

DÜNYADA AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

**Sosyalleşirmenin 50 yılı ve Birinci Basamak Sağlık
Hizmetlerinin Geleceği Sempozyumu
5 Mart 2011
ANKARA**

DANİMARKA
KANADA
BULGARİSTAN
KÜBA

Sağlık finansman modeli

- Özel Sigorta
- Kamu sigortası
- Genel bütçe

“Ülkelerin toplumsal sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları, sağlık sistemlerinden önce ÷lkede egemen olan üretim ilişkileri oluşturmaktadır”

Sağlık finansman modeli

- Özel Sigorta
- Kamu sigortası
- Genel bütçe

Ülkelerin siyasal yapısı

- Merkez kapitalist ülkeler
- Merkez kapitalist sosyal yönelimli ülkeler
- Bağımlı kapitalist ülkeler
- Bağımlı kapitalist sosyal yönelimli ülkeler
- Kapitalistleşme sürecindeki ülkeler
- Sosyalist ülkeler

	Özel sigorta	Kamu sigortası	Genel bütçe
Merkez kapitalist ülkeler	ABD	Almanya Avusturya Belçika Lüksemburg İsviçre Güney Kore	Danimarka Yeni Zelanda İsrail İspanya
Merkez kapitalist sosyal yönelimli ülkeler		Fransa Japonya Hollanda	Avustralya Kanada Finlandiya Yunanistan Norveç İtalya İsveç İngiltere
Bağımlı kapitalist ülkeler	Namibya Uruguay	Şili Endonezya Meksika Arjantin Guatemala	Brezilya Hindistan Filipinler Türkiye Sierra Lone
Bağımlı kapitalist sosyal yönelimli ülkeler		Bolivya Kosta Rika	Sri Lanka Venezuela
Kapitalistleşme sürecindeki ülkeler		Çek Cumhuriyeti Çin Rusya Cumhuriyeti Slovakya	Bulgaristan Polonya Romanya
Sosyalist ülkeler			Küba Kuzey Kore

DANIMARKA

sağlık hizmeti sunumu

- Yönetim geleneksel olarak bölgelere ve belediyelere yerelleştirilmiştir.
- Sağlık sistemi merkezi hükümet, bölge idareleri ve illerin yönetimindedir.
- Merkezi hükümet yasal çerçeveyi belirlemekle, bölgelerin ve belediyelerin hizmet sunumlarını koordine etmekle sorumludur.

sağlık hizmeti sunumu

- Beş bölge yönetimi temel ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur.
- Bölge idareleri hastanelerin çoğunluğunun mülkiyet sahibidir ve burada çalışan hekimleri maaşla ücretlendirmektedir.

sağlık hizmeti sunumu

- Eyaletlerin sağlık hizmetlerinin yanı sıra okullar ve çevre sağlığı gibi alanlarla ilgili sorumlulukları vardır.
- Belediyelerin sorumlulukları,
 - kreşler,halk sağlığı hemşireleri aracılığı ile bebek ve çocuk izlemleri,
 - belediye diş hekimleri aracılığıyla diş sağlığı hizmetleri okul sağlığı hizmetleridir.

sağlığın finansmanı

- Diğer İskandinav ũlkelerine benzer şekilde, gũclũ sosyal devlet geleneği ve vergilerle finanse edilen sağlık sistemi ile karakterizedir.
- Eşitlik ve dayanışma sistemin altında yatan değerleri oluşturmaktadır.

sağlığın finansmanı

- Eyalet ve belediye vergileri, toplam sağlık harcamalarının 83'ünü oluşturmaktadır.
- Demografik yapısı ve sosyoekonomik göstergeler dikkate alınarak eyaletler ve belediyeler arasında kaynak transferi yapılmaktadır.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Belirli bir bölgede çalışan pratisyen hekim sayısı, yerel yönetimler ve genel pratisyenlik örgütü tarafından belirlenmektedir.
- Hekimler kiraladıkları ya da sahibi oldukları yerin masraflarından sorumludurlar ve bu masraflar ücretlerine dahildir.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Genel pratisyenlerin gelirlerinin 3/4ünü kişi başi aldıkları ücret oluşturmaktadır.

Hizmet başına (konsültasyon, muayene, operasyon) ödemeler;

Serbest zamanlarında yapılan konsültasyon, telefon konsültasyonu ve ev ziyaretleri için özel ücretler de bulunmaktadır.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Genel pratisyenler, başvuruda ilk kişidirler ve hastaların sevk edilmesi onların yetkisindedir.
- Kişiler 6 ayda bir doktorlarını değiştirme hakkına sahiptir.
- Tüm ülkede hekim dağılımı eşittir, hekim başına düşen kişi sayısı yaklaşık 1500-1600'dr.

birinci basamak sağlık hizmetleri

1973'den beri vatandaşlar Grup 1 ve 2 olarak adlandırılan iki hizmet alımı ve ödeme seçeneğinden birini seçebilmektedir.



Grup 1

Grup 2

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Grup 1'deki kişiler, evlerinin 10 km. mesafesi içinde (Kopenhag için 5 km.) görev yapan, ücretsiz koruyucu ve tedavi edici hizmet veren genel pratisyene kayıt olmaktadır.
- Hastalar KBB ve göz uzmanı hekimlere sevksiz başvurabilirken diğer tüm uzmanlara ve hastanelere erişim için genel pratisyen tarafından sevk edilmek zorundadırlar.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Grup 2'deki kişiler, herhangi bir uzmana sevk edilmeksizin başvurabilmekte, fakat ek ödeme yapmak zorundadırlar.
- Grup 2'yi seğenlerin oranının dūřuk olması (% 1,7), genel pratisyenlerin sevk sisteminden memnuniyete ve ek ödemelerin varlığına bağlanmaktadır.

tedavi edici sağlık hizmetleri

- Hastanelere ayrilacak kaynaklar, hastane yoneticileri ile eyaletler arasindaki gorusmeler sonucunda, global butcheden belirlenmektedir.
- Butçeler belirlenirken hastanelerin son performanslari ve yeni uygulamalara uyumlari göz önüne alınmaktadır.
- Büyük yatirimlara eyalet meclisleri küçük yatirimlara hastaneler karar vermektedir.

tedavi edici sağlık hizmetleri

- Yerel y6netim ruhsatıyla 6zel olarak 7alışan uzmanların genel pratisyen tarafından y6nlendirilmiş grup 1 hastaların hizmet 6cretleri karşılanmaktadır.
- Uzmanların 7ok b6y6k kısmı tam zamanlı ya da yarı zamanlı olarak kamuda 7alışmakta 7ok az sayıda uzman ise yerel y6netim ruhsatı olmadan tamamen 6zel 7alışmaktadır.

tedavi edici sağlık hizmetleri

- Hastanelerin çok büyük kısmı genel hastanelerdir ve eyaletlere aittir.
- Özel sektör hastaneleri tüm yatak kapasitesinin % 1'inden daha azına sahiptir.

reformlar

- Gereksiz sağlık sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik genel pratisyen başvurularında katılımcı payı getirilmesi söz konusudur.
- Son 20 yıl içinde toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının oranı azalma, özel sağlık sigortaları ve cepten sağlık harcamalarının oranı artma eğilimindedir.

reformlar

Hastalar fizyoterapi ve diş tedavi ücretlerinin bir kısmını ödemek zorundadırlar.

Cepten sağlık harcamaları

Hastalar, birinci basamakta yapılan ilaç harcamalarına farklı oranlarda katılmak zorundadırlar, hastanede yapılanların tamamını geri alırlar.

reformlar

Özel sağlık sigortacılığı

- *Toplumun % 30'u yasal ek ödemeleri karşılamak için gönüllü sağlık sigortası kullanmaktadır.
- *Bu sigortalar; dış hekimleri, ilaçlar, gözlük gibi hizmet ve ürünleri kapsamaktadır.
- *Son yıllarda bu sigortalar, kalp cerrahisi gibi bazı hizmet alanlarındaki uzun bekleme süreleri nedeniyle özel hastanelerdeki hizmetleri de kapsamaya başlamıştır.

reformlar

- 1993'den bu yana bazı iller, kendi hastanelerinde o hizmet verildiği halde, diğer bir hastaneden daha ucuz hizmet satın almak için sözleşme yapabilmektedir.
- Başlangıçta sadece yönetsel desantralizasyon olarak başlayan süreç, daha sonra sağlık kuruluşların özelleştirilmesine varmıştır.

reformlar

- Desantralizasyonun önemli bir sonucu, farklı illerde sağlık hizmetlerine erişimde ve hizmet niteliğinde eşitsizlikler olmuştur.
 - Ameliyat için bekleme süreleri
 - Bazı tıbbi teknolojilerin kullanımı
 - Bazı özel tedavi yöntemleri (örneğin over kanseri tedavisi)

BULGARİSTAN

sosyalist deneyim

1948'de SSCB deneyimi ve Sameskho modeli temel alınmıştır.

- Özel sağlık kurumlarının devletleştirilmesi
- Sağlık sisteminde merkezi yönetim ve planlamanın esas alınması
- Sağlığın finansmanın ve sağlık hizmeti sunumunun tümüyle devlet tarafından üstlenilmesi.

**Köylerde kurulan
ana çocuk sağlığı
merkezleri ile
hizmet ağının
genişlemesi**

**Hastanelerin polikliniklerinde
“rayon” adı verilen bölge tabanlı
uygulamalara geçilmesi.**

Başlangıç döneminde bulaşıcı hastalıklarla savaşa öncelik verilmesi

**1950’li yıllardan itibaren
sanitasyon istasyonları
adlı birimlerin
yaygınlaştırılması**

bebek ölüm hızında azalma ve yaşam süresinde artış

sosyalizm sonrası

- 1990'lı yıllarda başlayan değişimlerde öncelikle özel sektöre kapı açılmış.
- Ülke 28 bölgeye ayrılmış, aralarında sağlık ve ekonomi bakanlıklarının da yer aldığı bazı bakanlıkların yönetimleri yerelleştirilmiştir.
- Ülke genelindeki 262 belediye 1992'den bu yana sağlık/eğitim/sosyal hizmetlerin delege edildiği birimler olarak çalışmaktadır.

sağlığın finansmanı

- 2000 yılına kadar finansman kaynağı vergilerken, reformla birlikte sosyal sigortaya geçiliyor.(Ulusal sağlık sigorta fonu-USSF)
- Sağlık sigortası kesinti oranı gelirin %6'sı.
- Başlangıçta patron ve işçi 5:1 oranında kesintiyi paylaşırken zamanla oran 1:1'e getiriliyor.

sağlığın finansmanı

- Kendi hesabına çalışanlar primin tamamını karşılamak zorundalar.
- Ailenin alışan üyeleri çalışmayan üyeleri için fazladan ödemek yapmak zorunda.
- Yoksullar, öğrenciler, emekliler için primlerin merkezi ve yerel bütçeden finanse edilmesi gerekiyor.

sağlığın finansmanı

- Belediyelerin gerekli primleri ödeyememesi fonu ekonomik zorluğa sokuyor.
- Bir milyona yakın vatandaşın primleri ödeyemediği belirtiliyor.
- Bir çalışmada 2001'de bir önceki yıla göre sigortalı oranının % 10 azaldığı; nüfusun % 76'sının sigortalı olduğu saptanmış.

sağlığın finansmanı

- USSF ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinin ve ilaç harcamalarının bir bölümünü karşılıyor.
- Finansal iyileşme sağlandığında kapsamın genişletilmesi öngörülüyor.
- Planlamaların gerçekleşebilmesi için prim oranlarının gelirin % 12'sine çıkarılması gerektiği tahmin ediliyor.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı	5.1	6.0	6.2	7.2	7.9	7.5	7.7
Sağlık harcamaları içinde hükümet harcamalarının oranı	67.9	65.4	59.2	56.1	56.5	54.5	55.8
Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	32.1	34.6	40.8	43.9	43.4	45.5	44.2
Kişi başı toplam sağlık harcaması (dolar)	54	63	58	69	88	104	133

sağlığın finansmanı

- Yüksek işsizlik oranları,
- düşük gelir düzeyleri,
- kayıt dışı çalışmanın yaygınlığı
- yönetsel maliyetler

sigortaya dayalı finansmanın yapısal engelleri

birinci basamak sağlık hizmetleri

- 1999 yılına kadar eski dönemin devamı olarak uzman hekimlerin bölge tabanlı olarak çalıştıkları poliklinikler aracılığıyla yürütülmüştür.
- Poliklinikler sorumlu oldukları nüfusa ve hizmet kapsamlarına göre beş kategoriye ayrılmaktaydı,
 - en büyük üçü 10-40 bin kişiye ,
 - daha küçük poliklinikler uzman hekim içermiyor ve 6-10 bin kişiye hizmet veriyordu.
 - beşinci kategori kırsal alana yönelik birimlerdi.

birinci basamak sağlık hizmetleri

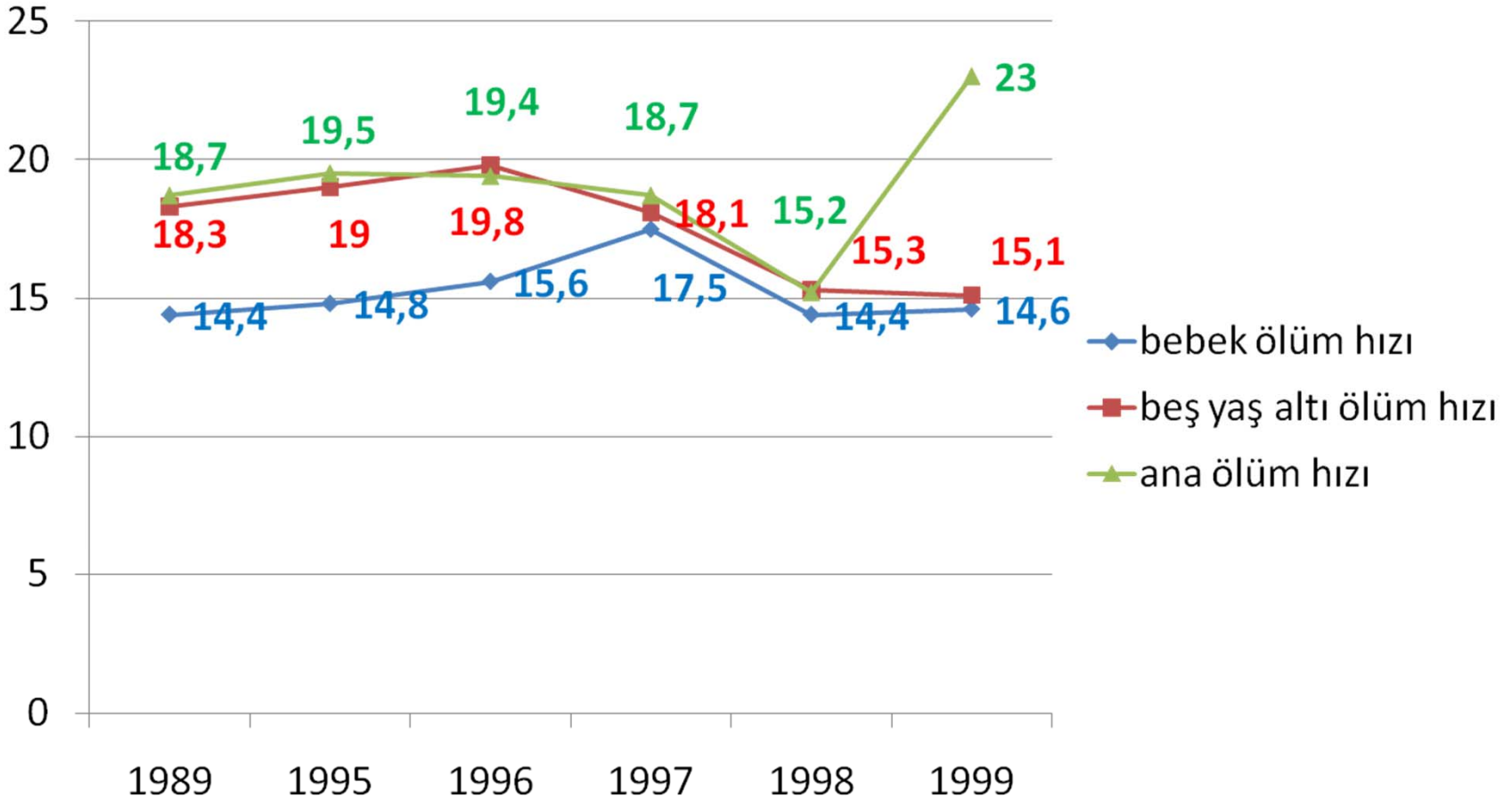
- 1998-99'daki yasal düzenlemelerle hekim ya da diş hekimlerinin tek başına ya da birleşerek grup halinde hizmet vermelerini (grup pratiği) esas alan yapılanmaya gidildi.
- Hekimler, USSF ile sözleşme imzalayıp tek ya da grup halinde çalışmak durumundalar.
- Birinci basamakta çalışanların önemli bir kısmı USSF ile hizmet anlaşması yapmışken, uzmanlaşmış hizmetlerde oran daha düşüktür.

birinci basamak sağlık hizmetleri

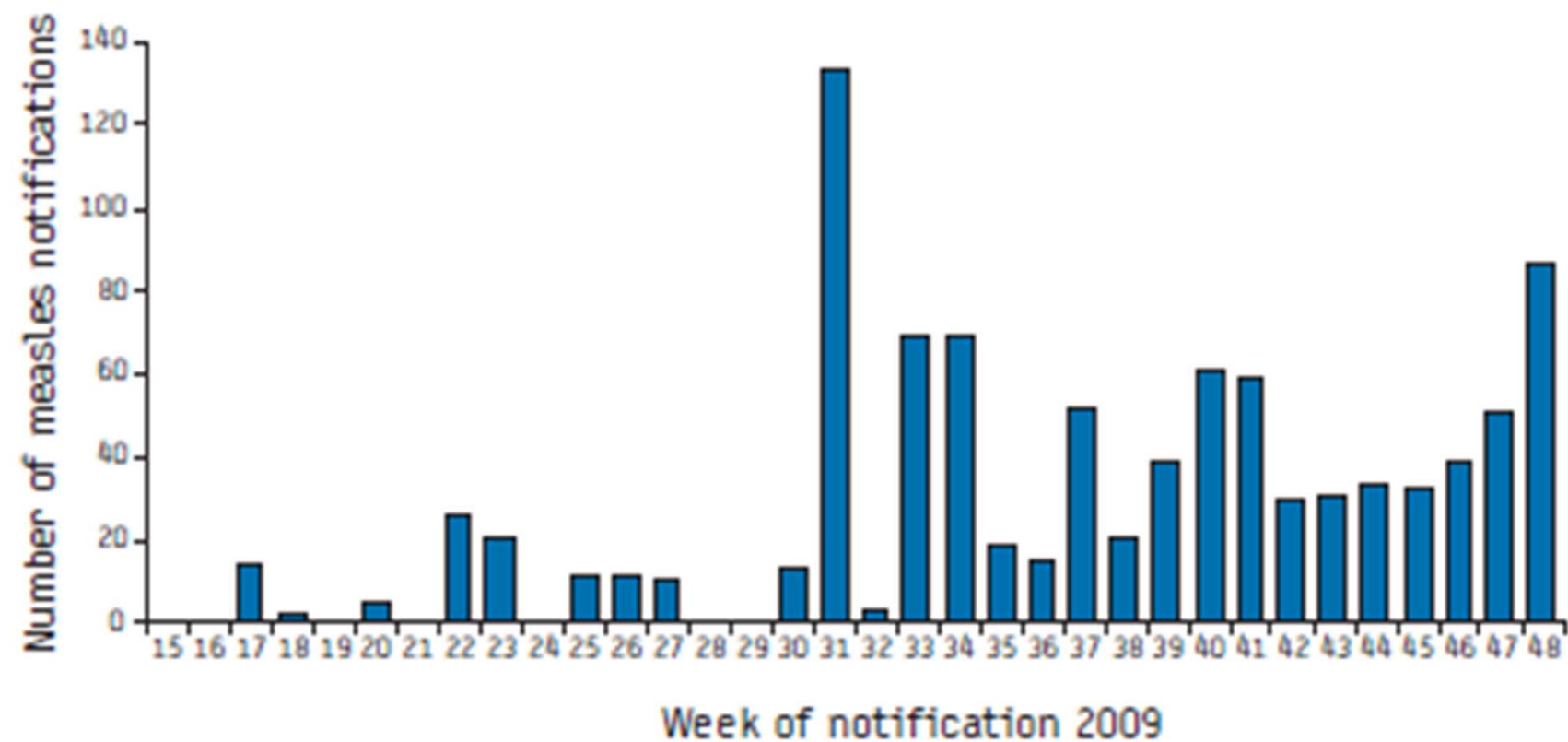
- Belediyelere devredilen eski poliklinik binalarını kullanıyorlar, binaların ve tıbbi donanımın sahibi olabiliyorlar ya da belediyelere kira ödeyebiliyorlar.
- Sağlık hizmeti USSF tarafından tanımlanan “hizmet paketi” kapsamında sunuluyor, USSF kamu ya da özel sağlık kuruluşları ile kontratlar yapıyor.
- Kişiler kendi aile hekimlerini ya da yataklı tedavi kurumlarını belirleyebiliyorlar.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Değişim sonrası 2000'de yapılan bir araştırma katılımcıların % 46'sının yeni sistemde hizmet kalitesinin kötüleştüğünü düşündüğünü ortaya koyuyor.



Notified measles cases by week of notification, Bulgaria, April-November 2009 (n=957)



KANADA

sağlığın finansmanı

- Kanada Sağlık Sistemi (Canda Health Act-CHA), geçmişi 1950'lere uzanmakla birlikte, 1984'de kabul edilen, genel bütçeden finansmanı öngören federal yasadır.
- CHA Kapsamındaki hizmetlere hastane hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetleri de dahildir

sağlığın finansmanı

- GSMH'nin % 10'unu sağlık harcamaları oluşturmaktadır.
- Sağlık harcamalarının % 70'i kamu kaynaklarından finanse edilmektedir.
- Kişi başı sağlık harcaması 4400 dolar civarındadır.

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Kişi hekim seşiminde özgürdür ve hizmet alımı için sağlık kartı yeterli olmaktadır.
- Hekimlere hizmet başına ödeme yapılmaktadır.
- Uzman hekime sevk pratisyen hekimler tarafından yapılabilmektedir.

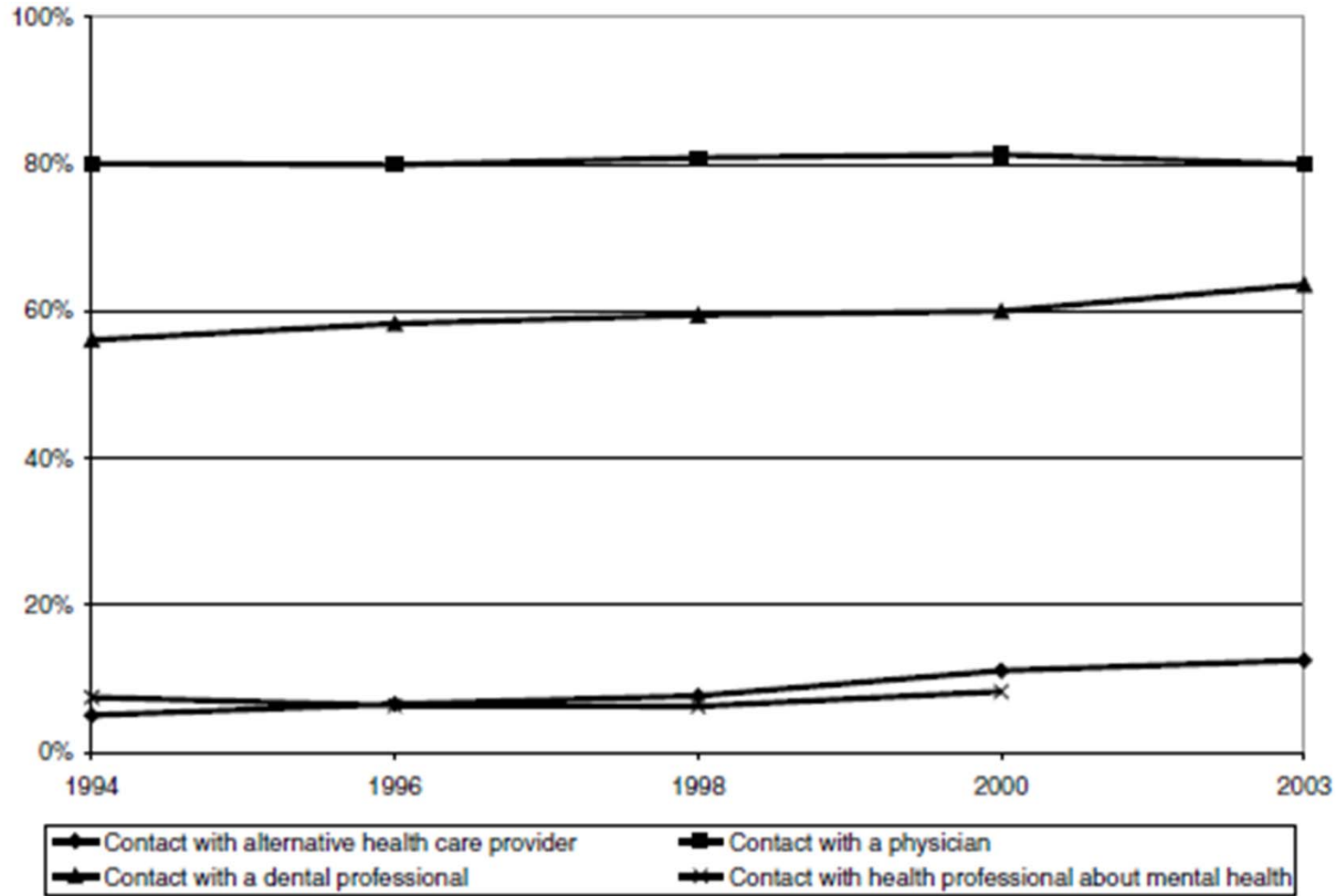
birinci basamak sağlık hizmetleri

- 1994-2003 arasında Kanadalıların % 5'i kaydolacakları bir aile doktoru bulamadıklarını belirtmişlerdir.
- 2004'e aile hekimlerinin % 20'si yeni hasta kabul etmediklerini belirtmişlerdir. (kırsal bölgede % 38, kentsel bölgede % 18).

birinci basamak sağlık hizmetleri

- Eyaletler ve iller 1970'li ve 80'li yıllarda birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek üzere girişimlerde bulunmuşlar, ama 90'lı yıllar boyunca bunların kısıtlı sonuçlarına rastlanmıştır.

Ayaktan sağlık hizmet alımı için son 12 ay içinde hekim başvurusuna bulunanların sıklığı



birinci basamak sağlık hizmetleri

- Eylül 2000'de merkezi hükümet, eyalet ve illerin yöneticileri birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmek için birlikte çalışma kararı aldılar.
- 2003 sonundan itibaren eyalet ve bölge yönetimleri bazı değişiklikleri uygulamaya başladılar.

birinci basamak sağlık hizmetleri

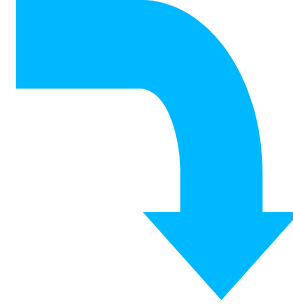
- Hemşirelere birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna daha geniş bir görev aralığı tanımlayan yeni yasal düzenlemeler yapıldı.
- Bilgiilem altyapısını gclendirme gibi örneklerin aralarında yer aldığı yeni yatırımlar yapıldı.
- 7 gün 24 saat hizmet erişimine açık olan hizmet sunumu için hizmet başına ödeme yöntemine alternatif olabilecek yöntemler geliştirilmeye çalışıldı.

	Life expectancy at birth	Potential years of life lost per 100 000	Perinatal mortality per 100 000	DPT immunization % of children	Measles immunization % of children
Australia	3 (7)	3 (8)	2 (8)	4 (14)	3 (16)
Canada	2 (5)	2 (7)	3 (11)	5 (19)	1 (7)
France	4 (8)	5 (18)	4 (16)	2 (5)	6 (24)
Sweden	1 (4)	1 (1)	1 (7)	1 (2)	2 (8)
United Kingdom	5 (18)	4 (12)	5 (17)	3 (13)	4 (15)
United States	6 (20)	6 (24)	6 (18)	6 (20)	5 (19)

Source: Derived from OECD 2004a.

reform

- ekonomik canlılığın bitiŖi,
- kamu borçlarının artması,
- bütçe açıklarının büyümesi



- federal devletin yaptığı mali katkı azaltıldı,
- katkıların nereye tahsis edileceği konusunda eyaletlere esneklik tanındı

reform

- Eyaletlerin bu tablo karşısında takındığı tutum, özel sektörden ihraç edilen stratejileri sağlık alanına uygulamak oldu.
- Reformlar, sağlığın yatırımcıların mülkiyetinde kar getiren hizmetlere dönüştürülmesini, sermaye birikim krizine çözüm getirecek bir yöntem olarak görüyor.

reform

- Sağlıkta işgücü maliyetlerinin düşürülmesi, ana politikalardan biri haline geldi.

* çalışma saatlerinin yoğunlaştırılması,

* daha düşük maliyetli çalışanların istihdam edilmesi

* işgücü ihtiyacını azaltacak teknolojilerin kullanılması

reform

- sadece hekimlerin yapımına izin verilen kimi işlerin “uzman hemşireler” gibi başka meslek gruplarının da yetki alanına sokulması,

- tıp fakültesi kontenjanlarının düşürülmesi,

- yurt dışından hekim ithal edilmesi



hekimlerin etkinliğinin azaltılması

reform

- Federal yasalara göre özel kliniklerin CHA kapsamındaki hizmetleri vermeleri yasak olmasına karşın, uygulamada bu yasak ihlal edilmekte, düşük bekleme süreleri özel kliniklerin lehine bir argüman olarak kullanılmaktadır.
- Özel klinik hizmet maliyetlerinin % 80'i özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır.

reform

- 1991'de Kanada halkının % 60'ı sağlık sistemini mükemmel olarak değerlendirirken bu oran 2000'de % 26'ya düşmüştür.

KÜBA

- Önemli ekonomik güçlölere karşın sağlık göstergelerini, düşük maliyetlerle yukarı çekmeyi başaran Küba, sağlık hizmetlerini herkese ücretsiz sunuyor.
- Üçüncü dünya ülkeleriyle işbirliği olanaklarını büyütmek amacıyla geliştirdiği “*sağlık diplomasisi*” programı ile, başka ülkelere tıbbi yardım gönderme ve tıp eğitimi verme konusunda başı çekiyor.

- Sağlık, devletin doğrudan sorumluluğundaki bir insan hakkı olarak görölüyor.
- Sağlık bireyin içinde yaşıadığı nesnel koşullarla bağlantılı bir sonuç olarak değerlendiriliyor.
- Halkın sağlık düzeyini yükseltme yolunda tıbbın tek başına yeterli olamayacağı düşüncesi, 1959 devriminden bu yana iktidarın ideolojik savlarından birisi oldu.

•Sağlık reformu, kapsamlı toplumsal dönüm sürecinin bir parçası sayıldı

- parasız eğitim,
- asgari gıda güvencesi,
- ucuz barınma,
- genel sosyal güvence,

Ekonomik erişim

herkes için ücretsiz sağlık hizmeti

Coğrafi erişim

tesislerin ve personelin tüm yurttaşlara ulaşmak üzere yeniden konumlandırılması.

Kültürel erişim

hekimlerle hastalar arasındaki sınıf ve eğitim farkının azaltılması.

sağlık sisteminin inşası

- 1960'ta köy sağlık idaresinin oluşturulmasıyla,merkezin dışında kalan alanlar önceden sınırlı ölçüde sunulan sağlık hizmetine kavuştu.
- Tıp eğitimi herkesin koşulsuz kaydolabileceği şekilde düzenlendi

sağlık sisteminin inşası

- Hekimlerin mümkün olduğunca kendi memleketlerinde görevlendirilmeleri tercih edildi.
- Tıp fakültesi öğrencilerine mezuniyetin ardından bir yıl süreyle idare bünyesine görev yapma zorunluluğu getirildi.

sağlık sisteminin inşası

Coğrafi alanlar,

- 1964'den itibaren sađlık ocakları, her biri 25-30 bin kiřilik bir bōlgeye hizmet veren polikliniklere dōnūřtūrōlmeye bařlandı.

- her beş bin kişiye bir iē hastalıkları uzmanı,
- 15 yař ūstū her 3-4 bin kadına bir kadın dođum uzmanı,
- 15 yaş altı her 2-3 bin ēocuđa bir ēocuk uzmanının tahsis edildiği alt bōlgelere ayrıldı.

halkla kucaklaşan tıp

- Tıp eğitimini merkeziyetçilikten uzaklaştırma girişimlerinin ulusal ölçekte uygulamaya geçmesi, “*halka kucaklaşan tıp*” yaklaşımının 1970’lerin ortalarında resmiyet kazanmasıyla oldu.

halkla kucaklaşan tıp

- Sağlık ekipleri sorumlu oldukları kişilerin evlerine,okullarına, bakımevlerine,işyerlerine gidiyor;
- sağlıkla ilişkili etmenlerini teşhis ediyor,
- m¼dahaleler için risk gruplarını belirliyor,
- hastalıklar, ¼l¼m oranları, aşılar hakkında veri tabanları oluşturuyorlardı.

aile hekimliği programı

- İlk denemeleri 1984'de başlayan aile hekimliği programının amacı, her sokak için bir hekim ve hemşire görevlendirerek kaynakların daha etkin tabana yayılmasını sağlamaktı.
- Bu her 120-150 aileye ya da 600-700 kişiye bir aile hekimi ve hemşirenin düşmesi demektir.

aile hekimliği programı

- Ekipler kişileri muayenehanelerde kabul etmek yerine yaşam alanlarında ziyarete teşvik ediliyordu.
- Aile hekimi, sevk ettiği hastaların yönlendirilmesinden ve taburculuk sonrası tedavi sürecinin yönetilmesinden sorumlu tutuluyordu.
- 2007 verileri 14.007 aile hekimliği muayenehanesinde çalışan 32.58 aile hekiminin nüfusun % 99,7'sine hizmet verdiğini göstermektedir.

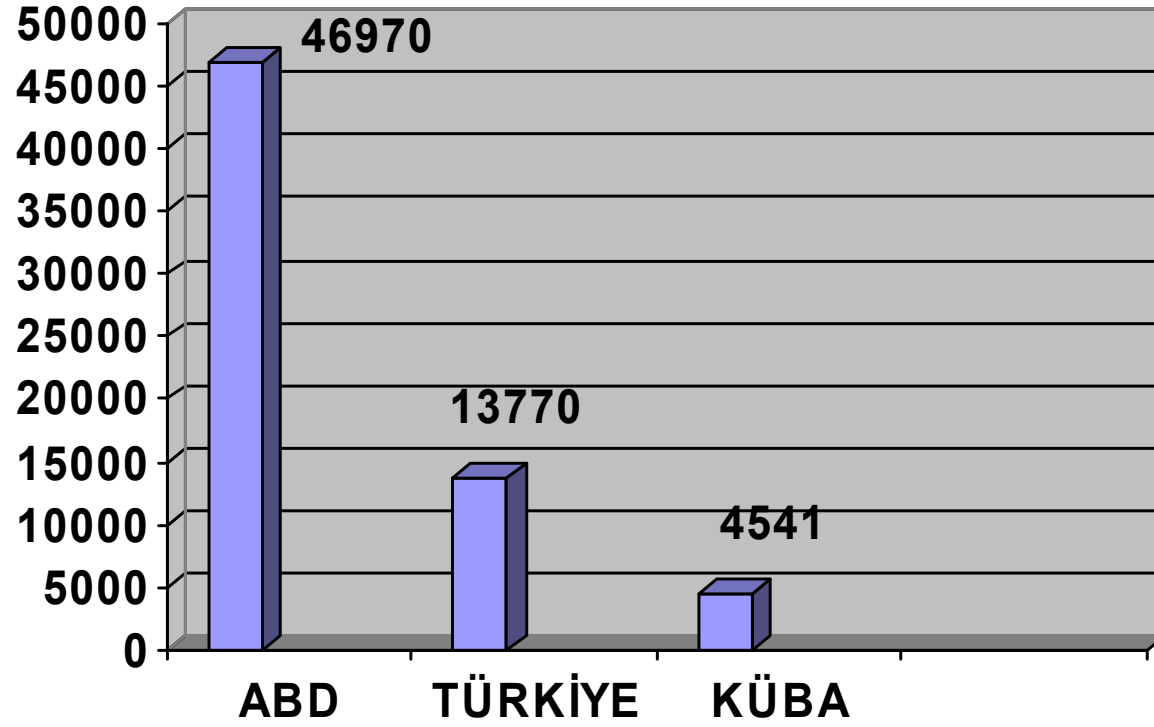
aile hekimliği programı

- Tüm tıp öğrencileri sonradan hangi alanı seçerlerse seçsinler öncelikle aile hekimliği alanında 3 yıl ihtisas yapıyorlar.
- Ücra yerlerde görevlendirilen aile hekimleri gruplar halinde profesörler tarafından ziyaret edilmektedir.

aile hekimliği programı

- hastane yatışları,
- acil servis kullanımları,
- cerrah müdahale sayıları,
- bazı hastalık sıklıkları,
- ilaç kullanımı,
- mortalite oranları (özellikle kırsal alanda bebek ölüm hızları) azaldı.

Kişi başi ulusal gelir karşılaştırması



Küba'nın Bazı Sağlık Ölçütlerinin Ülke ve Dünya Sağlık Örgütü Bölge Örnekleri İle Karşılaştırılması

	Küba	ABD	Türkiye	Avrupa Bölgesi	Amerika Bölgesi
Beş yaş altı ölüm hızı*	6	8	23	15	19
1 yaşında kızamık aşılama oranı**	99	93	96	94	93
Sağlık personeli yardımıyla yapılan doğumlar **	100	99	83	96	92

*binde **yüzde

Küba'nın Bazı Sağlık Ölçütlerinin Farklı Gelir Gruplarındaki Ülke Ortalamaları İle Karşılaştırılması

	Küba	Gelir gruplarına göre dünya ülkeleri			
		Alt	Alt-orta	Üst-orta	Üst
Bebek ölüm hızı (binde)	5	80	38	19	6
Beş yaş altı ölüm hızı (binde)	6	126	50	22	7
Doğumda yaşam beklentisi					
Erkekler	76	55	67	67	77
Kadınlar	81	58	70	74	82
Ana ölüm hızı (yüz binde)	45	650	180	91	9
On bin kişiye düşen hekim	59	4	10	22	27
On bin kişiye düşen ebe-hemşire	74	10	15	42	86

ekonomik krize uyum

- Dış ticari ilişkilerin çökmesiyle bunalım kaçınılmaz oldu.
- Amerikan ambargosunun Küba'yı daha yüksek maliyetlerle alışveriş yapmaya zorlaması Küba'nın satın alım gücünün %20-30 azalmasına neden oluyordu.
- Kimi ilaçlar ve dezenfektanların temininde yaşanan sıkıntılar, gıda tedarikinin ciddi biçimde azalması kriz boyutuna ulaştı.

ekonomik krize uyum

**Halk sağlığı bakanlığı
bir dizi önlemin
genişletilmesini sağladı**

- Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi.
- Geleneksel ve doğal ürünlere dayalı dayalı ilaçlar ve alternatif tedavi yöntemleri.
- Çalışmaların merkezden sahaya doğru yayılması.
- Halkın katılımının artırılması
- Epidemiyolojik takip.

ekonomik krize uyum

- Hafif bir düşüşün yaşandığı 1991 yılı dışında diğer ülkelerdeki alışıldık davranışların aksine bütçeden sağlığa ayrılan pay artırıldı.
- 1994 ile 2000 arasında devletin sağlık harcamaları % 59 büyürken, bu artıştan en büyük payı personel ücretleri aldı.
- Sağlık hizmetleri finansmanına bütçeden ayrılan para (ABD doları cinsinden) 1990-1996 arasında 1989'daki kriz öncesi dönemin üçte biri ile yarısı arasında bir aralığa denk düşmektedir.

21. yüzyıl

- Venezüela ile yürütülen stratejik ortaklıktan büyük yarar gören ekonomik toparlanma, bozulan sağlık alt yapısının düzenlenmesine olanak verdi.
- lke genelinde 400'den fazla poliklinik ile 50'den fazla üçüncü basamak sağlık kuruluşunun yenilenmesi ve teknolojinin geliştirilmesi içi planlar hazırlandı.
- Kübalı doktorların üçte biri petrol karşılığı hekim takas anlaşması çerçevesinde Venezuela'ya gönderildi.

21. yüzyıl

- 2004'te gerçekleştirilen “2. ulusal risk etmenleri ve bulaşıcı olmayan hastalıkla araştırması” verileri ve başka sonuçlardan yararlanılarak 2006-2015 dönemini kapsayacak şekilde “uzun vadeli devlet planı” hazırlandı.
- Plan pek çok değişkenin yanı sıra, doğrudan sağlık sistemindeki iyileşmelere bağlı olmayan çevresel ve davranışsal etmenlere de yer veriyor.



“Eğer insanlığın, kendisini yok etmekten kurtarılması isteniyorsa, gezegendeki mevcut teknolojileri ve zenginlikleri daha iyi bir şekilde bölüştürmek gerekir. Yeryüzünün büyük bir kısmında, daha az açlık ve daha az yoksulluk olması için birkaç ülkede daha az lüks ve daha az israf” FİDEL CASTRO





SİMAVNA KADISIOĞLU
ŞEYH BEDREDDİN (K.S)
SEREZDE

DOĞUM İDAMI
H.760 (1359) H.820 (1418)

RUHUNA ELFATIHA
BU MEKANA NAKLİ
29.11.1961



hep bir ağızdan türkü söyleyip
hep beraber sulardan çekmek ağı,
demiri oya gibi işleyip hep beraber,
hep beraber sürebilmek toprağı,