırsal sağlık merkezlerindeki ayakta tedavi edilen hastaların normatif değişken ilaç maliyetlerini inceleyen araştırmadır. Bu çalışma Dünya Bankası'nın maliyet araştırmasından farklı bir hastalık grubunu kullanmış, tüberküloz çalışmaya dahil edilmemiş, bunun sonucunda Dünya Bankası'nın sonuçlarıyla belirgin bir farklılık oluşmuştur. Tüberkülozun çalışmaya dahil edilmemesi, küçük sağlık ünitelerindeki ayakta tedavi edilen hasta başına düşen normatif ilaç maliyetini düşürmüştür. Bu çalışma, tüm vakalarda kullanılan ilaçların muadillerini kullanmış ve yayınlanan en düşük ticari fiyatları esas almıştır. Bu durum Balokistan göz önüne alındığında ve sadece jenerik versiyonlar dikkate alındığında, Balokistan'ın ilaç harcamasını %50 düşük göstermektedir (4/23,24).

II.7.1.2. Hastahane de Yatılan Hasta Hizmetleri Maliyeti

Sabit ve değişken maliyetler ile normatif maliyetlerin tanımları, ayakta tedavi gören hastalarda aynıdır. Fakat bu durumda birim maliyeti, bir hastahaneye yatışta gerekli maliyet olarak tanımlanmaktadır.

Örnekleme yapıldığı kırsal sağlık merkezlerinin her giriş için ortalama maliyet tutarı, küçük bölge hastahanelerinden çok yüksek, bölge hastahanelerinin maliyet tutarına yakın bir değerdedir. Bu durum, kırsal sağlık merkezlerindeki yataklı tedavinin etkisiz olduğunu açıkça göstermektedir. Bu kurumlar çok az kullanılmaktadır (4/25).

II.7.1.3. Koruyucu Hizmetlerin Maliyeti

Aynı örneklemlerle koruyucu hizmetlerin maliyeti araştırması yapılmıştır. Toplam maliyetler, tüm maliyetleri (bina, personel, malzeme, aşı, stoklar vb.) kapsarken, değişken maliyetler sadece stokları (aşı kontraseptifler vb.) kapsamaktadır.

Maliyet çalışması, koruyucu hizmetlerle, tedavi edici hizmetlerin maliyetlerini, her kurum için ayırarak da incelemiştir. Koruyucu hizmetlerin toplam maliyetler içinde en fazla oranda yer aldığı kurumlar %42 ile küçük sağlık üniteleridir.

Kırsal sağlık merkezlerinde bu oran %15, bölge ve küçük bölge hastahanelerinde ise daha da düşüktür (4/26).

II.7.1.4. Bütçe Girişimleri

Ayakta tedavi hizmeti verilen hastalarda tedavi edici hizmetlerdeki gerçek ve normatif değişken birim maliyetleri arasında büyük farklılıklar vardır. Bu açıkları kapatmak için hükümetin ayırdığı bütçe gayet büyük bir bütçedir. (4/26)

Bu açığı azaltmadan jenerik ilaçların kullanımına önem verilmektedir. Bir başka önlem; birincil sağlık hizmeti düzeyinde kullanılan temel ilaçların sayısını azaltmaktır. Kullanımdaki temel ilaç listesinde Pencap eyaletinde 80 ilaç bulunurken, Kuzey-Batı Sınır Eyaleti'nde 179 ilaç bulunmakta, sayı bu aralıkta değişmektedir. Yeni standart reçetelendirme uygulamasına uyum sağlayabilmesi için uzmanların eğitilmeleri gerekmektedir (4/26).

Normatif ve gerçek maliyetler arasındaki açığı kapatmak için yapılan harcamalar, zaman içinde artabilecektir. Bunun nedenleri;

- Ücretsiz ilaçlara ulaşabilme imkanının artmasıyla birlikte, özel sektörden resmi kurumlara hasta akışı olacak olması
- Resmi kurumlara başvuran hasta sayısının her sene %3 oranında artmakta oluşudur.

Koruyucu hizmetlerdeki maliyetlerin hesaplanması ile ilgili tahminler, hizmetlerin genişletilmesiyle ilgili çeşitli kombinasyonların toplam mali giderlerini tahmin etmede kullanılmaktadır. Örneğin Pencap eyaletinde, bu yönde yapılanların bazı sonuçları şunlardır.

- Kadın sağlık görevlisi olmayan tüm kırsal sağlık kurumlarına bir kadın sağlık görevlisi gönderilmiş ve böylelikle buralarda anne-çocuk sağlığı hizmeti vermeye başlanmıştır.
- 1995/96 yılında, Pencap'ta %60 olan tüm aşılıları tamamlanmış çocuk oranı %80'e yükseltilmiştir.
- 1994/95'te Nurus Konseyi tarafından yapılan araştırmada %20 civarında olan aile planlaması uygulamasının dağılımı, hepsi kamu sektörü tarafından kullanılmaya başlanan yöntemlerle %30'a ulaşmıştır. Koruyucu hizmetlerdeki böyle bir gelişmenin artan yıllık toplam maliyeti yaklaşık 160 milyon Rupı (2001/02) dir (1/27).

II.7.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkedeki bütün sağlık birimleri ayırım yapmaksızın herkese ücretsiz sağlık hizmeti vermektedir. Hastaların ilaçları da sağlık hizmeti aldığı kurum tarafından ücretsiz karşılanmaktadır. Ülkedeki mevcut işçiler için ayrı memurlar için ayrı sosyal güvenlik kuruluşları mevcuttur. Bu hizmetlerden faydalananlar sosyal güvenlik kuruluşlarına herhangi bir prim ödememektedirler. Kamu sağlık hizmetlerinin finansmanının tamamı devlet tarafından karşılanmaktadır (14).

II.7.3. Kamu Fonlarının Kullanımındaki Öncelikler

Sağlık sektöründe kamu fonlarının kullanımında neye öncelik verileceği meselesi her ülkede önem arz etmektedir. Diğer bir konu da, kamu sağlık hizmetleri için yapılan maliyet\ iyileştirme politikasıdır.

Tüm sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz olarak sağlanması çok zor gerçekleşebilecek bir durumdur. Kamu sağlık harcamalarına kaynak sağlamak amacıyla vergi oranlarının artırılması yüksek bir ekonomik maliyet oluşturmaktadır. Bu nedenle ideal olan, sağlık harcamalarını kendileri yapmak isteyenlerin sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmamasıdır. Diğer bir deyişle, özel harcamalar devlet tarafından karşılanmamalıdır. Vergi mükelleflerinin paralarının kullanılmasının, devletin verdiği sağlık hizmetlerinin maliyetleri iyileştirilerek sınırlandırılabilmesi düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kamu fonlarının ve kamuya ait malların kullanılması, bilgi eksikliği gibi çeşitli sebeplerle sağlık hizmeti pazarının yetersiz kaldığı durumlarda uygun olabilmektedir. Kamu fonları ve mülkiyetinin kullanılmasında, harcamaların devlet tarafından düzenlenmesi sağlandığı sürece herhangi bir koşul bulunmamaktadır. Sağlık eğitimi güzel bir örnek oluşturmaktadır. Devlet desteği ve yardımı olmadan, bu alanda yapılacak özel harcamalar çok daha az olacaktır. Toplumdan edinilen bulaşıcı hastalıklar gibi hastalıklarla ilgili sağlık hizmetlerinde de bir olumlu etki oluşmakta, bu hizmetlerde sadece hasta olan bireyler değil, toplumda bu hastalığa yakalanma ihtimali olan bireyler de faydalanmaktadır. Bilgi eksiklikleri ciddi kayıplar olmasına neden olmakta ve kamu fonlarının kullanılması da dahil olmak üzere, devlet teşebbüsünü gerektirmektedir (4/28).

Hizmet Çeşitlerindeki Öncelikler

Verilen hizmetlerin çeşitlerine göre hangilerine öncelik verileceği ve kamu fonlarının ağırlıklı olarak hangi alanlara aktarılacağını belirlemede, ülke şartları göz önüne alınmaktadır. Bu şartlar arasında; özel sektörün gelişmişlik düzeyi, nüfusun epidemiyolojik profili bulunmaktadır. Ayrıca hizmetlerden yararlananların eğitim düzeyi ve kadınların sosyal statüleri de önemli faktörlerdir. Pakistan örneğinde en üst düzeyde öncelik verilmesi gereken 3 tane sağlık hizmeti kategorisi belirlenmektedir.

- Halkın sağlık eğitimi,
- Toplum kaynaklı hastalıkların kontrolü,
- Aile planlaması hizmetlerini de kapsayan anne ve çocuk sağlığı hizmetleri (4/28).

Halkın Sağlık Eğitimi

Pakistan'daki sağlık sorunlarının çoğunun temelinde, hizmetten yararlananların düşük eğitim düzeyine sahip oluşunun yattığı belirtilmektedir. Kamunun düzeyi ve iyiliği için sağlık eğitiminin devlet tarafından geliştirilip finanse edilmesi gerektiği kabul edilmiştir (4/28).

Toplum Kaynaklı Hastalıkların Kontrolü

Pakistan'ın hastalık yükünün %38'ini toplum kaynaklı hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıkların en önemlileri ishalleri hastalıklar (toplam hastalık yükünün %12.5'i), solunum sistemi hastalıkları (%8), tüberküloz (%5), çocukluk çağı enfeksiyon hastalıkları (kızamık, boğmaca, poliomyelit, difteri, tetanoz, (%6.7) ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (%2.2). İshalleri hastalıklar, solunum yolu enfeksiyonları ve çocukluk çağı aşılabilir hastalıklar özellikle beş yaş ve altındaki çocukları etkilerken; tüberküloz hem çocukları hem de yetişkinleri etkilemektedir (4/29).

Aile Planlamasını da Kapsayan Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri

Maternal ve perinatal şartlara bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar toplam hastalık yükünün %12'sini oluşturmaktadır. Bunun çeşitli nedenleri arasında; birincisi, doğum esnasındaki kadınların sadece %20'sinin eğitimi kişiler tarafından desteklenmesi ve hamile kadınların büyük çoğunluğunun herhangi bir doğum öncesi kontrole tabi tutulmamasıdır. İkincisi, doğumları yaklaşık 1/3'ünde, diğer doğumla arasında iki yıldan az bir süre olması ve bunun da yeni doğan ölüm riskini iki kat artırmasıdır. Üçüncüsü, hamile kadınların yaklaşık 1/3'ünün düşük kiloya sahip olması ve bu durumun düşük ağırlıklı doğumlara yol açmasıdır (4/30).

II.7.4. Potansiyel Tasarruf Alanları

Halkın sağlık statüsü üzerinde çok az etkiye sahip olan veya etkili olmayan sağlık harcamaları vardır. Bu potansiyel tasarruf alanları şunlardır (4/32):

Fazla Personel Alımı

Fazla personelin olduğu alanlardan biri, özellikle hastahanelerdeki genel tıbbi pratisyenlerdir. Bu personelin iş yükü ile sayıları kıyaslandığında personel sayısının aşırı olduğu görülmektedir. Küçük bölge hastahaneleri ve bölge hastahanelerindeki pratisyen ve uzman hekimlerin, iş yüküne göre sayılarının fazla olduğu görülmektedir (4/32).

Okul Sağlık Programı

Okul sağlık programı çerçevesinde okullara doktor yollanmasına dair bir düzenleme bulunmamaktadır. Fakat bu uygulama etkili olmamaktadır. Örneğin Sind bölgesi göz önüne alındığında mevcut 1.300 pratisyen hekim ve sağlık çalışanı, yıllık yaklaşık 2 milyon dolarlık bir maliyetle görev almaktadır. Fakat bu program sadece Karaçi bölgesinde işlerken, diğer bölgelerindeki görevliler çeşitli sağlık kurumlarına dağıtılmakta ve bu da fazla personel yüküne neden olmaktadır. Sağlık eğitimi alanında doktor kaynaklı yerine öğretme kaynaklı bir okul sağlık programının yaygınlaştırılması önerilmektedir (4/33).

Uygunsuz Olarak Kurulmuş Binalar

Kırsal bölgelerde inşa edilmiş fakat kullanılmayan yüzlerce sağlık kurumu (küçük sağlık merkezler ve dispanserler) olduğu bildirilmektedir.

Kullanışsız durumdaki bu binaların çoğu bir araştırma neticesinde kurulan binalar değil, başış olarak verilen binalardır. Bu kurumlar řu an için herhangi bir finansal maliyete sahip olmasalar da, sağlık üniteleri olarak kullanılacak durumda değildirlir. Devletin bu binaları alternatif hizmetler için kullanılması gerekmektedir (4/33).

Hastahanelerin Rasyonalizasyonu

Potansiyel tasarruf alanlarından biri de, hastahane yataklı servislerin çoğalmasının engellenmesi ve yararlanımının artırılmasıdır. Maliyet çalışması ten azından Kırsal Sağlık Merkezleri, Tehsil (Küçük bölge) Hastahaneleri ile Bölge Hastahanelerindeki yataklı servis yararlanımının düşük olduğunu göstermiştir (4/34).

II.7.5. Maliyetlerin İyileştirilmesi

Resmi sağlık kurumları kullanıcı vergilerini veya ücretlerini kullanan bir sisteme sahiptir. Bununla birlikte bu durum bölgeden bölgeye değişmektedir. Ayakta tedavi konusunda hasta ve yataklı hasta tedavisi girişi için ayrı ayrı nominal ücretler vardır. İşlemler için (x-ray laboratuvar testleri, EKG vb.) de ücret vardır. İlaçlar ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Yoksul hastalar gibi bazı kategorilerde hiç ücret alınmamaktadır. Bu karar, kurumdaki tıbbi yönetici tarafından alınmakta ve daha sonra hastaya/hasta yakınına bildirilmektedir. Birçok resmi hastahane, üst gelir düzeyli hastalara yüksek ücretlerle hizmet verilmektedir.

Resmi sağlık kurumlarındaki ödemelerle tedavi hizmeti verilmesi son derece zor olmaktadır. Alınan ücretlerden elde edilen kazanç, tüm düzeylerdeki sağlık harcamalarının sadece %2'sini karşılamaktadır. Bu durum, devletin kullanıcı ücretlerinden elde ettiği gelirlerin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Artan maliyet iyileştirilmesi için yürütölen program, kalite açığı nedeniyle devam ettirilmektedir. Temel ilaçların sağlık kurumlarında kullanılmaya başlaması, daha fazla harcama gerektirebilir. Personelin daha iyi hizmet vermesi, daha verimli hale gelmesi, gelişmiş malzemelerle sistemin takviyesi için düzenlemelerin yapılması ve insan kaynaklarının artırılması gerekmektedir. Ayrıca taşra sağlık kuruluşlarının, imal edilen bölgelere tüberküloz, beslenme, acil yardım ve sağlık eğitimi alanlarında genişleyen bir hizmet ağı bulunmaktadır. Pakistan'daki finansal duruma bakıldığında gerekli olan hizmetlerin karşılanması için kaynakların yetersiz olduğu ve ek kaynaklara ihtiyaç olduğu görölmektedir. Hizmetlerden yararlanan kimselerden alınan ücretlerle elde edilecek ek kaynaklar oluşturulduğunda bu tedbirlerin hızlanması beklenmektedir (4/34).

II.7.5.1. Kırsal-Kentsel Bölgeler

Pakistan halkının %80'i hasta olduklarında ilk olarak özel sektöre başvururlardır. Fakat bu kişilerin yarıya yakın bir kısmı ciddi bir uzman tarafından değerlendirilmemektedir. Özellikle kırsal bölgelerde birkaç tane özel uzman doktor bulunmaktadır.

Bu durumda, kırsal bölgelerdeki özel sağlık hizmetlerinde ödenen miktarlar ücretli kamu hizmetine kıyasla daha ucuz olmakta ve kamu kurumlarında fiyatlar arttırıldığında insanlar çaresiz kalmakta, eğitimsiz kişilere tedavi olmakta ya da herhangi bir tedavi almamaktadır (4/35).

II.7.5.2. Ücretlerin Yapısı

Birinci seviyedeki ve daha üst seviyelerdeki ücretlerin yüksek olması, hastaların daha alt seviyeli kurumlara başvurmalarına sebep olmaktadır. Yüksek ücretlerin, alt seviyeli kurumlardan sevk edilmeyen hastalardan alınması düşünülmektedir (4/35).

II.7.5.3. Sonu Kötü Biten (Katastrofik) Hastalıklar

Bu hastaların veya ciddi yaralanmaların tedavi maliyetleri konusu problemlidir. Bu vakalar nadir görülmekle birlikte yüksek maliyetli olmaktadır. Örnek olarak bir araba kazası cerrahi müdahale gerektirmekle birlikte, haftalarca hastahane kalma ve sonrasında da rehabilitasyon hizmeti gerektirmektedir. Diğer bir örnek cerrahi müdahale gerektiren acil doğumlardır. Pakistan'da sağlık sigortası pazarı olmadığından, katastrofik hastalıkların tedavisi kamu hastahaneleri tarafından, bir çeşit sosyal güvenlik gibi yapılmaktadır (4/36).

II.7.5.4 Cinsiyet Ayrımı

Kamu kurumlarındaki ücretlerin artışı, kadınların aleyhine olacak şekilde bir cinsiyet ayrımına neden olduğu görülmektedir. Yakın zamanda, çocukların tıbbi bakımı ile ilgili yapılan bir çalışma bu hipotezi desteklemektedir. Ev halkının yaptığı tercihin genelde erkek çocukları yana olduğu belirten uzmanlar; şu konulara dikkat çekmektedir:

- Aileler, erkek çocukların ilerde daha faydalı olacağını düşünmektedir.
- Yetişkinlik çağında, erkek çocukların ailelere maddi olarak daha fazla yardımcı olacağı düşünülmektedir.
- Kültürel sebeplerle, ebeveynler erkek çocukların sağlığıyla daha fazla ilgilenmektedir. İnsan sermayesi olarak bakıldığında kız çocuklara daha az önem verilmesi, tıbbi tedavinin pahalılaşmasıyla birlikte, kız çocuklarının hizmetlerden daha az yararlanmasıyla sonuçlanacağı düşünülmektedir (4/37).

II.7.5.5 Yoksulların Muaf Tutulması

Teorik olarak sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması yoksulluk karşıtıcı yaklaşımlarda kullanılabilir bir yöntemdir. Bununla birlikte devletin hizmetlerde yapacağı indirimlerin nasıl finanse edileceği sorundur. Pakistan'daki vergiler, özellikle yoksul kesim için neredeyse, çok yüksektir.

Kentlerde fakirlere uygulanacak sağlık hizmeti indirimleri daha kolay olabilir. Şehirlerdeki yoksul kesim genelde belli bölgelerde yoğunlaşmıştır. Bu kişilerin teker teker tanınması ve bunlara hizmetlerin ücretsiz veya indirimli olarak verilmesini sağlayacak birer sağlık kartı verilmesi uygun olabilecektir. Bu amaçla kullanılabilir bir yöntem Yerel Zekât Komisyonlarının o bölgelerdeki yoksul insanları tanıyıp olmalarından faydalanılmasıdır.

Diğer bir yöntem de, daha dolaysız olan, yoksul insanlarda daha sık görülen tüberküloz ve beslenmeyle ilgili hastalıklara karşı ücretsiz önlem almaktır (4/37).

II.7.6. Üçüncül Sağlık Hizmeti Hastahanelerinin Otonomisi

Pakistan'da üçüncül sağlık hizmeti hastahanelerine yönetim ve finansal alanlarda özerklik verilmesi eğilimi artmaktadır. Finansal otonominin, daha fazla bir maliyet iyileştirilmesiyle ilişkili olmaması gerekirken, Pakistan'daki otonominin maliyet iyileştirilmesiyle ilişkili olduğu görülmektedir.

Üçüncül hastahanelere daha fazla otonomi verilmesinin bazı önemli şöyle belirtilmektedir:

a) Hastahanelerin kendi ücretlerini belirleyip, temel esaslarda hükümete bağlı kalmaları, potansiyel olarak daha yüksek derecede maliyet iyileştirmesine olanak sağlayabilir.

b) Artan maliyetlerin iyileştirilmesi sayesinde, hastahaneler devlet tarafından kendilerine ayrılan bütçeyle yapamayacakları hizmetleri yapabilir.

c) Otonom yöneticilere, personel alımı ve çörettiğinde işten çıkarımı gibi gerçek bir yöneticilik gücü verecektir. Böylelikle, önemli fonksiyonel etkililik kazanılacaktır.

Otonominin yararlarının tam olarak açığa çıkabilmesi için belli şartların hazırlanması gerekli görülmektedir. Otonom bir hastahanelenin yönetim biriminin gerçek bir otonomiye sahip olması, politik kararlardan etkilenmemesi, yönetimin üyelerinin teknik tecrübeye sahip ve hastahane yönetimine yol gösterebilecek nitelikte olması, personel seçimini hızzat yapması önemli görülmektedir. Yönetim ekibinin, performansları ile ilgili olarak kamu otoritelerine (eyalet veya ulusal hükümet) karşı sorumlu olmaları düşünülmektedir (4/38,39).

II.8. Sağlık Sektöründe Planlama

II.8.1 Genel Bakış

1950'lerden itibaren Pakistan Hükümeti, çevre temizliği ve çocuk sağlığı hizmetlerinin düzenlemesi, aile planlaması, beslenme ve toplumdaki edinilen hastalıkların kontrolü gibi koruyucu sağlık alanlarına yoğunlaşmıştır. Hükümet sıtma, çiçek, lepra, trahom, mental bozukluklar, beslenme bozukluklarına karşı bazı önlemler almış, aşı üretimine öncelik vermiştir.

Ülkede dokuz tane Beş Yıllık Plan uygulanmıştır. Tüm planların ortak öncelikleri koruyucu hizmetler, ülke insanının öncelikli ihtiyaçları ile kırsal sağlık alanlarına yöneliktir. Harcamaların çoğunluğu koruyucu önlemler ve önemli kamu sağlığı problemleri için yapılmıştır. 1978'deki Alma Ata Deklarasyonu'ndan sonra birincil sağlık hizmetinin ve daha ek olarak WHO'nun "Herkes İçin Sağlık, 2000" adlı projenin temel hedefi olmasına karar verilmiştir.

Geçmişteki tecrübeler Pakistan'daki sosyal sektörlerin geliştiğini fakat bunun yanında sağlık göstergelerindeki gelişimlerin düşük olduğunu göstermektedir.

1947 Nisanından itibaren hükümet aile planlaması ve birincil sağlık hizmeti için Başbakanlık programını yürürlüğe koymuştur. 17 Aralık 1995 itibariyle programın toplam bütçesi 910.445.107 milyon Rupi'dir. Programın içeriğindeki en önemli konu, çalışan kadınlar için en az 8 yıllık bir eğitimin şart koşulmasıdır. Kadın sağlığı çalışanları daha çok koruyucu sağlık hizmetleri vermekte, ayrıca tedavi edici hizmetlere de iştirak etmektedirler. Aile planlaması çalışmaları bireylerin kapılarına kadar gidilerek yapılmaktadır. Hizmetlerin çoğunluğu kadınlar ve çocuklar üzerinde yoğunlaşmaktadır (5/9).

II.8.2. 2001 Ulusal Sağlık Politikası

Politikanın Temel Özellikleri

- Sağlık sektörü yatırımları, Hükümet'in Yoksulluğu Azaltma Planı'nın parçası olarak yapılacaktır.
- Daha önce üçüncül bakıma verilmiş olan öncelik birincil ve ikincil sağlık hizmetlerine yönlendirilecektir.
- Nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için varılan reformların temelinde iyi yönetim bulunması amaçlanmıştır (11/4).

Kapsayıcı Vizyon

- Sağlık sektörü için kapsayıcı ulusal vizyon "Herkes İçin Sağlık" yaklaşımında temellendirilmiştir. Yeni sağlık politikası, insanları tehlikeli hastalıklardan koruyacak, sağlık eğitimini destekleyecek, tedavi edici kuruluşları geliştirecek bir strateji yerleştirmeyi amaçlamaktadır.
- Sağlık sektöründe eşitliği, verimliliği ve etkililiği artırmak için bir dizi programlar, projeler hazırlanmıştır.
- Bu programda, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Eyalet yönetimleri tarafından uygulanacak oranlı girişimler ve teşebbüsler bulunmaktadır (11/4).

Reformların Özellikli 10 Alanı

- Toplum kaynaklı hastalıkların görülme sıklığını düşürmek,
- Birincil ve ikincil sağlık hizmetlerindeki yetersizlikleri tespit etmek,
- Bölge sağlık sistemindeki yönetsel uzmanlıkla ilgili eksiklikleri gidermek,
- Cinsiyet eşitliğini sağlamak,
- Hedef popülasyondaki temel beslenme açığını kapatmak,
- Sağlık sektöründeki ön yargıları düzeltmek,
- Özel sağlık sektöründe gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Kamu sağlığı alanında kitleleri bilinçlendirmek,
- İlaç sektöründe gelişmeler yapmak,
- Sağlık politikası izlemi için bir birim kurmak.

Bu alanların herbiri için stratejik hedefler konulmuş, bu hedeflere ulaşmak için gerekli olan girişimler belirlenmiştir. Ayrıca bu program mümkün olan her yerdeki hedefler için gerekli zamansal çerçeveyi de kurmaktadır.

2001 Ulusal Sağlık Politikası kolektif bir iş olarak yapılacak ve eyaletlere ihtiyaçlarına göre sağlık sektöründe girişim planları yaparken yol gösterecektir (11/5).

III. PAKİSTAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3: Pakistan ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Göstergeler	(**)Pakistan (2003)	(*)Türkiye (2002)
Yüzölçümü (Km ²)	803.940	780.580
Nüfus	150.634.740	70.318.000
Km2 düşen nüfus	187.44	90.08
Kişi başına G.S.Y.İ.H. (\$))	2100	5830
Okur-yazar oranı (%)	45.7	85.5
Nüfus artış hızı (1992-2002) (%)	2.5	1.6
Toplam doğurganlık hızı (‰)	76.53	36
5 yaş altı ölüm hızı (‰)	115	42
Doğumda beklenen yaşam süresi (Erkek) (Yıl)	61.1	67.9
Doğumda beklenen yaşam süresi (Kadın) (Yıl)	61.6	72.2
Doğumda beklenen yaşam süresi (Ortalama) (Yıl)	61.4	70.0
Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması (\$))	18	294
Toplam sağlık harcamasının G.S.Y.İ.H. payı (%) (***)	2.146	5.0
Gen. bütçeden kamu sağlık hizmetlerine ayrılan pay (%) (***)	3.5	9.1

Kaynak: (*) (12) Selected health indicators for this country s:1,2

(**) (1) Country Reports Pakistan s:1-4,7

(***) (13) Who Emro-Country Profiles Pakistan s:3

Pakistan çok çeşitli etnik gruplardan meydana gelmiş, eyaletlerden oluşan, federal yönetim tarzını benimsemiş bir ülkedir. Nüfus yoğunluğu fazladır ve nüfus artış hızı yüksektir. Toplumun büyük bir bölümü kırsal kesimde yaşamaktadır. Halkın, eğitim seviyelerinin ve milli gelir düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Pakistan Sağlık sisteminde en yetkili kurum, Federal Sağlık Bakanlığı'dır. Daha sonra eyaletlerdeki Bölge Sağlık Merkezleri ve Altbölge Sağlık Merkezleri vardır. Federal Sağlık Bakanlığı'nca alınan uygulama kararları, bu birimlerce uygulamaya çalışılır.

Türkiye sağlık sisteminde yetkili kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, verdiği görev ve yetkilere bağlı olarak çalışan il ve ilçelerdeki Bakanlık teşkilatları ile sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye eşit ve dengeli olarak dağıtılmasından sorumlu kuruluştur.

Pakistan'ın daha çok kırsal kesimlerinde yaygın olan ve küçük nüfusla hizmet veren ana-çocuk sağlığı merkezleri ve dispanserler vardır. Daha sonra 10.000-20.000 kişilik bir nüfusa hizmet veren temel sağlık birimleri gelir. Hem koruyucu hem tedavi edici hizmet sunarlar. Daha geniş hizmet kapasitesine sahip kırsal sağlık merkezleri 25-30 bin kişilik bir nüfusa hizmet verir. Altbölge (Tehsil) ve bölge hastahaneleri gelişmiş tıbbi cihazlarla donatılan tedavi merkezleridir.

Türkiye'de köy sağlık evleri sonra sağlık ocakları, ana ve çocuk sağlığı merkezleri ile dispanserler tedavi edici hizmetler yanında daha çok koruyucu sağlık hizmetini sunarlar. İlçe ve il devlet hastahaneleri tedavi edici hizmetler yanında diğer primer sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar. Üçüncü sağlık hizmeti birimleri Türkiye'de de büyük şehir merkezlerindedir. Hizmet sunum sistematigi açısından iki ülke arasında benzerlik vardır.

Pakistan'da kamu sağlık hizmetleri tüm halka ücretsiz olarak sunulmakta ve ilaçlar da ücretsiz olarak verilmektedir. Tüm bunların finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de ise bu hizmetler ücretsiz değildir. Hastanın bağlı bulunduğu sosyal güvence kuruluşu tarafından tedavi ve ilaçların büyük bölümü karşılanır. Herhangi bir güvencesi olmayanlar, harcamaları kendisi karşılamak veya Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakıflarından ve benzer kuruluşlardan yardım almak durumundadır.

Pakistan'da işçiler için ayrı memurlar için ayrı sosyal güvenlik kuruluşları mevcuttur. Bu hizmetlerden faydalananlar sosyal güvenlik kuruluşlarına herhangi bir prim ödememektedirler. Türkiye'de ek olarak kendi adına çalışanlar için de sosyal güvence kuruluşu vardır.

Pakistan sağlık sisteminde özel sektör büyük ve önemli bir yer tutmaktadır. Özel sektör hizmeti sunan donanımlı hastahanelerin çoğu büyük şehirlerde. Kırsal kesimlerde sunulan özel hizmetler, gerek donanım, gerekse hizmeti sunum açısından yetersiz olduğu görülmektedir. Özel sektör üzerinde denetim mekanizması yoktur. Doktor olmayan kişiler, özellikle kırsal kesimlerde modern olmayan yöntemlerle sağlık hizmeti vermektedir.

Türkiye'de özel sektör kuruluşlarının çoğu büyük şehir merkezlerindedir. Gerek fiyatlandırma, gerekse hizmetin kalitesi açısından denetim mekanizması işlenilmeye çalışılmaktadır.

Pakistan'da asker ve gazilere ayrıcalık tanınmıştır. Askerler sağlık hizmetini askeri hastahanelerden almaktadırlar. İlaçları, diğer hastalardan %40-50 daha ucuza alabilmektedirler. Türkiye'de de çoğu büyük ilde askeri hastahane mevcuttur.

Pakistan, gelişmemiş ülkeler arasında ve büyük ölçüde kamu kaynaklarından desteklenen Özel Teşebbüs / Serbest Pazar grubunda gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Country Reports Pakistan, (2004)
<http://www.countryreports.org/content/pakistan.htm>
2. Medya Holding A.Ş. (1993) Grolier International Americana Encyclopedia, İstanbul, c:10, s:11, s:390-393.
3. APAK, İlhan (ed.) İhlas Holding A.Ş. (1994) Yeni Rehber Ansiklopedisi İstanbul, s: 155-159
4. The World Bank Group(1998) Pakistan Towards a Health Sector Strategy, www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1998/04/22/000009265_3980625101315/Rendered/PDF/MultiOpage.pdf
5. Khan, Riaz (ed.) Social Development Website Pakistan (2004) Subject Wise Access-Health,
<http://crm.sdnpk.org/subhlt.htm>
6. Measure Evaluation-RHINO (2004) The Politics of HIS Restructuring in Pakistan: The Importance of Policy Analysis,
<http://www.cpc.unc.edu/measure/rhino2001/workshopagenda.html>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. LEAD-Pakistan (2003) Health Sector in Pakistan: Present situation,
<http://pakistan.lead.org/wehab/health.htm>
8. Government of Pakistan Ministry of Finance (2002-03) Health and Nutrition,
<http://www.finance.org.pk/survey/home.htm>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. UPVALL, Michale J. (ed.) (2002) Defining the cultural milieu for implementing faculty practice in Pakistan, International Journal of Nursing Practice c:8, s:315-323
10. WHO/EMRO (1997) Role of health systems research in policy, planning, management and decision-making, with reference to Pakistan,
<http://www.emro.who.int/emhj/0303/19.htm>
11. The World Bank Group Ministry of Health Government of Pakistan (2002) National Health Policy 2001 The Way Forward,
<http://lnweb18.worldbank.org/sar/sa.nsf/attachments/Pak-NHP.pdf>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2004) Selected health indicators for this country,
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=pak>
13. WHO EMRO-COUNTRY PROFILES (2003) Pakistan,
<http://www.emro.who.int/emrinfo/country/profiles-pak.htm>
14. Khan, Canbaz (2004), Pakistan Büyükelçiliği III. Katip Ankara, (mülakat)

A. ERDAL SARGUTAN