

SUDAN SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Süleyman ÇAğLAR

Hülya YÜRÜK

Hasan SABİR

Turgut BARIŐIK

Ersin KARABULUT

A. ERDAL SARGUTAN

SUDAN SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2498
I. ÜLKE TANITIMI	2501
I.1. Coğrafi Yapı Ve İklim	2501
I.2. Tarihçe	2502
I.3. Ekonomi	2503
I.4. Toplum	2503
I.5. Eğitim	2504
I.6. Ulaşım	2504
I.7. İdari Yapı	2505
I.8. Kültürel Yaşam	2505
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2507
II.1. Genel Sağlık Durumu	2507
II.2. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı Ve Yönetimi	2508
II.2.1. Kamu Sağlık Sektörü	2508
II.2.2. Özel Sektör	2510
II.2.3. Güney Sudan Sağlık Sistemi	2511
II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	2511
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	2513
II.4.1. Devlet Sağlık Harcamaları	2513
II.4.2. Dış Yardımları	2514
II.4.3. Sağlık Sigortası	2514
II.4.4. Hane Halkı Sağlık Harcamaları	2514
II.4.5. Toplam Sağlık Harcamaları	2515
II.5. Sağlık İnsangücü	2515
II.6. Sağlık Sistemi Altyapısı	2517
II.7. İlaç Sektörü	2517
II.8. Reformlar	2518
III. SUDAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2519
KAYNAKLAR	2521

ÖZET

Uzun süre sömürge olması, bölünmüşlük, iç savaş ve darbe yönetimleriyle karşı karşıya kalan Sudan'da sağlık sistemi istenilen düzeye ulaşamamıştır. Sudan gelir düzeyi düşük bir ülke olduğundan, kötü beslenmeden kaynaklanan birçok hastalığa rastlanmaktadır. Ülkede sıtma başta olmak üzere dizanteri, tifo, sıtma ve AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar mevcuttur.

Sağlık örgütünün üstünde Sağlık Bakanlığı bulunur. Çok fazla geliri bulunmayan ve mevcut vergi gelirlerinin toplanması ve ülke geneline dağıtılmasında önemli sorunlar yaşayan Sudan, sağlık hizmeti finansmanını etkili bir şekilde sağlayamamaktadır. Bunun nedeni, federal hükümetle eyaletlerin ve eyaletlerin birbirleriyle olan iletişim ve koordinasyon eksikliğidir. Bu koordinasyon eksikliğinin en önemli nedeni iç savaşın yarattığı doğal engellerdir.

Sudan nüfusunun çoğunluğu kadın ve çocuklardan oluştuğu için, sağlık sisteminin birincil sağlık hizmetlerine yaklaşımında ana hedef kadınların ve çocukların sağlığıdır. Birincil sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu hizmetlere ve salgın hastalıklarla mücadeleye önem verilmektedir. Yapılan stratejik planlarda birincil sağlık hizmetlerine önem verilmesi kararlaştırılmıştır. Ancak gerek toplumsal gerekse hükümetin uygulama ve kaynak sorunları nedeniyle bu henüz gerçekleştirilememiştir.

Devlet ve çok sınırlı olan özel sektör daha çok ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine yönelmiştir. Hastaneler sadece büyük kent merkezindedir.

Sudan sağlık sistemi, gerekli planlamalar yapılmasına rağmen, kaynak, personel, altyapı ve malzeme eksikliği, bunun yanında doğal ve toplumsal engellerden dolayı halkın ihtiyacına cevap verebilecek etkili, verimli ve düzenli bir yapıya ulaşamamıştır. Yapılan stratejik planlamaların oldukça gerisinde kalmıştır.

Mevcut kişi başına düşen GSYİH ve kişi başına düşen sağlık harcaması ile dünya çapında alt sıralarda yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kaynak eksikliği söz konusudur ve hizmetler kısıtlı kaynaklarla verilmeye çalışılmaktadır. Bu hizmetler de genellikle kamu kaynaklarına dayalıdır.

Sudan'da genel bir sağlık sosyal sigorta sistemi yoktur. Uygulanan sağlık sigorta projesi sadece sağlık sektörü çalışanlarını ve öğretmenleri kapsamaktadır. Nüfusun yalnızca % 15,1'i sağlık sigortası kapsamındadır.

Sudan sağlık sisteminin önemli finans kaynaklarından biri dış yardımlardır. Ancak çeşitli nedenlerle dış yardımların dağıtımı ihtiyaca yönelik bir şekilde sağlanamamaktadır. Yardımların büyük bir kısmı yabancı personel ve ulaşımaya gitmektedir.

Son zamanlarda özellikle petrol gelirlerinin artması ile devlet gelirlerinin, buna paralel olarak sağlık harcamalarına ayrılan payın artması önemli gelişmeler

sağlamıştır. Bu şekilde devlet harcamalarında kişi başına ufak bir artış geręekleşmiş, buna rağmen Sudan açısından önemli sayılabilecek gelişmeler sağlanmıştır.

Sudan, kamu harcamalarının toplam harcamalarının yaklaşık 1/4'ünü oluşturduğu, geri kalan 3/4 harcamanın hane halkınca yapıldığı Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinde bir sağlık sistemine sahiptir. Uzun vadede Refah Yönelimli / Sigorta tipi sisteme geğme amacındadır. Ancak daha önce belirtilen sebeplerden dolayı bu grubun özelliklerini gösterecek bir sağlık sistemi yapısı kurulmamıştır.

A. ERDAL SARGUTIM

A. ERDAL SARGUTAN

SUDAN SAĞLIK SİSTEMİ

I- ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	:2,505,810 km ²
NÜFUS	:39,148,162 (Temmuz 2004)
RESMİ ADI	:Sudan Cumhuriyeti
İDARE ŞEKLİ	:Federal Cumhuriyet
BAŞKENTİ	:Hartum
DİNİ	:Müslüman %70, Yerel Dinler %25, Hıristiyan %5
DİLİ	:Arapça
PARA BİRİMİ	:Sudan Dinarı
ETNİK GRUPLAR	:Siyahi %52, Arap %39, Beja %6, Yabancı %2 (4/1-4)

I.1. Coğrafi Yapı Ve İklim

Sudan Afrika kıtasının Kuzeydoğusunda yer almaktadır. Komşusu olan ülkeler; Kuzeyde Mısır ve Libya, Batıda Orta Afrika Cumhuriyeti ve Çad, doğuda Eritre ve Etiyopya, Güneyde Kenya, Uganda ve Kongo Demokratik Cumhuriyetidir. Sudan'ın bu konumu onu, Kuzey Afrika'daki Araplar ile Güney'deki siyahî Afrikalılar arasında bir geçiş noktası haline getirmektedir. 20. Yüzyılın ortalarına kadar bu özelliği sayesinde bir hac ve ticaret yolu olmuştur. Sudan 2,5 milyon kilometrekarelik yüzölçümü ile Afrika'nın en geniş ülkesidir. Bu yüzden Sudan doğal zenginliklerin, farklı etnik ve kültürel grupların bir arada bulunduğu bir ülkedir (12/1).

Nüfusu yaklaşık 39 milyondur. Başkent Hartum, 6,5 milyonluk nüfusu ile en büyük kentidir. Federal bir devlettir ve 26 eyaletten oluşur. Yer şekilleri, bazı yükseltiler haricinde tortul düzlüklerden oluşur (6/5).

İklimi genel olarak tropik iklimdir. Yazın sıcaklık ortalaması 34-42 C⁰'ye kadar yükselir. Kızıldeniz kıyıları haricinde yağışlar yaz dönemiyle kısıtlıdır ve en yüksek miktarına Ağustos ayında ulaşır. Kuzey bölgelere yani ülkenin büyük bölümüne metrekare başına 50 mm. yağışla çöl iklimi hâkimdir. Güneye doğru bu miktar 1400mm.'ye kadar çıkar. Değişen boyutlardaki kuraklık ve düzensiz yağışlar, özellikle Kuzey ve Orta kesimlerde etkili olur. Nil Nehri ve kolları 25000 kilometrekarelik sulak alanıyla Sudan'ın en önemli su kaynağıdır. Nil, Sudan için Nil Havzasındaki diğer ülkeler gibi ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan önemli bir role sahiptir. Balıkçılık, sulama ve elektrik üretimi Nil' deki ekonomik faaliyetlerin bazılarıdır.

Kızıldeniz Sudan'ın dış dünyaya açılan kapısıdır. Kızıldeniz'deki limanları Port Sudan, Suakin Limanı, Osaif Limanı ve diğer küçük liman şehirleridir. Sudan 18⁰ enlemine kadar uzandığı için (yaklaşık 2000 km) çok farklı iklim ve bitki örtülerine ev sahipliği yapar. Kızıldeniz kıyıları göl ve mercan kayalıkları yakınlarında yetişen ve az bulunan deniz canlılarına ev sahipliği yapar ve küçük ormanlık alanlarla kaplıdır.

Aslında genel olarak Sudan'da yedi farklı bitki örtüsü tanımlanabilir. Bunlar kuzeydeki çöllere kadar güneybatıdaki yağmur ormanlarına kadar dizilir (12/3).

I.2. Tarihçe

Hartum' un 213 km kuzeyindeki Meroew kasabası M.Ö. 591 yılında Nabta (Nebatiye) Krallığının başkenti olmuştur. Meroew, Nabta Krallığı M.Ö. 350 yılında yıkılana kadar tarih öncesi devirlerin en büyük yerleşim birimlerinden biri idi. Sudan coğrafyası ayrıca Hıristiyanlığın beşiği sayılabilecek bir bölgedir. M.S. 500-1500 yılları arasında Hıristiyanlık yöneticilerin ve asillerin dini olarak varlık gösterdi. Bu dönem İslam'ın ortaya çıkması ve Sultanlıkların kurmasına kadar sürdü. Sudan şimdiki adını İslami dönemde aldı. Bu dönemde Arap kabileleri ve dolayısıyla Arap kültürü Sudan'a yerleşti. Güney kesimlerdeki nüfus ise Afrika geleneklerine göre yaşamaya devam etti (12/4,5).

Çağdaş Sudan tarihi Napolyon'a çok şey borçludur. 1797'deki Piramitler Savaşı'nda Napolyon'a yenilen Mısırlılar güç kaybetti ve Muhammed Mi' nin yükselişi için zemin hazırlandı. Muhammed Mi üçüncü oğlu İsmail'i 10.000 kişilik bir güçle çölü geçip Sudan'ı ele geçirmek üzere gönderdi ve 1821'de Kuzey ve Orta Sudan'ın tamamı onun oldu. İlk defa Sudan ("Siyahların Ülkesi" demektir) siyasi bir güç olarak ortaya çıktı. 1881'de kendini Mehdi ilan eden Muhammed Ahmet batıdaki kabilelere, kafirlere ve despotlara karşı savaşmak üzere çağrıda bulundu. 1884'e geldiğinde tüm Sudan'ı ve Hartum'u ele geçirmişti. Mısır'a çekilmek zorunda kalan Britanya Sudan'ın elde tutulamayacağını anladı ve Hartum'u boşaltmak üzere General Charles Gordon'u gönderdi. Hartum'un ele geçirilmesinden 5 ay sonra Mehdi tifüs dolayısıyla öldü. Yerine bir dizi iç savaş bastırarak zorlukla Kalifa Abdullah geçti. 1898 Eylülünde İngiliz ve Mısır kuvvetleri yeni inşa edilen Sudan kenti Umduрман'ı işgal etti. Ardından Mısır ve İngiltere Sudan'ı beraber yönetmek üzere bir anlaşma imzaladı. Bunları takip eden 12 yıl içerisinde Sudan'ın geliri 7 kat arttı, giderleri 3 katlandı ve bütçesini dengeledi (15/1,2).

Sudan kolonici faaliyetlere karşı olan tutumunu devam ettirdi ve Mısır etkisiz rolünden hoşnut değildi. 1952 Mısır Devriminden sonra Mısır ve İngiltere güneyde Müslümanların yeni yönetime egemen olmasından korkan grupların başlattığı isyana rağmen Sudan'ın bağımsızlığına karar verdi. 1956'da parlamenter bir cumhuriyet olarak bağımsızlığını ilan etti. Albay Muhammed Gaffur el-Nimeyri 1969'da başarılı bir askeri darbe ile yönetimi ele geçirdi ve tüm partileri feshetti. Nimeyri yönetiminde ekonominin gidişatı ve Camp David anlaşmalarında Mısır'a verdiği destek gibi nedenlerde eleştirilerin hedefi haline geldi.

1980'ler boyunca güneydeki siyasi istikrarsızlık arttı ve 1983'de Nimeyri'nin katı İslami kuralları yürürlüğe koymasıyla tetiklendi. Çeşitli askeri darbe girişimleri sonucu 1985'te devrildi. Sadık el-Mehdi 1986'da yapılan seçimlerden sonra sivil hükümeti kurdu ama o da 1989 yılında kansız bir darbe ile devrildi. Yönetime General Ömer Ahmet el-Beşir geçti. Yeni askeri yönetim Libya, İran ve Irak ile ilişkilerini kuvvetlendirdi. Güney ile savaşa devam etti ve İslami kanunları destekledi. General Ömer Ahmet el-Beşir tarafından kurulan hükümet hala yönetimdedir (15/2).

9 Ocak 2005'te Sudan Hükümeti ve karşıtı Sudan Kurtuluş Ordusu arasında kapsamlı bir barış antlaşması imzalanmış ve böylece Afrika Kıtasının en uzun süren iç savaşı resmi olarak sona ermiştir. 21 yıl süren çatışmalar sürecinde açlık, savaş ve hastalıklar nedeniyle iki milyon insan hayatını kaybetmiş, 628,000 kişi komşu ülkelere ve 4 milyon kişi ise Sudan içinde başka bölgelere göç etmek zorunda kalmıştır (5/1).

I.3. Ekonomi

Sudan tam bir tarım ülkesidir. Tarımla uğraşan çalışan nüfusun çoğu kendi geçimini sağlayabilen kısma dâhildir. 90'lı yılların sonuna doğru işgücünün %80'i tarımda çalışmasına rağmen bu miktarın GSYİH'ya katkısı sadece %33 olmuştur. Tarımsal üretim aralıklı kuraklıklar yüzünden yıldan yıla farklılık göstermektedir. Bu durum büyük boyutlu kıtlıklara sebep olmaktadır. Ekonomik planlamada başlıca rolü hükümet oynamaktadır. Başlıca ihracat ürünleri pamuk, susam, ve fıstıktır. Diğer önemli tarımsal ürünler sorgum, darı, buğday, hurma ve şeker kamışını kapsar. Koyun, sığır, keçi ve deve yetiştirmek de başlıca hayvancılık faaliyetleridir. Ayrıca bazı orman ürünleri imalatı mevcuttur. Orman ürünlerinin en önemli olanı arap zambıdır ki Sudan dünyadaki üretimin büyük bir bölümünü yapar. Güneyde, Nil Havzasında yapılan balıkçılık ülkeye önemli bir temel besin maddesi sağlar. Madencilik endüstrisi fazla gelişmemiştir.

Başlıca yeraltı kaynakları krom, bakır, tuz, altın, manganez, alçıtaşı ve mikadır. Petrol yatakları 1970'lerde işletilmeye başlansa da 1980'lerin ortalarında güneydeki askeri çatışmaların artması sonucu işletilmeye devam edilememiştir. 1990'ların sonuna doğru hükümet Güney Sudan'dan Port Sudan'a kadar petrol boru hattı döşemek ve petrol sanayini yeniden canlandırmak için yabancı ortaklar aramaya başladı.

Sudan endüstrisinin büyük bölümü tarım ve temel tüketim maddelerinden oluşmaktadır. Belli başlı ürünler işlenmiş pamuk, işlenmiş gıda, meşrubat, tekstil, çimento, sabun, ve ayakkabıcılığı kapsar. Ayrıca petrol rafinesi yapılmaktadır fakat asıl enerji kaynağı hidroelektrik enerjidir. Ülke çok sınırlı bir nakliyat şebekesine sahiptir. Dış ticaret çoğunlukla Port Sudan Limanı yolu ile yapılmaktadır. Belli başlı ithalat ürünleri gıda, petrol ürünleri, makine, nakliyat gereçleri, ilaç, kimyasal maddeler ve hazır giyimdir. Ticaret yaptığı başlıca ülkeler Suudi Arabistan, Çin, Güney Kore, İngiltere ve diğer Avrupa Birliği ülkeleridir (14/1).

Sudan 2003 yılı Kişi Başına GSYİH'sı 421 dolar olmuştur. Tarım sektörü toplam ihracatın gelirlerinin %15'ini sağlamaktadır. Tarım sektörünün GSYİH'ya olan katkısı geçen beş yıl içinde azalmasına karşın petrol sektörünün katkısı %11'den fazla artmıştır. Petrol ve petrol ürünleri ülke ihracatının %80'inden fazlasını ve kamu gelirlerinin %40'ını oluşturmaktadır (7/13).

I.4. Toplum

Sudan vatandaşları üç ana gruba ayrılır. Kuzeyliler kabaca 12° Kuzey enleminde Nil'in civarında yaşamaktadırlar. Kuzeyliler Sünni Arap ve Nubiye'lerden oluşmaktadır.

Bunlar devletin resmi dili olan Arapçayı kullanırlar ve Arap geleneklerini sürdürürler. Batılılar, Batı Afrika'dan göç etmişler ve onlar da Müslüman'dırlar. Çoğunluğu orta kesimlerde yaşarlar ve çiftçilik ya da tarım işçiliği yaparlar. Güneylileri Nilotikler (Nil Nehri civarında yaşayan bir etnik grup) ve Sudanikler (Bantu veya Afro-Asyatik olmayan yerel bir etnik grup) oluşturmaktadır. Bu grupların çoğu geleneksel dinlere mensup veya Hıristiyan'dırlar. Tarım veya çobanlık yaparlar ve çoğu Nilotik dilleri kullanırlar. Bunların dışında belli başlı etnik gruplar; Bejalar, Nubalar, Azandeler, Hausalar, Furlar, Beriler, Fulaniler, Takaliler, Masalitler, Tamalar ve bunların dışında kalan birçok küçük topluluklardırlar. Toplumun büyük bölümü kırsal kesimde yaşamaktadır. Büyük yerleşim birimleri Port Sudan, Wad Madani, El Ubayyid ve birleşmiş olan Hartum, Umdurman ve Kuzey Hartum'dur. Çölleşmiş veya yarı çölleşmiş kuzey bölgeleri yaşama uygun değildir. 1970'lerin sonlarından itibaren bölgedeki siyasi, çevresel ve ekonomik durum sonucu dalgalar halinde mülteci hareketleri olmaktadır. Mültecilerin çoğu Hartum çevresindeki bölgeye yerleştirilmektedir. Bununla birlikte Güneydeki iç savaş nedeniyle dışa göçler de olmuştur. Okur-yazarlık oranının çok düşük olmasından da anlaşılacağı üzere eğitim altyapısı oldukça sınırlıdır (14/1).

1.5. Eğitim

Sudan'da çağdaş eğitim sistemi, İngiliz koloni yönetiminden kalan yetersiz eğitim sisteminin hükümet tarafından 1970'lerde yeniden örgütlenmesi ile kurulmuştur. Millî eğitim sistemi 6 yıllık ilköğretim müfredatı ve üç yıllık ortaöğretim müfredatından oluşmaktadır. Öğrenciler ortaöğretimin sonunda üç tip okuldan birini seçebilir. Bu okullar yükseköğretime hazırlanabilmek için üç yıllık yüksek ortaöğretim okulları, dört yıllık ticaret, tarım veya diğer bir alandaki teknik okulları, ya da dört yıllık öğretmen okullarıdır (6 /33).

Devlet ordu ve kamu hizmeti için 17-19 yaş arası erkeklerden ortaöğretim diplomasını şart koşmuştur. Ayrıca üniversite eğitimi için de aynı koşul geçerlidir. Devlet 6-13 yaş arası süren ilköğretimi ücretsiz vermektedir. Eyaletler arasında, özellikle Doğu ve Batı bölgeleri arasında, büyük eşitsizlikler vardır. Kuzeyde eğitim imkanına sahip kız ve erkek öğrenci sayısı hemen hemen eşit olduğu halde Güneyde dar geliri aileler sadece oğullarını okula göndermeyi tercih etmektedir. Ülkenin kuzeyinde ve güneyinde birincil ilköğretim dili Arapça'dır. Önceleri İngilizce üniversite ve ortaöğretimde kullanılmasına rağmen, günümüzde yerini büyük ölçüde Arapçaya bırakmıştır. Üniversite öğrencilerinin %50'si bayandır. Bunun sebebi kısmen savaş yüzünden erkeklerin askere alınmış olması kısmen de bayanların üniversite giriş sınavlarında daha yüksek puanlar almasıdır. Sudan'da otuzun üzerinde üniversite, kolej ve enstitü bulunmaktadır. Bu kurumlardan Sudan-Amerikan Eğitim Kurumu'nun (S.A.F.E.) destekledikleri: Umdurman'daki Ahfad Üniversitesi (Kadınlar için), Uluslararası Afrika Üniversitesi, Al Neelain Üniversitesi, Umdurman İslami Üniversitesi'dir (6 /34).

Ayrıca diğer bazı önemli üniversiteleri, Hartum'daki Sudan Bilim Ve Teknoloji Üniversitesi, Juba Üniversitesi, Hartum Üniversitesi ve El Azhari Koleji'dir (6/35).

I.6. Ulaşım

Sudan, demiryolları bakımından eskidir. 5,010 km uzunluğunda bir demir yolu ağına ve 15,000 km uzunluğunda belli dönemler arasında kullanılan ikinci bir demir yolu ağına sahiptir.

Karayollarının uzunluğu 5,000km'dir ve belli dönemlerde kullanılan ikinci bir karayolu ağına sahiptir.

Büyük şehirlerde hava limanları mevcuttur. Sudan Havayolları resmi bir havayolu kuruluşudur. İç hatlarda, kargo ve yolcu taşımacılığı yapan birkaç özel kuruluş da mevcuttur.

Limanlar Port Sudan ve Sawakin'de devlete ait bir işletme tarafından yönetilmektedir. Sudan'da özellikle Nil Nehri'nin kuzey ve güneyinde yoğun bir nehir taşımacılığı trafiği mevcuttur. Bu hizmet kamu nehir taşımacılığı şirketi tarafından verilmektedir (11/7).

I.7. İdari Yapı

Sudan federal devlet sistemi ile yönetilen bir cumhuriyettir. Çok kademeli bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. 26 Eyaletten (Vilayat) oluşur. Eyaletler de kendi içinde yaklaşık 120 bölgeye (Mahaliyaat) ayrılır. İbreciler, kabine ve kıdemli devlet memurları Devlet Başkanı tarafından atanır. Yasamanın federe devletlere oldukça geniş yetkiler tanımsıyla beraber, federe devletlerin kısıtlı bütçesi merkezi devlet tarafından hazırlanır ve yürütülür. Sudan Kurtuluş Ordusu, kontrolü altındaki bölgelerde, hükümetin eyaletlere dayalı idari yapısını tanımamaktadır ve bölge, il, kasaba (payams) ve köyden (bomas) oluşan kendi idari yapısını ortaya koymaya devam etmektedir (6 /13).

Sudan'ın yasama organı, milletvekillerinin görev süresi dört yıllık dönemlerden oluşan, tek meclisli sistemdir. Mecliste 360 milletvekili vardır. 270 milletvekilli seçim bölgelerinden, 35 temsilcisi kadınlardan, 26 temsilci üniversite mezunlarından, 26 temsilci işçi sendikalarından meclise katılır (6/14).

I.8. Kültürel Yaşam

Sudan halkı çeşitli din, mezhep ve etnik kökenden oluşmaktadır. 7,000 yıllık geçmişe sahip bir ülke olup, birçok medeniyete beşiklik etmiştir.

Sudan'da 300'den fazla kabile yaşamakta ve 100'ün üzerinde dil ve diyalekt konuşılmaktadır. Bu kabileleri konuşmalarından, kıyafetlerinden ve yüz şekillerinden ayırt etmek mümkündür. Halk kökenlerine ve kabilelerine büyük önem vermektedir.

Doğanın güçlerine tapan yerlilerin dışında, Sudan'ın hemen hemen her yerinde İslamiyet'in etkisi hissedilebilir. Kökten dinci ve şeriatçı bir hareketle gelişen Müslümanlık etkisini yaşamın her alanında göstermektedir.

Sudan'da kadınların uymak zorunda olduğu en katı kural kadın sünnetidir. 8 yaşına basmadan önce düzenlenen törenlerle kız çocuklarının klitorisleri kesilmektedir.

Doğurganlığa engel olmayan ama cinselliği sınırlayan bu operasyon Müslüman olmanın gereği olarak kabul edilmektedir ve çağdaş Sudan kadınının giderek büyüyen tepkisine rağmen uygulanmaktadır. Uzun yıllar yönetiminde kaldığı İngilizlerin de etkisiyle, karmaşık bir kimliğe sahip olan Başkent Hartum, meydan ve çarşılarında modern görüntüler sunmaktadır. Sarı taksiler ile at arabaları, çağdaş giyimli kadınlar ile entarili erkekler sokaklarda dolaşmaktadır (11/8).

A. ERDAL SARGUTIAN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

Sudan 1956 yılında bağımsızlığını kazanmasından bu yana barış döneminden daha uzun bir savaş dönemi yaşamıştır. Kuraklık, sel gibi doğal afetlerle aralıklı olarak karşı karşıya gelmektedir. Varolan veriler ve salgın hastalıklar ülke sağlık durumunun kötü olduğunu göstermektedir. Savaş sosyal altyapı kaynaklarını kullanılamaz hale getirmiştir. 2 milyondan fazla kişi ölmüş ve 4 milyon kişi iç göçe zorlanmıştır (2/29).

Ülkenin kuzey ve güneyi arasında kaynakların ve hizmetlerin dağılımında eşitsizlikler vardır.

Ülke salgın hastalıklar yönünden Sahra Bölgesi ülkelerinin tipik özelliklerini yansıtır. Sıtma, kızamık, ishal, akut solunum yolu hastalıkları, tüberküloz gibi enfeksiyon ve parazit hastalıkları temel ölüm nedenleri arasındadır Dünya genelinde görülen Gine Solucanı vakalarının %80'i Güney Sudan'da görülmektedir. Leishmaniasis ve uyku hastalığının birçok bölgede görüldüğü ve salgınların olduğu geçmişte rapor edilmiştir (2/18). Akdeniz anemisi ve yetersiz beslenme de temel problemler arasındadır (10/19).

Sudan A vitamini yetersizliği ve iyot eksikliğine bağlı bozuklukların görülme oranının yüksek olduğu ülkelerden birisidir. Düşük iyot tüketimi A vitamini yetersizliği ve iyot eksikliği ile sonuçlanmaktadır. Bazı programlar uygulanmakta olmasına rağmen ulaşılabilirlikleri pek yoktur ve coğrafi problemlerde uygulamaları engellemektedir (10/19).

HIV vakalarının görülme oranı hala düşük olmakla birlikte sürekli artan bir seyir izlemektedir. Ülkenin salgın hastalıklara maruz kalma oranı yüksektir. Örneğin 1998 ve 1999 yılları arasında oran menenjit salgınından 26 eyaletin 18'i etkilenmiş ve 33,000'den fazla vaka ve 2,300'den fazla ölüm ile sonuçlanmıştır (2/18).

2001 yılı istatistiklerine göre beş yaş altı çocukların ölüm nedenleri ve oranları sıtma %17, zatürree %14, yetersiz beslenme %13 ve ishal %9'dur. Söz konusu hastalıkların oranlarıyla, yaşam tarzı ve koşulları ile gıda yokluğu arasında yüksek bir bağ vardır. 1999 yılında beş yaş altı çocukların ölüm oranı 100,000 kişide 143'ten 105'e inmiştir.

2000 yılında aşılama oranı 1996 yılı ile karşılaştırıldığında çok düşük kalmıştır. Bunun sebebi kaynak azlığı ve yetersiz lojistik destek, aşılamadaki soğuk zincirin tam uygulanmaması ve eyaletlerin kapasite zayıflığı olarak gösterilebilir. Çocuk felci vakaları kesilmiştir. Son vaka 2001 yılında rapor edilmiştir.

Anne ölüm oranları 100,000'de 556'dan 509'a düşürülmüştür. Ancak bu oran hala yüksektir. Ayrıca yemek tabuları ve kadın sünneti gibi geleneksel uygulamalar kadınlar açısından problem olmaya devam etmektedir (1/11).

2000 yılı verileri ile iyileştirilmiş içme suyu kaynaklarına ulaşım oranı kuzey eyaletlerinde %59.8 ve güneyde %60.7 olmuştur. Aynı dönemde fosseptik hijyenini sağlama oranı kuzey eyaletlerinde %59.7 ve güneyde %48 olmuştur (1/8).

Uluslararası kuruluşlar, 4 milyonda fazla güneylinin çatışma alanlarından kaçarak iç göç yaptığını tahmin etmektedir. Bu oran dünyanın en büyük iç göçünü göstermektedir. Göç edenlerin 1,8 milyonu Hartum'da 900,000'i hükümet kontrol altındaki diğer bölgelerde ve 1,5 milyon kişi de yönetim dışında kalan alanlarda yaşamaktadır. Ayrıca 450,000 Sudanlı mülteci de diğer ülkelere göç etmişlerdir. Söz konusu kesim HIV, sağlıksız besin ve sel baskınları gibi felaketlere açık bir risk grubu olmaktadır. 4,5 milyon kişi barış ile birlikte tekrar geri dönüş yaşamaya başlamışlardır. Bu zor ve karışık süreç hükümetin uluslararası ve ulusal kuruluşların uyumlu çalışmasına ihtiyaç duymaktadır. Dönüş koşullarının sağlanması için bu kuruluşların göçmenlerin yaşadığı yerlere temel sağlık hizmetlerini götürmeleri gerekmektedir (2/12).

II.2. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı Ve Yönetimi

II.2.1. Kamu Sağlık Sektörü

Sudan 26 Eyalet Sağlık Bakanlığına sahiptir. Federal Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikalarını geliştirmek, stratejik planlama yapmak sağlık hizmet faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek ile görevlidir. Eyalet Sağlık Bakanlıklarının başlıca sorumlulukları politikaları uygulamak, ayrıntılı sağlık programları yapmak ve plan belirlemektir. Ulusal sağlık politikasının uygulanması birincil sağlık hizmeti tabanlı olan bölge sağlık sistemleri aracılığıyla yürütülür (1/15).

Sağlık hizmetleri federal ve eyalet sağlık bakanlıkları, silahlı kuvvetler, üniversiteler, özel sektör (kar ve yardım amaçlı) ve sivil toplum örgütlerinden oluşan farklı kuruluşlar aracılığıyla sağlanır. Fakat koordinasyon ve rehberlik yönünden iyi yapılanmamış yönetim sistemi nedeniyle bu kuruluşların bazıları diğerlerinden ayrı olarak çalışmaktadırlar (1/15).

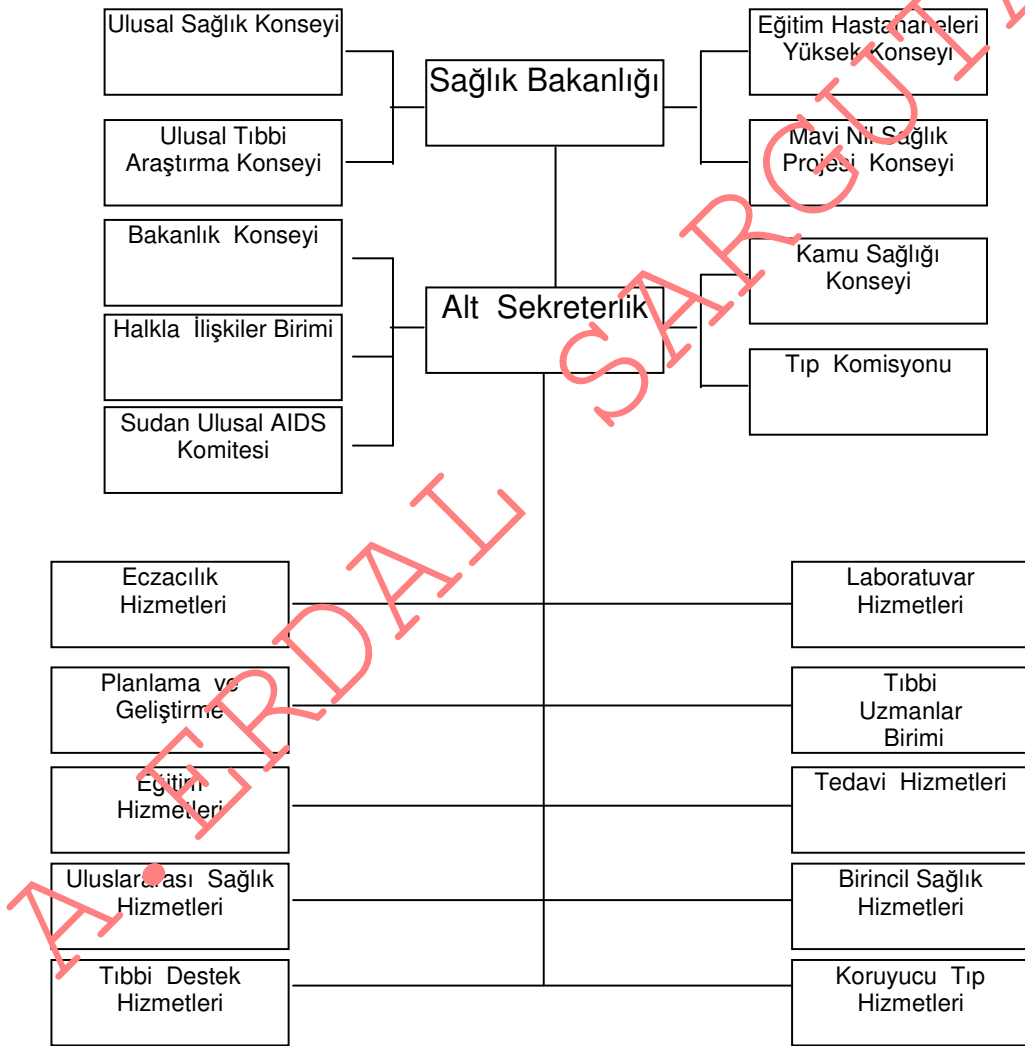
Sudan'da yerelleşme sistemi, etkili eğitim programları olmaksızın yapılan uygulamalar nedeniyle birçok problemle karşı karşıyadır. Eyalet Sağlık Bakanlıklarındaki üst makamlarda görev yapan kişilerin nitelikleri ile görevlendirildikleri işlerle ilgili hiçbir bilgi birikimleri ve bağları olmaması problemler yaratmaktadır. Federal düzenlemeler kapsamlı olmasına rağmen eyaletler düzeyinde aynı şekilde anlaşılabilmesi, problem çözme ve analiz etme mekanizmalarının olmayışı yeni problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ayrıca eyaletler arası tecrübe ve bilgi paylaşımı gibi sistemler de mevcut değildir. Farklı düzeylerdeki kamu sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısındaki temel problemler: örgütsel yapıdaki katılık ve bölümler arasındaki kötü koordinasyondur.

Federal Sağlık Bakanlığı 2002 yılında bakanlığın genel idari birimleri içerisinde reformlar yaptı. Buna rağmen halen sağlık sisteminin farklı yöneticilikleri arasındaki programlar bütünleştirilememiştir. Karar verici mekanizma ve işbirliğinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

1993 yılında Federal Yasa ülkeyi 26 eyalete ve her eyaleti de illere böldü. Yakın bir zamanda hükümet sistemin yapısını yeniledi ve iller iptal edilerek bölgeler oluşturuldu. Yeniden yapılanmanın sonucunda bölge sayısı 134 oldu.

Günümüz sağlık sisteminin örgütsel yapısı Federal Sağlık Bakanlığı ve 26 Eyalet Sağlık Bakanlığından oluşmaktadır. Bölgesel düzeyde Sağlık Bölge Sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Benimsenen yerelleşme reformları, karar verici otoritelerin ve görevlerin eyalet düzeyinden bölgesel düzeye devredilmesini sağlamıştır (7/18).

Şema 1: Sudan Sağlık Teşkilatlanması



Kaynak: (11) Doğan, O. ve diğerleri (2003) Sudan Sağlık Sistemi s.11.

Söz konusu Federal Yasa yönetimi Federal Sağlık Bakanlığı, Eyalet Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bölge Sistemi olarak üç kademede düzenledi (2/16):

Federal Sağlık Bakanlığı:

Federal Sağlık Bakanlığının görevleri şöyledir:

- Genel hükümet politikaları içerisinde koruyucu, tedavi edici ve sosyal sağlık stratejileri ile ulusal politikalar hazırlamak,
- İlaç ithali ve ihracatı ile ilgili ulusal politikaları geliştirmek,
- İlaç ve zehirli maddelerin tüketimini kontrol etmek,
- İnsani fayda amaçlı tıbbi araştırmalara izin vermek,
- Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında uygulama ve geliştirme standartlarını belirlemek,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve korunma,
- Ülkeye giriş yapanlara karantina kanunlarını uygulamak,
- Ulusal sağlık sistemi ve önemli istatistiklerin kontrolü ve geliştirilmesi,
- Temel ilaçlar ve tıbbi malzemelere ulaşımı sağlamak,
- Sağlık hizmetlerini güçlendirmek amacıyla uluslararası örgütleri içeren diğer sektörler ile işbirliği sağlamak,
- Sağlık işgücünün mali kaynakların eyaletler arasında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlamak,
- Değişik alanlarda sağlık hizmeti sağlayan insan kaynaklarının eğitim ve geliştirilmesi,
- Ulusal laboratuvarların yönetimi,
- İlgili sektörlerle işbirliği yaparak sağlık ile ilgili yasal düzenlemeler için öneriler hazırlamak,
- Sağlıkta yükseltilmesini sağlamak,
- Bakanlar Kurulu tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek (9/19).

Eyalet Sağlık Bakanlıkları: Ulusal politikalar çerçevesinde planlama, yönetim ve finansmanın sağlanması ile sorumludurlar.

Sağlık Bölge Sistemi: Her Sağlık Bölge Sistemi bir Sağlık Bölgesi İdare Ekibini içerir. İdare ekibi sağlık programlarının bölge düzeyinde uygulanmasından sorumludurlar. Ancak idari bölünmüşlük Sağlık Bölgesi İdare Ekibinin çalışmalarını zorlaştırmaktadır. Alt düzeydeki sağlık tesisleri (Birincil Tedavi Üniteleri, Pansuman İstasyonları ve Dispanserler) idari olarak Bölge Konseyinin sorumluluğu altında ve teknik olarak Eyalet Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır (2/16).

Bölgelerin yarısından daha azı Sağlık Bölge Sistemini uygulamaktadır ve sadece 19'u Sağlık Bölge Sistemine uygun olarak çalışmaktadır (7/18).

● Karışık idari yapı nedeniyle birçok problem ortaya çıkmaktadır. Bölge ve eyalet yapısı arasındaki varolan büyük boşluk, ikili finansman mekanizması (merkez ve eyalet/bölge) ve yerel düzeyde idarenin sağlanmasındaki yetersizlikler bu problemlerden bazılarıdır (2/16)

II.2.2. Özel Sektör:

Kar İşletmeleri: Sudan özel sağlık sektörü son birkaç yılda özellikle şehirler ve iyi durumdaki kırsal alanlarda genişlemiştir. Ancak hizmetlerin büyüklüğü bilinmemektedir. Kamu sektöründe çalışan doktorların aynı zamanda özel sektörde de çalışmalarına müsaade edilmektedir.

Özel sağlık kurumlarının ağırlıklı kısmı kliniklerdir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri veren tesisler Hartum ve Gezira gibi birkaç eyaletle sınırlıdır. Hizmet alıcılarının, özel sağlık hizmetlerinin kamu sağlık hizmetlerinden daha iyi olduğu düşüncelerine rağmen, hizmet fiyat ve kalitesi sıklıkla eleştirilmektedir.

Yardım Kuruluşları: Plan, bütçe ve dağılımları bakımından Sudan'da çalışan yardım kuruluşları hakkında ulaşılabilir bilgi çok azdır (1/21). Federal Sağlık Bakanlığı verilerine göre Sudan'da 40'ı kayıtlı 82 tane yardım kuruluşu çalışmaktadır (8/15). Bu kurumlar kamu sağlık sisteminin bıraktığı boşlukları doldurmada ve mülteciler gibi, özel sektör sağlık hizmeti sağlayıcıları için cazip olmayan kesime hizmet sağlamada önemli rol oynamaktadır. Yardım kuruluşları ile ilgili düzenlenmiş ulusal bir politika yoktur, eşgüdüm ve gözlem mekanizması zayıftır (1/21).

Hükümet içerisinde Uluslararası İşbirliği Bakanlığı, Toplum İşleri Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Eyalet Sağlık Bakanlıkları ve İnsani Yardım Komisyonunun yardım kuruluşları ile ilişkileri vardır. Fakat hizmet sunumunda etkili politikalara ulaşmak için bu kurumlar ve yardım kuruluşları arasında eşgüdümün sağlanması zor görünmektedir (8/16).

II.2.3. Güney Sudan Sağlık Sistemi

Sistem dört kademedeki oluşan idari yapı üzerine kurulmuştur: Halk düzeyinde Birincil Sağlık Üniteleri, birincil düzeyde Birincil Sağlık Hizmeti Merkezleri, ikincil düzeyde Hastahaneler ve son düzeyde İlçe Sağlık Bölümleri sağlık sisteminin yapısını oluşturmaktadır. Bazı bölgelerde birincil sağlık hizmeti yapıları ve halk sağlığı kuruluşları kurularak, belirli sağlık hizmetleri sağlanarak ve maliyet paylaşımını başlatarak ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak Sağlık Sekreterliğinin bütçesinin olmayışı, maaşlı personelinin bulunmaması gibi problemler sağlık sisteminin sınırlandırılmaktadır. İlaç sistemi tamamen yabancı yardım kuruluşlarına bağlıdır. Bilgi ve denetim sistemi yabancı yardım kuruluşlarının tarafından idare edilmektedir. Halk sağlığı düzeyi sadece nüfusun %30'unu kapsama altına almaktadır. Yardım örgütlerince desteklenen 17 tane eğitim programı olmasına rağmen, müfredat programının güncellenmeye ihtiyacı vardır ve başvuru kaynaklarının yokluğu problem olmaktadır. Kapasiteleri sınırlı olmasına rağmen, yardım almaksızın faaliyet gösterebilen 8 tane yerel yardım kuruluşu vardır. Resmi olarak özel sektör sağlık hizmeti verilmemektedir (5/2).

II.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

1990'lı yıllardaki sağlık politikaları kamu reformları ve yerelleştirmenin etkisinde kaldı. Hükümet sağlık kalkınma hedeflerine ulaşmak amacıyla yeni yaklaşım ve mekanizmalar benimsedi. Bu uygulamalar maliyet paylaşımı, sağlık sigortası ve özel sektörü içeriyordu. Bunların sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde büyük etkisi olmuştur. Ancak yukarıda sayılan unsurlar göz önünde bulundurulmaksızın yapılan uygulamalar, sağlık hizmet sunumunda eşitsizliklere yol açmaktadır.

Ayrıca enflasyon, iç savaşın getirdiği mali külfet, sağlık personelinin göç etmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunu üstlenen eyalet ve bölge düzeyinin kapasitesinin yetersizliği gibi unsurlar da sağlık sisteminin işleyişini önemli derecede bozmaktadır (7/17).

Sağlık hizmetlerinin sunumu üç kademede örgütlenmiştir. Birincil sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Personeli tarafından işletilen Birincil Sağlık Hizmeti birimlerini, temel hastalıklar için tedavi hizmeti veren Pansuman İstasyonlarını, daha ciddi vakalarla ilgilenen Dispanserleri, laboratuvar ile röntgen birimlerini içeren fakat yatarak tedavi servisleri olmayan Sağlık Merkezlerini içerir.

İkincil sağlık hizmetleri Genel / Kırsal Kesim Hastahaneleri tarafından sağlanır. Üçüncül sağlık hizmetleri ise eyalet başkentlerinde bulunan İhtisas ve Eğitim Hastahaneleri tarafından sağlanır.

Birincil sağlık hizmet kuruluşları tüm sağlık hizmet ağının %95'ini oluşturur. Geri kalan %5'i diğer kademelere ait sağlık kuruluşları oluşturur (2/14).

Sudan birincil sağlık hizmetlerinin sunumu bakımından oldukça sınırlıdır. Birincil sağlık hizmetinin kapsamlı düzenlenmesinin yanı sıra, toplumsal katılım ve sosyal yardım programları aracılığıyla hizmet sunumu yaklaşımı uygulamalarda esas alınmaktadır. Ancak Sudan'ın sağlık personeli ile sağlık kurumlarının yapısı ve düzeyi kapsamlı birincil bakım sağlamak için yeterli değildir (10/22).

Günümüzde, Sudan sağlık hizmeti sunum kuruluşlarının birleşimi ve farklı düzeylerde sunulan hizmetlerin nitelikleri açık değildir. Örneğin, kentsel ve kırsal kesim sağlık merkezleri temel koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini sunuyor oldukları düşünülmesine rağmen, uygulamada sadece belli tedavi hizmetlerini sağlamaktadırlar. Sosyal yardım faaliyetlerini göz ardı etmektedirler. Ayrıca bazı dispanserler sağlık merkezlerinin coğrafi alanı içerisinde kuruludurlar, fakat idari ve denetim olarak sağlık merkezleriyle bir bağları yoktur. Benzer durum birincil sağlık hizmeti üniteleri için de geçerlidir (10/25).

Birincil sağlık birimleri ve pansuman istasyonları sayılarında 1994 ile 2000 yılları arasında azalma olmuştur. Günümüzde halen, çoğu kırsal kesimde 2,558 birincil sağlık birimi ve 1,236 pansuman istasyonu bulunmaktadır. Diğer taraftan aynı dönemde dispanser ve sağlık merkezleri sayısında artış olmuştur. Dispanserlerin sayısı 1,475'e ve sağlık merkezlerinin sayısı 915'e yükselmiştir. Birincil sağlık birimleri ve pansuman istasyonlarının toplumun ihtiyaçları düşünülerek daha iyi donanıma sahip olarak yenilenmesi ve ulaşılabilirliklerinin artırılması gerekmektedir.

1994 ile 2000 döneminde genel/ kırsal hastahaneler ile ihtisas ve eğitim hastahanelerinin sayısında artış olmuştur. Genel hastahanelerin sayısı 200'e ve ihtisas hastahanelerinin sayısı 109'a ulaşmıştır.

Tablo 1: Hizmet Kademelerinin Sağlık Birimlerine Göre Dağılımı

Düzyey	Sağlık Kurumunun Tipi	1994	1997	2000
I	Birincil Sağlık Birimleri	3,070	2,729	2,558
	Pansuman İstasyonları	1,412	1,442	1,235
	Dispanserler	1,400	1,468	1,475
	Sağlık Merkezleri	531	693	915
	Alt Toplam	6,413	6,332	6,184
II	Genel/ Kırsal Hastahaneler	162	186	200
III	İhtisas Ve Eğitim Hastahaneleri	78	88	109

Kaynak: (2) WHO (2003) A Strategic Framework for Recovery in Sudan s.14.

Sağlık tesislerine ulaşımında coğrafi farklılıklar vardır. Kırsal bölgelere büyük oranda hizmet sağlanamamaktadır, sağlık merkezleri ve genel hastahaneler şehirlerde toplanmaktadır. Ayrıca eyaletler arasında da büyük eşitsizlikler vardır. Örneğin Kuzey Eyaletlerinde 100,000 kişiye 5,2 hastahane ve 246 yatak düşmekteyken, bu oran Güney Drafurda 0,2 hastahane ve 14 yatak olarak gerçekleşmektedir (7/19).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sudan sağlık sisteminin fon sağlayan birkaç kaynak vardır. Ancak sağlık harcamaları ve finansman verileri gibi alternatif bilgi kaynaklarının olmaması nedeniyle Sudan henüz Ulusal Sağlık Muhasebesi çalışmalarına sahip değildir. Bu yüzden Sudan sağlık finansmanı bir çok güçlük ile karşı karşıyadır (7/28).

II.4.1. Devlet Sağlık Harcamaları

Büyük çapta petrol gelirlerinin artması sayesinde devlet gelirleri de artmıştır. Bu durum sağlık kamu sağlık harcamalarını artmasını sağlamıştır. 1999 ile 2002 yılları arasında federal ve eyalet sağlık harcamaları iki katına çıkmıştır. Ancak sağlık harcamalarının bütün devlet harcamalarındaki payı hala %2 ile %3 arasındadır. Aynı şekilde GSYİH içerisinde sağlık harcamalarının payı %1'den daha azdır. Sudan kişi başına 4 dolar ve %3,5'lik GSYİH içerisinde sağlık harcamalarının oranı ile dünya sıralamasının en altlarında.

Sağlık sisteminin finansmanına devletin katkı miktarı 2000 ile 2003 yılları arasında kişi başına yaklaşık 1 dolar olarak gerçekleşmiştir. Federal sağlık harcamaları 1999 ve 2000 yılı arasında %24, 2003 ve 2004 yılları arasında %45 artmıştır.

Eyalet yönetimleri kamu sağlık harcamalarında belirli bir paya sahiptir. Ancak bu harcamaların miktarı henüz ölçülebilir değildir (7/28,29).

II.4.2. Dış Yardımlar

1990'larda yardım örgütleri tarafından Sudan'a yapılan kalkınma yardımlarının askıya alınmasından bu yana, Sudan'ın Kuzey Eyaletleri sağlık sektörüne yapılan uluslararası yardım çalışmalarında insani yardım programları ve dikey programlara destek dışında bir artış olmamıştır (7/29).

2002 yılında Kuzey Eyaletlerine sağlık için yapılan yardım miktarı 20 milyon dolar (kişi başına 0,6 dolar) civarında gerçekleşmiştir. Bu yardımlar bulaşıcı hastalıkların kontrolüne, beslenmeye ve birincil sağlık hizmetlerine harcanmıştır.

2002 yılında Birleşmiş Milletler Örgütleri, uluslararası ve ulusal yardım örgütleri ile özel kuruluşlar tarafından Güney Eyaletlerindeki sağlık hizmetleri için yaklaşık 55 milyon dolar (kişi başına 6,80 dolar) yardım yapılmıştır. Bu yardımların ulaştırılması esnasında genel giderlerin fazlalığı, iletişim sistemindeki yetersizlikler, ulaşım alt yapısındaki yetersizlikler ve güvenlik nedeniyle yardımlar hava yoluyla yapılmaktadır. Bu nedenle yıllık ortalama 50 milyon dolar tutarında olan yardımların %80'den fazlası yardımların ulaşım maliyetleri, yabancı personellerin maliyetlerine gitmektedir. Sonuç olarak kişi başına düşen yardım miktarı 1 yada 2 dolar civarında olmaktadır (7/30).

II.4.3. Sağlık Sigortası

Ulusal Sağlık Sigorta Programı sağlık harcamaları içerisinde oldukça önemli bir role sahiptir. 2003 yılı verileriyle toplam nüfusun %15,1'i sigorta kapsamındadır. Günümüz sağlık sigorta kuruluşları, 1994 yılında Ulusal Sağlık Sigorta Kurumu çalışma esaslarının 1994 yılında meclisten geçmesi ile çalışmaya başladılar. İlk uygulamalar 1995 yılında Sinar Eyaletinde başlamıştır (7/13). Ulusal Sağlık Sigorta Programı yıllık yaklaşık 90 milyon dolar harcama yapmaktadır. Bu harcamaların %40'ı sağlık hizmetlerine ve %30'u ilaç harcamalarına gitmektedir. Programın harcadığı miktar GSYİH'nin yaklaşık %1'ine denk gelmektedir.

Sağlık sigortası çalışanların maaşlarının %10'unun sigorta primi olarak kesilmesi ile finanse edilir. Bu %10'luk payın %60'ı işveren ve %40'ı çalışan tarafından karşılanır. Yoksulların ve diğer benzer grupların sigorta primleri çeşitli devlet programları ve vakıflar aracılığıyla sağlanır.

Sigortalı kişi bir sağlık merkezine kayıt yaptırır. Bu işlem havale işlerinin yapılmasındaki ilk ayaktır. Ayrıca sigortalı kişi devlet eczahanelerinden maliyeti %25'ini ödeyerek ilaç alabilir. Sigorta primlerinin toplanmasında ve bilgi sisteminin işletmesinde problemler vardır. Sigorta sisteminin yönetin maliyetleri harcamalarının %13,1'ini oluşturmaktadır. Geri kalan harcamaların %34,4'ü sağlık hizmetlerine ve %45'i de ilaç alımlarına yapılmaktadır (7/31).

II.4.4. Hane Halkı Sağlık Harcamaları

Hane halkı sağlık harcamalarıyla ilgili yapılmış sınırlı araştırmalar vardır. Dünya Bankasının ülke sağlık durum raporuna göre toplam doğrudan kişisel (cepten) ödemelerin miktarı ülkenin toplam hükümet sağlık harcamaları kadar ya da daha fazlasıdır. Bu oran GSYİH'nin %1'inden fazlasına eşit olmaktadır (7/31).

II.4.5. Toplam Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamaları beklenen düzeyin altında gerçekleşmesine rağmen, toplam sağlık harcamaları oldukça yüksektir. Doğrudan kişisel ödemeler (peşin ödemeler) önemli harcama kalemini oluşturur. Buna ek olarak Ulusal Sağlık Sigorta Planı da GSYİH'nin %1'i civarında harcama yapar. Sonuç olarak Sudan toplam sağlık harcamaları GSYİH'nin %4 - %5'ini oluşturmaktadır. Bu oran kişi başına 15 ile 20 dolar arasında bir miktara tekabül etmektedir. Sağlık harcamalarının yükseltilmesi gerekmektedir. Ancak sağlık harcamalarını yükseltmekte tek başına sağlık seviyesinin yükseltilmesi için yeterli olmamaktadır. Harcama dağılımının halk tarafından ulaşılabilir olması gerekmektedir (7/31, 32).

Tablo 2: Ulusal Sağlık Harcamalarının Yapısı

Kullanıcılar	Kaynak(%)					Toplam
	Federal Hükümet	Eyalet Ve Bölgesel Yönetim	Toplam Devlet Harcamaları	Üçüncü Kişi ve Kuruluşlar	Hane Halkı	
Birincil Sağlık Hizmeti	3.0	3.0	6.0	0.0	52.0	58.0
İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmeti	7.0	10.5	17.5	0.5	26.5	44.5
Diğer	1.0	0.5	1.5			1.5
Toplam	11.0	14.0	25.0	0.5	74.5	100

Kaynak: (10) Abusaali Shariff (2004) A Status Report on Macroeconomics and Health Sector in Sudan, Khartoum Sudan s.35

II.5. Sağlık İnsangücü

2002 istatistiksel raporuna göre Sudan'da 5,765 doktor (962'si uzman doktor) 210 diş hekimi, 302 eczacı, 27,583 hemşire ve ebe bulunmaktadır. Hemşire ve pratisyen hekim sayısı artan nüfus karşısında yetersiz kalmaktadır. Toplam hemşire sayısı 1990'lı yılların ortalarındaki düşüşünden sonra geçen on yılda sadece %3,4 artmıştır (yıllık %0,3'e denk gelmektedir). Pratisyen hekim sayısı ise %2,7 artmıştır (yıllık %0,6'ya denk gelmektedir). Diğer bir yandan ebe sayısı %75 artmıştır (yıllık %5,2'ye denk gelmektedir). Bu oranlar Sudan nüfusunun 1990'lar boyunca yıllık %2,6 artışı ile karşılaştırılmalıdır. Kırsal bölgelerdeki personel sayısı kentlerdekinden çok daha azdır. Bunun başlıca sebebi kırsal kesimdeki çalışma koşullarının sağlık personeli için kentlerden daha kötü durumda olmasıdır. Kırsal kesime daha az hizmet götürülebilmektedir.

Tıp Eğitimi: Orta öğrenimden sonra genel bir sınav yapılır. Bu sınavda 100 üzerinden 80 ve üzerinde alanlar fen liselerine gider.

Fen lisesi sonunda yapılan genel sınav sonucunda 100 üzerinden 90 ve üzerinde alanlar tıp eğitimi almaya hak kazanırlar. Bu puanlama Hartum ve büyük şehirler için geçerlidir. Kırsal kesimden gelen öğrenciler için bu baraj 100 üzerinden 80 olarak belirlenmektedir.

Sudan'daki tıp eğitimi İngilizce olarak verilmektedir. Eğitim süresi 6 yıldır. Öğrenci 6. sınıfta intern olarak, eğitim gördüğü üniversitenin hastahanesinde görev yapmaktadır. Eğitimini başarıyla bitiren öğrenciler bir yıl süreyle devlet tarafından ücretsiz olarak kırsal kesimlerdeki hastahanelerde çalıştırılmaktadır. Bu eğitimi yapmayanlara doktorluk unvanı verilmemektedir. Fakat son yıl yaptıkları bu ücretsiz çalışma askerlik görevi yerine sayılmaktadır. Bu eğitimi 7 yılda başarıyla bitiren öğrencilere genel tabip unvanı verilmektedir (1/24).

Tablo 3: Yüksek Sağlık Eğitimi Okulları Sayısındaki Artış (1999-2000)

Fakülte	Eğitim reformundan önceki sayı	Eğitim reformundan sonraki sayı	Özel fakülteler	% Artış
Tıp	3	24	5	% 700
Eczacılık	1	8	5	% 700
Diş Hekimliği	1	8	5	% 700
Laborantlık	1	7	6	% 600
Toplum Sağlığı	1	5	0	% 400
Röntgen	1	4	2	% 300
Hemşirelik	1	7	2	% 500
Göz Hekimliği	1	1	0	% 0

Kaynak: (1) Republic of The Sudan Federal Ministry of Health (2003) 25 Years for Strategic Plan for Health Sector s.16

Sudan'da tıp eğitimi 14 tıp okulunda verilmektedir. Bunlar:

- El Zaeem Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, El Azhari
- El Fasher Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, El Fasher
- Kordofan Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, El Obied
- Kassala Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kassala
- Tıbbi Bilimler Ve Teknoloji Akademisi, Hartum
- Cuba Üniversitesi, Tıp Koleji, Hartum
- Hartum Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hartum
- Yukarı Nil Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hartum
- El Imam El Mahdi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kostı
- Kadınlar İçin Ahfad Üniversitesi, Tıp Okulu, Umdurman
- Umdurman İslam Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi; Umdurman
- Shendi Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Shendi

- Gezira Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Wad Medani
- Bahr El Ghazal Üniversitesi, Tıp Ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, Wau (11/16).

1999 ve 2000 yılı arasında sağlık eğitimi veren okulların sayısında artış olmuştur. Ancak okulların ve mezunların sayısındaki artış, aşağıdaki sorunları gidermekte yetersiz kalmaktadır (1/16).

- Farklı sağlık kadrolarının eğitimdeki dengesizlik (özellikle teknisyenler ve hemşireler),
- Cerrahi, patoloji, pratisyen hekimlik ve aile hekimliği gibi uzmanlık dallarındaki kadro kısıtlılığı,
- Yüksek yıpranma oranı,
- Devam eden eğitim programlarındaki azlık,
- Kötü sağlık işgücü dağılımı,
- Yardımcı sağlık personelinin standardının istenen düzeyde olmayışı,
- Personelin moral, tatmin, işini sahiplenme, motivasyon, işine saygı gibi duygularının güçsüz oluşu ve hastalarla iş arka daşlarına karşı tavırlarının hoş olmayışı,
- Tıbbi uygulama ve hizmetlerin ana hatlarıyla belirlenmemiş olması (1/17).

II.6.Sağlık Sistemi Altyapısı

Sudan sağlık hizmeti sunum sistemi 6540'tan fazla sağlık kuruluşu tarafından sağlanır. Bu kuruluşlar 2,729 birincil sağlık hizmet birimi 1,442 pansuman istasyonu, 1,468 dispanser ve 673 sağlık merkezinden oluşmaktadır. Buna ek olarak 230 hastahane, 44 üçüncül düzey eğitim hastahanesi, 13 tıp ve sağlık bilimleri tesislerine sahip üniversite ve 250 sağlık meslek okulu ve enstitü bulunmaktadır.

1989 ile 2000 yılları sağlık merkezleri sayısında yıllık ortalama %3,5 ve hastahane sayısında %3,8'lik düzenli artış olmuştur. Bu iki rakam %2,7'lik büyüme oranının üzerindedir. Pek çok birincil sağlık hizmet merkezi kaynak ve personel yokuşu nedeniyle kapanmıştır. Hastahane yatak sayısı %20 artmıştır. Ülke genelinde 1.000 kişiye 1 yatak düşmektedir (1/17).

II.7. İlaç Sektörü

Ülkedeki temel ilaç sağlayıcısı ve ithalatçısı, devlete ait Merkezi Tıbbi Malzeme Kamu İktisadi Kurumudur (MTMKİT). Kurum tıbbi malzeme ve ilaçların depolanması ve dağıtımında gelişmiş bir sisteme sahiptir. Ancak finansal kaynaklarının güçsüzlüğü problemler yaratmaktadır. Temel problem müşterilerin satın alım güçlerinin olmayışdır.

İlaç Döner Sermaye Fonu yedi eyalette bulunmaktadır. Fakat ilaç finansman sisteminin tüm ülke kapsamına genişletmek için milyonlarca dolara ihtiyaç vardır.

Özel ilaç üretim sektörünü hızla genişlediği belirtilmektedir. Ancak Hartum İlaç Döner Sermaye Fonu yüksek fiyatlar ve ilaç kalitesi konusunda endişelerinden dolayı yerel üreticilerden ve Merkezi Tıbbi Malzeme Kamu İktisadi Kurumundan ilaç alımlarını son vermiştir.

Sağlık Sektörüne sağlanan yıllık toplam ilaç miktarı bilinmemektedir. Ancak ülkenin en büyük ilaç sağlayıcısı olan MTMKİT'in ilaç satışları 2002 yılında 22 milyon dolar artmıştır (2/17).

II.8. Reformlar

1992 – 2002 Sudan Ülke Strateji Planı ulusal sağlık politikasının çerçevesini çizmiştir. Plan ülke insanının refahını, gelişmenin en temel amacı olarak belirlemiştir. Bundan da öte sağlığın bütün vatandaşların hakkı ve kadınlar ve çocuklar için yüksek öncelikli olduğu benimsenmiştir.

Planın temel amacı koruma, tedavi, ve rehabilitasyonu içeren temel sağlık hizmetlerinin sunumunu tüm topluma yayarak sağlık hizmetine ulaşımında eşitliği sağlamaktır. Bu planda büyük amaç ve hedefler belirlendi. Bunlardan bazıları: Yenidoğan ölüm oranını 1,000 canlı doğumda 20'ye düşürmek; ülke çapında ana çocuk sağlığı bakımı sağlamak; bulaşıcı hastalıklar ve ülkeye has hastalıkları yok etmek, aşılama kapsamını %100'e çıkarmak; temel ilaçlara ulaşabilmeyi sağlamak, tıbbi malzeme ve ilaç sağlamak için ulusal ilaç endüstrisini kurmak; sağlık bilgi sistemini geliştirmek ve sağlık eğitimi ile bilinç düzeyini yükseltmek (7/17).

Sudan 2003 yılında tüm sektörlerde uygulanacak üzere 25 yıllık bir strateji planı geliştirmiştir. Strateji planı sağlık programlarının amaç, yön ve önceliklerini belirlemektedir. Sağlık sistemindeki öncelikler şöyle özetlenebilir:

Sistem ile ilgili öncelikler:

- Sağlık hizmetlerinin kapsamını ve ulaşılabilirliğini geliştirmek, coğrafi ve finansal engelleri ortadan kaldırmak,
- Sağlık tesislerinin kapasitesini artırma ve sağlık sisteminin yönetimi,
- Sağlık insan kaynaklarının geliştirilmesi,
- Sağlık hizmet finansmanını iyileştirmek ve hane halkının sağlık hizmeti alırken doğrudan yaptıkları ödeme yükünü azaltmak,
- Araştırma.

Hastalıklarla ilgili öncelikler:

- Yüksek anne ve çocuk ölüm oranını azaltmak,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü,
- Sağlıklı yaşam düzeyini yükseltmek ve halkın bilincini arttırmak,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- Kaza acil ve yardım hizmetleri.

Strateji planın amaçları : Üniteleri iyileştirmek, barışı desteklemek, eşitliği arttırmak olarak sayılabilir (13/2).

III. SUDAN VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Sudan Ve Türkiye'ye Ait Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Sudan	Türkiye
Toplam Nüfus (000), 2002	32,878	70,318
Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı(%),1992'den2002 kadar	2,3	1,6
Bağımlı Nüfus Hızı (%), 2002	76	57
60 Yaş Üzeri Nüfus Yüzdesi (%), 2002	5,6	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2002	4,4	2,5
Ortalama Yaşam Süresi(yıl)	57,1	70
Erkek Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%)	111	44
Kız Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (%)	106	42
Erkek Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%)	379	177
Kadın Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (%)	278	112
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl)	47,2	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl)	49,9	62,8
Gayri Safi Milli Hasıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzdesi(%), (2001)	3,5	5,0
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Devlet Harcamalarının Yüzdesi(%) (2001)	19,6	71
Toplam Sağlık Harcamaları içerisindeki Özel Sektör Harcamalarının Yüzdesi(%) (2001)	80,4	29

Kaynak: (3) WHO (2003) World Health Report 2004 Annexes by Country, s:1,2,4,5

Sudan 2005 yılı başında resmi olarak 21 yıl süren iç savaşını bitirmiş ve ağırlıklı olarak dış insani yardıma muhtaç bir ülkedir. En temel sağlık hizmetlerine ulaşımında ve beslenme gibi insani ihtiyaçlarını karşılamada büyük problemler yaşamaktadırlar. Gelişmemiş bir ülkedir.

Uluslararası yardım örgütlerinin çabalarına rağmen yardımların ulaştırılması ve dağıtımında koordinasyon eksiliği ve güvenlik sebepleri yardımların çoğunun etkili olarak dağıtılmasını engellemektedir.

Sudan, kamu harcamalarının toplam harcamalarının yaklaşık 1/4'ünü oluşturduğu, geri kalan 3/4 harcamanın hane halkınca yapıldığı Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipinde sağlık sistemine sahiptir.

Türkiye ise Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemine sahip ülkeler arasında yer alan ve gelişmekte olan bir ülkedir.

Sudan sağlık sistemi örgütsel yapı olarak federal ve eyalet bakanlıkları çerçevesinde örgütlenmiştir. Finansman ve kaynak dağılımında bu ikili yapının zaafı ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de örgütlenmede merkezi bir yapı mevcuttur. Sudan'ın ikili yönetim yapısı programların uygulanması ve koordinasyonunda da problemler oluşturmaktadır.

Birincil sağlık hizmetinin sunumunda Türkiye'nin hizmet ağı daha iyidir. Sudan'da birçok birincil sağlık hizmet merkezi, kaynak ve personel yetersizliğinden çalışmaz haldedir.

Nüfus göstergelerinde doğurganlık hızı ve nüfus artış oranında Türkiye'den daha yüksektir. Sağlık göstergelerinde 5 yaş altı çocukların ölüm oranı ve ortalama yaşam süresi oranı dikkat çekicidir. Çocuk ölüm oranlarının yüksekliği beslenme ve hijyen gibi temel sağlık hizmetlerinin zayıflığından kaynaklandığını söylenebilir. Kötü yaşam kalitesi yetişkinlerin de sağlık durumlarını kötüleştirmektedir. Bu durum sağlıklı ortalama yaşam sürecinin 48,6 gibi düşük bir seviyede olmasıyla daha da iyi anlaşılır.

Sudan'da iç savaşın sona ermesiyle birlikte bu yönde harcanan kaynakların sağlığa aktarılabilir olması ve son zamanlarda petrolden daha fazla gelir elde etmeye başlaması nedeniyle sağlık harcamalarında artış ve iyileştirme olması gerekirken, Sudan sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı Türkiye'ye göre çok düşüktür. Ayrıca sağlık harcamalarının ülke içinde dağılımında kamu sağlık harcamalarının oranı %19,6 gibi çok düşük bir seviyededir. Artakalan kısım doğrudan kişisel (peşin) ödemeler ile zaten yoksul olan halk tarafından finanse edilmektedir. Türkiye'de devletin sağlık harcamalarındaki payı ise %50'lerdedir.

Sudan sosyal sigorta sistemi Türkiye ile karşılaştırılamayacak kadar geridir. Nüfusunun ancak %15'i sigorta kapsamı içerisindedir. Türkiye'de ise nüfusun yaklaşık %70 kadar sigorta kapsamındadır.

Sudan sağlık işgücü sayı ve kalite olarak çok düşük bir seviyededir ve ülke içerisindeki dağılımlarında eşitsizlikler söz konusudur. Türkiye'de de sağlık işgücünün ülke çapında dağılımında eşitsizlik olsa da Sudan'a göre daha kaliteli ve daha çok sayıda sağlık insan gücü mevcuttur.

Türkiye sistem ve uygulama olarak Sudan'a göre çok gelişkin bir yapıdadır, tüm sağlık göstergelerinden bu görülebilir. Ancak karşılaştırma yapılırken Sudan'ın dünya sağlık ve insani kalkınma sıralamalarının alt sıralarında olduğu, büyük bir iç savaştan çıktığı ve kuraklık gibi çeşitli doğa olayları nedeniyle sağlık sistemine ilişkin olarak belirledikleri plan ve uygulamaları gerçekleştirememiş bir ülke olduğu hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Republic of The Sudan Federal Ministry of Health (2003) 25 Year Strategic Plan for Health Sector Draft 2
www.fmoh.gov.sd/English/reports/index.htm,
2. WHO (2003) The Health Sector in Sudan a Strategic Framework for Recovery, Sudan.
www.emro.who.int/eha/sud-healthprogrammes,
3. WHO (2004) World Health Report 2004 Annexes by Country
www.who.int/whr/2004/annex/country/en/,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. CIA (2005) The World Factbook Sudan
www.cia.org,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. U.S. Agency for International Development (2005) Sudan – Complex Emergency Situation Report
www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Home Office (2004) Sudan Country Report (2004) Sudan
www.ecoi.net/documents.php?gp=1&iflang=en&country=SD&cntrySearch.x=9&cntrySearch.y=7,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. Republic of the Sudan Federal Ministry of Health (2004) Health Gaps in Sudan, Khartoum,
www.fmoh.gov.sd/English/reports/index.htm,
8. Republic of the Sudan Federal Ministry of Health (2004) Sudan's National Policy Towards Voluntary Sector in Health
www.fmoh.gov.sd/English/Health%20Policy/doc/,
9. Republic of the Sudan Federal Ministry of Health (2004) Operational Manual Directorate General of Health Planning and Development
www.fmoh.gov.sd/English/reports/index.htm,
10. Abusaleh Shariff (2004) A Status Report on Macroeconomics and Health Sector in Sudan, Khartoum Sudan
www.fmoh.gov.sd/English/reports/index.htm,
11. Doğan, O. ve diğerleri (2003) Sudan Sağlık Sistemi, Ankara, iinden: Europa World Year Book (2002) Europa Publications, Cilt 2 s: 3723-3743
12. Republic of the Sudan Ministry of Foreign Affairs (2005) About Sudan
www.sudanmfa.com/Basic%20fact%20about%20Sudan.htm,

13. Republic of Sudan Federal Ministry of Health Policy Document for Health in Post Conflict Sudan
www.fmoh.gov.sd/English/Health%20Policy/doc/,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Columbia Encyclopedia, Sixth Edition, Copyright (c) (2005) Sudan
www.encyclopedia.com/html/S/Sudan.asp,
15. Sudan Government (2000) Sudan: A Historical Perspective
www.sudan.net/goverment/history.html,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN